



Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem

Juliana Faria Campos

**Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos
para a saúde do enfermeiro**

Rio de Janeiro
2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

Juliana Faria Campos

**Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos
para a saúde do enfermeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.



Orientadora: Prof^a. Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David

Rio de Janeiro

2008

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C198 Campos, Juliana Faria.
Trabalho em terapia intensiva : avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro / Juliana Faria Campos. - 2008.
121 f.

Orientador: Helena Maria Scherlowski Leal David.
Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem do trabalho. 2. Saúde e trabalho – Fatores de risco. 3. Segurança do trabalho. 4. Enfermagem de tratamento intensivo – Aspectos sociais. I. David, Helena Maria Scherlowski Leal. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação.

Assinatura

Data

Juliana Faria Campos

**Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos
para a saúde do enfermeiro**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 12 de dezembro de 2008.

Banca examinadora:

Prof^a. Dr^a. Helena Maria Scherlowski Leal David (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^a. Dr^a. Márcia Guimarães de Mello Alves
Instituto de Saúde da Comunidade da UFF

Prof^a. Dr^a. Lolita Dopico da Silva
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2008

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, **Sandra e Marcos**, pelo exemplo e apoio incondicional nesta dura caminhada. Meu respeito e amor são eternos.

À **Fernanda**, minha irmã, parceira e guerreira.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sandra Regina Faria Campos e Marcos Borges Campos, pela **vida**.

À minha irmã, Fernanda, pelo **carinho e apoio**.

Ao querido Julio, pela **compreensão**.

Às minhas mais que amigas, Carla Vianna e Ieda Pontes, pela **lealdade**.

À toda minha família, mesmo distante, pela **força**.

Aos trabalhadores do hospital pesquisado, pela **disposição**.

À todos os amigos e colegas de trabalho, pela **torcida**.

Aos Wandos, por tornar tudo mais **fácil e divertido**.

À minha orientadora, Helena David, pela **oportunidade**, pelos **ensinamentos e paciência**.

À Deus, por **tudo e por todos**.

É melhor tentar e falhar que se ocupar em ver a vida passar.
É melhor tentar, ainda que em vão, que nada fazer.
Eu prefiro caminhar na chuva a, em dias tristes, esconder-me em casa.
Prefiro ser feliz, embora louco, a viver em conformidade.

Martin Luther King Jr

RESUMO

CAMPOS, Juliana Faria. **Trabalho em terapia intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro.** 2008. 121 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

Estudo cujo objetivo foi mensurar e avaliar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho do enfermeiro de UTI a partir do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). Pesquisa quantitativa realizada com 44 enfermeiros atuantes em Unidade de Terapia Intensiva de um hospital particular da cidade do Rio de Janeiro. Para a coleta de dados foram aplicados um questionário sócio demográfico e o ITRA, composto por 4 escalas do tipo Likert. A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva e inferencial. A consistência interna do instrumento foi medida através do Alpha de Cronbach. A discussão dos dados teve como base os referenciais da psicodinâmica do trabalho. Com a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT) verificou-se uma avaliação grave para o fator Organização do trabalho, moderada para o fator Relações profissionais obteve e satisfatória para Condições de trabalho. Para a Escala de Custo Humano no trabalho (ECHT) observaram-se apreciações graves para os fatores Custo cognitivo e físico, no entanto, o fator Custo emocional contribuiu moderadamente para o adoecimento profissional. Os fatores que analisam o prazer da Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST), Liberdade de expressão e Realização profissional, foram avaliados de modo satisfatório e moderado, respectivamente. Já aqueles que avaliaram o sofrimento, Esgotamento profissional e Falta de reconhecimento, obtiveram apreciação moderada e satisfatória, respectivamente. Na última escala, EDRT (escala de Danos relacionados ao trabalho), todos os fatores obtiveram avaliação moderada, ainda assim indicando risco de adoecimento profissional. Verificou-se com esta primeira aplicação, que o ITRA é um instrumento internamente consistente para a população estudada. Este estudo contribui para uma melhor compreensão da subjetividade impressa no trabalho de enfermagem que nos remete à urgência de elaboração de medidas de segurança e saúde no trabalho que contemplem não somente as questões físicas e ergonômicas.

Palavras-chave: Enfermagem do trabalho. Saúde do trabalhador.

ABSTRACT

The objective of this research was to measure and evaluate disease risks related to work of Intensive Care Unit (ICU) nurses, based on Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA). work psychodynamics theory. It is a quantitative study accomplished with 44 nurses in a private sector hospital's ICU of the city of Rio de Janeiro. To collect data it was used a demographic questionnaire and ITRA), composed by 4 scales, Likert type. The analysis was accomplished through descriptive and inferential statistics. The internal consistence was evaluated by Cronbach's Alpha. Using the Scale of Evaluation of the Context of Work (EACT) a severe evaluation was verified for Organization of the work, moderate for Professional Relationships and satisfactory for Work Conditions. Human Cost in Work Scale (ECHT) revealed severe evaluation were observed for all cognitive and physical factors, however, emotional factor contributed moderately to the professional sickness. Factors that analyze pleasure from Pleasure and Suffering scale in Work (EIPST), Freedom of Expression and Professional Accomplishment Scales revealed satisfactory and moderately severe results, respectively. Those items that evaluated suffering, professional Exhaustion and Lack of recognition obtained moderate and satisfactory appreciation, respectively. In the last scale, EDRT (Damages Related to Work Scale), all factors obtained moderate evaluation, nevertheless indicating risk of occupational sickness. This study contributes to a better understanding of subjectivity printed in nursing work, and indicates the urgency of elaboration of measures of safety and health on work that contemplate not only physical and ergonomic issues.

Keywords: Nursing work. Occupational health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 - Composição por carga horária diária de trabalho.....	37
Gráfico 2 - Composição por rendimento salarial.....	38
Quadro 1- Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.....	43
Quadro 2 - Escala de custo humano do trabalho (ECHT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.....	45
Quadro 3 - Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.....	47
Quadro 4 - Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho (EADRT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.....	49
Quadro 5 - Resumo informativo sobre o ITRA, suas escalas, fatores e itens com maiores médias para os enfermeiros intensivistas.....	53

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição das frequências relativas às características sócio demográficas dos enfermeiros intensivistas.....	33
Tabela 2 -	Composição por idade.....	34
Tabela 3 -	Distribuição das frequências relativas ao perfil profissional dos enfermeiros intensivistas.....	35
Tabela 4 -	Composição por tempo de formado.....	35
Tabela 5 -	Composição por tempo de trabalho em terapia intensiva.....	36
Tabela 6 -	Composição por tempo de trabalho na instituição.....	36
Tabela 7 -	Composição por carga horária semanal de trabalho.....	37
Tabela 8 -	Estatística descritiva referente aos fatores da EACT.....	54
Tabela 9 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Organização do trabalho da EACT.....	56
Tabela 10 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Relações sócio-profissionais da EACT.....	61
Tabela 11 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Condições de trabalho da EACT.....	64
Tabela 12 -	Estatística descritiva referente aos fatores da ECHT.....	67
Tabela 13 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Custo emocional da ECHT.....	68
Tabela 14 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Custo cognitivo da ECHT.....	70
Tabela 15 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Custo físico da ECHT.....	73
Tabela 16 -	Estatística descritiva referente aos fatores da EIPST.....	76
Tabela 17 -	Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Liberdade de expressão da EIPST.....	78

Tabela 18 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Realização profissional da EIPST	80
Tabela 19 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Esgotamento profissional da EIPST.....	83
Tabela 20 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Falta de reconhecimento da EIPST.....	88
Tabela 21 -	Estatística descritiva referente aos fatores da EADRT.....	93
Tabela 22 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos físicos da EADRT.....	94
Tabela 23 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos sociais da EADRT.....	98
Tabela 24 -	Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos sociais da EADRT.....	99

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	13
1	REVISÃO DE LITERATURA	18
1.1	Trabalho: histórico, organização e significados	18
1.2	Enfermagem e o trabalho: uma relação de tensões	23
1.3	Psicodinâmica do trabalho: uma abordagem pela saúde do trabalhador	26
2	MATERIAL E MÉTODO	31
2.1	Delineamento do estudo	31
2.2	População, amostra e amostragem	31
2.3	Local	38
2.4	Instrumento de coleta de dados	40
2.4.1	<u>Caracterização sócio demográfica</u>	40
2.4.2	<u>Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA)</u>	41
2.5	Procedimentos éticos	49
2.6	Estratégias para coleta de dados	50
2.7	Tratamento e análise dos dados	51
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	53
3.1	Avaliação dos riscos de adoecimento relacionados ao trabalho	54
3.1.1	<u>O contexto de trabalho dos enfermeiros intensivistas</u>	54
3.1.2	<u>O custo humano do trabalho</u>	67
3.1.3	<u>Prazer e sofrimento no trabalho</u>	75
3.1.4	<u>Danos relacionados ao trabalho</u>	93
4	CONCLUSÕES	103
	REFERÊNCIAS	106
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	114
	APÊNDICE B - Pedido de autorização institucional	115
	ANEXO A - Questionário Sócio – cultural	116
	ANEXOS B - Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimentos (ITRA)	117
	ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	121

INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho hoje é marcado por transformações como a globalização e a inserção de novas tecnologias e modelos de gestão. A isso se soma a reestruturação produtiva, processo iniciado nos anos 70 com o intuito de enfrentar a crise e criar novas formas de acumulação capitalista (ANTUNES, 1999).

A reestruturação produtiva promoveu modificações na natureza, conteúdo e significado do trabalho (CATTANI, 2002). Schimtd (2003) corrobora com essa idéia afirmando que a modernização tecnológica e a reorganização das estruturas permitiram mudanças bruscas no processo e organização do trabalho caracterizadas por: ritmo de trabalho intenso, carga horária excessiva, padronização e robotização das tarefas, controle rigoroso das atividades, pressão das chefias, necessidades de profissionais polivalentes, precariedade das relações de trabalho, entre outras. Deve-se considerar que essas mudanças se deram no contexto de uma organização marcada pelo taylorismo que persistiu com modificações, mas ainda garantindo o controle sobre o trabalhador (ANTUNES, 2000).

O trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem na sociedade contemporânea. Para Moreno (1991) o trabalho deve ser visto como parte inseparável da vida humana, sendo talvez o principal meio para o homem adquirir sua identidade pessoal. Segundo Dejours (1992), o trabalho faz mais que gerar bens e serviços. Ele determina valores culturais, sociais, religiosos, de qualidade de vida, entre outros.

Com base na importância do trabalho para o homem e considerando todas as transformações que vem sofrendo, entende-se que esse pode repercutir de maneiras positivas ou negativas para o trabalhador. A organização do trabalho, quando propicia o desenvolvimento do indivíduo e do grupo, possibilita a criatividade e experimentação pode ser geradora de prazer. Ao contrário, se imprime a inflexibilidade e a rigidez nas tarefas e relações, pode favorecer o aparecimento do sofrimento, descompensações psíquicas, acidentes de trabalho, adoecimento e até mesmo mortes relacionadas ao trabalho (DEJOURS, 1999).

O campo da saúde do trabalhador deve, então, adotar novas abordagens para dar conta das complexidades dos atuais contextos de trabalho que se apresentam sob novas formas de gestão e implicam em riscos e custos para o trabalhador.

Com base nas relações existentes entre contexto de trabalho e saúde do trabalhador, observa-se uma mudança no padrão de morbidade dos trabalhadores brasileiros. Isosaki (2003) identificou que, no Estado de São Paulo, nos anos 60, as doenças profissionais estavam relacionadas a dermatoses, saturnismos e intoxicações. Na década de 70, por sua vez, as hipoacusias tiveram sua importância. Nos anos 80 as lesões por esforços repetitivos (LER) apareceram e permaneceram como a principal causa de adoecimento profissional nos anos 90 e 2000. No entanto, mais recentemente, as asma ocupacionais e os transtornos mentais vêm ganhando destaque no estudo da saúde do trabalhador, visto que suas atuais prevalências refletem a importância que essas terão nas próximas décadas.

Gelbeck (1991) afirma que a enfermagem, enquanto força de trabalho, é explorada como qualquer outro componente da classe trabalhadora e também reflete as transformações ocorridas na gestão do trabalho. A necessidade de fragmentação do trabalho da enfermagem para melhorar a organização e a produtividade o caracterizou como mercadoria a ser comprada de acordo com a demanda da função (BORSOI; CODO, 1995).

Além disso, as atuais discussões sobre o processo de trabalho vêm focalizando a organização do trabalho como capaz de influenciar de modo bastante específico os trabalhadores de enfermagem. Jornadas de trabalho, remuneração, autonomia e relações sócio profissionais são exemplos de dimensões organizacionais do trabalho que afetam a saúde desses profissionais.

Muitos estudos sobre a saúde dos profissionais de enfermagem foram desenvolvidos até hoje. Limitam-se, em sua maioria, a descrever a simples ocorrência de doenças e riscos ocupacionais aos quais estão expostos esses trabalhadores (FELLI, 2002). Considera-se que esses estudos permitem uma visão parcial e dicotomizada da realidade, uma vez que não investigam os determinantes das morbidades que estão relacionadas ao processo de trabalho e se limitam a intervenções pontuais, não a origem real do problema.

Atualmente, no Brasil, os trabalhadores de enfermagem constituem a maior categoria da força de trabalho em saúde (cerca de 35%), com cerca de 3 milhões de inscritos nos Conselhos Regionais de Enfermagem do País em 2005. A maior parte dos profissionais está trabalhando em hospitais (COFEN, 2006).

Apesar do elevado quantitativo de profissionais, não existem dados estatísticos claros sobre os problemas de saúde que acometem os trabalhadores de enfermagem. O Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT) não nos permite avaliar os acidentes ocorridos especificamente com os profissionais de enfermagem, uma vez que esses são classificados segundo a Classificação Nacional de Atividades Econômicas (CNAE), ou seja, integram a categoria geral de profissionais de saúde.

Considerando a presença majoritária dos trabalhadores de enfermagem na força de trabalho em saúde, acredita-se que os dados referentes aos acometimentos à saúde dos trabalhadores da área de saúde obtidos pelo AEAT refletem de modo expressivo a situação da categoria de enfermagem. Os dados informam uma incidência de total de doença de 3,08%; incidência de acidentes de trabalho de 66,1%; incidência de incapacidade de 46,45%; taxa de mortalidade de 9,87% e taxa de letalidade de 7,58% (BRASIL, 2004). Esses dados, contudo, não refletem a realidade, já que dependem da notificação de agravos por meio da emissão da CAT (Comunicação de acidentes de trabalho).

Diante desse contexto, o estudo da saúde do trabalhador de enfermagem despertou o meu interesse com o intuito de melhor compreender a problemática que envolve o processo saúde-doença desses profissionais. Neste estudo temos como foco o profissional enfermeiro atuante em unidades de terapia intensiva (UTI), ambiente no qual atuo há alguns anos.

A prática de enfermagem em UTI representa um segmento especializado da assistência de enfermagem dadas as peculiaridades da estrutura física do setor e a dinâmica do processo de cuidar, altamente instrumentalizado, racionalizado e tecnológico. Dentre as características desse trabalho, temos: a incorporação de funções cada vez mais técnicas e especializadas; a imprevisibilidade do serviço com conseqüente necessidade de rápida tomada de decisões; eleição de prioridades e criatividade; a exigência de competências e habilidades que contemplem a dinâmica da

unidade e a sofisticação das estruturas e práticas. Tais fatores podem gerar uma dissolução dos processos humanísticos e psicossociais da assistência que afetam, em diversas proporções, o cuidador e o ser cuidado (LINO, 1999).

As condições materiais e os ambientes de trabalho, como o acesso a recursos para o desenvolvimento adequado das atividades, iluminação, ventilação, cargas de trabalho, exposição a condições insalubres, posições de trabalho incômodas, entre outras, também foram constatadas por mim como queixas freqüentes pelos enfermeiros, sendo muitas vezes motivo de afastamento do trabalho. No entanto, os determinantes dessas doenças e agravos só começam a ser investigados e conhecidos muito recentemente e persiste uma realidade a ser desvelada, considerando-se que a perspectiva da saúde do trabalhador inclui ainda a dimensão da subjetividade no processo saúde-doença (BATISTA et al., 2005).

Assim, a organização do trabalho se reconfigura em bases que podem desencadear processos que afetam o trabalhador, em especial no que se refere à sua capacidade cognitiva, emocional e física. O trabalho de enfermagem em UTI também encontra-se inserido nessa perspectiva.

Questiona-se, então: quais são, no trabalho de enfermagem em UTI, os elementos que apontam para riscos à saúde dos trabalhadores enfermeiros?

Para que essa questão seja respondida tomou-se como base uma abordagem da psicodinâmica do trabalho, por meio da utilização de uma escala psicométrica que analisa o impacto da organização, das condições de trabalho, das relações sócio-profissionais e os custos humanos do trabalho sobre a saúde do trabalhador, além de avaliar as vivências de prazer e sofrimento proporcionadas pela realização das atividades e os danos à saúde relacionados ao trabalho.

Adotam-se, então, como objeto de estudo, os riscos de adoecer pelo trabalho do enfermeiro de UTI. São objetivos deste estudo:

- **Geral:** mensurar e avaliar os riscos de adoecimento relacionados ao trabalho do enfermeiro de UTI a partir do Inventário sobre Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA).
- **Específicos:**

- analisar o contexto de trabalho na perspectiva da saúde do trabalhador e no processo saúde-doença;
- avaliar as exigências físicas, cognitivas e afetivas requeridas dos enfermeiros que atuam em UTI;
- analisar os indicadores de prazer e sofrimento no trabalho em UTI;
- avaliar os danos físicos e psicossociais que o trabalho traz à saúde dos enfermeiros de UTI.

O primeiro capítulo traz uma reflexão sobre o trabalho, apresentando um panorama histórico do seu significado e importância desde a Antiguidade até a atualidade, que reflete sobre seus principais modelos de organização e suas implicações no modo do trabalhador vivenciá-lo. A seguir, apresenta-se um histórico sobre a configuração do trabalho da enfermagem e sua conformação na contemporaneidade, refletindo suas repercussões sobre o processo de saúde e adoecimento do profissional. Também é caracterizado o ambiente hospitalar e de terapia intensiva, foco deste trabalho.

Ainda no primeiro capítulo apresentam-se as perspectivas teóricas do modelo da Psicodinâmica do trabalho, abordagem utilizada no estudo e no seu desenvolvimento referente às questões de contexto de trabalho, custos e danos relacionados ao trabalho e vivências de prazer-sofrimento.

A metodologia utilizada para o estudo está descrita no segundo capítulo. Apresentam-se a população, o local, os instrumentos utilizados e o modo como foi realizada a coleta e análise dos dados.

No terceiro capítulo apresentam-se os dados e discussão referentes à aplicação do instrumento ITRA (Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento). Esse capítulo é subdividido de acordo com a apresentação dos resultados de cada escala: Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT), Escala de custo humano no trabalho (ECHT), Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST) e Escala de avaliação dos danos relacionados ao trabalho (EADRT).

Por fim, no quarto capítulo são tecidas conclusões finais, apresentando o resumo dos resultados encontrados, bem como as limitações e contribuições do estudo.

1 REVISÃO DE LITERATURA

1.1 Trabalho: histórico, organização e significados

O trabalho é um definidor do ser humano. Permite sua realização pessoal, sua inserção no mundo e a construção de sua identidade. Para Freud (1930), o trabalho é um dos caminhos para a confirmação da existência humana.

De acordo com Marx (1982), o trabalho diferencia o homem de outros animais, pois planeja a tarefa e prevê o resultado. Ao atuar sobre o mundo externo, modifica-o e altera sua própria natureza.

Albornoz (1986) refere que o significado atribuído ao trabalho depende da cultura, sociedade e área de conhecimento. Pode ter como sinônimos: atividade, identidade, criação e realização.

Blanch (1996) afirma que a noção de trabalho é de longa data, sendo que sua trama e autores modificaram-se ao longo do tempo e dos espaços socioculturais, impondo-lhe sentido, significado, valor e funções distintas.

Apresenta-se, aqui, um breve histórico do trabalho para melhor compreensão do seu significado e importância para o homem.

Inicialmente, na Grécia Antiga, o trabalho era sinônimo de algo vergonhoso. A palavra trabalho vem do latim *tripalium* que significa “tortura” (ARENDETT; 1987).

Na sociedade feudal (493 - 1512 dC) o trabalho não se distanciou da Antiguidade, visto que suas principais características foram: economia rural e de subsistência, política descentralizada, relação de servidão entre servos e nobres, cultura teocêntrica e alta religiosidade (CARMO, 1992; GUARESCHI; GRISCI, 1993).

Segundo esses autores, o trabalho não propiciava satisfação aos trabalhadores, era realizado para atender aos objetivos da Igreja. O sentido do trabalho estava relacionado aos valores religiosos da época, era visto como uma ocupação para livrar o indivíduo das possíveis tentações. O trabalho era considerado uma punição para o pecado e, a partir dele, era possível a purificação do corpo e alma (ALBORNOS, 1986).

Antunes (2000) afirma que o trabalho realizado como meio de subsistência pode ser chamado de mediações de primeira ordem, ou seja, aquele que tem como finalidade preservar as funções vitais de reprodução individual e societal. Com a mudança do feudalismo para os ideais capitalistas, houve a transição para as mediações de segunda ordem. Configura-se então uma nova forma de controle social e organização da sociedade.

Dá-se, então, o início da Era Moderna, onde o trabalho passa a ser visto como estímulo para o desenvolvimento do homem, além da possibilidade de se expressar. As mudanças no sentido do trabalho estão relacionadas às perspectivas de acumulação e ampliação do mercado no modo capitalista de produção. Há uma mudança do ambiente de trabalho, que antes era realizado no domicílio e passa, agora, a ser desenvolvido em locais centrais que facilitam a comercialização. Outra modificação trazida pelo contexto capitalista é a venda da força de trabalho dos indivíduos em troca de salários (ALBORNOZ, 1986).

Inicialmente, a manufatura predominava como modo de produção capitalista, porém os trabalhadores detinham o *savoir faire* (saber fazer), gerenciavam o ritmo de trabalho, seu planejamento e execução e acompanhavam os resultados. A manufatura criou bases que possibilitaram o desenvolvimento das indústrias, aperfeiçoando os instrumentos de trabalho (MERLO, 2000).

O aumento da produção propiciado pelo sistema capitalista instiga o aparecimento de indústrias, que é o cenário das novas relações de produção e onde o trabalhador é submetido a uma nova ordem com ritmos e horários preestabelecidos. A nova estrutura da Sociedade Moderna se configura pela exploração do trabalho operário para geração de capital (ANTUNES, 1999; CATTANI, 2002).

Mediante a necessidade de acúmulo de capital pela nova estrutura econômica vigente nessa época, produziu-se um discurso extremamente favorável ao trabalho.

Antunes (2000) refere que esse novo modo de produção determina as mediações de segunda ordem que determinam, por sua vez, uma hierarquia baseada em dominação e subordinação. Há uma alienação do trabalhador que se separa dos meios de produção e passa a depender do capital para garantir sua sobrevivência.

O capitalismo, no século XIX, recebeu novo impulso com a Revolução Industrial. A organização do trabalho se transforma e torna-se mais sistemática, obrigando o profissional a se adaptar a um novo ritmo: o da máquina. A mecanização das indústrias permitiu o aumento da produtividade, do consumo e dos lucros (FREITAS, 2006).

Para que esse processo de produção ocorresse de forma satisfatória foi necessário pensá-lo de modo científico. Surge, então, Frederick W. Taylor, primeiro engenheiro a pensar em uma metodologia para trabalhar visando otimizar a produção para atingir o máximo de eficiência e explorando ao máximo os recursos de tempo (TAYLOR, 1990).

Carmo (1992) refere que, a partir dos estudos de Taylor, três princípios foram adotados para o desenvolvimento laboral: a separação da concepção e execução das tarefas, intensa divisão do trabalho e controle de tempo e movimento. Esses princípios limitavam o trabalhador, que era sistematicamente treinado e aperfeiçoado, visando uma reprodução minuciosa dos micros movimentos, eliminando os movimentos inúteis. No entanto, impedia-se o trabalhador de expressar qualquer tipo de criatividade no seu trabalho.

A esse modo de organizar o trabalho deu-se o nome de Taylorismo, cuja característica é a racionalização da produção com o intuito do aumento da produtividade e evitar o desperdício de tempo. O Taylorismo tira a organização do trabalho das mãos do trabalhador, gerando dominação física, psíquica e social. O trabalhador, assim, é permanentemente controlado e vigiado em suas atividades.

Outro modo de organização de produção foi pensado por Henry Ford e levou ao maior crescimento da indústria automobilística já conhecido. O Fordismo favoreceu a mecanização do trabalho de forma mais acirrada, com maior padronização do ritmo de trabalho e da mão-de-obra, diminuindo ainda mais a autonomia e iniciativa do trabalhador. Esse tipo de produção permitiu a geração de produtos em massa e pouco diversificados (ANTUNES, 2000).

O Fordismo foi fundamentado em transformações. A primeira se configura na racionalização das tarefas de modo a evitar desperdícios. O parcelamento das atividades, baseado nos ideais de Taylor, foi a segunda modificação proposta, gerando uma desqualificação do profissional. A terceira transformação foi a criação da linha de

produção, caracterizada pela esteira rolante que, além de interligar o trabalho, exigia uma cadência de produção dirigida pela gerência. Ford também padronizou as peças com o intuito de reduzir o trabalho do operário a gestos simples. Por último, o Fordismo implementou a automação nas indústrias, permitindo o aumento da produção com racionalização e fluidez do trabalho (ANTUNES, 2000).

Tanto o Fordismo como o Taylorismo favoreceram o acúmulo e imprimiram na indústria capitalista vigente no século XX suas características. Contudo, a sujeição do trabalhador a essas formas de organização de trabalho acarretaram em prejuízos à sua saúde.

Esses modos de produção entram em crise em meados do século XX, quando ocorre uma reestruturação do capital com flexibilização da mão-de-obra, desconcentração do espaço produtivo e o aumento da informatização. O avanço tecnológico permitiu a inserção da automação, robótica e a microeletrônica nas empresas (SENNETT, 1999).

Nesse cenário de transformação do mundo do trabalho surge o modelo de produção japonês, mais conhecido como Toyotismo, marcado pela flexibilidade, ao contrário da rigidez fordista. Esse novo sistema de produção traz como exigência um trabalhador polivalente com o intuito de ampliar o consumo da clientela e a qualidade do produto oferecido (ANTUNES, 2000).

As motivações desse modelo de organização do trabalho giram em torno do aumento da lucratividade e a possibilidade de maior competição no mercado.

As empresas toyotistas valorizam as atividades centrais de produção e terceirizam as demais fases de produção e serviços. É iniciado, então, o processo de terceirização (GOUNET, 1999).

Em decorrência da informatização, muito difundida nesse tipo de organização do trabalho, várias profissões deixam de existir e outras perdem seu conteúdo. Ocorre a perda, por parte dos profissionais, do controle do trabalho que passa a ser realizado pela máquina ou por quem as detêm.

O Toyotismo se apropria das atividades intelectuais do trabalhador, por exigir polivalência e qualificação, possibilitando a intensificação do ritmo de trabalho, a diminuição do número de pessoal e a inserção de novas tecnologias (máquinas

informatizadas). Esse quadro propicia a sobrecarga e desgaste do profissional sem reconhecimento simbólico ou matéria (ANTUNES, 2000). Nesse processo de reestruturação produtiva, observa-se uma modificação da estrutura, significado, natureza e conteúdo do trabalho, aliado a descentralização das relações de trabalho e insegurança crescente (POCHMANN, 2000).

Todos os modelos de organização do trabalho mostrados aqui garantem e mantêm o sistema econômico que tem como foco o acúmulo de capital. Para isso exploram a mão-de-obra daqueles que não detêm os meios de produção e necessitam vender sua força de trabalho para sua sobrevivência. Diante desses, fica claro que o trabalhador não sai imune a esse contexto de trabalho. De alguma forma, seja por estratégias defensivas ou mobilizações coletivas, ele enfrenta o sofrimento gerado pela organização na tentativa de não adoecer (DEJOURS, 1992).

A idéia de trabalho perpassa a finalidade exclusiva de sobrevivência, sendo também unidade formadora de identidade, sociedade, atendendo a demanda de auto-realização (MARX, 1982; ALBORNOZ, 1986; DEJOURS, 1999; MENDES; PAZ; BARROS, 2003).

Observa-se que o trabalho pode ser entendido, segundo Dejours (1999), como um território ambivalente, ou seja, pode ao mesmo tempo dar origem a processos de alienação e disfunções de ordem psíquica, como ser fonte de prazer, saúde e instrumento de emancipação.

Essa idéia é afirmada por Silva (2004) quando diz que, ao permitir o livre funcionamento do aparelho psíquico do indivíduo o trabalho, pode ser gerador de prazer e gratificação. Essa liberdade possibilita o enfrentamento das cargas psíquicas geradas pelo confronto dos desejos, valores, competências individuais, interesses, ambições do trabalhador, ou seja, sua subjetividade com as exigências do trabalho e imposições feitas pelo empregador.

O trabalho, segundo o mesmo autor, torna-se local propício de negociações entre dominação e emancipação, real e prescrito, alienação e reapropriação.

Ferreira e Mendes (2003) refletem que o trabalho tem como uma última finalidade a sobrevivência física, psicológica e social do trabalhador. As dimensões presentes no mundo do trabalho mostram-se estruturantes ou desestruturantes, visto

que são agentes de inserção e transformações nos âmbitos subjetivos e sociais referentes ao trabalhador.

1.2 Enfermagem e o trabalho: uma relação de tensões

Com as mudanças nas relações de trabalho e com o advento do capitalismo, a saúde tornou-se uma necessidade social com o intuito de manter os trabalhadores aptos a exercerem suas atividades. De acordo com Gomes et al. (1997), até meados do século XVII o conhecimento médico era precário, limitando-se a observar o doente e o curso natural da doença e a enfermagem, por sua vez, apenas realizava cuidados com a “alma” dos doentes.

É nesse contexto de reestruturação econômica que se observa na medicina o nascimento da epidemiologia e das primeiras ações de Saúde Pública (FACHINNI, 1994).

Gonçalves (1994) refere que o trabalho em saúde nas sociedades capitalistas organizou-se em dois modelos com saberes e práticas distintas: o modelo clínico, que se fundamentava no atendimento individual, na demanda espontânea, observando as manifestações orgânicas e o modelo epidemiológico, que se baseava no conhecimento e na análise das probabilidades de ocorrência de doenças na população de forma coletiva. No entanto, essas duas vertentes escolheram realizar suas práticas em locais distintos, sendo que a medicina clínica rumou para os hospitais.

Com o surgimento dos hospitais no século XIX, houve a necessidade de que a enfermagem, que até então agia de forma independente da medicina, fosse à esses centros para prestar cuidado aos pacientes e atuar no restabelecimento dos indivíduos. Dessa forma, a enfermagem atendia um projeto político-social da época e garantia sua inserção no processo de trabalho em saúde, uma vez que os hospitais tornavam-se o centro de cura (GOMES et al., 1997).

Com isso, a enfermagem, que era uma prática independente, passou a ser subordinada à prática e ao saber médico. Nessa forma de divisão técnica e social do

trabalho, cabe ao médico o momento intelectual do trabalho e à enfermagem a execução da tarefa já pensada (ROCHA, 2003).

A enfermagem, como profissão, insere-se no contexto de acumulação capitalista. Os trabalhadores oferecem sua força de trabalho a ser objetivada e comprada de acordo com a demanda da função. A formação do profissional de enfermagem está baseada na teoria de Taylor, na qual se exige do trabalhador uma dedicação extremada e onde seu trabalho encontra-se monitorado constantemente por supervisores, profissionais da equipe de saúde, família e doentes (FIGUEIREDO; FRANCISCO; SILVA, 1996).

A prática de enfermagem em UTI representa um segmento especializado da assistência de enfermagem visto as peculiaridades do ambiente e da dinâmica de trabalho dessa área.

Esse setor tem por objetivo o tratamento e a monitorização de pacientes com patologias graves e condições críticas de desequilíbrio da saúde. Para esse atendimento são necessárias concentrações de recursos materiais e humanos especializados em uma área física delimitada. A prática de uma assistência altamente instrumentalizada e racionalizada exige dos profissionais atuantes nesses setores níveis elevados de conhecimento para acompanhar os avanços tecnológicos e o progresso no diagnóstico e terapêutica.

Alguns aspectos contribuem com o alto nível de complexidade da prática nesse setor: incerteza, instabilidade imediatismo, variabilidade e similaridade (MARK; HAGENMUELLER, 1994).

Com os avanços da profissionalização e qualificação docente-acadêmica, a saúde do trabalhador de enfermagem tem despertado maior interesse. Apesar de restritos, alguns estudos com abordagens variadas, têm sido realizados em busca de uma melhor compreensão do processo saúde-doença dos trabalhadores dessa categoria.

Felli (2002) refere que as primeiras dissertações sobre o assunto incorporadas ao CEPEn – Centro de Estudos e Pesquisas de Enfermagem – foram feitas na década de 70 e 80. A mesma autora afirma ainda que após a publicação da Portaria Ministerial nº3214, que incluiu o enfermeiro na equipe de saúde do Serviço de Segurança e

Medicina do Trabalho (SESMT), houve um aumento no número de publicações sobre saúde do trabalhador de enfermagem.

No entanto, a maior parte desses estudos realizava uma abordagem positivista, ou seja, registrava a ocorrência de doenças, explorava riscos ocupacionais e avaliava restritamente o ambiente (FELLI, 2002). Esse tipo de estudo permite uma visão parcial e dicotomizada da realidade, limitando as discussões e possíveis intervenções.

Além dos estudos positivistas, Felli (2002) observou algumas pesquisas fundamentadas na determinação social, que buscavam a transformação da realidade em diferentes níveis e a identificação da exposição do trabalhador a cargas e processos de desgastes.

O conceito de carga de trabalho desenvolvido por Laurell e Noriega (1989) definem essa categoria como a mediação entre o trabalho e o desgaste biopsíquico do trabalhador. Para esses autores, é no processo de trabalho que os elementos interagem entre si e com o corpo do trabalhador, gerando processos de adaptação que se convertem em desgastes.

Os trabalhadores de enfermagem estão expostos a diversos tipos de cargas que podem ser agrupadas em: cargas físicas (ruídos, temperaturas extremas, radiações e efeitos de eletricidade), carga química (gazes, vapores líquidos, medicamentos), cargas biológicas (microorganismos patogênicos), cargas mecânicas (lesões por perfurocortantes, fraturas, luxações), cargas fisiológicas (esforço físico, manipulação de peso, turnos de trabalho) e cargas psíquicas (fadiga, estresse e tensão) (MARZIALE, 1995).

Laurell e Noriega (1989) distinguem dois tipos de cargas de trabalho: as de materialidade externa, que interagem com o corpo do trabalhador, sofrem mudança de qualidade e adquirem materialidade interna; e as de materialidade interna ao corpo, que expressam transformações nos processos internos do corpo. Silva (1996) refere que as cargas de materialidade externa às quais os trabalhadores de enfermagem estão expostos são: as cargas físicas, químicas, biológicas e mecânicas. Já as cargas de materialidade interna são: as fisiológicas e psíquicas. Afirma ainda que a exposição dos trabalhadores de enfermagem a essas cargas de trabalho determina processos de desgaste particulares desses trabalhadores.

Mais recentemente o Ministério do Trabalho veio demonstrar sua preocupação com a saúde do trabalhador de saúde através da criação da Norma Regulamentadora 32 (NR- 32). Essa teve como finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e saúde dos trabalhadores de estabelecimentos de saúde (BRASIL, 2002). Apesar da importância na criação desta NR, visto que inexistente legislação específica para esse trabalhador, ela apresenta limitações por ainda ter como foco a avaliação das repercussões do trabalho no âmbito físico, pouco considerando a sua influência na psique do trabalhador.

1.3 Psicodinâmica do trabalho: uma abordagem pela saúde do trabalhador

A saúde do trabalhador, frente às organizações do trabalho a que está exposta, deve ser estudada sob uma ótica interdisciplinar que permita compreender o trabalho como um espaço de organização da vida social em que os profissionais são sujeitos que pensam e agem sobre o trabalho, ainda que as relações capitais o dificultem. Para isso, a psicodinâmica do trabalho torna-se uma abordagem apropriada na tentativa de desvendar a dinâmica das situações de trabalho e os possíveis agravos à saúde do trabalhador.

A psicodinâmica do trabalho é uma abordagem científica proposta por Christophe Dejours, em 1990, na França. Inicialmente, foi desenvolvida com base nos referenciais teóricos da psicopatologia, evoluindo, depois, para uma construção de objeto, princípios, conceitos e métodos próprios (MENDES, 2007).

A primeira fase do modelo desenvolvido por Dejours (1987) foi caracterizada pela preocupação que os sindicatos e instituições de saúde tinham com as patologias mentais relacionadas ao trabalho no fim dos anos 60. Logo, as pesquisas dessa época eram marcadas por uma grande preocupação com a organização do trabalho, com base no modelo taylorista. O sofrimento foi entendido como medo, ansiedade e frustração, sendo que o prazer não foi analisado (DEJOURS, 1992).

As pesquisas desenvolvidas nessa primeira fase revelaram que os trabalhadores não apresentavam doença mental, mas sim comportamentos estranhos, paradoxais, específicos para cada profissão, que foram relacionados, então, com as estratégias defensivas contra o sofrimento. Portanto, Dejours (1992) considera que não só as patologias deveriam ser estudadas, mas sim o estado de normalidade a que estavam expostos os trabalhadores e que os impediam de adoecer. Deve-se alertar que essa normalidade é fruto de um equilíbrio instável entre o sofrimento psíquico e as defesas utilizadas contra ele.

O segundo momento dos estudos envolvendo a psicodinâmica é marcado pela incorporação da normalidade como objeto de estudo e o reconhecimento do trabalho como gerador não só de sofrimento, mas também de prazer, com direcionamento para a saúde. Considera que a transformação do trabalho em um local prazeroso depende de uma organização de trabalho que propicie uma maior liberdade ao profissional para modificar seu modo operatório e usar sua criatividade e inteligência na tentativa de vivenciar o prazer em suas ações (MENDES, 2007).

Assim, a análise do trabalho real como lugar de construção de identidade do trabalhador, o estudo da dinâmica de reconhecimento, que possibilita ao sujeito a conquista da identidade no campo social e de seu papel frente às vivências de prazer e sofrimento e a influência das novas organizações do trabalho na percepção dessas vivências permanecem como foco central do estudo da psicodinâmica (MENDES, 2007).

A terceira fase, que teve início no final da década de 90 até a atualidade, dá ênfase na maneira como os trabalhadores subjetivam as vivências de prazer-sofrimento e o uso de estratégias defensivas. São também estudadas as patologias sociais (MENDES, 2007).

A psicodinâmica propõe o estudo da inter-relação trabalho e saúde a partir da análise da dinâmica inerente a determinados contextos de trabalho que constam de forças, visíveis ou não, objetivas e subjetivas, psíquicas, sociais, políticas e econômicas que podem influenciar esse contexto de maneiras distintas, transformando-os em lugar de saúde e/ou de adoecimento (MENDES, 2007).

Sznelwar e Uchida (2004) referem que o foco da psicodinâmica consiste no estudo das relações existentes entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação dos trabalhadores, que poderiam se manifestar em vivências de prazer e sofrimento e afecções psicopatológicas, como efeito resultante do confronto dos trabalhadores com os ideais da organização do trabalho. Para Dejours (1992), a organização do trabalho consiste na sua divisão, o conteúdo da tarefa e as relações de poder que envolvem o sistema hierárquico, as modalidades de comando e as questões de responsabilidade.

Dejours afirmava que os trabalhadores não são passivos diante das injunções organizacionais e por isso buscam se proteger dos efeitos nocivos, utilizando sua inteligência, prática, personalidade e cooperação (SZNELWAR; UCHIDA, 2004).

O trabalho é considerado como fonte geradora de prazer e sofrimento. O saudável é vivenciado quando as situações onde enfrentamento das cobranças e pressões do trabalho que causam instabilidade psicológica podem ser transformadas (MENDES, 2007). Sznelwar e Uchida (2004) completam que a patologia surge quando se rompe o equilíbrio e o sofrimento não é mais contornável, ou seja, quando os investimentos intelectuais e psicoafetivos dos trabalhadores não são mais suficientes para atender às demandas e tarefas impostas pela organização.

Dejours (1999) afirma que o sofrimento é maior quando a organização do trabalho impossibilita a negociação da divergência entre o trabalho prescrito e o real.

Mendes (2007) afirma que os modos de subjetivação no trabalho podem ser considerados ferramentas úteis para a ideologia produtivista, sendo, dessa forma, explorados. Essa exploração só é possível pelas características controversas do sofrimento, que pode assumir simultaneamente funções de mobilizador de saúde e de instrumento para aumento da produtividade. Dejours (1993, p.103) afirma que “o trabalho não causa o sofrimento, é o próprio sofrimento que produz o trabalho”. Percebe-se, então, uma relação ambígua onde as relações capitalistas e os atuais modelos de produção, que propiciam situações geradoras de sofrimento ao trabalhador e ao mesmo tempo se apropriam desse estado com vistas ao aumento da produtividade.

A precarização da organização do trabalho, o desemprego estrutural e a necessidade de sobrevivência enfraquecem o trabalhador que se torna alvo de exploração, já que se rende facilmente a promessas de sucesso e reconhecimento em prol do aumento da produção. A psicodinâmica consiste em uma abordagem de pesquisa e ação sobre o trabalho, onde uma análise crítica deve ser realizada com o intuito de reconstruir a organização do trabalho, que, devido às características da pós-modernidade e do novo mundo do trabalho, geram sofrimento aos trabalhadores. (MENDES, 2007).

Para que esse processo de construção-reconstrução das relações entre sujeitos-trabalhadores e realidade concreta de trabalho aconteça é necessário um entendimento concreto, objetivo e realizado do sujeito enquanto subjetividade.

A psicodinâmica entende como uma das maneiras de enfrentamento dessa realidade a que estão expostos os trabalhadores, a utilização de mobilização subjetiva e estratégias defensivas. Essas, sejam individuais ou coletivas, permitem o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento e evitam descompensações psíquicas e o adoecimento (DEJOURS, 1999).

A mobilização subjetiva, de acordo com Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994), caracteriza-se pelo uso de recursos psicológicos do trabalhador e pela discussão sobre questões de trabalho em um espaço público, na tentativa de resignificar suas representações sobre sua atividade, transformar as situações de trabalho geradoras de sofrimento e buscar o prazer.

As estratégias defensivas são construídas de comum acordo entre o coletivo de trabalhadores, e tem como alvo a eufemização da percepção do sofrimento (VIEIRA, 2005). De acordo com a mesma autora, as defesas coletivas são específicas para diferentes profissões, sendo construídas e mantidas coletivamente mediante as situações adversas enfrentadas no trabalho.

No entanto, Dejours (1999) afirma que o uso permanente de estratégias defensivas pode acarretar em um processo de alienação e cristalização do profissional. Os ideais capitalistas vigentes atualmente se aproveitam desse processo de alienação dos trabalhadores, já que não há interesse na mudança das relações de trabalho. Logo, explora-se esse paradoxo e evita-se que discussões sobre a estrutura do trabalho

sejam realizadas, mantendo os trabalhadores produtivos sem conhecimento da causa de seu sofrimento (MENDES, 1996).

Ainda que algumas críticas apontem os limites da psicodinâmica dejouriana, entendendo-a como a repetição de um modelo explicativo causal, reconhece-se que esse enfoque traz para o centro da discussão os sentidos e significados do trabalho para o trabalhador, permitindo-lhe ter voz no contexto dos estudos sobre a relação entre trabalho e processo saúde-doença (BRANT; MINAYO-GOMES, 2004).

Portanto, ao abordar a saúde do trabalhador de enfermagem, a psicodinâmica traz bases para a análise e discussão das relações de trabalho e suas repercussões para sua saúde e adoecimento.

2 MATERIAL E MÉTODO

2.1 Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo exploratório de abordagem quantitativa e desenho transversal, descritivo e inferencial.

Apesar da preferência por uma abordagem qualitativa nos estudos com base na psicodinâmica dejouriana, esta investigação baseou-se numa opção quantitativa, proposta por Mendes (2007), através de uma escala psicométrica do tipo Likert, que permite uma avaliação de itens organizados em dimensões do trabalho, denominados fatores, e a comparação futura com outros resultados já encontrados.

Nas publicações da autora da escala não foi identificado nenhum estudo com profissionais de saúde. Além disso, poucos estudos são encontrados na enfermagem utilizando avaliação por escalas, justificando a escolha para este estudo (CAMPOS; DAVID, 2007).

2.2 População, amostra e amostragem

A população de estudo foi representada por 48 enfermeiros atuantes nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) geral e cirúrgica de um hospital privado do município do Rio de Janeiro.

O hospital em questão possui em sua UTI geral uma equipe de enfermagem composta por 34 enfermeiros, sendo 3 enfermeiras da equipe da educação continuada e 1 gerente do setor; e 40 técnicos de enfermagem. A escala de enfermagem nesse setor é fixa, independente da taxa de ocupação, ou seja, sempre haverá o mesmo número de profissionais por plantão.

Já a equipe de enfermagem da Unidade Intensiva cirúrgica é constituída por 18 enfermeiros, sendo 2 da educação continuada e 1 gerente do setor; e 25 técnicos de enfermagem, sendo 01 desses diarista. O número de funcionários na escala é calculado com base na taxa de ocupação, que é de 60% em média. Quando a taxa de ocupação aumenta, outros funcionários são escalados em regime de produtividade, ou seja, plantão extra.

Toda a equipe cumpre 40 horas semanais distribuídas em turnos de 12 horas de plantão e 60 horas de descanso, mais 03 complementações mensais de 12 horas marcadas individualmente para os plantonistas e 8 horas semanais para os diaristas.

Para seleção dos sujeitos utilizou-se uma técnica de amostragem intencional com os seguintes critérios de inclusão:

- estar atuando nesta UTI há seis meses ou mais. Esse critério foi adotado uma vez que, por meio de nossa experiência profissional, consideramos que com esse período de tempo o enfermeiro está mais envolvido com a dinâmica do setor sendo, portanto, mais representativo para o estudo. Os enfermeiros que realizam a educação continuada nesse setor foram parte da população do estudo, pois estão envolvidos também com as atividades assistenciais. As gerentes dessas unidades não compuseram a amostra do estudo por estarem mais envolvidas com as atividades administrativas do setor;
- assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nas Unidades de Terapia Intensiva apenas 01 enfermeira não respondeu o instrumento por estar de licença maternidade. Na UTI cirúrgica 02 profissionais foram excluídas do estudo por não devolverem os instrumentos preenchidos.

Dessa forma, a amostra deste estudo compreendeu 44 sujeitos dos quais 29 pertencem à UTI geral e 15 à UTI cirúrgica.

Os resultados apresentados a seguir referem-se à caracterização dos enfermeiros atuantes nas Unidades de terapia Intensiva geral e cirúrgica no ano de 2008.

Tabela 1 – Distribuição das freqüências relativas às características sócio demográficas dos enfermeiros intensivistas. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	05	11,4
Feminino	39	88,6
N° de filhos		
0	32	72,6
1	09	20,5
2	02	4,6
3	01	2,3
Estado civil		
Solteiro	21	47,7
Casado	19	43,2
Divorciado/separado	04	9,1
Estrutura familiar		
Nuclear	24	54,5
Extensa	15	34,1
Variante (só, solteiro)	05	11,4
Número de dependentes		
0	10	22,7
1-2	18	40,9
3 ou mais	16	36,6
Quem são os dependentes		
Esposo (a)/companheiro(a)	09	20,4
Pais	14	31,8
Filho(s)	08	18,2
Netos	01	2,3
Outros parentes	01	2,3
Outras pessoas não parentes	01	2,3
Não se aplica	10	22,7

Observa-se que a maior parte da população é do sexo feminino (88,6%). Esse dado reflete que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina.

Na distribuição da incidência da variável estado conjugal, nota-se um equilíbrio entre profissionais casados (43,2%) e solteiros (47,7%). No que diz respeito à estrutura familiar, observa-se a predominância do tipo de família nuclear (54,5%).

Através da análise da variável número de filhos é possível verificar que 72,6% dos enfermeiros atuantes em UTI não possuem filhos.

A maior parte dos enfermeiros (40,9%) apresenta entre 1 e 2 dependentes financeiros, sendo esses representados principalmente pelos pais (31,8%). Verifica-se que a média de idade da população como um todo é 32,1 anos, no entanto, há uma maior frequência (29,5%) de profissionais que possuem idade entre 25 a 30, sendo a mediana 33 anos (Tabela 2).

Tabela 2 – Composição por idade. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Idade (anos)	F	%
21 – 25	06	13,6
25 – 30	13	29,5
30 – 35	09	20,5
35 – 40	12	27,3
40 ou mais	04	9,1
Total	44	100

Sabe-se que, com as novas relações e organização, é cobrado o aperfeiçoamento e especialização do profissional para o desempenho de suas funções. Verifica-se, na Tabela 3, que 81,8% possuem pós-graduação. Desses, 70,4% realizaram especialização do tipo lato sensu. 54,5% dos enfermeiros optaram por especializações específicas para terapia intensiva.

Em relação ao turno de trabalho, observa-se o predomínio, dentre os respondentes, dos que trabalham no período diurno (45,5%). Verifica-se que 25% dos profissionais exercem suas atividades em ambos os turnos de trabalho. Esse fato pode ocorrer por existir na instituição pesquisada uma política de regime de trabalho chamada produtividade, onde o funcionário faz um número maior de plantões para cobrir a escala de profissionais que estão de férias e licenças.

A seguir, podemos observar o tempo de conclusão da graduação dos profissionais em questão. Constata-se que os enfermeiros têm, em sua maioria, entre 1 e 5 anos de formado (40,9%).

Tabela 3 – Distribuição das freqüências relativas ao perfil profissional dos enfermeiros intensivistas. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Variáveis	N	%
Possui título de Pós-graduação?		
Sim	36	81,8
Não	08	18,2
Tipo de Pós-graduação		
Stricto sensu	03	6,8
Lato sensu	31	70,4
Ambos	02	4,6
Não se aplica	08	18,2
Pós -graduação específica pra UTI		
Sim	24	54,5
Não	12	27,3
Não se aplica	08	18,2
Turno de trabalho		
Diurno apenas	20	45,5
Noturno apenas	13	29,5
Diurno e noturno	11	25

Tabela 4 – Composição por tempo de formado. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Tempo de formado (anos)	F	%
1 – 5	18	40,9
5 – 10	10	22,7
10 – 15	09	20,5
15 – 20	05	11,4
20 ou mais	02	4,5
Total	44	100

Na tabela 5 é apresentado o tempo de trabalho em terapia intensiva em anos. Verifica-se a maior freqüência dos dados entre 3 e 6 anos (25%), com média de 9,2 e mediana de 8 anos.

Nota-se, também, que o tempo de trabalho na instituição fica entre 5 anos ou menos (43,1%).

Tabela 5 – Composição por tempo de trabalho em terapia intensiva. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Tempo em Terapia Intensiva (anos)	F	%
3,0 ou menos	08	18,2
3,0 – 6,0	11	25,0
6,0 – 9,0	05	11,4
9,0 – 12,0	04	9,1
12,0 – 15,0	07	15,9
15,0 – 18,0	07	15,9
18,0 ou mais	02	4,5
Total	44	100

Tabela 6 – Composição por tempo de trabalho na instituição. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Tempo na instituição (anos)	F	%
5,0 ou menos	19	43,1
5,0 – 10,0	09	20,5
10,0 – 15,0	11	25,0
15,0 – 20,0	05	11,4
Total	44	100

Observa-se com esses dados que, apesar de terem concluído a graduação há poucos anos, os profissionais atuam em terapia intensiva e na instituição há um período de tempo maior. Isso se deve ao fato do grande número de profissionais que eram técnicos de enfermagem, terem se graduado e mudado de cargo no hospital. Existe um programa de ascensão de cargos na instituição que permite que técnicos de enfermagem que estejam nos últimos períodos da graduação façam um treinamento nos diversos setores do hospital e, dependendo da sua atuação, são aproveitados como enfermeiros.

Referente à carga horária diária de trabalho, verifica-se que o regime de plantão de 12 horas é o mais comum entre os participantes da pesquisa (88,6%). A carga horária de 8 horas diárias é geralmente cumprida pelos diaristas do setor.

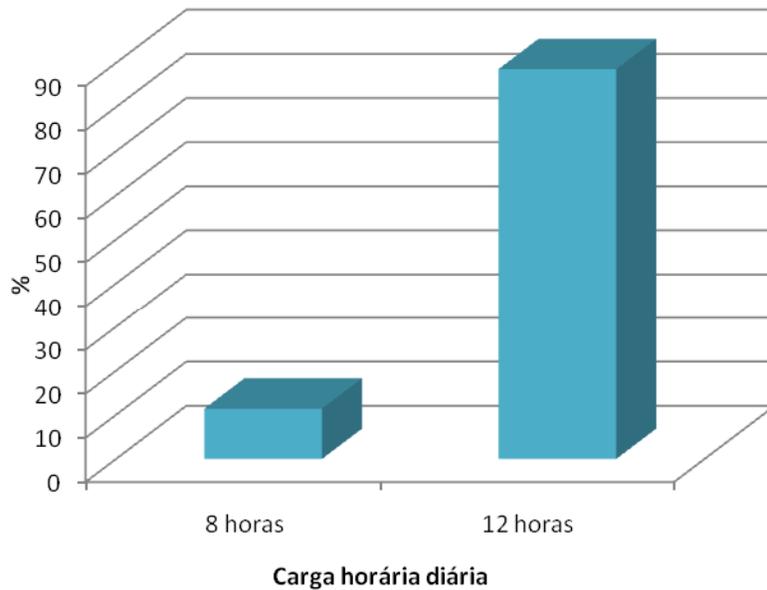


Gráfico 1 – Composição por carga horária diária de trabalho. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Já a carga horária semanal cumprida pelos profissionais é, em sua maioria, de 40 horas (95,5%). Os profissionais que cumprem 72 horas semanais são aqueles que fazem produtividade no setor.

Tabela 7 – Composição por carga horária semanal de trabalho. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Carga horária semanal	F	%
40	42	95,5
72	02	4,5
Total	44	100

Observamos, a seguir, o rendimento salarial dos enfermeiros intensivistas. A renda média dos profissionais da UTI geral fica em torno de R\$ 2460, com mediana de R\$ 2450. Valores parecidos também são percebidos para os da UTI cirúrgica, com

média de R\$ 2763 e mediana de R\$ 2450. Com relação ao rendimento salarial, podemos afirmar que os salários oferecidos estão acima dos valores oferecidos nos hospitais particulares e no mercado de trabalho de enfermagem em geral e não sofrem grande variação entre os profissionais. Os salários mais baixos são oferecidos para os profissionais que se encontram em treinamento. Esses aumentam à medida em que o enfermeiro muda (sobe) de categoria. Correndo o risco de detalhamento supérfluo, vale ressaltar que os dados evidenciam que essa população não enfrenta dificuldades comuns da categoria, como baixos salários e diversos empregos.

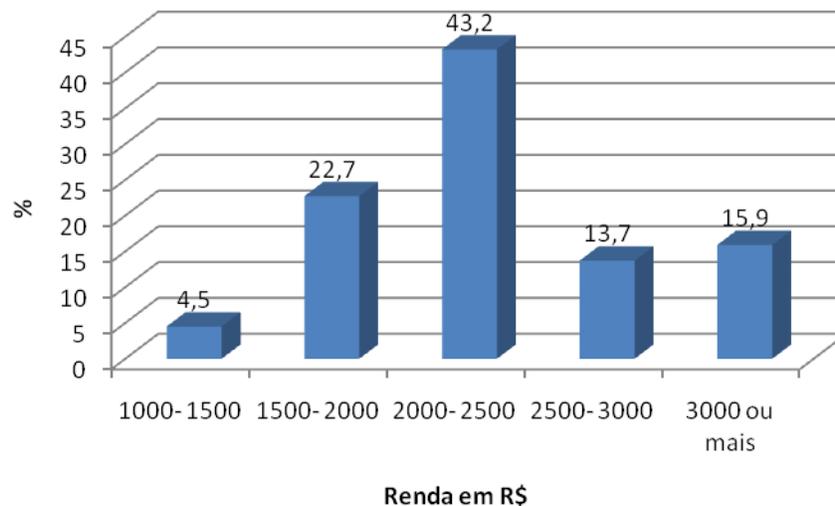


Gráfico 2 - Composição por rendimento salarial. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

2.3 Local

O estudo foi desenvolvido em um hospital privado do município do Rio de Janeiro. A opção por esse hospital foi feita por estar atuando nele e conhecer sua realidade.

Trata-se de um hospital que conta com um total de 115 leitos. Oferece serviços de emergência geral e cardiológica para adultos e crianças. Oferece uma ampla rede

de exames complementares e diagnósticos como: hemodinâmica, cintilografia, ressonância magnética, tomografia, ecocardiograma, ultra-sonografia, prova de função pulmonar, polissonografia, entre outros. O hospital possui um Centro de Eletrofisiologia e um Centro de Medicina Transfusional.

A estrutura física é de três prédios interligados divididos em setores de internação, a saber: Unidade Clínica, Unidade de Curta Permanência, Unidade Intermediária Cirúrgica, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, Unidade de Pós Operatório, Centro Cirúrgico, Unidade Coronariana, Unidade de Terapia Intensiva I, Unidade de Terapia Intensiva II, Emergência com Unidade de Dor Torácica, Unidade de Acidente Vascular Cerebral e Clínica de Insuficiência Cardíaca.

O Hospital tem como missão atender ao paciente de alta complexidade e é referência em cardiologia no Estado do Rio de Janeiro.

A Unidade de Terapia Intensiva geral é dividida em I e II, sendo as duas localizadas no primeiro andar do hospital, não estando interligadas. A equipe médica e a de enfermagem atuam nas duas unidades. Os quinze leitos da unidade são divididos em: sete na Unidade de Terapia Intensiva I, onde são alocados os pacientes agudos e de maior complexidade, e oito na Unidade de Terapia Intensiva II, onde são transferidos os pacientes da Unidade de Terapia Intensiva I antes de receberem alta para outro setor.

A Unidade de Terapia Intensiva geral tem leitos individuais (tipo quarto) com banheiro, telefone, geladeira e televisão a cabo. Os quartos possuem isolamento acústico e sistema de pressão negativa, o que promove o mesmo efeito de um centro cirúrgico, sendo indicado para receber transplantado.

Todos os leitos possuem monitorização invasiva e não invasiva, bem como toda a rede de gasoterapia. Todo o material de uso do paciente fica dentro do leito e é repostado pelas secretárias, não sendo necessário, assim, o deslocamento da equipe para um posto central.

Para cada dois leitos existe um mini posto que permite visualização completa dos pacientes por intermédio de um vidro, e, nesse mini posto, há uma bancada com um computador que permite acesso ao prontuário eletrônico do paciente, o que possibilita a solicitação de exames e sua visualização.

A UTI cirúrgica é também subdividida em Unidade Intensiva Cardio-Neuro-Cirúrgica e Unidade semi-intensiva cirúrgica (USIC), localizadas no segundo andar do hospital e estando interligadas. Essas compartilham também as equipes de enfermagem e médica.

A Unidade Intensiva Cardio-Neuro-Cirúrgica é composta por 10 leitos do tipo boxes e a USIC por 06 quartos.

Todos os leitos possuem monitorização invasiva e não invasiva, bem como toda a rede de gasoterapia. No entanto, os materiais de uso do paciente são alocados em um posto central na unidade, onde também são preparadas todas as medicações. Os materiais do setor são repostos pelas secretárias.

Esse posto central permite a visualização total dos leitos mais próximos, e daqueles mais distantes. A vigilância se dá por meio de câmeras instaladas nos boxes. Todos os dados referentes à monitorização hemodinâmica são visualizados em monitor central que permanece nesse posto, facilitando a observação de possíveis alterações.

2.4 Instrumentos de coleta de dados

2.4.1 Caracterização sócio demográfica

Para caracterização sócio demográfica do estudo foi utilizado um instrumento (ANEXO A) com perguntas objetivas e descritivas, de modo a produzir informações sobre idade, sexo, escolaridade, estado civil, tempo de trabalho em UTI, de conclusão de estudos e de trabalho na instituição. Buscou-se também saber se o entrevistado possuía títulos de pós-graduação, a jornada de trabalho, carga horária diária e semanal, rendimento salarial, filhos e tipo de família.

Esse instrumento foi aplicado utilizando-se a técnica de questionário. A partir desses dados foi possível traçar o perfil de cada profissional participante do estudo e da população.

2.4.2 Inventário sobre o trabalho e riscos de adoecimento (ITRA)

O ITRA (ANEXO B) é um instrumento estruturado que tem por objetivo traçar um perfil dos antecedentes, medidores e efeitos do trabalho no processo de adoecimento. Foi desenvolvido para atender uma necessidade gerada pelo aumento das pesquisas em psicodinâmica do trabalho em grandes grupos de trabalhadores (MENDES, 2007).

Esse inventário avalia algumas dimensões da inter-relação trabalho e processo de subjetivação. Investiga o próprio contexto de trabalho e os efeitos que ele pode exercer no modo do trabalhador vivenciá-lo (MENDES, 2007).

Esse instrumento foi criado e validado, inicialmente, por Ferreira e Mendes (2003), tendo sofrido adaptações e revalidações no ano de 2004, 2005 e por último, em 2006 (MENDES, 2007). Essa última validação foi a utilizada neste estudo.

O ITRA, segundo Mendes (2007), é composto por quatro escalas interdependentes para avaliar quatro dimensões da inter-relação trabalho e riscos de adoecimento que são apresentadas a seguir:

- o contexto de trabalho: são representações relativas à organização, às relações sócioprofissionais e às condições de trabalho. Esses dados são avaliados pela *Escala de Avaliação do contexto de Trabalho* (EACT);
- as exigências: são representações relativas ao custo físico cognitivo e afetivo do trabalho que serão avaliados pela *Escala de Custo Humano no Trabalho* (ECHT);
- o sentido do trabalho: são representações relativas às vivências de prazer e sofrimento no trabalho avaliadas pela *Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho* (EIPST);
- os efeitos do trabalho para a saúde: são representações relativas às conseqüências em termos de danos físicos e psicossociais. Essas serão avaliadas pela *Escala de avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho* (EADRT).

A validação psicométrica do inventário é realizada com base na técnica de análise fatorial. Como as escalas são interdependentes, utiliza-se o método PAF (*Principal Axis Factoring*) de análise, rotação oblímim, com análise de correlação para cada uma das escalas e de confiabilidade que compõem o ITRA (MENDES, 2007).

Mendes (2007), em seu livro sobre a Psicodinâmica do Trabalho, apresenta a validação de cada uma das escalas, integrando dados estatísticos com as definições conceituais.

A título de informação, em função de ser esta a primeira aplicação com enfermeiros, serão reproduzidos a seguir alguns dados da última validação.

A primeira escala, EACT, é composta por três fatores: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sócioprofissionais, com eigenvalues (autovalores) de 1,5, variância total de 38,46%, KMO de 0,93 e correlações de 0,25¹.

Por ser uma escala do tipo Likert, apresenta as seguintes opções de respostas: 1= nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = freqüentemente; 5 = sempre. É constituída de itens negativos, devendo sua análise ser feita por fator e com base em três níveis diferentes, considerando um desvio padrão em relação ao ponto médio. Como resultado para essa escala pode-se considerar:

Acima de 3,7 = avaliação mais negativa, grave. Indica que o contexto de trabalho possibilita de forma grave o adoecimento do profissional.

Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico. Indica que o contexto de trabalho favorece moderadamente o adoecimento do profissional.

Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório. Indica que o contexto de trabalho favorece a saúde do profissional.

O quadro 1 apresenta uma síntese dos itens avaliados pela EACT, segundo os fatores, informando ainda os valores do Alpha de Cronbach encontrados pela autora:

¹ O método PAF é uma técnica estatística de análise fatorial multivariada para redução e sumarização de dados e tem como objetivo estudar as relações de interdependência que existem entre um conjunto de variáveis ou indivíduos (AAKER; KUMAR; DAY, 2004). Segundo Kageyama, Leone (1990), o método PAF consiste em obter componentes (fatores) que são combinações lineares das variáveis originais, agrupando-se em cada fator as variáveis mais correlacionadas entre si e fazendo com que os fatores sejam ortogonais (independentes). A principal inferência estatística a ser observada na análise fatorial é a medida de adequabilidade de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)*: índice usado para avaliar a adequabilidade da análise fatorial. O valor do índice *KMO* varia dentro do intervalo fechado de 0,0 a 1,0. A análise fatorial é apropriada, se $0,5 > KMO > 1,0$.

Fatores da EACT	Itens avaliados	Alpha de Cronbach
Organização do trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - o ritmo de trabalho é excessivo; - as tarefas são cumpridas sob pressão de prazos; - existe forte cobrança por resultados; - as normas para execução das tarefas são rígidas; - existe fiscalização do desempenho; - o número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas; - os resultados esperados estão fora da realidade; - existe divisão entre quem planeja e quem executa; - as tarefas são repetitivas; - falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho; - as tarefas executadas sofrem descontinuidade. 	0,72
Condições de trabalho	<ul style="list-style-type: none"> - as condições de trabalho são precárias; - o ambiente físico é desconfortável; - existe muito barulho no ambiente de trabalho; - o mobiliário existente no local de trabalho é inadequado; - os instrumentos de trabalho são insuficientes para realização das tarefas; - o posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas; - os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários; - o espaço físico para realizar o trabalho é inadequado; - as condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas; - o material de consumo é insuficiente. 	0,89
Relações sócio-profissionais	<ul style="list-style-type: none"> - as tarefas não estão claramente definidas; - a autonomia é inexistente; - a distribuição das tarefas é injusta; - os funcionários são excluídos das decisões; - existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados; - existem disputas profissionais no local de trabalho; - falta integração no ambiente de trabalho; - a comunicação entre funcionários é insatisfatória; - falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional; - as informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso. 	0,87

Quadro 1 – Escala de avaliação do contexto de trabalho (EACT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.

A Organização do trabalho é o primeiro fator dessa escala, sendo definida como a divisão e conteúdo das tarefas, normas, controles e ritmos de trabalho. É composta por 11 itens.

O segundo o fator da EACT, composto por 10 itens, é o fator Condições de trabalho, que pode ser definido como a qualidade do ambiente físico, posto de trabalho, equipamentos e material disponibilizados para a execução do trabalho.

As relações sócio-profissionais consistem no terceiro fator dessa escala e podem ser conceituadas como os modos de gestão do trabalho, comunicação e interação profissional. Possui 10 itens.

A *Escala de Custo humano do Trabalho* (ECHT) também é composta por 3 fatores: custo físico, cognitivo e afetivo. Apresenta eigenvalue maior que 2, variância total de 44,98%, KMO de 0,91 e 50% das correlações acima de 0,30.

Essa escala também apresenta 5 opções de respostas, onde 1= nunca, 2 = pouco exigido, 3 = mais ou menos exigido, 4 = bastante exigido e 5 = totalmente exigido. Sua análise segue o exemplo da primeira escala e seus resultados podem ser classificados em:

Acima de 3,7 = avaliação mais negativa, grave. Profissional exposto a um alto custo humano pelo trabalho favorecendo gravemente o adoecimento do mesmo.

Entre 2,3 e 3,69 = avaliação mais moderada, crítico. Profissional exposto a um moderado custo humano pelo trabalho favorecendo criticamente o adoecimento do mesmo.

Abaixo de 2,29 = avaliação mais positiva, satisfatório. Trabalho gerando baixo custo humano ao profissional, diminuindo, assim, os riscos de seu adoecimento.

O primeiro fator dessa escala é o Custo físico, definido como dispêndio fisiológico e biomecânico imposto ao trabalhador pelas características do contexto de produção. Composto por 10 itens.

O Custo cognitivo constitui o segundo fator da escala ECHT e significa o dispêndio intelectual para aprendizagem, resolução de problemas e tomada de decisão no trabalho. Possui 10 itens.

Fatores da ECHT	Itens avaliados	Alpha de Cronbach
Custo físico	<ul style="list-style-type: none"> - usar a força física; - usar os braços de forma contínua; - ficar em posição curvada; - caminhar; - ser obrigado a ficar em pé; - ter que manusear objetos pesados; - fazer esforço físico; - usar as pernas de forma contínua; - usar as mãos de forma repetida; - subir e descer escadas. 	0,91
Custo cognitivo	<ul style="list-style-type: none"> - desenvolver macetes; - ter que resolver problemas; - ser obrigado a lidar com imprevistos; - usar a visão de forma contínua; - usar a memória; - ter desafios intelectuais; - fazer esforço mental; - ter concentração mental; - usar a criatividade. 	0,86
Custo afetivo	<ul style="list-style-type: none"> - ter controle das emoções; - ter que lidar com ordens contraditórias; - ter custo emocional; - ser obrigado a lidar com a agressividade dos outros; - disfarçar os sentimentos; - ser obrigado a elogiar as pessoas; - ser obrigado a ter bom humor; - ser obrigado a cuidar da aparência física; - ser bonzinho com os outros; - transgredir valores éticos; - ser submetido a constrangimentos; - ser obrigado a sorrir. 	0,84

Quadro 2 – Escala de custo humano do trabalho (ECHT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.

O terceiro fator é o Custo afetivo, possui 12 itens e é definido como o dispêndio emocional, sob a forma de reações afetivas, sentimentos e de estados de humor.

A terceira escala é a *Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho* (EIPST). É constituída por 4 fatores: dois avaliando prazer, realização profissional e liberdade de expressão; e dois avaliando sofrimento no trabalho que são Falta de

reconhecimento e Esgotamento profissional. Apresenta eigenvalues de 1,0, variância total de 59,80%, KMO de 0,92 e 50% das correlações acima de 0,30.

Consta de uma escala que apresenta 7 opções de respostas, cujo objetivo é avaliar nos últimos seis meses a ocorrência das vivências dos indicadores de prazer-sofrimento. Dessa forma, 0= nenhuma vez, 1= uma vez, 2= duas vezes, 3 três vezes, 4= quatro vezes, 5= cinco vezes, 6= seis ou mais vezes.

Para os fatores de prazer, considerando que os itens são positivos, a análise é diferente das escalas anteriores. Também deve ser feita por fator, para melhor especificação e qualificação da frequência com que é experimentada a vivência, deve ser classificada em três níveis diferentes, com um desvio padrão para cada um. Considera-se como resultado para a vivência de prazer:

Acima de 4,0 = avaliação mais positiva, satisfatório;

Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 2,0 = avaliação para raramente, grave.

Para os fatores de sofrimento, considerando que os itens são negativos, a análise deve ser realizada baseada nos seguintes níveis:

Acima de 4,0 = avaliação mais negativa, grave;

Entre 3,9 e 2,1 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 2,0 = avaliação menos negativa, satisfatório.

Nesta escala o primeiro fator é a Realização Profissional que pode ser definida como a vivência de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz. Composta por 9 itens.

O segundo fator é a Liberdade de expressão, conceituada como liberdade para pensar, organizar e falar sobre o seu trabalho. Possui 8 itens.

O Esgotamento Profissional é o terceiro fator, possui 7 itens e pode ser definido como uma vivência de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho.

O quarto fator é a Falta de Reconhecimento, vivência de injustiça, indignação e desvalorização pelo não reconhecimento do seu trabalho. É composto por 8 itens.

A última escala do inventário é a *Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho* (EADRT), é composta por 3 fatores: danos físicos, psicológicos e sociais, com eigenvalues 1,5, variância total de 50,09%, KMO de 0,95 e correlações acima de 0,30.

Fatores da EIPST	Itens avaliados	Alpha de Cronbach
Realização Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - satisfação; - motivação; - orgulho pelo que faço; - bem-estar; - realização profissional; - valorização; - reconhecimento; - identificação com as minhas tarefas; - gratificação pessoal com as minhas atividades. 	0,93
Liberdade de expressão	<ul style="list-style-type: none"> - liberdade com a chefia para negociar o que precisa; - liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas; - solidariedade entre os colegas; - confiança entre os colegas; - liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho; - liberdade para usar a minha criatividade; - liberdade para falar sobre o meu trabalho com as chefias; - cooperação entre os colegas. 	0,80
Esgotamento Profissional	<ul style="list-style-type: none"> - esgotamento profissional; - estresse; - insatisfação; - sobrecarga; - frustração; - insegurança; - medo. 	0,89
Falta de Reconhecimento	<ul style="list-style-type: none"> - falta de reconhecimento do meu esforço; - falta de reconhecimento do meu desempenho; - desvalorização; - indignidade; - inutilidade; - desqualificação; - injustiça; - discriminação. 	0,87

Quadro 3 – Escala de indicadores de prazer e sofrimento no trabalho (EIPST). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.

Também constitui-se de uma escala com sete opções de respostas, cujo objetivo é avaliar os danos provocados pelo trabalho nos últimos seis meses. Assim, 0 = nenhuma vez, 1 = uma vez, 2 = duas vezes, 3 = três vezes, 4 = quatro vezes, 5 = cinco vezes, 6 = seis ou mais vezes.

Como essa escala retrata situações muito graves relacionadas à saúde, sua análise deve ser realizada de forma diferenciada. A aparição e repetição num nível moderado dos itens já significam adoecimento, logo, o ponto médio da escala, embora matematicamente seja 3,0 para fins desse inventário, é desdobrado em dois intervalos com variação de um desvio padrão. Dessa forma, os resultados devem ser classificados em quatro níveis:

Acima de 4,1 = avaliação mais negativa, presença de doenças ocupacionais;

Entre 3,1 e 4,0 = avaliação moderada para freqüente, grave;

Entre 2,0 e 3,0 = avaliação moderada, crítico;

Abaixo de 1,9 = avaliação mais positiva, suportável.

O primeiro fator dessa escala é Danos Físicos, definido como dores no corpo e distúrbios biológicos. É composto por 12 itens.

Os Danos Psicológicos constituem o segundo fator da escala, engloba os sentimentos negativos em relação a si mesmo e à vida em geral. Possui 10 itens.

O terceiro fator, composto por 7 itens, é o fator Danos sociais, conceituado como isolamento e dificuldade nas relações familiares e sociais.

Mendes (2007) afirma que o ITRA é de grande utilidade para se investigar grandes populações e organizações, bem como para pesquisas envolvendo diagnósticos em saúde do trabalhador, visando a implantação de programas de prevenção e de saúde ocupacional.

Fatores da EIPST	Itens avaliados	Alpha de Cronbach
Danos Físicos	<ul style="list-style-type: none"> - dores no corpo; - dores nos braços; - dor de cabeça; - distúrbios respiratórios; - distúrbios digestivos; - dores nas costas; - distúrbios auditivos; - alterações do apetite; - distúrbios na visão; - alterações do sono; - dores nas pernas; - distúrbios circulatórios. 	0,88
Danos Psicológicos	<ul style="list-style-type: none"> - amargura; - sensação de vazio; - sentimento de desamparo; - mau humor; - vontade de desistir de tudo; - tristeza; - irritação com tudo; - sensação de abandono; - dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas; - solidão. 	0,93
Danos sociais	<ul style="list-style-type: none"> - insensibilidade em relação aos colegas; - dificuldades nas relações fora do trabalho; - vontade de ficar sozinho; - conflitos nas relações familiares; - agressividade com os outros; - dificuldade com os amigos; - impaciência com as pessoas em geral. 	0,89

Quadro 4 – Escala de Avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho (EADRT). Itens e dados da validação por Mendes, 2007.

2.5 Procedimentos éticos

O estudo fundamentou-se nos preceitos éticos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das

coletividades, os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça.

Tanto a pesquisa quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) utilizados foram submetidos à aprovação Institucional através da Carta de Autorização Institucional e ao Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital em questão (APÊNDICE B).

Os profissionais que participaram do estudo receberam explicação verbal dos procedimentos a serem realizados e foram solicitados a assinar o TCLE, onde constam os seguintes aspectos: justificativa e objetivos da pesquisa, liberdade de recusa em participar ou a retirada do consentimento em qualquer fase da pesquisa e garantia de sigilo quanto a identidade e resguardo durante e após a realização da pesquisa.

A instituição pesquisada autorizou a operacionalização do estudo e seu comitê de ética considerou o projeto, bem como o TCLE aprovados (APÊNDICE C). O retorno das informações obtidas através desta pesquisa foi garantido para as pessoas e instituição onde a pesquisa foi realizada.

2.6 Estratégias e técnica para coleta de dados

Após a aprovação do Comitê de Ética, foi realizado contato prévio com as gerentes dos setores e agendado um dia para exposição dos objetivos do estudo e da maneira como se daria a coleta dos dados. Foram acordados, então, os melhores horários para a coleta dos dados de acordo com a dinâmica de cada setor.

A visita aos setores realizou-se em todos os plantões diurnos e noturnos.

Ao chegar ao setor, os profissionais disponíveis eram abordados. Se esses preenchessem os critérios de inclusão, eram convidados a participar do estudo, entregando-se o TCLE e o instrumento de coleta de dados (ANEXOS A e B).

O profissional era adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação do instrumento, o modo de aplicação e o destino dos dados, deixando-o à vontade para esclarecer quaisquer dúvidas.

Enfatizou-se que o profissional deveria responder o instrumento baseado somente na sua vivência no hospital em questão, desconsiderando vivências de outros hospitais.

O instrumento de caracterização sócio demográfica e o ITRA são auto-aplicáveis, logo, utilizou-se a técnica de aplicação de questionário para a coleta de dados. No caso do ITRA, um inventário desenvolvido para aplicação em grandes populações, a recomendação é de que, em sua aplicação, seja apenas entregue aos sujeitos, entendendo-se que o instrumento é suficientemente auto-explicativo (MENDES, 2007). Dessa forma, evitei influenciar o profissional na escolha das respostas, não discutindo as questões ou o significado dessas, tampouco as escalas de respostas.

Ao término dessas orientações, agendava-se uma data para recolhimento do mesmo. As dúvidas que surgissem durante o preenchimento do instrumento poderiam ser esclarecidas no momento da sua entrega, ou por telefone.

Ao receber o instrumento preenchido, foi verificado se o profissional havia deixado questões sem respostas e se apenas uma alternativa estava marcada para cada item da escala. No momento, aproveitei para perguntar sobre como os enfermeiros percebiam o instrumento, sobre as dificuldades encontradas em seu preenchimento. Não foram relatados problemas na leitura ou entendimento das questões, mas sim alguma dificuldade de recordar ou quantificar eventos ocorridos nos últimos seis meses, como pedem as duas últimas escalas.

2.7 Tratamento e análise dos dados

O processamento dos dados obedeceu à seguinte seqüência: codificação, tabulação, organização e tratamento estatístico. Inicialmente, foi feita a análise estatística descritiva, através das freqüências simples, absolutas e médias, dos dados sócio demográficos gerados mediante a aplicação do instrumento Caracterização sócio demográfica (ANEXO A).

A aplicação do ITRA gerou um banco de dados, fazendo a utilização do software SPSS (Statistical Package for Social Science) versão 12.0 para sua construção, no qual foram realizadas estatísticas descritivas, tais como frequência, média e desvio padrão, e calculado o Coeficiente Alpha de Cronbach, com vistas ao estabelecimento da consistência interna.

O Alpha de Cronbach é uma das medidas mais usadas para a verificação da consistência interna de um grupo de variáveis (itens), consiste em um procedimento estatístico comumente utilizado para esse tipo de análise em escalas do tipo Likert. Entende-se por consistência interna o grau de uniformidade ou de coerência existente entre as respostas dos sujeitos a cada um dos itens que compõem as escalas (VIEIRA, 1998). Esse índice varia de 0 a 1 e, quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade do instrumento (PESTANA; GAGUEIRO, 2005). Justifica-se o cálculo desse coeficiente nesse grupo por ser a primeira vez em que foi aplicado o ITRA com enfermeiros, e com base na característica exploratória do estudo. Em termos de procedimento, esse método requer apenas uma única aplicação da prova.

A discussão dos dados fundamentou-se no referencial teórico da psicodinâmica do trabalho.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 5 resume o ITRA e suas escalas e fatores, trazendo ainda os dois itens com maiores médias dentro de cada fator. Não são trazidos os resultados em termos de médias.

ITRA	Contexto de Trabalho	Organização do trabalho	- Existe forte cobrança por resultados - As normas para execução das tarefas são rígidas
		Relações sócio-profissionais	- Os funcionários são excluídos das decisões - Existem disputas profissionais no local de trabalho
		Condições de trabalho	- Existe muito barulho no ambiente de trabalho - O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado
	Custo Humano no Trabalho	Custo afetivo	- Ter controle das emoções - Ser obrigado a cuidar da aparência física
		Custo cognitivo	- Usar a visão de forma contínua - Ter que resolver problemas - Usar a memória
		Custo físico	- Usar as mãos de forma repetida - Caminhar
	Prazer e Sofrimento	Liberdade de expressão	- Solidariedade entre os colegas - Cooperação entre os colegas
		Realização profissional	- Orgulho pelo que faço - Identificação com minhas tarefas
		Esgotamento profissional	- Estresse - Esgotamento emocional
		Falta de reconhecimento	- Falta de reconhecimento do meu desempenho - Falta de reconhecimento do meu esforço
	Danos relacionados ao Trabalho	Danos físicos	- Dores nas pernas - Dores no corpo
		Danos sociais	- Impaciência com as pessoas no geral - Vontade de ficar sozinho
		Danos psicológicos	- Irritação com tudo - Mau humor

Quadro 5 – Resumo informativo sobre o ITRA, suas escalas, fatores e itens com maiores médias para os enfermeiros intensivistas. Rio de Janeiro, 2008.

Na seqüência, os resultados e a discussão estão organizados de acordo com as escalas do inventário. Cada escala traz, inicialmente, uma tabela resumo-descritiva.

Na análise por fator, a tabela correspondente apresenta a freqüência relativa de cada item e sua média. Em função do grande número de dados foram destacados e assinalados com sombreado para discussão os dois itens cujas médias foram maiores em cada fator.

Embora muitos temas e questões sejam recorrentes nas análises de cada escala e fator, optou-se por trazer os resultados e a discussão, apresentando-os em separado, mesmo correndo o risco de repetir comentários, uma vez que se trata de explorar a aplicação pela primeira vez entre enfermeiros.

3.1 Avaliação dos riscos de adoecimento relacionados ao trabalho

Nesta parte do capítulo encontram-se os dados referentes à aplicação do Inventário sobre trabalho e riscos de adoecimento (ITRA) e suas discussões.

3.1.1 O contexto de trabalho dos enfermeiros intensivistas

No que se refere ao Alpha de Cronbach os valores obtidos demonstraram uma boa consistência interna da escala.

Tabela 8 - Estatística descritiva referente aos fatores da EACT. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Fatores	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Organização do trabalho	3,74	0,68	0,66
Relações sócio-profissionais	2,47	0,27	0,78
Condições de trabalho	2,04	0,54	0,84

Os resultados para o fator organização do trabalho situam esse item na categoria grave, representando riscos severos à saúde dos profissionais da UTI ($\mu = 3,74$ e $\sigma = 0,68$). Com relação ao fator relações sócio-profissionais os itens apresentaram avaliações moderadas à críticas ($\mu = 2,47$ e $\sigma = 0,27$). O fator condições de trabalho foi o melhor avaliado, ou seja, pelos resultados obtidos, as condições de trabalho são satisfatórias e oferecem baixo risco para o adoecimento dos profissionais. Para esse fator apresentou-se $\mu = 2,04$ e $\sigma = 0,5$.

Esses resultados denotam a existência de problemas relacionados à organização do trabalho dos enfermeiros intensivistas, que podem ser relacionadas às novas demandas requeridas pelas empresas.

- *Organização do trabalho*

O fator organização do trabalho se refere às concepções e modos de gestão de pessoas e do trabalho que permeiam o contexto de trabalho. Os resultados das médias gerais mostram que existe uma percepção negativa desse fator pelos setores pesquisados.

O item que obteve a maior média foi “Existe forte cobrança por resultados” com $\mu = 4,63$. O hospital pesquisado é uma instituição privada acreditada como nível 3 pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), ou seja, é uma instituição que procura sistematicamente a melhoria contínua do seu atendimento e atinge padrões de excelência na prestação de assistência médico hospitalar (BRASIL, 2002).

Segundo o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (BRASIL, 2002), o processo de acreditação é um método de consenso, racionalização e ordenação dos estabelecimentos de saúde realizado mediante a avaliação dos recursos institucionais que visam a garantia da qualidade da assistência tendo como base padrões previamente estabelecidos.

A acreditação tem suas avaliações definidas em três diferentes níveis de complexidade, sendo que o primeiro observa a segurança e cumprimento de todas as determinações da legislação da área saúde, avaliando sobremaneira o controle da infecção hospitalar. No segundo nível, questões da organização institucional, com

acompanhamento do treinamento e capacitação constantes dos colaboradores e médicos dentro dos padrões de qualidade e efetividade. Já no nível três, verifica-se a gestão baseada em resultados, tendo como primeiro parâmetro a efetividade dos trabalhos no prazo contínuo de cinco anos (BRASIL, 2002).

Tabela 9 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Organização do trabalho da EACT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nunca	Raramente	As vezes	Freqüentemente	Sempre	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F(%)	F (%)	
1 - O ritmo de trabalho é excessivo	0	0	15,9	54,6	29,5	4,13
2 - As tarefas são cumpridas com pressão de prazos	0	0	11,3	54,6	34,1	4,22
3 - Existe forte cobrança por resultados	0	0	6,8	22,7	70,5	4,63
4 - As normas para execução das tarefas são rígidas	0	0	9,1	47,7	43,2	4,34
5 - Existe fiscalização do desempenho	0	0	13,6	47,7	38,7	4,25
6 - O número de pessoas é insuficiente para realizar as tarefas	11,4	22,7	31,8	20,5	13,7	3,02
7 - Os resultados esperados estão fora da realidade	6,8	54,5	25	13,7	0	2,45
8 - Existe divisão entre quem planeja e quem executa	0	4,6	43,2	34,1	18,2	3,65
9 - As tarefas são repetitivas	0	0	20,5	59,1	20,5	4
10 - Falta tempo para realizar pausas de descanso no trabalho	0	9,1	27,3	40,1	22,7	3,77
11 - As tarefas executadas sofrem descontinuidade	4,6	45,5	34,1	9,1	6,8	2,68

Atualmente, tem-se cobrado o processo de acreditação dos hospitais com o intuito de melhorar a qualidade da assistência e aprimorar a gestão dessas instituições.

Buscando manter esses padrões de excelência e atender a uma proposta de gestão baseada em resultados, existe uma cobrança muito grande por resultados e qualidade por parte da instituição pesquisada. Isso é vivenciado pelos enfermeiros de terapia intensiva, onde a complexidade é grande. Trabalha-se a todo o momento com

metas a serem cumpridas. Por exemplo, espera-se que problemas como pneumonia associada à ventilação mecânica, úlceras por pressão, queda no leito, entre outros, não ocorram ou fiquem dentro da taxa permitida ou esperada. O planejamento das ações dos profissionais deve ser orientado de forma a proporcionar condições para que os indicadores de qualidade, ou seja, os resultados do setor, sejam alcançados. Se, porventura, essas metas não forem alcançadas, ocorre uma investigação para que problemas sejam identificados e, posteriormente, planos de ações são traçados pela chefia do setor a fim de solucioná-lo. Dessa forma, mudanças de condutas e treinamento profissional são oferecidos aos trabalhadores.

Entende-se, então, que, tanto chefias como os profissionais responsáveis pela assistência direta ao cliente, são continuamente cobrados pela instituição.

O segundo item com maior média na avaliação pelos enfermeiros e que também reflete essa característica da empresa é “As normas para execução das tarefas são rígidas” ($\mu = 4,34$). Para atender aos padrões de qualidade é criada uma série de rotinas e protocolos dos procedimentos realizados nesses setores. Esses devem ser criteriosamente seguidos. Se não observados, advertências são dadas ao profissional. Cria-se, então, um ambiente onde a criatividade fica restrita e o profissional apenas cumpre tarefas pensadas por outros.

Percebe-se, então, que o tipo de gestão da empresa guarda forte relação com o modelo de administração Taylorista, onde foca-se na realização da tarefa, que deve ser entendida como ações que são meticulosamente definidas e precisas, não observando a atividade do profissional, que é realmente feito. O trabalho real pode então ser definido como o ajuste necessário entre a tarefa e a atividade, desenvolvido pelo próprio trabalhador contestando os modos operatórios prescritos (MERLO, 2000).

Observa-se que a forte cobrança por resultados associada a níveis elevados de rigidez pode gerar desgaste e sofrimento no profissional, com respostas também no nível neurofisiológico, que vale a pena detalhar.

De acordo com Karasek e Theorell (1990), sob condições onde o organismo sofre demandas controláveis e previsíveis, mas ainda é capaz de exercer algum nível

de controle² sobre a situação, ocorre o seguinte processo de resposta fisiológica do organismo ao estresse: aumentam os níveis de adrenalina e diminui o cortisol. O cortisol, quando aumentado, gera uma sensação de desconforto e de alto desgaste psicológico, enquanto a adrenalina aumentada gera a sensação de esforço físico. Portanto, nas situações de controle, o trabalhador não se percebe numa situação de estresse e sim de esforço.

Já em situações de maior demanda e menor controle, tanto a adrenalina quanto o cortisol elevam-se e o indivíduo experimenta uma sensação de esforço, agora com estresse. Níveis sanguíneos elevados constantes de ambas as catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e de cortisol podem gerar efeitos graves na fisiologia miocárdica e na saúde profissional como um todo (KARASEK; THEORELL, 1990). Em função dessa explicação fisiológica, o modelo demanda-controle de Karasek, como é mais conhecido, tem sido amplamente usado para avaliar riscos cardio-vasculares entre trabalhadores (WAMALA et al., 2000; KUPER; MARMOT, 2003; ALVES, 2004).

O trabalho de bancários em instituição financeira pública analisado por meio do ITRA por Souza et al. (2007) apontou para esse fator uma avaliação também moderada, sendo os itens com maiores médias “Existe forte cobrança por resultados” e “O ritmo de trabalho é excessivo”. Esses autores apontam que o resultado dessa pesquisa é coerente com as discussões de Dejours que, estudando diversas categorias profissionais, identificou que os novos modelos de gestão de produção implicam em um aumento da rigidez da organização do trabalho, aumentando os riscos de adoecimento mental. São resultados que evidenciam que esse modelo organizacional, assim como os riscos envolvidos, está presente em categorias profissionais diversas.

Sennett (2002) corrobora com essa idéia e afirma que as atuais formas de organização do trabalho conservam o padrão rígido Taylorista, inserindo apenas novas estruturas de poder e controle que dissimulam uma ideologia da flexibilidade, mantendo forte concentração de poder, sem descentralização. Essas novas estruturas impõem exigências diversas que incluem cadência, rapidez, formação, informação,

² Nesta abordagem, entende-se por controle a amplitude ou margem de decisão que o trabalhador possui em relação a dois aspectos: a autonomia para tomar decisões sobre seu próprio trabalho, incluindo o ritmo em que esse é executado, e a possibilidade de ser criativo, usar suas habilidades e desenvolvê-las, bem como adquirir novos conhecimentos (Karasek; Theorell, 1990).

aprendizagem, adaptação à ideologia da instituição e exigências do mercado (MERLO, 2000).

A necessidade de profissionais polivalentes e a cobrança por formação e especialização podem ser observadas no perfil de formação da amostra estudada, com 81,8% dos enfermeiros tendo pós-graduação. Para a instituição em questão, na admissão dos profissionais, itens como títulos, formação, domínio de línguas estrangeiras, entre outros, possuem peso no processo de seleção.

Outra exigência percebida no trabalho de enfermagem é o constrangimento do tempo. Tudo é urgente para quem demanda atenção. O fato de cuidar de pessoas gravemente debilitadas impõe uma atenção, imprevisibilidade e imediatismo muito grandes. A tomada de decisões e a necessidade de resolução rápida e eficaz para as situações encontradas no trabalho implicam em um desgaste para o profissional. Infere-se que os impactos na saúde desses profissionais correspondem às mudanças fisiológicas das situações de alta demanda e baixo controle, segundo Karasek e Theorell (1990).

Outra tendência observada atualmente nas instituições hospitalares e em especial nas unidades de terapia intensiva é a introdução de aparatos informatizados e tecnologias de ponta. Antunes (2000) discute que essa tendência, juntamente com a intensificação do ritmo do processo de trabalho, instiga o desenvolvimento e manutenção da acumulação do capital, por buscar mais produtividade e competitividade com o mercado, utilizando-se menos mão de obra.

Vale lembrar ainda que o modo de acumulação de capital em curso apropria-se de características de gênero dos trabalhadores. As características do trabalho feminino incluem a subordinação à prescrição, a preocupação em cumprir as tarefas no tempo e de dar conta do que lhe é demandado, em contraposição a uma postura de competitividade e ultrapassagem de limites pelos homens. Pelo perfil da amostra, temos na maioria, mulheres trabalhando na UTI e a categoria de gênero aponta para a necessidade de estudos posteriores.

De acordo com Merlo et al. (2003), quanto maior a rigidez da organização do trabalho, mais evidente se torna sua divisão e menor o conteúdo significativo da tarefa, aumentando, proporcionalmente, o sofrimento psíquico do profissional. Esse

sofrimento, segundo os mesmos autores, surge do “choque e na impossibilidade de um rearranjo entre o sujeito-portador de uma história singular e personalizada e uma organização do trabalho despersonalizante” (MERLO, et al., 2003, p 122).

No estudo realizado por Vieira (2005) com teleatendentes constatou-se que a organização do trabalho também é rígida, visto que a rotina de trabalho é entendida como repetitiva, padronizada, com procedimentos e normas que mudam constantemente.

Em trabalho realizado com professores de ambientes virtuais utilizando a EACT verificou-se que a organização do trabalho é avaliada de modo crítico, moderado e as variáveis mais valoradas foram “O ritmo de trabalho é excessivo” e “Existe forte cobrança por resultados”, nessa ordem. No entanto, a pesquisa aponta que a organização do trabalho mantém padrões de flexibilidade (FREITAS, 2006).

Outro estudo que utilizamos para comparação dos resultados foi o realizado com pastores evangélicos. Nesse, também se observa uma avaliação moderada do fator organização do trabalho, sendo os itens “O ritmo de trabalho é excessivo” e “Existe forte cobrança por resultados” os de maiores médias (SILVA, 2004).

A avaliação de carteiros da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos demonstrou resultados moderados para risco de adoecimento no fator organização do trabalho, já que estes trabalhadores estão submetidos à tarefas rigidamente prescritas, à cobrança por desempenho e pressão temporal que desencadeia uma aceleração do ritmo para cumprimento das exigências por produtividade (ROSSI; CALGARO; MELO, 2007).

- Relações Sócio-profissionais

Essa dimensão representa as dificuldades na gestão do trabalho, na comunicação e na interação profissional. Para a população estudada observou-se $\mu = 2,47$, sendo o risco de adoecer por esse fator avaliado como moderado, crítico.

Os itens que apresentaram as maiores médias foram “Os funcionários são excluídos das decisões” ($\mu = 2,84$) e “Existem disputas profissionais no local de trabalho” ($\mu = 2,79$).

Apesar dos itens descritos apresentarem médias não muito altas como as do fator organização do trabalho, essas também refletem as novas características e paradigmas dos modelos de gestão do trabalho atuais. Um desses paradigmas diz respeito ao primeiro item mais valorado. Existe um discurso das instituições no geral de promover um maior envolvimento dos trabalhadores na gestão do trabalho, no entanto, se mantém a premissa básica do modelo Taylor-fordista onde se separa o planejamento da execução do trabalho. Marcam-se, então, nitidamente as dimensões do trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade) (FERREIRA; BARROS, 2003).

Tabela 10 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Relações sócio-profissionais da EACT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - As tarefas não estão claramente definidas	18,2	47,7	15,9	13,6	4,6	2,38
2 - A autonomia é inexistente	9,1	29,5	54,5	4,6	2,3	2,61
3 - A distribuição das tarefas é injusta	11,4	36,4	45,5	4,6	2,3	2,5
4 - Os funcionários são excluídos das decisões	6,8	22,7	52,3	15,9	2,3	2,84
5 - Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados	25	40,1	31,8	2,3	0	2,11
6 - Existem disputas profissionais no local de trabalho	11,4	22,7	40,1	25	0	2,79
7 - Falta integração no ambiente de trabalho	11,4	29,5	47,7	11,4	0	2,59
8 - A comunicação entre funcionários é insatisfatória	4,6	40,1	43,2	6,8	4,6	2,65
9 - Falta apoio das chefias para o meu desenvolvimento profissional	29,5	22,7	31,8	15,9	0	2,34
10 - As informações que preciso para executar minhas tarefas são de difícil acesso	25	61,4	11,4	2,3	0	1,90

De acordo com Ferreira e Mendes, no prelo, tarefa define-se como "(...) operacionalização do trabalho prescrito em termos de objetivo(s) estabelecido(s) em condições determinadas, para um sujeito ou um coletivo de trabalhadores". O trabalho real, por sua vez, comporta a atividade do sujeito, onde sua experiência, seu corpo, seu savoir-faire e sua afetividade são colocados numa perspectiva de construir modos operatórios visando desenvolver relação com as condições objetivas de trabalho (FERREIRA, 2000).

O descompasso entre o trabalho prescrito e real implica em dificuldades para o trabalhador, pois para responder satisfatoriamente às exigências encontradas nas situações de trabalho, gera uma sobrecarga de trabalho e custo humano do trabalhador, impactando nos domínios físico, cognitivo e emocional.

O trabalho em ambiente hospitalar, em especial em UTI, tem como característica a variabilidade. O cuidado prestado não é uma relação simplória que se justapõe à técnica. Lida-se com eventos diversos como panes, falta de material, déficit na escala de pessoal, instabilidades nos quadros de pacientes que perpassam o planejamento das ações inicialmente pensadas. Cabe aos profissionais de enfermagem gerir esta variabilidade e propiciar a realização dos cuidados.

Outra marca da instituição pesquisada são os grupos formados para a discussão e criação de normas e protocolos para determinada área. Por exemplo, existem grupos de pessoas responsáveis pela assistência ventilatória, pela nutrição enteral, pelo cuidado de lesões de pele, entre outros. A essas pessoas cabe estudar com profundidade o assunto e estabelecer normas operacionais que visam padronizar as ações. Existe o lado positivo de padronizar ações, já que diminui as chances de erro e aumenta a qualidade do serviço. Todavia, limitam-se os profissionais que executam as atividades, visto que os mesmos não podem imprimir suas características, experiências e mesmo sua vivência no momento da realização do procedimento.

Apesar dos itens "Existem dificuldades na comunicação entre chefia e subordinados", "Falta integração no ambiente de trabalho" e "A comunicação entre funcionários é insatisfatória" serem avaliados de modo satisfatório, é observada a existência de disputa profissional no local pesquisado, conforme se verá adiante.

Vieira (2005) afirma que ambientes organizacionais harmoniosos, com relações profissionais satisfatórias que permitem cooperação e confiança entre chefia e subordinados e subordinados entre si, favorecem o vencimento das barreiras impostas pelo trabalho e a construção, segundo Dejours (1987), de estratégias de defesa que permitirão a continuidade do processo produtivo.

Essa idéia é aceita também por Karasek e Theorell (1990), que afirmam sobre a importância do apoio social no ambiente de trabalho (sócio-emocional e instrumental) proveniente de colaboradores e chefes, atuando como amortecedor (na maior oferta) ou potencializador (na menor oferta) do efeito da demanda e do controle na saúde.

A organização do trabalho nos moldes Taylor-fordista instiga os trabalhadores para uma disputa profissional por se confrontarem individualmente com as cobranças de produtividade (DEJOURS, 1992).

Alguns estudos como Tillmann (1994) e Martins (2001) afirmam que relações profissionais conflituosas impedem mudanças e melhorias na estrutura da organização do trabalho e favorecem o sofrimento do trabalhador. O clima de embate instiga ainda mais a competitividade e intolerância.

Em estudo com professores de ambientes virtuais, Freitas (2006) verificou que a dimensão sócio-profissional apresenta avaliação moderada, sendo que os itens com maiores médias foram “Os funcionários são excluídos das decisões”, “as tarefas não estão claramente definidas” e “a comunicação entre os funcionários é insatisfatória”.

Outra pesquisa utilizando o ITRA foi realizada com digitadores terceirizados de uma instituição bancária (REGO et al., 2007). Observa-se também nessa população que as relações sócio-profissionais são percebidas de maneira moderada, crítica. Entretanto o item mais valorado foi “a autonomia é inexistente” diferindo, portanto, dos nossos.

- Condições de trabalho

O fator condições de trabalho expressa a falta de qualidade no ambiente físico, do posto de trabalho, bem como dos equipamentos e materiais disponibilizados para a execução do trabalho. Os enfermeiros intensivistas avaliaram de maneira satisfatória esse fator, que apresentou $\mu = 2,04$.

Dentre os itens mais valorados, encontrou-se “Existe muito barulho no ambiente de trabalho”, com $\mu = 3,45$, e “O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado”, com $\mu = 2,29$.

Tabela 11 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Condições de trabalho da EACT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nunca	Raramente	Às vezes	Freqüentemente	Sempre	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - As condições de trabalho são precárias	72,7	13,6	13,6	0	0	1,40
2 - O ambiente físico é desconfortável	29,5	38,7	29,5	2,3	0	2,04
3 - Existe muito barulho no ambiente de trabalho	4,6	18,2	25	31,8	20,5	3,45
4 - O mobiliário existente no local de trabalho é inadequado	29,5	27,3	29,5	11,4	2,3	2,29
5 - Os instrumentos de trabalho são insuficientes para realizar as tarefas	38,7	47,7	9,1	4,6	0	1,79
6 - O posto de trabalho é inadequado para realização das tarefas	34,1	34,1	29,5	2,3	0	2,0
7 - Os equipamentos necessários para realização das tarefas são precários	59,1	29,5	9,1	2,3	0	1,54
8 - O espaço físico para realizar o trabalho é inadequado	29,5	34,1	34,1	2,3	0	2,09
9 - As condições de trabalho oferecem riscos à segurança das pessoas	20,5	40,1	34,1	4,6	0	2,22
10 - O material de consumo é insuficiente	59,1	29,5	6,8	2,3	2,3	1,59

Ao contrário do que freqüentemente é apresentado nos trabalhos que avaliam as condições de trabalho de profissionais de enfermagem, observamos aqui uma avaliação bastante positiva desse fator.

Na ergonomia é estudado um conjunto de fatores interdependentes que atuam na qualidade de vida das pessoas e no resultado do próprio trabalho. Um desses fatores é o ambiente. Esse é definido por Sluchak (1992) como o local onde se cumpre

a atividade de trabalho. Esse ambiente é composto por dispositivos legais, éticos, ruído, iluminação e temperatura.

A instituição onde foi realizada esta pesquisa detém uma estrutura física bastante organizada e adequada aos padrões estipulados pelo Ministério da Saúde e Vigilância Sanitária. Oferece equipamentos e materiais de consumo nas condições e em número adequados. Atende a uma premissa básica solicitada no processo de acreditação que é estrutura básica (recursos), capaz de garantir assistência para a execução coerente de suas tarefas. Atualmente existe uma mobilização do hospital para atender às solicitações impostas pela Norma Regulamentadora 32 (NR 32).

O primeiro item a ser discutido relaciona-se ao ruído. De acordo com a NBR-10152 os níveis de ruído aceitáveis para ambientes hospitalares, incluindo a UTI é de 35-45 decibéis (dB). Níveis de intensidade de ruídos superiores aos estabelecidos são considerados de desconforto psicológico; níveis acima de 65 dB (A) podem implicar em riscos de danos à saúde quando o tempo de exposição for prolongado e quando os valores excederem muito os níveis recomendados, isto é, acima de 90 dB (A) (FREITAS; CLÍMACO,1999).

Sabe-se que em terapia intensiva, por se tratar de um setor fechado, tem sua acústica local desfavorável tornando-o mais sensível ao ruído. Além disso, é freqüente a emissão de sinais sonoros (alarmes) pelos diversos equipamentos comuns a unidade. Esses alarmes são essenciais na vigilância do paciente crítico, facilitando a identificação de situações que se encontrem fora dos parâmetros de normalidade. O volume desses alarmes deve ser programado em um nível que seja facilmente percebido pelos profissionais. Contudo, a quantidade desses aparelhos é grande e não é incomum vários desses alarmando ao mesmo tempo, tornando o ambiente caótico.

Somando-se a esse quadro, contamos com uma equipe numerosa nos ambientes de tratamento intensivo, visto a complexidade e gravidade dos doentes. O alto nível de atividade do setor, as discussões dos casos e mesmo a comunicação entre os profissionais dentro setor contribui ainda mais para o nível elevado de ruídos na unidade.

Freitas e Clímaco (1999) avaliaram o desempenho acústico de setores hospitalares. Observaram-se condições desfavoráveis para os ambientes de terapia

intensiva, com valores reais muito além dos ideais calculados para o setor especificamente, com uma média de 65 dB (A). Esses resultados são preocupantes uma vez que acima de 55 dB (A) o ruído provoca estresse leve, excitante, causando dependência e levando a durável desconforto.

Outro item valorado pelos profissionais foi relacionado à inadequação do mobiliário existente no setor. Ao analisar o ambiente de trabalho, observamos a presença de armários posicionados em altura inadequada, incompatível com a estatura da maioria dos funcionários ou em posição muito rebaixada, solicitando aos profissionais posturas inadequadas. Equipamentos pesados são freqüentemente alocados em lugares altos exigindo esforço físico do trabalhador.

Um trabalho realizado com carteiros diagnosticou que o fator que apresenta maior risco para a saúde é o fator Condições de trabalho. Esses profissionais são expostos muitas vezes a condições precárias por falta de equipamentos adequados e por atuarem em ambientes externos (ROSSI; CALGARO; MELO, 2007).

Já para os bancários de uma instituição pública, verificou-se que o fator condições de trabalho foi avaliado de modo satisfatório, oferecendo pouco risco para a saúde do profissional (SOUZA et al., 2007).

Freitas (2006) aponta que para os professores de ambiente virtual as condições de trabalho se mostram satisfatórias, no entanto, existe uma inadequação do posto de trabalho para realização das tarefas como mobiliário, espaço físico e ventilação.

Após essa discussão reflete-se então que o contexto de trabalho investigado apresenta avaliação de seus fatores de modo a contribuir para o risco de adoecer do profissional enfermeiro. Observa-se que a organização do trabalho é a dimensão que mais contribui para aumentar esse risco, demonstrando uma instituição que mantém os padrões rígidos tayloristas. Os demais fatores pouco contribuem para o adoecimento dos trabalhadores. Os itens avaliados satisfatórios pelos profissionais podem até mesmo ser usados pela instituição, segundo Antunes e Alves (2004), para apreender a subjetividade do trabalhador e explorá-lo. Ou seja, as empresas tendem proporcionar elementos geradores de satisfação ao trabalhador com o intuito de comprometê-lo com o trabalho. Essa situação se configura na nova exploração do trabalho, onde o trabalhador como um todo é desejado e não somente seu físico (FREITAS, 2006).

3.1.2 O custo humano do trabalho

O custo humano do trabalho expressa o que se despence pelo trabalhador, individual ou coletivamente, nas esferas cognitiva, emocional e física, visando transpor as contradições e impasses vivenciados no cotidiano do trabalho.

Na avaliação da consistência interna dos itens que compõe os fatores da ECHT, observaram-se valores bastante satisfatórios para a população em questão.

Tabela 12 - Estatística descritiva referente aos fatores da ECHT. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Fatores	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Custo Afetivo	3,15	0,87	0,75
Custo Cognitivo	4,14	0,63	0,78
Custo Físico	3,53	0,43	0,90

Com base na tabela acima, atenta-se que o fator custo afetivo reflete uma avaliação moderada, crítica. Já as dimensões custo cognitivo e físico mostram uma apreciação grave, interferindo de maneira negativa no risco de adoecimento profissional.

- *Custo afetivo*

Esse fator refere-se ao dispêndio emocional, demonstrado por reações afetivas, de sentimentos e de estado de humor, vivenciado pelos trabalhadores em função das características do contexto de trabalho.

Os itens que obtiveram as médias mais elevadas foram “Ter controle das emoções”, com $\mu = 4,22$, e “Ser obrigado a cuidar da aparência física”, com $\mu = 4,09$.

O controle emocional é descrito como a habilidade de lidar com seus próprios sentimentos, adequando-os à situação. Hudak e Gallo (1997) apontam que o enfermeiro atuante em UTI deve agregar diversas características como fundamentação

teórica, capacidade de liderança, discernimento, iniciativa, habilidade de ensino, maturidade e estabilidade emocional.

Tabela 13 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Custo emocional da ECHT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Ter controle das emoções	0	0	13,6	50	36,4	4,22
2 - Ter que lidar com ordens contraditórias	0	2,3	27,3	52,3	18,1	3,86
3 - Ter custo emocional	0	2,3	27,3	45,5	25	3,93
4 - Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros	9,1	13,6	31,8	31,8	16,3	3,27
5 - Disfarçar os sentimentos	6,8	22,7	29,5	36,3	4,6	3,09
6 - Ser obrigado a elogiar as pessoas	47,7	29,5	18,2	2,3	2,3	1,81
7 - Ser obrigado a ter bom humor	13,6	20,5	25	34,1	6,8	3,0
8 - Ser obrigado a cuidar da aparência física	0	2,3	18,2	47,7	31,8	4,09
9 - Ser bonzinho com os outros	18,2	31,8	18,2	25	6,8	2,70
10 - Transgredir valores éticos	61,4	13,6	9,1	6,8	9,1	1,88
11 - Ser submetido a constrangimentos	59,1	25	34,1	4,6	0	1,61
12 - Ser obrigado a sorrir	22,7	18,2	31,8	4,6	22,7	2,68

Sabe-se que o controle emocional permite que decisões rápidas e concretas sejam tomadas, transmitindo segurança a toda equipe e, principalmente, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente (GOMES, 1988).

Frente às características específicas da UTI, é esperada e cobrada uma postura de imparcialidade e segurança do enfermeiro. Porém é impossível permanecer imune ao contato com o sofrimento alheio, a exposição física, ao apelo do outro.

A relação entre seres humanos (cuidados e cuidadores) é, por si só, complexa. As situações vivenciadas por esses profissionais são cercadas de peculiaridades que impõem um custo emocional grande, como a perda do paciente seja por alta ou óbito e a obrigação de uma postura profissional sem envolvimento, impedindo a expressão de preferências ou recusas pelos pacientes.

Outro item valorado pelos respondentes e que reflete uma preocupação e cobrança das empresas na atualidade é “Cuidar da aparência física”. Essa deixou de ser uma característica pessoal para ser requisito exigido pelas instituições de trabalho. Acredita-se que uma boa imagem pessoal transmita a impressão de uma empresa organizada, segura e eficaz.

Essa busca e exigência pela imagem ultrapassam o uso de uniformes padronizados. Cobra-se que os homens estejam com a barba feita e não utilizem adornos; que as mulheres estejam sempre discretamente maquiadas, com adornos discretos, que sejam sempre solícitas e educadas. Há instituições que preferem a contratação de pessoal jovem e que usam como critério de seleção a beleza.

Na instituição em questão, ao ser admitido, o enfermeiro recebe orientações impressas sobre como deve apresentar sua imagem pessoal. Informações sobre vestimentas, calçados, cabelos, unhas, adornos, postura, entre outras, são descritas. Orienta-se, também, que o não cumprimento das orientações pode gerar advertências ao trabalhador.

Chamou-nos a atenção outro item com média elevada que é “Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros”. Esse é um problema evidente dentro da profissão e que é pouco discutido. De acordo com Sznelwar e Uchida (2004), que estudaram os auxiliares de enfermagem, existem vários relatos de agressão ao profissional pelos pacientes e acompanhantes. Há também situações em que pacientes são internados sob custódia judicial ou policial, aumentando a insegurança no trabalho.

No trabalho realizado por Freitas (2006) com professores de ambientes virtuais, observou-se que o custo afetivo (emocional) apresenta avaliação moderada, sendo que os itens com maiores médias foram “ser obrigado a elogiar as pessoas” e “ser obrigado a sorrir”.

- *Custo Cognitivo*

Esse fator diz respeito ao dispêndio mental dos trabalhadores motivados pela aprendizagem inevitável, a necessidade de resolução de problemas e tomadas de decisão impostas pelo contexto de trabalho. Como já demonstrado anteriormente, obteve-se uma avaliação bastante grave, negativa dessa dimensão.

Tabela 14 - Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Custo cognitivo da ECHT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Desenvolver macetes	25	36,5	13,2	20,5	4,6	2,43
2 - Ter que resolver problemas	0	0	4,6	31,8	63,6	4,59
3 - Ser obrigado a lidar com imprevistos	0	2,3	13,6	15,9	68,2	4,5
4 - Fazer previsão de acontecimentos	0	0	9,1	34,1	56,8	4,47
5 - Usar a visão de forma contínua	0	0	6,8	20,5	72,7	4,65
6 - Usar a memória	0	0	4,6	31,8	63,6	4,59
7 - Ter desafios intelectuais	4,6	6,8	11,4	40,9	36,4	3,97
8 - Fazer esforço mental	2,3	0	27,3	31,8	38,3	4,04
9 - Ter concentração mental	0	0	9,1	45,5	45,5	4,36
10 - Usar a criatividade	0	9,1	29,5	31,8	29,5	3,81

A seguir, são apresentadas as variáveis que apresentaram as maiores médias: “Usar a visão de forma contínua”, com $\mu = 4,65$, “Ter que resolver problemas”, com $\mu = 4,59$ e com igual média em “Usar a memória”.

Um dos principais intuitos de internação em UTI é a vigilância contínua. Cabe ao enfermeiro observar atentamente todos os sinais e sintomas demonstrados pelo doente. Para isso deve examiná-lo, estar atento quanto aos dados fornecidos pela monitorização invasiva e não invasiva, resultados de exames laboratoriais e de imagem.

Para realizar todas essas ações é necessário o uso contínuo da visão e atenção, com dispêndio cognitivo importante.

De acordo com a Norma técnica do INSS (BRASIL, 2001), existem diversos fatores de risco para doenças ocupacionais, em especial os distúrbios musculoesqueléticos, que variam conforme o grau de adequação do posto de trabalho à zona de atenção e à de visão. Diante disso, discute-se que, além de ser exigido de maneira exacerbada o uso da visão e atenção e somente por isso já impor um custo para o trabalhador, a estrutura física do local de trabalho deve favorecer os seus usos. Frequentemente encontramos postos de trabalho cuja iluminação e disposição de materiais, ou seja, sua estrutura física impede ou prejudica a observação do ambiente como um todo e conseqüentemente a percepção das situações importantes para o paciente e equipe.

Outro fator que impõe o uso constante da visão é a comunicação escrita, meio de comunicação comumente utilizado para a transferência de informações entre os profissionais.

Além disso, compete ao enfermeiro da UTI a coordenação e organização da equipe de enfermagem, sendo que isso não significa distribuir tarefas e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe. Ao reportarmo-nos ao conjunto das atividades desenvolvidas pelos enfermeiros de uma UTI, podemos afirmar que, apesar de esses profissionais estarem envolvidos na prestação de cuidados diretos ao paciente, em muitos momentos existe uma sobrecarga das atividades administrativas em detrimento das atividades assistenciais e de ensino. Essa realidade vivenciada pelos enfermeiros vem ao encontro da literatura quando analisa a função administrativa do enfermeiro no contexto hospitalar e aborda que esse profissional tem se limitado a solucionar problemas de outros profissionais e a atender às expectativas da instituição hospitalar, relegando a concretização dos objetivos do seu próprio serviço (GALVÃO; TREVIZAN; SAWADA, 1998).

Para que decisões rápidas e concretas sejam tomadas transmitindo segurança a toda equipe e, principalmente, diminuindo os riscos que ameaçam a vida do paciente, é solicitado ao profissional enfermeiro o resgate de informações em sua memória. Os dados requeridos são de naturezas diversas, como informações teóricas sobre a

patologia, protocolos, fórmulas matemáticas, história pregressa do paciente, associações farmacológicas, informações administrativas, entre outros.

Com o intuito de que informações sejam trazidas à tona com eficácia e segurança, é necessária concentração do profissional. Assunção (2003) afirma que o trabalho convoca todo o corpo e inteligência do trabalhador para encarar o que a estrutura organizacional deixa de oferecer.

A mesma autora reforça que é na imprevisibilidade do trabalho, característica marcante na unidade em estudo e desconhecida pela organização da instituição, que se encontram as justificativas e interpretações para os problemas de saúde dos profissionais.

Toda a responsabilidade que fica a cargo do trabalhador implica em um custo cognitivo e conseqüentemente humano e reflete a discrepância entre a tarefa prescrita e a real.

- Custo físico

O custo físico refere-se ao esforço corporal imposto aos trabalhadores em função das características do contexto de trabalho. Também foi um fator cuja apreciação foi negativa, grave.

Os itens cujas médias foram mais elevadas foram “Usar as mãos de forma repetida”, com $\mu = 4,06$, e “Caminhar”, com $\mu = 4,04$.

É de conhecimento de todos que a enfermagem é uma profissão que essencialmente exerce um trabalho manual. O preparo e administração de medicamentos, a realização de curativos e procedimentos, o exame físico, a higiene, alimentação, enfim, várias são as ações exercidas por esse profissional utilizando suas mãos.

Em estudo realizado com profissionais da equipe de enfermagem em hospital universitário verificou-se que, com relação aos distúrbios musculoesqueléticos, os participantes apresentaram uma prevalência de dor e desconforto, nos últimos 12 meses, em pulsos e mãos em 35,4% dos participantes (MAGNANO; LISBOA; GRIEP, 2007).

O deslocamento da equipe também é algo muito marcante. O enfermeiro assistencial trabalha a maior parte do seu tempo em pé e se deslocando dentro do próprio setor e entre outros setores. Variados são os motivos que justificam as grandes distâncias percorridas por esse profissional: aquisição de materiais em locais específicos (estoque, almoxarifado, farmácia) para a prestação dos cuidados necessários, transporte do paciente para realização de exames fora da unidade, encaminhamento de materiais para outros setores (laboratório, central de esterilização), entre outros.

Tabela 15 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Custo físico da ECHT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nada exigido	Pouco exigido	Mais ou menos exigido	Bastante exigido	Totalmente exigido	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Usar a força física	4,6	11,3	36,4	36,4	11,3	3,38
2 - Usar os braços de forma contínua	4,6	15,9	29,5	22,7	27,3	3,52
3 - Ficar em posição curvada	11,3	22,7	29,5	18,1	18,1	3,09
4 – Caminhar	6,8	6,8	11,3	25	50	4,04
5 - Ser obrigado a ficar de pé	9,1	0	11,3	43,2	36,4	3,97
6 - Ter que manusear objetos pesados	6,8	15,9	36,4	25	15,9	3,27
7 - Fazer esforço físico	6,8	6,8	38,7	25	22,7	3,5
8 - Usar as pernas de forma contínua	9,1	4,6	20,5	25	40,9	3,84
9 - Usar as mãos de forma repetida	6,8	2,3	15,9	27,3	47,7	4,06
10 - Subir e descer escadas	25	13,2	38,7	15,9	6,8	2,65

Os distúrbios musculoesqueléticos, nas últimas décadas, têm se constituído em um grande problema da saúde pública e um dos mais graves no campo da saúde dos trabalhadores (MUROFUSE; MARZIALE, 2005). Pesquisadores e organizações de

várias partes do mundo têm destacado a equipe de enfermagem como grupo de risco em relação ao desenvolvimento de distúrbios musculoesqueléticos.

De acordo com as mesmas autoras, dentre as profissões da área da saúde, a enfermagem, em particular, tem sido especialmente afetada pelo distúrbio musculoesquelético. Pesquisas realizadas em vários países exibem prevalências superiores a 80% de ocorrência de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem.

A postura corporal e o uso da mecânica corporal foram avaliados por Mauro, Marques, Gomes e Ferreira (2002) por meio da observação sistemática e de aferições ambientais em um hospital universitário do Estado do Rio de Janeiro via observação de uma auxiliar de enfermagem de unidade de internação clínica. Essa trabalhadora foi observada pelos autores durante quatro horas, enquanto desenvolvia suas atividades em dias e horários alternados. Como resultado, elas anotaram que a servidora, estando parada, em marcha ou inclinada, permaneceu 211 minutos em pé e apenas 29 minutos sentada. Esse estudo confirma os resultados encontrados para a nossa população, que avalia ser bastante exigida quanto a permanecer em pé durante o turno de trabalho.

Outra pesquisa desenvolvida avalia o estresse no trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem. Seus resultados demonstraram que os trabalhadores que referiram percorrer longas distâncias durante o turno de trabalho tiveram associação significativa com dor na região cervical ($p = 0,026$), nos cotovelos ($p = 0,036$), nos pulsos e mãos ($p = 0,000$), joelhos ($p = 0,037$) e tornozelos ($p = 0,027$) (MAGNANO; LISBOA; GRIEP, 2007).

Medidas de promoção da saúde, tratamento e prevenção de novos episódios são necessárias, visando evitar a intensificação dos sintomas e o comprometimento da capacidade funcional do trabalhador, tanto no trabalho quanto na vida familiar (MAGNANO et al., 2007).

Freitas (2006) afirma que, para os professores de ambientes virtuais, múltiplas são as exigências, sendo que o custo físico apresenta-se de maneira mais acentuada, visto a intensa comunicação escrita e a impossibilidade dos equipamentos eletrônicos darem conta das necessidades dos professores.

Já Ferreira e Mendes (2003) evidenciaram alto custo cognitivo de auditores-fiscais da Previdência Social Brasileira, sendo que itens como o uso intenso da memória e quantidade significativa de informações que esses devem deter influenciam para a percepção negativa do fator. O custo afetivo também foi avaliado de modo negativo, pois segundo os autores há sobrecarga de trabalho com cansaço físico e mental. O custo físico não obteve avaliação tão evidente quanto os demais fatores.

Em estudo com carteiros, Rossi, Calgaro e Melo (2007) observaram que o esforço cognitivo desses profissionais pode estar relacionado com o uso da atenção, da visão e da memória por períodos prolongados para atividades específicas, como: triagem de objetos, preparação, recepção e envio de malotes. O custo físico, por sua vez, está ligado ao manuseio de malotes de correspondência, que pesam em média 20 kg, sob condições climáticas e outros obstáculos que fogem ao planejamento das atividades. Por trabalharem sob situações de pressão temporal, com medo de errar requisitando, necessitando concentração e uso da memória, é gerado um dispêndio emocional grande para esses trabalhadores.

3.1.3 Prazer e sofrimento no trabalho

Essa escala é composta por quatro fatores: dois para avaliar prazer – realização profissional e liberdade de expressão – e dois para avaliar o sofrimento no trabalho – falta de reconhecimento e esgotamento profissional.

A aplicação do Alpha de Cronbach para avaliação da consistência interna dos itens apresentou coeficientes muito satisfatórios para os enfermeiros intensivistas.

Conforme já descrito na metodologia, esta escala deve ser analisada de modo diferente das anteriores. Para os fatores do prazer, considerando que os itens são positivos, obtivemos que o fator liberdade de expressão apresentou uma avaliação bastante satisfatória, positiva, com $\mu = 4,13$ e $\sigma = 0,89$. A outra dimensão analisada foi Realização profissional, que foi apreciada de maneira moderada, crítica, com $\mu = 3,92$ e $\sigma = 0,54$.

Para os fatores do sofrimento, atentando que são itens negativos, observou-se para o fator Esgotamento profissional, uma avaliação moderada, crítica, com $\mu = 3,14$ e $\sigma = 1,06$, e para o fator Falta de reconhecimento uma apreciação satisfatória, com $\mu = 2,02$ e $\sigma = 0,72$.

Tabela 16 - Estatística descritiva referente aos fatores da EIPST. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Fatores	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Liberdade de Expressão	4,13	0,89	0,69
Realização Profissional	3,92	0,54	0,92
Esgotamento Profissional	3,14	1,06	0,86
Falta de Reconhecimento	2,02	0,72	0,92

Ferreira e Mendes (2001) afirmam que, de acordo com a forma como é realizado o trabalho, permite-se uma percepção significativa ou não dessa atividade para cada trabalhador, assumindo, assim, um sentido particular, específico, que é percebido por vivências de prazer e de sofrimento.

Mendes (1999) indica que o prazer para os trabalhadores é vivenciado em situações em que o trabalho favorece a valorização e reconhecimento pela realização de tarefas significativas para a organização do trabalho (chefia e colegas) e sociedade. A liberdade para colocar em prática a criatividade do profissional, imprimindo no trabalho características próprias associada ao orgulho por realizar essa atividade, são fontes de prazer para o trabalhador.

As vivências de sofrimento, por sua vez, estão associadas à rigidez organizacional, com a padronização das tarefas, a subutilização da criatividade e potencial do trabalhador, burocratização das atividades, centralização de informações, impossibilidade de participar das decisões, o não reconhecimento e perspectivas escassas de ascensão profissional. Pode, também, advir da relação conflituosa entre o desejo e a realidade, entre o real e o prescrito (MENDES, 1999).

O sofrimento, para Mendes (1999), deve ser entendido como um alerta ao profissional, indicando que algo não está bem. Mendes, Paz e Barros (2003) completam que o sofrimento pode ser vivenciado de maneira duradoura e intensa, no entanto,

inconsciente, por sentimentos de angústia, medo e insegurança oriundos das situações já expostas acima. A atual realidade capitalista na qual estamos inseridos possibilita situações de espoliação, alienação e sofrimento.

Antunes (1999) refere que para Marx apesar do trabalho ser um importante marco para humanização do ser social, o mesmo se encontra degradado pelo capitalismo, deixando de ser meio de realização e formador de identidade para os trabalhadores para se tornar via de subsistência e exploração do homem.

A seguir, serão apresentados os resultados de cada dimensão da EIPST e sua discussão, que apresenta os itens que obtiveram as maiores dimensões de cada fator.

- Liberdade de expressão

Esse fator reflete a vivência de liberdade para pensar, organizar e falar sobre o trabalho.

Os itens que apresentaram as maiores médias, contribuindo de maneira positiva para as vivências de prazer no trabalho foram “Solidariedade entre os colegas”, com $\mu = 5,36$, e “Cooperação entre os colegas”, com $\mu = 5,06$.

Observa-se que para os enfermeiros esse é o fator que mais gera prazer. Conforme a definição desse fator, pode-se afirmar que a liberdade de expressão no trabalho favorece a construção da identidade do profissional. Segundo Freitas (2006), o trabalho deve ser um espaço de organização da vida social onde os trabalhadores são vistos como sujeitos que influenciam e são influenciados pelo trabalho, mesmo que a dominação notada em toda relação capitalista exista. Através do trabalho acontece uma dupla transformação onde o homem atua sobre a natureza modificando-a e ao mesmo tempo o trabalho desenvolve suas potencialidades.

A identidade é algo que se constrói na relação com o outro, ou seja, é marcada pelo julgamento e reconhecimento do outro (VÉZINA, 2000). Na enfermagem é praticamente impossível trabalharmos sozinhos. O trabalho em terapia intensiva é marcado pelas ações coletivas. De acordo com Sznelwar e Uchida (2004), a construção da confiança nas relações profissionais é primordial para a saúde do trabalhador e depende da criação de um coletivo de trabalho onde regras, normas e valores são

construídos, norteados as relações dentro da organização do trabalho e permitindo um espaço de discussão que favorece o crescimento individual e coletivo.

Tabela 17 - Distribuição de frequências relativas e médias dos itens do fator Liberdade de expressão da EIPST. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	20,5	13,6	18,2	15,9	6,8	4,5	20,5	2,70
2 - Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	6,8	2,3	2,3	11,4	11,4	4,5	61,3	4,77
3 - Solidariedade entre os colegas	0	0	2,3	2,3	13,6	20,5	61,3	5,36
4 - Confiança entre os colegas	0	6,3	13,6	15,9	9,1	18,2	40,9	4,5
5 - Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	9,1	2,3	18,2	18,2	11,4	6,8	34,1	3,77
6 - Liberdade para usar minha criatividade	9,1	4,5	15,9	2,3	20,5	20,5	27,2	3,90
7 - Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias	27,2	11,4	13,6	9,1	4,5	15,9	22,7	3,0
8 - Cooperação entre os colegas	0	0	0	11,3	13,6	31,8	43,2	5,06

Merlo et al. (2003) relembram que a comunicação dificultada entre profissionais e entre chefias e subordinados é uma característica do modelo de organização Taylorfordista. No entanto, Dejours (1999) reafirma que o trabalho não é somente uma área meramente produtiva, mas também um espaço de convivência onde aspectos relativos ao viver em comum promovem a proteção e realização do ego e, conseqüentemente, a saúde.

Tendo como base o acima exposto verifica-se que a existência de uma satisfação da população estudada com as relações entre colegas marcadas por solidariedade, confiança e cooperação, favorecendo um ambiente saudável e amenizando as contradições impostas pelo contexto de trabalho. Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) corroboram com essa idéia e afirmam que o coletivo de trabalho propicia uma reflexão sobre as diversas dimensões do trabalho, possibilitando, dessa maneira, que sejam criadas condições para a sustentabilidade do trabalho.

Mendes e Morrone (2002) referem que pesquisas estão sendo feitas com o intuito de analisar a cooperação, a solidariedade, a confiança e o engajamento nas discussões grupais como indicadores de mobilização subjetiva.

Antunes (2000) afirma que o modelo toyotista de organização do trabalho favorece e estimula o trabalho em equipe com o intuito de se apropriar mais do trabalho, melhorando a produtividade e, conseqüentemente, aumentando a exploração do trabalhador.

No entanto, observa-se que na relação dos profissionais e chefias não existe uniformidade na avaliação. De acordo com o demonstrado na tabela 17, o item “liberdade com a chefia para negociar o que precisa” obteve freqüências semelhantes na opção nenhuma vez nos últimos seis meses e seis ou mais vezes no mesmo período de tempo. Isso pode refletir que nem sempre as mesmas oportunidades são dadas para todos os profissionais. É comum a prática de se privilegiar determinados funcionários, não por uma política de reconhecimento do trabalho individualizado, mas sim por afinidade.

Outro item que reflete essa incoerência da relação com a chefia é “Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias”, que apresentou suas maiores freqüências nos extremos da escala. Pode-se, então, inferir que não há um tratamento uniforme dos funcionários pela chefia.

Silva (2004) afirma que a liberdade para com as chefias está intimamente condicionada a relação de confiança entre líder e liderado, sendo também influenciada pela aceitação dos ideais da organização. Dessa forma essa relação pode ter um caráter ambíguo, com restrições mediante ao tipo de envolvimento existente entre as partes.

- *Realização profissional*

Essa dimensão relaciona-se com as experiências de gratificação profissional, orgulho e identificação com o trabalho que faz.

Tabela 18- Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Realização profissional da EIPST. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 – Satisfação	2,3	2,3	15,9	25	11,4	11,4	31,8	4,02
2 – Motivação	9,1	4,5	13,6	20,5	18,2	11,4	22,7	3,59
3 - Orgulho pelo que faço	9,1	0	9,1	6,8	4,5	13,6	56,8	4,65
4 – Bem estar	6,8	4,5	9,1	11,4	20,5	11,4	36,3	4,13
5 - Realização profissional	11,4	2,3	6,8	4,5	13,6	20,5	40,9	4,31
6 – Valorização	20,5	4,5	13,6	11,3	18,2	11,4	20,5	3,18
7 – Reconhecimento	25	4,5	11,4	13,6	18,2	9,1	18,2	2,95
8 - Identificação com as minhas tarefas	6,8	2,3	0	15,9	18,2	18,2	38,6	4,45
9 - Certificação pessoal com as minhas atividades	11,4	0	4,5	18,2	20,5	18,2	27,2	4,0

A maior contribuição para a avaliação positiva dessa dimensão para os enfermeiros intensivistas coube aos seguintes itens: “Orgulho pelo que faço”, com $\mu = 4,65$, e “Identificação com minhas tarefas”, com $\mu = 4,45$.

Esse fator obteve uma avaliação moderada, crítica, ou seja, itens que são importantes para vivências de prazer no trabalho não foram na sua totalidade bem avaliados.

Para os profissionais pesquisados os itens mais valorados refletem a identificação pessoal com a profissão, ou seja, demonstram que os enfermeiros gostam e se identificam com as atividades que realizam. A enfermagem é um tipo de trabalho

que possui uma característica muito peculiar: só trabalha nessa profissão quem realmente gosta, pois o profissional se submete a condições de trabalho e envolvimento com o sofrimento e a intimidade alheia intensos.

É muito comum se ouvir que enfermagem é vocação, dom. Mas, ao mesmo tempo, se esquece que, apesar de ser primordial a afinidade pelo tipo de atividade a ser realizada, ser enfermeiro é uma profissão como outra qualquer, sendo igualmente importantes aspectos como reconhecimento, valorização, satisfação, entre outros.

Esse pensamento errôneo sobre a profissão de enfermagem é explicado por Lautert (1995), que refere que a lógica capitalista encontrou “terreno fértil” na enfermagem brasileira, que tem suas raízes no sentimento de religiosidade e caridade. Ressaltavam-se como as qualidades do bom profissional a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, disciplinado, obediente e alienado. Em função disso, até hoje os trabalhadores da enfermagem enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, com uma organização política frágil, com baixa remuneração e quase sem autonomia.

É certo que o sentimento de orgulho pela atividade exercida está intimamente relacionado com a possibilidade de ajudar o doente, de aliviar o sofrimento mesmo que parcialmente, de ser útil e de participar ativamente no tratamento e, conseqüentemente, ter sua parcela nos resultados positivos atingidos.

Um item presente nesse fator que merece ser discutido é a motivação. A motivação pode ser conceituada como desejo inconsciente de obter algo ou como um impulso para a satisfação, em geral visando o crescimento e desenvolvimento pessoal e, como conseqüência, o organizacional (LIMA, 1996).

De acordo com Chiavenato (1990), a motivação das pessoas depende de dois fatores: os higiênicos e os motivacionais. Os fatores higiênicos dizem respeito às condições físicas e ambientais de trabalho, o salário, os benefícios sociais, as políticas da empresa, o tipo de supervisão recebida, o clima de relações entre a direção e os empregados, os regulamentos internos, entre outros. Os fatores motivadores, por sua vez, referem-se ao conteúdo do cargo, às tarefas e aos deveres relacionados ao cargo em si, produzindo efeitos duradouros de satisfação e aumento de produtividade em níveis de excelência.

É comum considerarmos as questões financeiras como o principal motivador para uma profissão. No entanto, observamos pela listagem acima e por trabalhos publicados sobre a temática que diferentes são os fatores que influenciam a motivação do enfermeiro. Batista et al. (2005), em estudo sobre os fatores de motivação e insatisfação no trabalho de enfermeiros, observaram que a remuneração se apresenta como um fator de motivação no trabalho, não sendo, entretanto, o principal motivador. Os enfermeiros pesquisados fazem referência a outros fatores motivacionais em seu trabalho atual, e entre eles destacam-se o gostar do que faz, o relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional e a possibilidade de obter crescimento profissional.

Para os enfermeiros intensivistas o prazer vivenciado no trabalho pode ter relação com a motivação que os mesmos afirmam ter, visto que fatores “orgulho pelo que faz”, “bom relacionamento com a equipe” e “condições de trabalho satisfatórias” são essenciais e estão presentes na avaliação pela amostra estudada.

Segundo Ferreira e Mendes (2001), a valorização consiste em entender o trabalho como algo que tem sentido e valor por si só e é visto como importante e significativo pela organização e sociedade. O sentimento de reconhecimento implica em ser bem aceito, admirado, respeitado no seu ambiente de trabalho, de modo a permitir a expressão de sua individualidade.

No ambiente de trabalho aos quais estão expostos os trabalhadores é comum que esses se deparem com situações que fogem as atividades prescritas. Para dar conta dessas situações e garantir a continuidade da produção com eficácia, o profissional utiliza de sua inteligência e criatividade. Entretanto, a inteligência, criatividade e eficácia das soluções que o trabalhador propõe são efetivamente julgadas pelos pares (quer colegas de trabalho ou chefia). Se bem avaliadas, essas situações podem gerar satisfação e vivência de intenso prazer pelo trabalhador, uma intensidade está proporcionalmente relacionada com a complexidade do desafio solucionado.

Faz-se, dessa maneira, a impressão da identidade do profissional no ambiente de trabalho através de seu reconhecimento. Merlo et al. (2003) referem que a possibilidade de dar significado ao sofrimento vivenciado pelo trabalhador encontra-se

no seu reconhecimento nesse ambiente, permitindo a transformação de sofrimento em prazer.

Dejours (1992) afirma que o reconhecimento se dá por duas maneiras: o julgamento de utilidade e o de “beleza”. O primeiro diz respeito a utilidade técnica, social ou econômica da atividade exercida. Esse julgamento é realizado por quem se encontra em posição hierarquicamente diferente da qual se encontra o profissional. O julgamento de “beleza avalia a particularidade, a “beleza” do trabalho realizado, e é proferido por aqueles que estão na mesma posição hierárquica que o trabalhador.

- Esgotamento profissional

Refletindo o sofrimento no trabalho, o fator esgotamento profissional diz respeito às situações de frustração, insegurança, inutilidade, desgaste e estresse no trabalho.

Tabela 19 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Esgotamento profissional da EIPST. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhum a vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Esgotamento emocional	6,8	4,5	13,6	15,9	6,8	9,1	43,2	4,11
2 – Estresse	2,3	2,3	11,4	11,4	9,1	18,2	45,5	4,59
3 – Insatisfação	9,1	9,1	27,2	13,6	9,1	6,8	25	3,25
4 – Sobrecarga	9,1	4,5	18,2	11,4	9,1	15,9	31,8	3,81
5 – Frustração	20,5	18,2	11,4	11,4	4,5	11,4	22,7	2,86
6 – Insegurança	31,8	13,6	25	9,1	6,8	6,8	6,8	1,93
7 – Medo	43,2	20,5	13,6	9,1	4,5	4,5	4,5	1,43

Para esse fator, os itens que mais influenciaram negativamente, ou seja, contribuindo negativamente para o adoecimento profissional, foram “Estresse”, com $\mu = 4,59$, e “Esgotamento emocional”, com $\mu = 4,11$.

A avaliação desse fator, apesar de ter sido moderada, crítica, apresentou itens com médias bastante elevadas.

Segundo Murufose, Abranches e Napoleão (2005), as mudanças tecnológicas e organizacionais introduzidas no processo produtivo pela lógica capitalista, além de possibilitarem às empresas o aumento da produtividade e, conseqüentemente, dos lucros, implicaram no surgimento de afecções físicas e psíquicas na saúde do trabalhador. No documento da Comissão das Comunidades Européias, citado pelos mesmos autores, afirma-se que as “[...] enfermidades consideradas emergentes, como o estresse, a depressão ou a ansiedade, assim como a violência no trabalho, o assédio e a intimidação, são responsáveis por 18% dos problemas de saúde associados ao trabalho, uma quarta parte dos quais implica em duas semanas ou mais de ausência laboral”.

O estresse no trabalho é resultante da interação entre muitas demandas psicológicas, menor controle no processo de produção de trabalho e menor apoio social recebido de colaboradores e chefes, no ambiente de trabalho (KARASEK; THEORELL, 1990).

A incidência do estresse mental no trabalho em países como os Estados Unidos e o Canadá não diferem muito dos dados estatísticos apresentados na comunidade européia, sendo que o estresse mental sozinho responde por 11% das reclamações por doenças nos Estados Unidos, segundo dados do *National Council on Compensation Insurance*, de 1985 (JAQUECS; CODO, 2002).

Apesar de escassos os dados estatísticos sobre o assunto no Brasil, acredita-se que deve ser configurado um quadro semelhante ao acima exposto. Como a enfermagem não permaneceu de fora de toda a modificação desse contexto produtivo e explorativo, nota-se também, nessa profissão, a presença do estresse ocupacional. Ao tentarmos compreender essa situação certamente conseguiremos elucidar problemas como insatisfação profissional, produtividade no trabalho, absenteísmo, doenças ocupacionais, entre outros.

A importância e preocupação com a questão do estresse na atualidade referem-se a sua associação com o adoecimento ou sofrimento que ele provoca no trabalhador. Diversos são os sintomas físicos mais comumente apresentados: fadiga, dores de cabeça, insônia, dores no corpo, palpitações, alterações intestinais, náusea, tremores, extremidades frias e resfriados constantes. Entre os sintomas psíquicos, mentais e

emocionais, encontram-se a diminuição da concentração e memória, indecisão, confusão, perda do senso de humor, ansiedade, nervosismo, depressão, raiva, frustração, preocupação, medo, irritabilidade e impaciência (FILGUEIRAS; HIPPERT, 2002).

De acordo com Alves (2004), estudos demonstram associações entre estresse no trabalho e desordens psiquiátricas menores, doenças do sistema digestivo, desordens músculo-esqueléticas, auto-avaliação negativa do estado de saúde, absenteísmo no trabalho, doenças cardiovasculares e seus principais fatores de risco, tais como hipertensão arterial e hábitos considerados pouco saudáveis como tabagismo, etilismo e consumo de outras drogas.

Além do estresse, outra síndrome tem sido bastante discutida o *Burnout*. Essa se refere a uma síndrome onde existem sentimentos de fracasso e exaustão do trabalhador em relação ao seu trabalho. De acordo com Carlotto e Palazzo (2006), três são os aspectos mais relevantes nessa síndrome: a exaustão emocional, a despersonalização e a falta de envolvimento no trabalho.

Dentre esses três aspectos apenas a exaustão emocional será discutida por apresentar-se intimamente relacionada com o segundo item mais valorado do fator. Murufose, Abranches e Napoleão (2005) afirmam que a exaustão emocional consiste na falta de energia associada ao sentimento de esgotamento emocional, onde os profissionais relatam não possuir condições de despender energia para a realização de sua atividade.

O sofrimento que o indivíduo apresenta frente a essas situações repercute de maneira negativa no seu estado de saúde, no seu desempenho profissional, na sua vida como um todo, refletindo também em aspectos sociais, econômicos e na organização do trabalho na qual se encontra inserido. A busca exacerbada por produtividade se deparou com um limite intransponível: o limite do próprio ser humano, permanecendo então, como um desafio para as instituições a falta de motivação, a alienação, a depressão, o estresse e mais recentemente o *Burnout* (MURUFOSE; ABRANCHES; NAPOLEÃO, 2005).

A enfermagem foi classificada, nos EUA, pela *Health Education Authority*, segundo Ortiz e Platiño (1991), como a quarta profissão mais estressante, no setor

público, que vem tentando profissionalmente afirmar-se para obter maior reconhecimento social. Diversos são os componentes reconhecidos como ameaçadores ao meio ambiente ocupacional do enfermeiro, entre eles o número reduzido de profissionais de enfermagem no atendimento em saúde em relação ao excesso de atividades que eles executam, as dificuldades em delimitar os diferentes papéis entre enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e a falta de reconhecimento nítido entre o público em geral de quem é o enfermeiro. Além disso, a remuneração inadequada obriga os profissionais a ter mais de um vínculo de trabalho, resultando numa carga mensal extremamente longa e desgastante.

Assunção (2003) comenta sobre o aumento da demanda de medicamentos psicotrópicos nos serviços médicos de instituições e cita o exemplo de uma empresa de processamento de dados que pretendia enxugar o efetivo de pessoal e que registrou uma prevalência aumentada de demanda por esse tipo de medicamento. Esse autor contesta a abordagem da medicina do trabalho exercida atualmente, que procura explicar os sintomas depressivos e os distúrbios de ansiedade exclusivamente pela história de vida dos sujeitos, sem levar em conta o contexto da organização do trabalho e seus efeitos sobre a vida dos trabalhadores.

Essa idéia é corroborada por Karasek e Theorell (1990) que afirmam que, em termos práticos, o posicionamento das instituições frente ao indivíduo que adoece em decorrência de exposição ao estresse no ambiente de trabalho é de responsabilidade da vítima, esvaziando qualquer iniciativa política de modificar situações advindas do ambiente específico de trabalho.

Apesar da insegurança e o medo serem itens amplamente discutidos nas pesquisas envolvendo psicodinâmica do trabalho e prazer-sofrimento, verifica-se para a população estudada suas maiores freqüências na opção nenhuma vez nos últimos seis meses.

Dejours (1999) refere também que o medo está intimamente relacionado com a possibilidade de demissão. Não é rotina da instituição pesquisada serem observadas demissões sem justa causa ou um ambiente hostil de insegurança e medo entre os funcionários coagidos pelo fantasma da demissão. Esse dado pode ser verificado pelos

dados sócio-demográficos já expostos, onde grande parte dos profissionais trabalha há mais de 5 anos na instituição (56,9%).

A profissão de enfermagem oferece diversos riscos aos profissionais: biológicos, químicos, físicos e ergonômicos. Dejours (1992) afirma que o medo está presente em todos os tipos de ocupação e que os riscos que atingem o corpo do trabalhador são inerentes ao trabalho. Subentende-se que quanto maior o risco a que estão expostos esses profissionais, maior deve ser o medo de sofrerem algum tipo de injúria. No entanto, observa-se que para os enfermeiros pesquisados os riscos inerentes à profissão não foram recordados e valorizados nas respostas escolhidas.

O medo, de acordo com Dejours (1999), pode desencadear nos trabalhadores o uso de estratégias defensivas individuais e coletivas, como: a intensificação do trabalho, aumento do sofrimento objetivo, silêncio, individualismo, entre outros.

- Falta de reconhecimento

É também um fator que avalia o sofrimento no trabalho e reflete condições de injustiça, indignação e desvalorização devido ao não reconhecimento do trabalho.

Esse fator obteve dentro da escala uma avaliação satisfatória, positiva, sendo que os dois itens que apresentaram as maiores médias contribuíram para uma apreciação moderada do fator. Esses itens foram “Falta de reconhecimento do meu desempenho”, com $\mu = 2,90$, e “Falta de reconhecimento do meu esforço”, com $\mu = 2,79$.

Felizmente os resultados obtidos com a avaliação desse fator revelam que vivências de sofrimento causadas por esses itens não são freqüentes. A falta de reconhecimento repercute no processo de formação da identidade do sujeito, da afirmação da utilidade técnica, social ou econômica da atividade exercida e da expressão da individualidade e singularidade do trabalhador. O não reconhecimento do trabalho prejudica a transformação do sofrimento em prazer, já que o reconhecimento é condição essencial no processo de mobilização subjetiva e enfrentamento do profissional (DEJOURS, 1999; MERLO, 2003).

Sabe-se que na enfermagem a falta de reconhecimento é histórica e perpetua na atualidade. A dificuldade de se definir as competências específicas da enfermagem

frente às competências de outros profissionais influencia de modo negativo para o profissional que, em determinadas situações, não se posiciona por insegurança em definir seu próprio papel.

Tabela 20 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Falta de reconhecimento da EIPST. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Falta de reconhecimento do meu esforço	29,5	15,9	4,5	6,8	6,8	11,4	25	2,79
2 - Falta de reconhecimento do meu desempenho	29,5	9,1	6,8	6,8	15,9	6,8	25	2,90
3 – Desvalorização	36,4	9,1	11,4	11,4	6,8	6,8	18,2	2,36
4 – Indignação	36,4	9,1	9,1	11,4	6,8	4,5	22,7	2,47
5 – Inutilidade	65,9	4,5	9,1	9,1	2,3	2,3	6,8	1,11
6 – Desqualificação	75	4,5	2,3	9,1	2,3	4,5	2,3	0,81
7 – Injustiça	31,8	15,9	13,6	13,6	4,5	11,4	9,1	2,13
8 – Discriminação	56,8	0	11,4	11,4	9,1	2,3	9,1	1,59

Outro fator importante na determinação desse quadro é a divisão da profissão por categorias (auxiliares, técnicos e enfermeiros). Essa segmentação implica em uma dificuldade de diferenciação pelo público em geral e pelos próprios membros da equipe multidisciplinar. A classificação de todos como enfermeiros gera um sentimento de desvalorização e despersonalização, pois a formação das categorias é completamente diferenciada e suas funções e responsabilidades também diferem.

Além disso, podemos citar um aspecto cultural de supervalorização do saber médico. O mérito pelo êxito do tratamento é dado comumente somente ao profissional médico que detém o poder curativo. A parcela que cabe aos profissionais da enfermagem é freqüentemente desvalorizada ou vista como um ato de caridade. Por ser uma profissão essencialmente manual, o ato de cuidar de enfermagem acaba por ocupar uma posição menos importante aos olhos dos pacientes, familiares e próprios

profissionais quando comparado às ações médicas. Isso reflete até mesmo na remuneração das atividades do enfermeiro que ao cobrar um valor para realização de suas atividades é, muitas vezes, visto como uma pessoa desumana, já que a prática de enfermagem é vista historicamente como um ato de servir ao outro sem intenções lucrativas.

Diante desse quadro nos deparamos com um contexto histórico de peso para a falta de reconhecimento das atividades e do esforço do profissional em questão que repercute ativamente nas suas vivências de sofrimento.

Freitas (2006) relata que, para os professores de ambientes virtuais, o prazer se apresenta principalmente no fator realização profissional, revelando-se através do orgulho por trabalharem em uma área nova e pelo contexto de trabalho possibilitar relações intersubjetivas, marcadas pela troca e confiança entre os pares. A liberdade de expressão para esses profissionais aparece pela autonomia para organizar o horário de trabalho e pela confiança nos colegas. O sofrimento por sua vez, advém do desgaste, insatisfação, desvalorização e falta de reconhecimento nos contextos em que atuam. O esgotamento profissional ocorre em função da distância física dos alunos e padronização do planejamento das aulas pelo uso constante do computador.

Em pesquisa com bancários Sousa et al. (2007) identificaram vivências de prazer e sofrimento de modo moderado, no entanto, observou-se prevalência de vivências de prazer. Os itens solidariedade com os colegas, liberdade para falar sobre o trabalho e confiança nos colegas foram os que mais contribuíram para os fatores que avaliavam o prazer. Já para os fatores de sofrimento, os itens mais valorados foram: desgaste, falta de reconhecimento e frustração por trabalhar em uma empresa cuja organização do trabalho é rígida, exigente e com ritmo de trabalho exacerbado.

Ferreira e Mendes (2003) concluíram que para os auditores fiscais da Previdência o prazer e sofrimento são vivenciados de forma moderada, pois nem sempre há o atendimento às necessidades profissionais nesse ambiente de trabalho.

Em estudo com teleatendentes identificou-se o prazer como resultado do ambiente de trabalho favorecer a construção de relações intersubjetivas, que se traduzem pela amizade e solidariedade entre os colegas, bem como pelo elogio da clientela (VIEIRA, 2005).

Pesquisando enfermeiros que trabalhavam em UTI, Linhares (1994) analisou que o prazer no trabalho estava diretamente relacionado à identificação do trabalhador com as atividades exercidas, assim como o resultado encontrado para a população deste estudo.

Lunardi-Filho e Mazzilli (1996) revelaram que, para enfermeiras, a existência de desgaste em suas atividades associada ao sofrimento relacionado à organização do trabalho inflexível e condições de trabalho precárias geram vivências de sofrimento e medo de não conseguir realizar as atividades que lhe competem.

Outro estudo com enfermeiras realizado por Lisboa (1998) identifica a relação do prazer com o sentido do trabalho para as profissionais e o sofrimento com a rigidez da organização e das relações de trabalho conflituosas. Esse último resultado contradiz o encontrado no presente estudo, visto que as relações de trabalho foram bem avaliadas, sendo consideradas geradoras de prazer para os enfermeiros intensivistas.

Em pesquisa feita com enfermeiros de UTI foram identificados como indicadores de prazer a recuperação do paciente, o reconhecimento no trabalho e a harmonia no ambiente. Entretanto, aspectos como relações interpessoais insatisfatórias, dor física e morte do paciente, mecanização do trabalho, falta de recursos materiais e sofrimento dos familiares foram considerados geradores de sofrimento profissional (MARTINS, 2000). Esses resultados confirmam que o tipo de trabalho realizado, por promover o envolvimento com o ser humano em sua intimidade e sofrimento, gera um custo psíquico ao trabalhador de enfermagem.

Rego et al. (2007) analisaram o trabalho de digitadores terceirizados de uma instituição bancária pública e identificaram que as vivências de prazer prevalecem, porém o sofrimento existe. O item que mais influenciou para o fator realização profissional foi a identificação com a tarefa que realiza e, para o fator liberdade de expressão, os itens liberdade para usar o estilo pessoal e solidariedade com os colegas foram os que mais contribuíram. Para os fatores de sofrimento, observou-se que itens como desgaste, estresse, esgotamento emocional, insatisfação e frustração contribuíram de modo insatisfatório para o fator esgotamento profissional. Apesar de ser um trabalho terceirizado, que não oferece estabilidade, o item insegurança não foi

avaliado negativamente. Para o fator falta de reconhecimento, os itens falta de reconhecimento, indignação e desvalorização obtiveram as maiores frequências.

A análise do prazer-sofrimento de carteiros feita por Rossi, Calgaro e Melo (2007) demonstrou que esses percebem em grau moderado todos os fatores da escala. Destaca-se a liberdade que os mesmos têm para organizar suas tarefas (triagem, montagem de roteiro de entrega de malotes), por não ficarem presos a uma rotina interna, já que eles saem para a rua entram em contato com pessoas diversas. Apesar de ocorrer competição, os carteiros referem que há solidariedade. Em relação aos fatores de sofrimento, a insatisfação no trabalho pode se dar em razão da falta de oportunidades de crescimento profissional. Além disso, esses profissionais são submetidos a uma organização do trabalho que exige esforço físico, biomecânico e mental para execução das tarefas. Eles enfrentam medo e riscos de incidentes e, para combatê-los, constroem estratégias operatórias.

Na análise de cada realidade de trabalho e de cada profissão em particular podem ser encontrados os fatores geradores de prazer-sofrimento. Apesar de diferirem entre si, as vivências de prazer-sofrimento encontram-se intimamente relacionadas com o contexto de trabalho (organização, relações profissionais e condições de trabalho). Nota-se que em comum entre as pesquisas apresentadas anteriormente existe a importância das relações subjetivas entre os pares e seu peso nas vivências de prazer e na transformação do sofrimento.

Dejours (2004) declara que é impossível conceber uma organização do trabalho que de alguma forma não permita o sofrimento do profissional. O prazer-sofrimento, para o mesmo autor, resulta da inter-relação entre os trabalhadores e o contexto de trabalho. A saúde e o prazer no trabalho são processos que estão em constante mutação e que devem ser conquistados diariamente. A saúde no trabalho resulta do modo como o trabalhador enfrenta as situações conflituosas presentes no contexto de trabalho.

Ferreira e Mendes (2001) relatam que o trabalho é um espaço de envolvimento de sujeitos diferenciados em uma determinada realidade. Nesse espaço são produzidas e (re) construídas relações sociais e significações psíquicas. As situações conflituosas presentes nesse contexto podem ser positivas ou negativas e a maneira como essas

são enfrentadas determinam a qualidade de vida no trabalho e o bem-estar psíquico do trabalhador.

Conhecendo todos os fatores predisponentes ao sofrimento e suas possíveis repercussões na saúde e adoecimento do profissional, questiona-se a permanência dos trabalhadores em um estado de normalidade frente a todos esses fatores de risco. Sznelwar e Uchida (2004) acreditam que esse estado de normalidade reflete um equilíbrio instável entre o sofrimento psíquico e as estratégias de defesa e a mobilização subjetiva utilizadas pelos profissionais.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) afirmam que a mobilização subjetiva consiste na utilização de recursos psicológicos e do espaço público de discussão no trabalho na tentativa de ressignificar as situações que causam sofrimento no cotidiano do trabalho e buscar o prazer.

Os mesmos autores descrevem que as estratégias defensivas constituem em ações coletivas, em sua maioria, onde o trabalhador pretende modificar, transformar e minimizar aspectos presentes no contexto de trabalho resultantes do conflito entre o prescrito e o real, que o faz sofrer. As estratégias de enfrentamento podem ser: conformismo, individualismo, negação de perigo, agressividade, passividade, entre outras (DEJOURS, 1987). Ao utilizar dessas defesas, pode ocorrer um processo de alienação e cristalização do trabalhador, dificultando e diminuindo as possibilidades de modificação das situações de trabalho.

Sennett (2002) refere que os atuais contextos de trabalho moldados pelo sistema capitalista, marcados pela exploração da mão de obra e o aumento gradativo dos índices de desemprego, são desfavoráveis à utilização de estratégias de mobilização, já que essas implicam em organização dos trabalhadores na tentativa de modificar as situações geradoras de sofrimento no trabalho.

O presente estudo não teve como objetivo estudar as estratégias defensivas apresentadas pelos enfermeiros intensivistas, porém é reconhecida a importância do estudo das mesmas para aprofundar o reconhecimento do problema em questão e favorecer a indicação de propostas específicas para a realidade estudada.

3.1.4 Danos relacionados ao trabalho

Os danos físicos e psicossociais relacionados ao trabalho surgem mediante ao sofrimento freqüente e intenso e do insucesso das estratégias de mediação.

Os valores resultantes da avaliação da consistência interna dos itens da escala EADRT demonstraram que essa é bastante confiável para avaliar os danos relacionados ao trabalho para a população do estudo.

Por retratar situações graves relacionadas à saúde, é proposta uma avaliação diferenciada dessa escala. Apesar do ponto médio da escala ser matematicamente três, a autora do inventário desdobra em dois intervalos com variação de um desvio padrão. A seguir, são apresentados os resultados encontrados.

Tabela 21 - Estatística descritiva referente aos fatores da EADRT. Rio de Janeiro, 2008. (N=44)

Fatores	Média	Desvio padrão	Alpha de Cronbach
Danos Físicos	3,05	1,51	0,77
Danos Sociais	2,36	0,84	0,75
Danos psicológicos	2,21	0,81	0,89

Observa-se que todos os fatores foram avaliados de modo moderado, crítico.

- Danos físicos

Esse fator diz respeito aos distúrbios biológicos causados pelo trabalho.

Os itens mais valorados para o fator foram “Dores nas pernas” e “Dores no corpo” apresentando as mesmas médias, $\mu = 5,09$.

Sabe-se que uma das principais queixas dos profissionais de enfermagem e uma das principais causas de afastamento do trabalho para essa profissão são as doenças osteomusculares (DORT). Moreira e Mendes (2005) afirmam que o ambiente de trabalho, considerando as condições físicas, mecânicas e psíquicas inadequadas, é um importante fator de risco para o desenvolvimento de DORT.

Tabela 22 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos físicos da EADRT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Dores no corpo	0	2,3	6,8	11,4	4,5	9,1	65,9	5,09
2 - Dores nos braços	25	0	11,4	9,1	9,1	15,9	29,5	3,43
3 - Dor de cabeça	13,6	6,8	4,5	20,5	6,8	6,8	40,9	3,84
4 - Distúrbios respiratórios	56,8	2,3	9,1	15,9	6,8	4,5	4,5	1,45
5 - Distúrbios digestivos	36,4	13,6	11,4	9,1	11,3	2,3	15,9	2,15
6 - Dores nas costas	6,8	0	11,3	4,5	6,8	11,3	59,1	4,75
7 - Distúrbios auditivos	75	6,8	9,1	2,3	2,3	0	4,5	0,68
8 - Alterações do apetite	27,3	4,5	9,1	18,2	9,1	2,3	29,5	3,02
9 - Distúrbios na visão	72,7	11,4	6,8	2,3	0	2,3	4,5	0,70
10 - Alterações no sono	18,2	0	11,4	11,4	6,8	2,3	50	3,95
11 - Dores nas pernas	2,3	4,5	2,3	9,1	6,8	4,5	70,4	5,09
12 - Distúrbios circulatórios	47,7	0	6,8	9,1	2,3	6,8	27,2	2,47

Magnano et al. (2007) citam diversos trabalhos que confirmam a alta prevalência de distúrbios musculoesqueléticos em profissionais da enfermagem, chegando a prevalência de 80% em alguns países e de 43 a 93% em estudos brasileiros.

Esse quadro caracteriza a dimensão do problema no qual a enfermagem encontra-se inserida.

Segundo Mauro, Cupello e Mauro (2003) podem ser considerados fatores de risco para DORT: organização do trabalho (jornada de trabalho aumentada, ritmo de trabalho excessivo, déficit de pessoal), fatores ambientais (mobiliário inadequado, iluminação insuficiente), sobrecargas de segmentos corporais, movimentos repetitivos, posturas inadequadas, entre outros.

Sobre os fatores de risco, a Norma Técnica do INSS refere que esses estão agrupados conforme a adequação do ambiente de trabalho a aspectos como: zona de atenção e visão, frio, vibrações, pressões locais, posturas inadequadas, carga mecânica e estática osteomuscular, invariabilidade das tarefas, exigências cognitivas e fatores organizacionais e psicossociais relacionados ao trabalho (BRASIL, 2001).

Murofuse e Marziale (2005) completam que outro fator determinante para as DORT é a inovação tecnológica resultante da reestruturação produtiva. As autoras expõem que, a partir de 1990, as instituições hospitalares brasileiras têm incorporado o avanço tecnológico e os atuais modelos de gestão com o intuito de aumentar a produtividade e qualidade das empresas. Como exemplo dessas modificações podemos citar a implementação da assistência de enfermagem integralizada, a introdução de tecnologias minimamente invasivas para o diagnóstico e tratamento de patologias, as mais recentes modalidades de assistência intra-hospitalar, como o *day clinic*, a informatização dos sistemas hospitalares, como prontuários eletrônicos, informações *online*, e as políticas de terceirização (PIRES, 2000).

Mesmo ciente de todos os fatores de risco a que estão expostos esses trabalhadores, que por si só explicam esses distúrbios, existe uma grande controvérsia na questão das DORT, que é a negação da relação existente entre a patologia e a atividade realizada pelo trabalhador. Isso implica em danos para o trabalhador, que tem seus direitos ameaçados (MUROFUSO; MARZIALE, 2001).

Os itens mais valorados para os profissionais desse estudo estão contempladas nas DORT. A seguir, serão comentadas algumas das principais queixas desses trabalhadores e suas possíveis relações com as funções por eles desempenhadas.

As dorsalgias são bastante comuns aos enfermeiros, principalmente as lombalgias. Essa tem associação ao trabalho sentado ou pesado, ao levantamento de pesos, a falta de atividade física e a distúrbios psicológicos. Nas UTI os pacientes, por

estarem gravemente doentes, geralmente encontram-se sedados ou em estado que geram dependência total. Nesses casos, a enfermagem deve ajudá-los ou até mesmo realizar atividades por eles, como no caso de mobilização no leito, auxílio nas atividades de higiene, alimentação, entre outros. Independente do peso do paciente, essas atividades são realizadas por profissionais, na maioria das vezes mulheres, cuja força e estatura não favorece o levantamento de altas cargas, exigindo, dessa maneira, a utilização errônea da musculatura e posição corporal para cumprir as atividades que lhe cabem.

Outra situação freqüentemente observada é a necessidade de permanecer em postura agachada ou curvada para realização de curativos em locais peculiares. A postura inadequada por um período de tempo prolongado gera desconforto imediato e a longo prazo para o profissional.

Também, por se tratar de uma unidade de cuidados intensivos, o uso de aparatos tecnológicos diversificados é usual. Nem sempre eles são projetados pensando no trabalhador que irá manipulá-lo, apresentando-se pesados, de difícil mobilização. Esses aparelhos devem permanecer em local que permitem a sua fácil visualização, logo, são colocados geralmente em posições elevadas em cima de bancadas ou suportes altos. Essas manobras de colocação de monitores, bombas infusoras, respiradores são realizadas pelos profissionais da enfermagem e exigem dispêndio de energia e o uso de posturas inadequadas quando feitas sobre condições que não o favorecem (falta de materiais, escadas).

Murofuso e Marziale (2005) referem que os casos de lombalgias descritos como ocupacionais estão relacionados a atividades que requeiram contração estática ou imobilização por tempo prolongado de segmentos corporais, como cabeça, pescoço, ombros, esforços excessivos e elevação e abdução de membros superiores acima da altura dos ombros. Todas as atividades descritas anteriormente estão presentes no trabalho da enfermagem.

Outro local bastante acometido é o membro superior, na forma de sinovites, tenossinovites, dedo em gatilho, estenopatias, entre outras (MUROFUSE; MARZIALE, 2005). As atividades exercidas pelos profissionais provavelmente associadas são o

preparo de medicação, o uso de escrita como meio de comunicação e, atualmente, o uso do computador (prontuário eletrônico).

O comprometimento dos membros superiores gera incapacidades que perpassam as atividades profissionais e pessoais, gerando complicações socioeconômicas para o trabalhador, família e sociedade.

Além dos locais já mencionados, é possível citar o acometimento dos membros inferiores. Conforme resultado dessa pesquisa, são freqüentes as queixas álgicas nas pernas. Os enfermeiros passam a maior parte do seu tempo em pé e se locomovendo dentro do próprio setor e entre diversos setores do hospital a fim de prover materiais e medicamentos necessários, transportar pacientes, realizar atividades burocráticas, entre outras, como confirmado em pesquisa realizada por Mauro et al. (2002).

Outra pesquisa desenvolvida avaliando o estresse no trabalho e distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de enfermagem demonstrou que os trabalhadores que referiram percorrer longas distâncias durante o turno de trabalho tiveram associação significativa com dor nos joelhos ($p = 0,037$) e tornozelos ($p = 0,027$) (MAGNANO; LISBOA; GRIEP, 2007).

Em estudo com profissionais de enfermagem feito por Murofuso e Marziale (2005) observou-se o acometimento de músculos e articulações em membros inferiores como mialgias, artroses e bursites no joelho.

De acordo com Leite, Silva e Merighi (2007), as doenças ocupacionais são subnotificadas quando comparadas aos acidentes de trabalho, pois existe uma grande dificuldade de comprovação do seunexo causal. Logo, perpetua-se a escassez de dados sobre o perfil de adoecimento dos trabalhadores de enfermagem.

- Danos sociais

Percebido como dificuldades nas relações familiares e sociais.

Para essa dimensão as variáveis cujas médias apresentaram-se mais elevadas foram “Impaciência com as pessoas no geral”, com $\mu = 3,63$, e “Vontade de ficar sozinho”, com $\mu = 3,47$.

Tabela 23 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos sociais da EADRT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	F (%)	
1 - Insensibilidade em relação aos colegas	47,7	13,6	11,4	18,2	2,3	4,5	2,3	1,36
2 - Dificuldades nas relações fora do trabalho	31,8	11,4	11,4	20,5	4,5	9,1	11,4	2,27
3 - Vontade de ficar sozinho	15,9	9,1	6,8	18,2	9,1	11,4	29,5	3,47
4 - Conflitos nas relações familiares	29,5	15,9	11,4	22,7	6,8	6,8	6,8	2,09
5 - Agressividade com os outros	29,5	11,4	13,6	15,9	11,4	6,8	11,4	2,34
6 - Dificuldade com os amigos	43,2	20,5	9,1	13,6	11,4	2,3	0	1,36
7 - Impaciência com as pessoas em geral	9,1	6,8	11,4	25	9,1	9,1	29,5	3,63

Riscos relativos às dimensões psicológicas no trabalho têm sido discutidos de modo articulado à dimensão social, o que gerou a categoria de análise de riscos psicossociais. A discussão desse fator foi realizada junto ao fator dano psicológico mediante a semelhança dos assuntos abordados.

- Danos psicológicos

O último fator da escala representa os sentimentos negativos em relação a si mesmo e a vida em geral.

As variáveis com maior média desse fator são apresentadas a seguir: “Irritação com tudo”, com $\mu = 3,47$, e “Mau humor”, com $\mu = 3,27$.

Os resultados apresentados nas tabelas 23 e 24 demonstraram que, felizmente, os itens presentes em ambos os fatores (danos sociais e psicológicos) são avaliados de forma satisfatória, estando pouco presente no cotidiano dos enfermeiros (a maioria das freqüências está na opção nenhuma vez). No entanto, Mendes (2007) afirma que

mesmo quando apenas 01 profissional apresenta sintomas de adoecimento, esse deve ser valorizado, visto que avalia um dano já instalado. Logo, é preocupante o aparecimento de itens com médias moderada.

Tabela 24 - Distribuição de freqüências relativas e médias dos itens do fator Danos sociais da EADRT. Rio de Janeiro, 2008. (N = 44)

Itens	Nenhuma vez	Uma vez	Duas vezes	Três vezes	Quatro vezes	Cinco vezes	Seis ou mais vezes	Média
	F (%)	F (%)	F (%)					
1 – Amargura	56,8	15,9	6,8	15,9	2,3	0	2,3	1,0
2 - Sensação de vazio	43,2	15,9	4,5	13,6	6,8	2,3	13,6	1,86
3 - Sentimento de desamparo	40,9	11,4	11,4	18,2	2,3	4,5	11,4	1,88
4 - Mau-humor	11,4	11,4	20,5	13,6	9,1	6,8	27,3	3,27
5 - Vontade de desistir de tudo	31,8	2,3	11,4	13,6	4,5	6,8	29,5	2,95
6 – Tristeza	15,9	15,9	18,2	15,9	9,1	4,5	20,5	2,81
7 - Irritação com tudo	9,1	18,2	18,2	4,5	6,8	6,8	36,4	3,47
8 - Sensação de abandono	47,7	20,5	6,8	9,1	4,5	2,3	9,1	1,45
9 - Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	34,1	9,1	13,6	15,9	15,9	4,5	6,8	2,11
10 – Solidão	52,3	20,5	2,3	11,4	2,3	2,3	9,1	1,34

Conforme já explicitado, a falha das estratégias mediadoras na tentativa de transformar o sofrimento em prazer pode causar o adoecimento do trabalhador. Entretanto, esse adoecimento ultrapassa a dimensão física, cuja facilidade de mensuração e percepção, até mesmo pelo profissional, é maior.

Até mesmo o uso contínuo dessas estratégias sem a modificação da realidade pode promover a alienação e cristalização do trabalhador, sendo considerado adoecimento (DEJOURS, 1987). Alguns trabalhos de Selligmann-Silva (2001) evidenciaram que várias são as repercussões psicossociais e psicopatológicas advindas das novas formas de organização do trabalho que degradam de modo

acirrado a saúde mental dos trabalhadores, sendo evidenciado por retraimento, afastamento e isolamento social. Dessa forma, prejudica-se a sociabilidade e subjetividade do indivíduo.

Dejours (1992) afirma que o medo advindo das pressões temporais, das falhas do contexto de trabalho, das relações de trabalho insatisfatórias, pode levar ao individualismo, a quebra da solidariedade entre os pares. Merlo et al. (2003), em estudo com portadores de lesões por esforços repetitivos, descrevem bem o individualismo presente no contexto de trabalho desses profissionais, onde a cooperação entre os colegas era prejudicada pelo ritmo de trabalho imposto e pela cobrança por produção. Logo, ajudar um colega significava atrasar sua própria produção. Esses profissionais eram cobrados pela chefia a ensinar os trabalhadores novatos durante o trabalho, tendo, dessa maneira, que intensificar ainda mais seu ritmo de trabalho, aumentando sua exposição aos riscos físicos e psíquicos.

Em estudo com professores de ambientes virtuais, Freitas (2006) encontrou, para os três fatores, médias baixas. Esse resultado revelou que as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores obtiveram êxito no enfrentamento do sofrimento. Observou-se que, ao contrário do professor presencial, cujo uso excessivo da voz pode prejudicar sua saúde, os professores virtuais tendem a apresentar lesões por esforços repetitivos e DORT mediante ao uso contínuo do computador.

Ao analisar os danos relacionados ao trabalho dos carteiros, Rossi, Calgaro e Melo (2007) observaram que danos físicos foi o fator que mais chamou a atenção. Evidenciou-se a percepção de dores no corpo devido a manipulação de malotes pesados e pelo esforço físico ao qual se submete ao percorrer longas distâncias, permitindo, dessa forma, o desenvolvimento de DORT.

Para os bancários de uma instituição financeira pública apenas o fator danos físicos apresentou avaliação crítica, sendo os itens “dores no corpo” e “dores nas costas” os mais valorados. Para os danos sociais e danos psicológicos as médias demonstraram-se satisfatórias, pouco contribuindo para o adoecimento desses profissionais.

Observa-se que as disfunções osteomusculares não são exclusivas dos profissionais de enfermagem, sendo também fator de peso na avaliação dos danos de

outros profissionais. Contudo, para os demais fatores, percebem-se avaliações satisfatórias, diferente dos resultados encontrados no presente estudo. Essa diferença pode estar relacionada ao tipo de trabalho desenvolvido. Trabalhar na área de saúde, em especial em ambiente de terapia intensiva, implica em custos psicossociais mais elevados, por envolver o cuidado do ser humano em um estado de fragilidade e dependência extremas.

O estudo sobre os riscos para o adoecimento profissional é válido quando observamos fatores específicos relacionados ao trabalho, porém grande parte dos problemas que observamos nesse e em outros estudos citados são constituídos por fatores inespecíficos. Essas noções de risco baseiam-se na prescrição do trabalho e não consideram a sua variabilidade e a individualidade do profissional que o executa. Esses são influenciadores e determinantes na percepção de um trabalho penoso e gerador de sofrimento (ASSUNÇÃO, 2003).

A epidemiologia ocupacional orienta para a elaboração de índices para os limites de exposição à determinados fatores de risco, com base em médias de estudos já realizados. Entretanto, esquecem que mesmo a sintomatologia é diferente de indivíduo para indivíduo (ASSUNÇÃO, 2003). Na tentativa de prever e dar visibilidade a determinados riscos ocupacionais, foi adotado no Brasil, entre 1980 e 1990, o modelo italiano de Mapa de Risco, que contribuiu para as discussões sobre saúde do trabalhador.

No entanto, Assunção (2003) pondera que esse instrumento revelou-se insuficiente e inadequado para a avaliação da relação entre saúde e trabalho em sua integralidade, considerando as determinações sociais do trabalho e as estratégias construídas pelos profissionais dentro do contexto de trabalho.

O mesmo autor afirma que o Mapa de Risco se transformou em um instrumento burocrático, que transmite a idéia errônea de que todos os riscos podem ser identificados, quantificados, classificados e localizados fisicamente no ambiente de trabalho.

As ações que realmente podem prevenir os danos relacionados ao trabalho devem incorporar os pontos de vista dos trabalhadores no seu planejamento (ASSUNÇÃO, 2003).

A saúde no trabalho constitui a soma de duas parcelas de igual peso. Depende da busca contínua pelo trabalhador por integridade física, psíquica e social, sendo, portanto uma dimensão individual e de um ambiente com condições favoráveis para o desenvolvimento das atividades, dimensão social (MENDES; DIAS, 1991).

4 CONCLUSÕES

A aplicação das diversas escalas que compõe o ITRA e a utilização do referencial da Psicodinâmica do trabalho permitiram a avaliação e discussão sobre a influência da organização e dinâmica do trabalho e os riscos à saúde do enfermeiro intensivista.

Este estudo contribui, sobretudo, para uma melhor compreensão da subjetividade impressa no trabalho de enfermagem. Reafirma-se, então, a importância de se analisar a natureza psicossocial do trabalho e a necessidade de se introduzir essa perspectiva na elaboração de políticas públicas de segurança e saúde no trabalho que ainda se limitam nas discussões sobre questões físicas e ergonômicas do trabalho e suas repercussões na saúde do profissional.

Apesar de o ITRA ser um instrumento criado para trabalhadores em geral, observou-se que para enfermeiros o mesmo demonstrou-se internamente consistente. Contudo, fica clara a limitação do mesmo para avaliar com profundidade as influências do trabalho na saúde do trabalhador devido a subjetividade envolvida nos constructos em questão (saúde, sofrimento, doença, prazer, entre outros). A própria autora do instrumento relata que esse instrumento não permite a avaliação das estratégias de mediação utilizadas pelos profissionais, ele apenas avalia os riscos de adoecer relacionados às diversas dimensões do trabalho. Para que uma avaliação mais completa e fidedigna, propõe a associação de métodos qualitativos, como discussões com os profissionais em grupos, permitindo que eles falem sobre o seu trabalho e suas vivências, tornando, assim, um espaço de discussão.

Esse, então, constitui um limite do presente estudo, visto que somente o instrumento foi aplicado, não sendo avaliadas e analisadas as estratégias de mediação. O fato de utilizarmos a técnica de amostragem intencional e o número de participantes do estudo também constituíram um limitante, entretanto, optamos por restringir o local de pesquisa em apenas uma instituição e aprofundar a discussão dos resultados mediante melhor conhecimento do ambiente.

Sobre o instrumento, o fato de o ITRA ser longo, (composto por 4 escalas, com um total de 125 itens), foi levantado por vários participantes do estudo alegando ser cansativo respondê-lo. Devemos, então, atentar para possíveis vieses de atenção. Além disso, para responder as escalas EADRT e EIPST solicita-se que o participante se recorde de fatos acontecidos nos últimos 6 meses. Por diversas vezes o enfermeiro respondente questionou esse recorte temporal, alegando não se lembrar com precisão do número de vezes que a situação solicitada aconteceu. Esse fato pode ter gerado resultados com vieses de memória.

A opção por discutir apenas os dois itens de cada fator das escalas que apresentaram as maiores médias é assumida como um limite do estudo que apontam para estudos posteriores, explorando os demais itens. Outro ponto limitante deste estudo foi a inexistência de estudos com enfermeiros que possibilitassem a comparação dos resultados. Logo, foram utilizados estudos realizados com outras categorias profissionais que certamente contribuíram com a discussão.

Apesar de todos os limites expostos, o simples fato de aplicar o instrumento gerou, nos profissionais, uma reflexão sobre o processo de trabalho e as relações com sua saúde, com suas percepções e vivências de prazer e sofrimento. Alguns enfermeiros expressaram sua admiração ao entender como situações sutis presentes no cotidiano profissional podem repercutir na sua saúde e adoecimento. De acordo com referenciais da psicodinâmica, apenas o fato do profissional tomar conhecimento dos fatores que geram riscos para sua saúde, já é capaz de prepará-lo para seu enfrentamento através de medidas e estratégias defensivas. Logo, nos satisfaz observar a sensibilização do profissional ainda na etapa de aplicação do instrumento.

O estudo permitiu identificar riscos de adoecimento de enfermeiros atuantes em unidades de terapia intensiva, tendo como base as relações de organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento, os custos e danos relacionados ao trabalho.

A recorrência de alguns temas durante a apresentação dos resultados e sua discussão evidencia o peso da organização do trabalho na saúde deste trabalhador: cobrança, ritmo, pressão. Torna-se clara, então, a permanência de uma marca taylorista nos atuais moldes de administração e gestão do trabalho.

A análise do contexto de trabalho desses profissionais constata a presença de uma organização do trabalho rígida, que limita a impressão da criatividade e identidade do enfermeiro na realização da sua tarefa. Além disso, por tratar-se de um hospital particular e qualificado, onde se busca produtividade e competitividade no mercado, percebe-se de modo intenso a cobrança por resultados. Dessa forma, o risco de adoecer relacionado ao fator organização do trabalho é avaliado de modo grave, crítico.

Reforça-se, com este estudo, que mais estudos devem ser desenvolvidos com o foco na organização do trabalho. Rever as atuais abordagens e áreas de concentração em saúde do trabalhador mostra-se necessário, já que observa-se cada vez mais a produção de estudos apenas de base ambiental, que desconsideram as relações e a forma como se organiza o processo de trabalho.

Espera-se que a instituição em questão, com base nesses resultados que serão devolvidos, também se sensibilize para a saúde dos profissionais que nela atuam. É certo que algumas características de administração e organização provavelmente não serão modificadas, já que se trata de um hospital particular que visa à lucratividade. Porém, alguns aspectos vistos aqui como fatores gerados de riscos à saúde profissional são passíveis de mudanças ou, ao menos, de serem amenizados. Além disso, ao devolver e discutir os resultados com os trabalhadores, espera-se contribuir para a ampliação de uma consciência coletiva crítica dos enfermeiros sobre as formas como a organização do trabalho pode afetar sua saúde e a qualidade do cuidar.

A partir dos resultados e limitações desta pesquisa, novos problemas e hipóteses são gerados, abrindo campo para que novos estudos sejam realizados, confirmando, comparando e ampliando a compreensão do processo saúde adoecimento e os riscos relacionados ao trabalho desses profissionais.

REFERÊNCIAS

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Pesquisa de Marketing**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre as metamorfoses e centralidades do mundo do trabalho. 3 ed. São Paulo: Cortez. 1999.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. São Paulo: BoiTempo Editorial, 2000.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

ALVES, M. G. M. **Pressão no trabalho**: estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no estudo pró-saúde. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2004.

ARENDT, H. **A condição humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

ASSUNÇÃO, A. A. Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 8, n. 4, p. 1005-1018, 2003.

BATISTA, A. A. V. et al. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Rev Esc Enferm USP**, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BORSOI, I.C.F.; CODO, W. Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho. In: _____. **Enfermagem, trabalho e cuidado**. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 39-151.

BLANCH, J. M. Psicologia social do trabalho. In: ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A.; TORREGROSA, J. R. **Psicologia social aplicada**. Madrid: McGraw-Hill, 1996.

BRANT, L.C.; MINAYO-GOMES, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Técnica do INSS – Ordem de Serviço/INSS n. 606/1998**. Brasília, DF, 2001.

_____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 3. Brasília, DF, 2002.

_____. Portaria n. 37 de 06 de dezembro de 2002. Divulga para consulta pública a proposta de texto de criação da Norma Regulamentadora N° 32 – Segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos de assistência à saúde. **Diário Oficial da União** [on

line]. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <<http://www.areaseg.com/nrindex/nr32.html>>. Acesso em: 19 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Previdência. **Anuário estatístico dos acidentes de trabalho do Brasil** [on line]. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.creme.dataprev.gov.br/AEAT/Inicio.htm/>>. Acesso em: 16 jun. 2008.

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da Qualidade de vida no trabalho de enfermagem: revisão da produção científica. **Rev. Enfermagem Uerj**, v. 15, n. 4, p. 584-589, 2007.

CARMO, P. S. **A ideologia do trabalho**. São Paulo: Moderna, 1992.

CARLOTTO, M. S.; PALAZZO, L. S. Síndrome de burnout e fatores associados: um estudo epidemiológico com professores. **Cad. Saúde Pública**, v. 22, n. 5, p. 1017-1026, 2006.

CATTANI, A. D. Gestão Participativa. In: DICIONÁRIO crítico sobre trabalho e tecnologia. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

CHIAVENATO, I. Recursos humanos – edição compacta. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1990.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Dados estatísticos sobre a composição e distribuição da força de trabalho da enfermagem**. [2006]. Disponível em: <<http://www.portalcofen.com.br>>. Acesso em: 10 jun. 2007.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1987.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Ed Cortez, 1992.

DEJOURS, C. **Pour une clinique de la médiation entre psychanalyse et politique: la psychodynamique du travail** [on line]. [1993]. Disponível em: <<http://www.mapageweb.umontreal.ca/scarfond/T3/3-Dejours.pdf>>. Acesso em: 09 jul. 2008.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DEJOURS, C. Avant-propos para edição brasileira. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I.,(Org.). **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

FACHINNI, L.A. Porquê a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINELLI, J.T.P.; ROCHA, E.; RIGOTTO, R.M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994. p.34-55.

FELLI, V.E.A. **A saúde do trabalhador e o gerenciamento em enfermagem**. 2002. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

FERREIRA, M. C. Serviço de atendimento ao público: o que é? Como analisá-lo? Esboço de uma abordagem teórico-metodológica em ergonomia. **Multitemas**, v. 16, p. 128-144, 2000.

FERREIRA, M. C.; BARROS, P. C. R. In: COMPATIBILIDADE trabalho prescrito – trabalho real e vivências de prazer-sofrimento de trabalhadores: um diálogo entre ergonomia da atividade e psicodinâmica do trabalho. Artigo aceito para publicação na Revista Alethéia, Canoas, RS, 2003.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista estudos de Psicologia**, v. 6, n. 3, p. 93-105, 2001.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M. **Trabalho e riscos de adoecimento**: o caso dos auditores fiscais da Previdência Social brasileira. Brasília, DF: Edições LPA e FENAFISP, 2003.

FERREIRA, M.C.; MENDES, A. M. **Trabalho dos AFPS e índices de adoecimento**: Estado de alerta!. Brasília, DF: Fenafisp, (no prelo).

FIGUEIREDO, N.M.A.; FRANCISCO, M. T.; SILVA, I. C .M. **(Trans) cuidar**: (re) visitando a administração de Taylor “um outro paradigma”. Campos: UERG, 1996.

FILGUEIRAS, J. C.; HIPPERT, M. I. Estresse. In: JACQUES, M. G.; CODO, W. (Org.). **Saúde mental & trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

FREITAS, L. G. **Saúde e processo de adoecimento no trabalho de professores de ambiente virtual**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia Social e do Trabalho, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006.

FREITAS, F. S., CLÍMACO, R. S. C. **Análise do conforto sonoro em hospitais de Brasília**. [S.l: s.n., 1999]. Disponível em: <http://www.unb.br/fau/pos_graduacao/paranoa/analise/hospitais.pdf> . Acesso em: 12 jul. 2008.

FREUD, S. O mal-estar na civilização. In: _____. **Edição Standart Brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro, Imago. 1930. v. XXI.

GALVÃO, C. M., TREVIZAN, M. A., SAWADA, N. O. A liderança do enfermeiro no século XXI: algumas considerações. **Rev Esc Enfermagem USP**; v. 32, n. 4, p. 302-306, 1998.

GELBECK, F. L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho**: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um Hospital escola. 1991. Dissertação (Mestrado) - Escola de enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

GOMES, A. M. **Enfermagem na unidade de terapia intensiva**. 2. ed. São Paulo: EDU, 1988.

GOMES, E.L.R et al. Dimensão histórica da gênese e incorporação do saber administrativo na enfermagem. In: ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.M.O(Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p.229-50.

GONÇALVES, R.B.M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1994.

GOUNET, T. **Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel**. São Paulo: BoiTempo, 1999.

GUARESCHI, P. A.; GRISCI, C. L. I. **A fala do trabalhador**. Petrópolis: Vozes, 1993.

HUDAK, C.M; GALLO, B.M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**: uma abordagem holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.

ISOSAKI, M. **Absenteísmo entre trabalhadores de sérico de nutrição e dietética de dois hospitais em São Paulo**. 2003. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública de São Paulo, São Paulo, 2003.

JAQUECS, M. G.; CODO, W. **Saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.

KAGEYAMA, A.; LEONE, E.T. Regionalização da Agricultura segundo indicadores sociais. **Revista Brasileira de Estatística**, v. 51, n. 196, p. 5-21, 1990.

KARASEK, R.; THEORELL, T. **Healthy Work**: Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books, Inc., Publishers. 1990.

KUPER, H.; MARMOT, M.I. Job strain, job demands, decision latitude and risk of coronary heart disease within the Whitehall II study. **J Epidemiol Community Health**, v. 57, p. 147–153, 2003.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de produção em saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAUTERT, L. **O desgaste profissional do enfermeiro**. 1995. Tese (Doutorado) - Universidad Pontificia Salamanca, Salamanca, 1995.

LEITE, P. C.; SILVA, A.; MERIGHI, M. A. B. A mulher trabalhadora de Enfermagem e os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 287-9, 2007.

LIMA, L. M. Motivação na enfermagem - uma abordagem teórica e uma visão prática da realidade. **Texto & contexto Enferm**, v. 5, n. 2, p. 132-139, 1996.

LINHARES, N. J. R. **Atividades, prazer-sofrimento e estratégias defensivas de enfermeiro**: um estudo em UTI de um hospital público. 1994. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia social e do trabalho, Universidade de Brasília, Brasília, 1994.

LINO, M.M. **Satisfação profissional entre enfermeiros de UTI**: adaptação transcultural do INDEX of work satisfaction (IWS). 1999. 221 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

LISBOA, M. T. L. **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

LUNARDI-FILHO, W. D.; MAZZILLI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. **Revista de Administração**, v. 31, n. 3, p. 63-71, 1996.

MAGNAGO, T. S. B. S.; LISBOA, M. T. L.; GRIEP, R. H. **Trabalho da enfermagem e distúrbio musculoesquelético**. [on line] [2007]. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br>>. Acesso em: 15 jul. 2008.

MAGNAGO, T. S. B. de S., et al. Distúrbios musculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem: associação com condições de trabalho. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 6, p. 701-705, 2007.

MARK, B.A.; HAGENMUELLER, A.C. Technological and environmental characteristics of intensive care units: implicatios for job redesign. **J.Nurs. Adm.**, v. 24, n. 4, p. 65-71, 1994.

MARTINS, J. J. **O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI**: prazer ou sofrimento? 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MARTINS, S. P. **A terceirização e o direito do trabalhador**. São Paulo: Atlas, 2001.

MARX, K. **O Capital**: crítica a economia política. 8. ed. São Paulo: Difusão editorial, 1982.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

MAURO, M. I. C, et al. Introdução à análise ergonômica: um estudo da postura corporal de um profissional de enfermagem. **Rev Enferm UERJ**, v. 10, n. 1, p. 29-32, 2002.

MAURO, M. Y. C.; CUPELLO, A. J. ; MAURO, C. C. C. **O trabalho de enfermagem hospitalar: uma visão ergonômica**. [2003]. Disponível em: <<http://www.alass.org/es/actas/80-BR.html>>. Acesso em: 19 jul. 2008.

MENDES, A. M. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 21-32, 1996.

MENDES, A. M. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia social e do trabalho, Universidade de Brasília, Brasília, 1999.

MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-349, 1991.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F. Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In: MENDES, A. M.; FERREIRA, M. C., BORGES, L. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Fiantec, 2002.

MENDES, A. M.; PAZ, V. C.; BARROS, P. C. R. Estratégias de enfrentamento do sofrimento do trabalho bancário. **Rev Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 3, n. 1, p. 59-72, 2003.

MERLO, A. R. C. Transformações no mundo do trabalho e saúde. In: JERUSALINSKI, A. et al. **O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

MERLO, A. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.

MORENO, N.A. **Qualidade de vida no trabalho: uma análise das características da tarefa de profissionais bibliotecários atuantes em bibliotecas universitárias**. 1991. 202p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Biblioteconomia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1991.

MOREIRA, A. M. R.; MENDES, R. Fatores de risco dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Rev Enfermagem UERJ**, v. 13, n. 1, p. 19-26, 2005.

MUROFUSE, N.T.; ABRANCHES, S.S.; NAPOLEÃO, A. A. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 255-261, 2005.

MUROFUSE, N. T.; MARZIALE, M. H. P. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de Lesões por esforços repetitivos: LER. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 9, n. 4, p. 19-25, 2001.

MUROFUSE, N. T., MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 264-273, 2005.

ORTIZ, G. C. M; PLATIÑO, N. A. M. El stress y su relacion com las condiciones de trabajo del personal de enfermaria. **Rev Invest Educ Enfermeria**, v. 9, n. 2, p. 91, 1991.

PESTANA, M. H.; GAGUEIRO, J. N. **Análise de Dados para Ciências Sociais**. 4. ed. Lisboa: Editora Síbaló, 2005.

PIRES, D. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev Baiana Enfermagem**, v. 13, n. 1/2, p. 83- 92, 2000.

POCHMANN, M. **Trabalho sob fogo cruzado**: exclusão, desemprego e precarização no final do século. 2. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

REGO, V. B. et al. O trabalho dos digitadores terceirizados de uma instituição pública. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

ROCHA, A.M. **A saúde do trabalhador de enfermagem sobre a ótica da gerência**: obstáculos e possibilidades. 2003. Dissertação (Mestrado) – Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

ROSSI, E. Z.; CALGARO, J. C. C.; MELO, V. S. O trabalho dos carteiros no manuseio e na entrega de correspondências. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho**: teoria, método e pesquisas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SCHIMDT, M.L.G. **O mundo do trabalho**: o psicodrama como instrumento de diagnóstico da influência da organização do trabalho na saúde dos trabalhadores. 2003. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas , 2003.

SELIGMANN-SILVA, E. Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. **Cad Saúde Pública**, v. 13, n. 2, p. 95-109, 1997.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. 5. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro, Record, 2002.

SILVA, V.E.F. **O desgaste do trabalhador de enfermagem**: relação trabalho de enfermagem e saúde do trabalhador. 1996. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

SILVA, R. R. **Profissão pastor: prazer e sofrimento: uma análise psicodinâmica do trabalho de líderes religiosos neopentecostais e tradicionais.** 2004. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia social e do trabalho, Universidade de Brasília, Brasília, 2004.

SLUCHAK, T.J. Ergonomics: origins, focus and implementation considerations. **A. A. O. H. N. J.**, v. 40, n. 3, p. 105-112, 1992.

SOUSA, C. M. et al. O trabalho dos bancários em instituição financeira pública. In: MENDES, A. M. **Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Rev. Produção**, v. 14, n.3, p. 87-98, set.-dez., 2004.

TAYLOR, F. W. **Princípios de administração científica.** São Paulo: Atlas, 1990.

TILLMANN, A. M. A. **Organização do trabalho e saúde: um estudo comparativo com operários rurais de uma empresa de pesquisa agropecuária.** 1994. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia social e do trabalho, Universidade de Brasília, 1994.

VÉZINA, M. Les fondements théoriques de la psychodynamique Du travail. In: LE TRAVAIL et ses Malentendus: Psychodynamique du travail et gestion. Toulouse: Les Presses de l'Université Laval:ET Octares Éditions, 2000.

VIEIRA, S. **Introdução à Bioestatística.** 3. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

VIEIRA, A. P. **Prazer, sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento.** 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia social e do trabalho, Universidade de Brasília, Brasília, 2005.

WAMALA, S. P. et al. Job stress and the occupational gradient in coronary heart disease risk in women: The Stockholm Female Coronary Risk Study. **Social Science & Medicine**, v. 51, p. 481–489, 2000.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pesquisa: Trabalho em Terapia Intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro.

Eu, Juliana Faria Campos, aluna do programa de pós graduação em enfermagem da UERJ, estou realizando uma pesquisa sobre a qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de UTI na cidade do Rio de Janeiro. Para isso, preciso que o Sr.(a) responda os instrumentos em anexo.

Gostaria de deixar claro que as informações obtidas com estes questionários serão mantidas em sigilo e que o Sr.(a) não será identificado pelo nome. Todas as informações ficarão sob responsabilidade da pesquisadora.

É importante lembrar que sua participação é estritamente voluntária e a qualquer momento o Sr.(a) poderá desistir de participar.

Este termo de consentimento pós – informação é o documento que comprova a sua permissão. Preciso de sua assinatura para oficializar o consentimento.

Pretende-se publicar os resultados desta pesquisa em periódicos científicos a fim estimular outros estudos na área e a melhoria da dinâmica do trabalho do profissional em questão.

Agradeço desde já sua colaboração e me coloco a disposição para outros esclarecimentos necessários.

Nome: _____

Local e data: _____ / ____ / _____

Contato: Juliana Faria Campos tel: (21) 2265-0436 ou 87935860.

APÊNDICE B - Pedido de autorização institucional

Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Faculdade de Enfermagem
Coordenação de ensino de Pós-graduação
Programa de Mestrado em Enfermagem

De: Juliana Faria Campos

Para: Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital

Sr. Coordenador,

Apresento a Vsa. Sra. meu projeto para desenvolvimento da dissertação do Programa de Pós graduação em Enfermagem - Mestrado, que tem como título: **Trabalho em Terapia Intensiva: avaliação dos riscos para a saúde do enfermeiro**, cujo objetivo principal do estudo é avaliar a Qualidade de vida no trabalho e os riscos à saúde de enfermeiros atuantes em UTI. Para desenvolvimento desse estudo solicito a autorização para a realização de coleta de dados neste hospital. Os profissionais abordados serão convidados a assinar um termo de consentimento que se encontra em anexo.

Agradeço a atenção dispensada. Estamos à disposição para qualquer esclarecimento.

Rio de Janeiro, setembro de 2007.

Juliana Faria Campos

Prof^a Dr^a Helena Maria Scherlowski Leal David

Contato: Juliana Faria Campos - (21) 8793-5860

Helena Maria Scherlowski Leal David – (21) 8894-0335

ANEXO A - Questionário Sócio – cultural

01. Sexo do entrevistado:

1. masculino
2. feminino

02. Quantos anos o senhor(a) tem?

1. _____anos.

03. Atualmente qual é o seu estado conjugal?

1. solteiro
2. casado
3. viúvo (a)
4. divorciado (a), separado (a)
5. outros

04. Tem filhos? Quantos?

_____filhos

05. Em que tipo de estrutura familiar você se inclui?

1. família nuclear
2. família extensa
3. forma familiar variante (sozinho, solteira)

06. Há quanto tempo está trabalhando no setor de terapia intensiva?

1. _____anos/ meses

07. Há quanto tempo concluiu seu curso ou graduação?

1. _____anos/meses

08. Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

1. _____anos/ meses

09. Possui títulos de Pós – Graduação?

1. Sim
2. Não

10. Se resposta afirmativa:

1. Stricto sensu
2. Lato sensu

11. São específicos para UTI?

1. Sim

2. Não. Qual a área? _____

12. Em que (quais) turnos trabalha?

1. manhã
2. tarde
3. noite

13. Qual a carga horária diária na UTI?
_____horas

14. Qual a carga horária semanal?
_____horas

15. Qual o seu rendimento salarial?

16. Quantas pessoas dependem desse rendimento?
_____pessoas

17. Quem são essas pessoas?

1. esposo (a), companheiro (a)
2. pais
3. filhos
4. filhas
5. irmãos, irmãs
6. netos
7. genro, nora
8. outros parentes
9. outras pessoas (não parentes)

Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT);

Agora escolha a alternativa que melhor corresponde à **avaliação** que você faz das **exigências decorrentes do seu contexto de trabalho**.

1 Nada exigido	2 Pouco exigido	3 Mais ou menos exigido	4 Bastante exigido	5 Totalmente exigido
-------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	-------------------------

Ter controle das emoções	1	2	3	4	5
Ter que lidar com ordens contraditórias	1	2	3	4	5
Ter custo emocional	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com agressividade dos outros	1	2	3	4	5
Disfarçar os sentimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a elogiar as pessoas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ter bom humor	1	2	3	4	5
Ser obrigado a cuidar da aparência física	1	2	3	4	5
Ser bonzinho com os outros	1	2	3	4	5
Transgredir valores éticos	1	2	3	4	5
Ser submetido a constrangimentos	1	2	3	4	5
Ser obrigado a sorrir	1	2	3	4	5
Desenvolver macetes	1	2	3	4	5
Ter que resolver problemas	1	2	3	4	5
Ser obrigado a lidar com imprevistos	1	2	3	4	5
Fazer previsão de acontecimentos	1	2	3	4	5
Usar a visão de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar a memória	1	2	3	4	5
Ter desafios intelectuais	1	2	3	4	5
Fazer esforço mental	1	2	3	4	5
Ter concentração mental	1	2	3	4	5
Usar a criatividade	1	2	3	4	5
Usar a força física	1	2	3	4	5
Usar os braços de forma contínua	1	2	3	4	5
Ficar em posição curvada	1	2	3	4	5
Caminhar	1	2	3	4	5
Ser obrigado a ficar de pé	1	2	3	4	5
Ter que manusear objetos pesados	1	2	3	4	5
Fazer esforço físico	1	2	3	4	5
Usar as pernas de forma contínua	1	2	3	4	5
Usar as mãos de forma repetida	1	2	3	4	5
Subir e descer escadas	1	2	3	4	5

Escala de Indicadores de Prazer e Sofrimento no Trabalho (EIPST);

Avaliando o seu **trabalho** nos últimos seis meses, marque o número de vezes em que ocorreram **vivências positivas e negativas**.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
---------------------	--------------	-----------------	-----------------	----------------------	---------------------	----------------------------

Liberdade com a chefia para negociar o que precisa	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar sobre o meu trabalho com os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Solidariedade entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Confiança entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para expressar minhas opiniões no local de trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para usar minha criatividade	0	1	2	3	4	5	6
Liberdade para falar do meu trabalho com as chefias	0	1	2	3	4	5	6
Cooperação entre os colegas	0	1	2	3	4	5	6
Satisfação	0	1	2	3	4	5	6
Motivação	0	1	2	3	4	5	6
Orgulho pelo que faço	0	1	2	3	4	5	6
Bem-estar	0	1	2	3	4	5	6
Realização profissional	0	1	2	3	4	5	6
Valorização	0	1	2	3	4	5	6
Reconhecimento	0	1	2	3	4	5	6
Identificação com as minhas tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Certificação pessoal com as minhas atividades	0	1	2	3	4	5	6
Esgotamento emocional	0	1	2	3	4	5	6
Estresse	0	1	2	3	4	5	6
Insatisfação	0	1	2	3	4	5	6
Sobrecarga	0	1	2	3	4	5	6
Frustração	0	1	2	3	4	5	6
Insegurança	0	1	2	3	4	5	6
Medo	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu esforço	0	1	2	3	4	5	6
Falta de reconhecimento do meu desempenho	0	1	2	3	4	5	6
Desvalorização	0	1	2	3	4	5	6
Indignação	0	1	2	3	4	5	6
Inutilidade	0	1	2	3	4	5	6
Desqualificação	0	1	2	3	4	5	6
Injustiça	0	1	2	3	4	5	6
Discriminação	0	1	2	3	4	5	6

Escala de avaliação dos Danos relacionados ao Trabalho (EADRT).

Os itens a seguir tratam dos tipos de **problemas físicos, psicológicos e sociais que você avalia como causados, essencialmente, pelo seu trabalho**. Marque o número que melhor corresponde à frequência com a qual eles estiveram presentes na sua vida nos **últimos seis meses**.

0 Nenhuma vez	1 Uma vez	2 Duas vezes	3 Três vezes	4 Quatro vezes	5 Cinco vezes	6 Seis ou mais vezes
---------------------	--------------	-----------------	-----------------	-------------------	---------------------	----------------------------

Dores no corpo	0	1	2	3	4	5	6
Dores nos braços	0	1	2	3	4	5	6
Dor de cabeça	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios respiratórios	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios digestivos	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas costas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios auditivos	0	1	2	3	4	5	6
Alterações do apetite	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios na visão	0	1	2	3	4	5	6
Alterações no sono	0	1	2	3	4	5	6
Dores nas pernas	0	1	2	3	4	5	6
Distúrbios circulatórios	0	1	2	3	4	5	6
Insensibilidade em relação aos colegas	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldades nas relações fora do trabalho	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de ficar sozinho	0	1	2	3	4	5	6
Conflitos nas relações familiares	0	1	2	3	4	5	6
Agressividade com os outros	0	1	2	3	4	5	6
Dificuldade com os amigos	0	1	2	3	4	5	6
Impaciência com as pessoas em geral	0	1	2	3	4	5	6
Amargura	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de vazio	0	1	2	3	4	5	6
Sentimento de desamparo	0	1	2	3	4	5	6
Mau-humor	0	1	2	3	4	5	6
Vontade de desistir de tudo	0	1	2	3	4	5	6
Tristeza	0	1	2	3	4	5	6
Irritação com tudo	0	1	2	3	4	5	6
Sensação de abandono	0	1	2	3	4	5	6
Dúvida sobre a capacidade de fazer as tarefas	0	1	2	3	4	5	6
Solidão	0	1	2	3	4	5	6

ANEXO C – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



FORMULÁRIO DE APROVAÇÃO

Data da Aprovação: 13/2/2008

Título do Protocolo: **Terapia Intensiva: o reflexo do trabalho na qualidade de vida dos enfermeiros**

Nome do investigador principal: **Juliana Faria Campos**

Local de condução do estudo: **Hospital Pró-Cardíaco - CTI
Rua General Polidoro, 192
Rio de Janeiro, RJ • CEP: 22280-020**

Registro nº

Comitê de Ética em Pesquisa do
Hospital Pró-Cardíaco

Rua Dória Mariana, 219
22280-000 - Botafogo
Rio de Janeiro
Tel: (21) 2131-1584
Fax: (21) 2131-1577

cep@procardiaco.com.br

O COMITÊ DE ÉTICA

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Pró-Cardíaco avaliou os documentos relacionados abaixo e aprovou-os constando em ata.

1. Projeto de pesquisa: **Terapia Intensiva: o reflexo do trabalho na qualidade de vida dos enfermeiros.**

Situação do projeto: **APROVADO**


Dr. Alfredo Pötsch
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)