



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Luana dos Santos Cunha

**As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e
suas implicações na saúde
do trabalhador de enfermagem**

Rio de Janeiro

2010

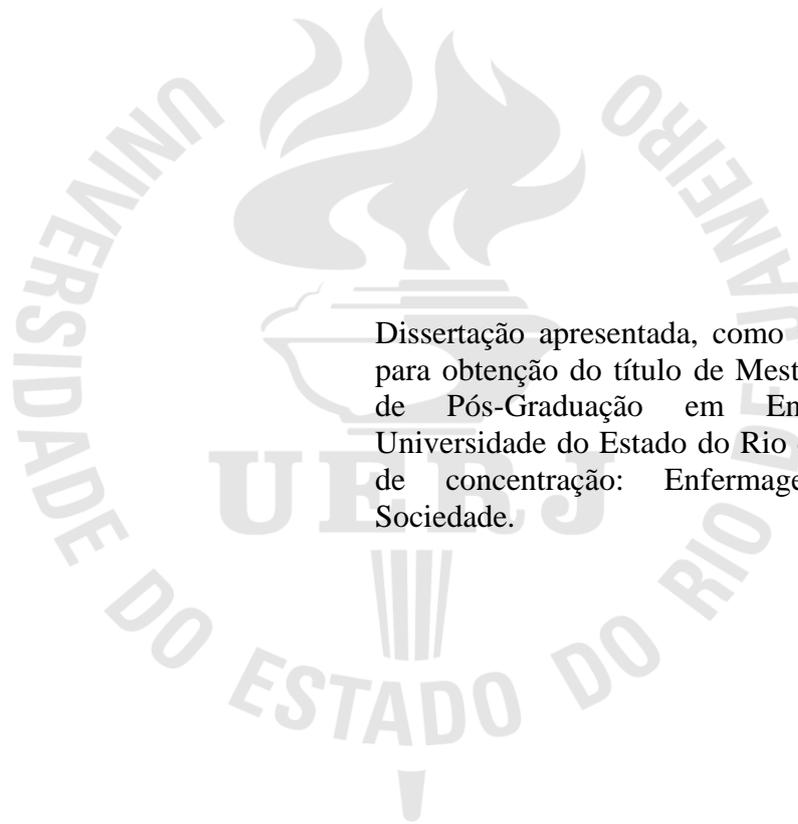
Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

Luana dos Santos Cunha

**As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e
suas implicações na saúde
do trabalhador de enfermagem**



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. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C972 Cunha, Luana dos Santos.
As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações
na saúde do trabalhador de enfermagem / Luana dos Santos Cunha. -
2010.

161 f.

Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro,
Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem do trabalho. 2. Saúde e trabalho. 3. Condições de
trabalho. I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza. II.
Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III.
Título.

CDU
614.253.5

acjc

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

Assinatura

Data

Luana dos Santos Cunha

**As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e
suas implicações na saúde
do trabalhador de enfermagem**

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 04 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Prof^ª. Dr^ª. Regina Célia Gollner Zeitoune
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof^ª. Dr^ª. Márcia de Assunção Ferreira
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Rio de Janeiro

2010

DEDICATÓRIA

A vocês, amados pais e irmão, combustíveis de minha inspiração e alicerces de meu crescimento, dedico este trabalho, que, em suas entrelinhas, mescla ingredientes como o suor, a dedicação, a empolgação, a inspiração, os anseios, as tensões e a satisfação por mais esta vitória, que certamente não seria tangível sem o apoio de vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, graças a ti, meu Senhor Jesus, meu Deus de bondade, Tu, que foste do início ao final desta jornada a fonte de minha energia. Tudo posso, realmente, em ti, que me fortalece!

Graças a ti, minha Mãezinha, na figura doce e serena que devoto, sob a representação de Nossa Senhora das Graças, que de fato não cessou de derramar suas graças sobre mim durante esta fase de minha vida.

À minha amada Mãe, que tanto sonhou em ter sua filha mestre, que sempre entendeu e apoiou minhas decisões. Compartilho com você, minha linda, a realização de um sonho que é nosso!!!

Ao meu amado Pai, que participou com afinco dos trabalhos decorrentes da concretização deste ideal e que sempre me ofertou as mãos seguras e amigas. Muito obrigada, meu Paizinho!

Ao meu amado irmão e amigo, pela figura protetora e companheira que sempre representou para mim. Obrigada, Dindinho!

Às minhas pedrinhas preciosas, Thayná e Gabrielle, que sempre alegam meu viver com suas espontaneidade, alegria, vivacidade, carinho, travessuras. Minhas lindas crianças, que amo muito, obrigada por terem sido capazes de provocar em mim gostosos sorrisos, mesmo nos momentos de altos estresses.

A todos os meus familiares, Dindinha, Tios e Tias, Cunhada, Primos. Obrigado pelo apoio, por acreditarem no meu potencial e por sempre me estimularem na busca da realização de meus sonhos.

À minha amiga e orientadora, Norma Valéria, pelo companheirismo, por depositar em mim sua confiança, pelos preciosos ensinamentos, pelos conselhos prestados, pela possibilidade de crescimento, pela abertura de valiosas oportunidades. Vamos ainda conquistar juntas outras grandes vitórias como esta. Muitíssimo obrigada!!!

Às colegas de trabalho e aos queridos colegas de turma, que sempre apoiaram minhas necessidades de estudo e ajudaram de maneiras mais diversas, empolgamo-nos juntos com os resultados. Obrigada, amigos!

Ao meu amor, José Allan... Palavras são insuficientes para descrever o que você representa para mim!!! Suou e batalhou juntinho comigo! Ofereceu sua tranquilidade nos momentos mais turbulentos, emocionou-se com os bons resultados, regozijou-se com as perspectivas futuras que cada conquista deixava entrever. Compreendeu meus momentos de reclusão para buscar a inspiração necessária para escrever. E, em nenhum instante, deixou de me estimular a buscar os meus ideais. Entendeu e apoiou minhas mais críticas e criticadas decisões, porque sempre confiou em mim. Simplesmente, te amo!!! Obrigada!

A todos vocês, meus amados..... Muito obrigada!!!

O prazer no trabalho aperfeiçoa a obra.

Aristóteles

RESUMO

CUNHA, Luana dos Santos. *As adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador de enfermagem*. 161f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

O cenário atual das instituições públicas de saúde caracteriza-se pelas peculiaridades do modelo de reestruturação produtiva, em que o enxugamento da máquina pública traduz-se num contexto de precarização das condições de trabalho. Em meio à escassez e inadequação dos recursos materiais e ao déficit de recursos humanos, os trabalhadores de enfermagem vêem-se diante da necessidade de elaborarem adaptações e improvisações de materiais, equipamentos e, até mesmo, de pessoal. Diante desta problemática, selecionou-se como objeto de estudo: a percepção do trabalhador de enfermagem sobre as adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador. Apresenta como objetivos: identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as adaptações e improvisações; descrever as situações que conduzem os trabalhadores de enfermagem à realização desta prática e analisar as implicações das adaptações e improvisações na saúde dos trabalhadores de enfermagem. Pesquisa qualitativa e descritiva, cujo cenário foi um hospital público universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Os sujeitos foram vinte trabalhadores das equipes de enfermagem, atuantes nos setores de terapia intensiva e enfermarias cirúrgicas. Os dados foram coletados por meio de entrevista semi-estruturada, no mês de julho do ano de 2009. Procedeu-se à análise temática de conteúdo, a qual propiciou a criação de quatro categorias empíricas: categoria 1: contextos e determinantes das adaptações/improvisações; categoria 2: pré-requisitos para a realização das adaptações/improvisações; categoria 3: aspectos subjetivos vinculados à prática do adaptar/improvisar e categoria 4: a face positiva e a face negativa do adaptar/improvisar – as repercussões na saúde do trabalhador. Concluiu-se que as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre a prática do adaptar/improvisar caracteriza-se contraditória ou dialética, com respostas que envolvem o sofrimento e o prazer; a satisfação e a insatisfação; a motivação e a desmotivação, entre outras contradições. Constatou-se que as adaptações e improvisações são elaboradas, predominantemente, para garantir que o cuidado seja prestado, pois diante de um contexto de precarização, a falta de recursos quase que inviabiliza a prestação do cuidado, e esta prática caracteriza-se como uma artimanha ou um ajuste no processo de trabalho o qual assegura que a tarefa seja cumprida. Verificou-se que esta prática tem impactos negativos na saúde, espoliando física e psiquicamente os trabalhadores de enfermagem.

Palavras-chave: Enfermagem do trabalho. Saúde e trabalho. Condições de trabalho.

ABSTRACT

The current setting of public health institutions is characterized by the peculiarities of the model of productive restructuring in the downsizing of public administration results in a context of precarious working conditions. Among the scarcity and inadequacy of material resources and lack of human resources, nursing workers are faced with the need to develop adaptation and improvisation of materials, equipment and even personnel. In front of this problematic situation, was selected as the object of study: the perception of nursing workers on the adaptations and improvisations in hospital work and its implications in the health of the worker. This study shows as objectives: to identify the perception of nursing on the adaptations and improvisations, to describe the situations that lead to nursing workers to carry out this practice and to examine the implications of the adaptations and improvisations in workers' health care. A qualitative and descriptive research, the scene was a public university hospital, located in Rio de Janeiro. The subjects were twenty employees of nursing teams, working in the fields of intensive care and surgical wards. Data were collected through semi-structured interview, in July of 2009. The sample was thematic content analysis, which enabled the creation of four empiric categories: Category 1: Contexts and determinants of adaptations / improvisations; Category 2: Prerequisites for the implementation of adaptations / improvisations; Category 3: Subjective aspects linked the practice of adapt / improvise and Category 4: The positive face and negative face of adapt / improvise - the impact on workers' health. It was concluded that the perceptions of nursing practice of adapt / improvise characterized contradictory or dialectical, with responses that involve the suffering and pleasure, satisfaction and dissatisfaction, motivation and demotivation, among other contradictions. It was found that the adaptations and improvisations are designed predominantly, to ensure that care is provided, because in front of a precarious context, the lack of resources almost render impossible to provide care, and this practice is characterized as a ruse or an adjustment in the work process which ensures that the task is fulfilled. It was found that this practice has negative impacts on health, despoiling the nursing workers physically and mentally.

Keywords: Nursing work. Health and work. Work conditions.

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	11
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
1.1	A Psicodinâmica do trabalho como suporte teórico para estudos na linha da subjetividade e saúde do trabalhador.....	27
1.2	O trabalho prescrito de enfermagem no contexto hospitalar e os riscos ocupacionais.....	37
1.3	A precarização do trabalho em saúde.....	47
2	A TRILHA METODOLÓGICA.....	57
2.1	A caracterização do estudo.....	57
2.2	O cenário do estudo.....	59
2.3	Os sujeitos do estudo.....	60
2.4	O instrumento de coleta de dados.....	62
2.5	A coleta de dados.....	63
2.6	Os aspectos éticos do estudo.....	65
2.7	O tratamento e a análise dos dados.....	66
3	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	69
3.1	Categoria 1: contextos e determinantes das adaptações/improvisações.	70
3.2	Categoria 2: pré-requisitos para a realização das adaptações/improvisações.....	87
3.3	Categoria 3: aspectos subjetivos vinculados a prática do adaptar/improvisar.....	95
3.4	Categoria 4: a face positiva e a face negativa do adaptar: as repercussões na saúde do trabalhador.....	109
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	120
	REFERÊNCIAS.....	126
	APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados.....	136

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	137
APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro.....	138
APÊNDICE D - Quadro demonstrativo das unidades de registro mais evidenciadas.....	150
APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas.....	152
ANEXO - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa.....	161

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A motivação do estudo

Este estudo configura-se como uma dissertação de mestrado, conforme propõe o Programa de Pós-graduação em Enfermagem – Mestrado Acadêmico, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Contempla a área de interesse da linha de pesquisa: O Trabalho, Educação e a Formação em Saúde e Enfermagem, pretendendo estudar a interface do trabalhador de enfermagem e a organização do trabalho, na perspectiva do processo saúde-doença e da subjetividade. Especificamente, estabelece um foco nas práticas de adaptação/improvisação realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, no contexto hospitalar.

O interesse pela temática surgiu de minhas vivências acadêmicas e profissionais no cenário de hospitais públicos do Rio de Janeiro. Ao atuar nesses cenários, despertaram minha atenção as inúmeras cenas observadas em que, mediante a escassez e/ou inadequação de recursos materiais, físicos e até mesmo, de recursos humanos, o profissional de enfermagem realizava improvisações e adaptações diversas, submetendo-se, muitas vezes, a situações que poderiam gerar ou potencializar riscos laborais. Desta situação, tenho percebido duas questões complexas e dialéticas: a submissão, frequentemente alienante, do trabalhador de enfermagem aos riscos ocupacionais advindos dessa prática e a capacidade criativa e inventiva que mobiliza na materialização das adaptações/improvisações.

Acadêmica, ao realizar diversos estágios nos cenários de um hospital federal universitário e de um hospital estadual de emergência, ambos localizados na cidade de Niterói - Rio de Janeiro, depararam-se-me inúmeras situações em que, diante da inexistência de condições adequadas de trabalho, os trabalhadores da equipe de enfermagem se viam constrangidos a abandonar regras e protocolos, improvisando ou adaptando, a fim de assegurarem a assistência ao cliente.

O trabalho nos hospitais públicos vem sendo marcado por esta intensa insuficiência de insumos hospitalares. Esta insólita situação passa por injunções políticas, econômicas, entre outras determinantes, todas fortemente vinculadas às políticas dirigidas ao “enxugamento da máquina pública” (CATTANI, 2002), caracterizando-se pela precarização das condições de

trabalho, o que exige dos profissionais da saúde, além da polivalência, o desenvolvimento de suas capacidades adaptativas no intuito de sobreviverem às condições indignas de trabalho (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Contudo, não se pode afirmar que a prática do adaptar/improvisar só está presente no cenário dos hospitais públicos. É perceptível, porém, que tal prática ocorre com menor frequência em instituições privadas de saúde, haja vista o rigoroso controle de recursos materiais e o maior poder reivindicatório dos usuários desses serviços, que, ao pagarem preços altos pela assistência prestada, reivindicam boa qualidade do atendimento prestado (BELLATO; PEREIRA, 2005).

Para melhor compreensão da situação problematizada, faz-se necessário conceituar os termos adaptar e improvisar. Segundo Ferreira (2007, p.61; 285), adaptar significa “adequar, tornar-se (mais) apto a fazer algo e apto a sobreviver no ambiente em que vive.” E improvisar é “fazer, preparar ou inventar às pressas, sem plano ou organização prévia.”

Depreende-se da análise de tais conceitos que os atos de adaptar e improvisar são diferentes em suas essências. Adaptar pressupõe a existência de possibilidades ou meios de realizar algo, os quais não são os ideais e necessitam de ajustes para que se possa alcançar o objetivo final da ação. Por sua vez, a improvisação dispensa a existência prévia de uma condição ou meio de realizar algo, estes podem ser então criados, dentro de um espaço de tempo curto, o que remete à urgência do ato de improvisar.

Após reflexões a respeito das definições das ações de adaptar/improvisar, realizadas em grupos acadêmicos de estudo no cenário da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) discute-se a tendência de transformação da improvisação em adaptação. Entende-se que o improviso surge de uma necessidade de cuidado urgente, em que as capacidades criadoras dos trabalhadores são mobilizadas com rapidez para uma instantânea resolução de problemas práticos. Desta urgência, surgem novos modos operatórios e instrumentais, que, comprovada sua eficácia no meio profissional, são perpetuados e consagrados em adaptações, as quais virão a ser utilizadas em circunstâncias semelhantes à de sua criação e propagadas como soluções eficientes diante dos imprevistos do meio. Depreende-se, assim, que uma adaptação surge de um improviso, porém nem todo improviso se consagra como adaptação.

As experiências de adaptação e improvisação vivenciadas nos já referidos cenários hospitalares despertaram-me inquietação e incômodo, levando-me ao questionamento sobre o que elas poderiam significar para o trabalhador. Assim, sob a ótica da assistência ao cliente, elas poderiam ter diversos significados para o profissional: o de garantia da prestação de

cuidados e de atendimento às necessidades humanas manifestas, o de tentativa de proporcionar maior conforto e eficácia na realização de procedimentos ou o de oferta de um cuidado mínimo, aquém do que se objetivava realizar.

Somente com o aprofundamento dos estudos na linha da saúde do trabalhador é que emergiram reflexões sobre o fato de que as adaptações e improvisações, frequentes nos hospitais da rede pública, possam ser um fator de interferência na saúde dos trabalhadores, adicionando novas inquietações ao foco deste estudo. Já graduada, atuando em outro hospital da rede pública de ensino, tanto em setores de internação e tratamento clínico como em setores de diagnóstico e tratamento pré e pós-operatórios e de tratamento intensivo, percebi que minhas reflexões anteriores reforçavam-se ainda mais por novas vivências laborais, o que consolidou minha motivação para investigar a situação problematizada.

Para melhor caracterizar a motivação do estudo, recorro uma das experiências vivenciadas num cenário de terapia intensiva, relacionada à necessidade de adaptar e improvisar materiais. No ano de 2007 sofriamos com a escassez de lâminas de bisturi. A gerência da instituição optou pelo uso prioritário das lâminas no centro cirúrgico. No entanto, a unidade de terapia intensiva também necessitava de tal material a fim de se realizarem alguns procedimentos, como a retirada dos drenos torácicos no pós-operatório. Diante dessa carência, a equipe passou então a adaptar, utilizando o bisel de agulhas de calibre 40 x 12 mm para o corte do fio de nylon que fixava os drenos ao corpo do paciente. Tal prática exigia redobradas destreza manual e atenção, pois facilmente seria possível uma perfuração acidental da agulha no corpo do paciente ou no corpo do profissional que realizava o procedimento.

Ressalto que também participei desta prática adaptada e perigosa, pois a organização do trabalho, muitas vezes, me impelia a realizar esses ajustes no processo de trabalho. Assim, preocupada em dar conta das demandas do trabalho, fazia a adaptação de forma até alienada, sem refletir sobre as possíveis consequências deste ato para minha saúde, para a saúde do paciente e até para a conformação do processo de trabalho, no que se refere a reproduzir e concordar com tal organização laboral pouco racional. Percebi que outros profissionais, das diferentes equipes de enfermagem, adotavam essa mesma adaptação também sem perceberem o risco potencial da mesma.

Além desse episódio, recorro que, inúmeras vezes, vivenciei diversas experiências nas quais tinha que realizar uma verdadeira peregrinação por todo o hospital em busca de materiais necessários à realização de alguns cuidados. Tais experiências faziam-me lembrar do período histórico do feudalismo, em que a sobrevivência era garantida por meio da prática de troca de produtos excedentes entre os diferentes feudos. Assim, materiais que se

encontravam estocados em grande número no setor em que atuava eram permutados por outros, excedentes nos demais setores, de acordo com as necessidades do momento. Essas circunstâncias, ao mesmo tempo em que eram sentidas com satisfação, quando o objetivo final de assegurar o cuidado era alcançado, também eram desgastantes, pois geravam sobrecarga psíquica e física.

Percebi, então, um caráter de nocividade nas práticas de adaptação/improvisação, que me conduziu ao aprofundamento da temática. Assim, surgiram muitas indagações, tais como em que situações, no trabalho hospitalar, faz-se necessária a realização das adaptações e improvisações? Até que ponto o trabalhador de enfermagem deve fazer ajustes improvisados e adaptados no seu processo de trabalho a fim de adequar-se a uma organização que não se preocupa com a sua saúde? Em meio a estas condições, o trabalhador de enfermagem percebe a exposição a riscos adicionais à sua saúde? Será que a prática do adaptar/improvisar resulta somente em efeitos negativos para a saúde deste trabalhador? Esta prática, sendo entendida como fator que propicia a capacidade criativa e inventiva, poderia beneficiar a saúde mental do trabalhador de enfermagem?

O objeto de estudo

Frente a tantas indagações, defini como objeto deste estudo a percepção do trabalhador de enfermagem sobre as adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações para a saúde do trabalhador.

Neste contexto, faz-se necessária a compreensão do termo percepção. Para Ferreira (2007, p.378), “percepção é o ato ou efeito de perceber. E perceber é adquirir conhecimentos por meio dos sentidos. É compreender, notar, se dar conta de algo, atentar para, reparar”.

Ao tratar da percepção, Penna (1997) vai além da conceituação e investiga as condições necessárias à construção da percepção. “Perceber é conhecer, através dos sentidos, objetos, situações. O ato implica, como condição necessária, a proximidade do objeto no espaço e no tempo, bem como a possibilidade de se lhe ter acesso direto ou imediato” (PENNA, 1997, p.11).

Guérin (2001) assevera que a percepção não se limita à recepção de sinais visuais ou sonoros, mas é um fenômeno permanente da atividade cognitiva no qual o espaço é explorado seletivamente em função das atividades em curso.

Assim, entende-se que, para se ter a percepção de algo material, ou de algum fenômeno, existe a necessidade premente de estar diante dos mesmos, observando-os ou vivenciando-os. Penna (1997) afirma que, quando o sujeito não vivencia o fenômeno a ser percebido, lança mão de artifícios, como a imaginação, os quais o aproximam da percepção, mas que, segundo o autor, podem ser enganosos e promover visões equivocadas de tal fenômeno.

Outro aspecto importante da percepção é a sua característica individual. A percepção é dotada de subjetividade e de particularidades próprias de quem vive o fenômeno. Assim, diante de um mesmo estímulo externo, diversos indivíduos podem processá-los interiormente e produzir respostas perceptivas muito diferentes. Dessa maneira, quando existe semelhança entre as percepções de diferentes pessoas que vivenciam determinado fenômeno, acredita-se que há algo de muito marcante no fenômeno, o qual deve ser fonte de investigações.

Ao estudar a percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho num centro cirúrgico, Kreischer (2007, p.19) infere que:

A percepção é um modo peculiar de interação do indivíduo com o meio no qual está inserido, interpretando-o de modo único e de acordo com suas experiências pessoais, profissionais, cognitivas, caracterizando-se como um processo individual. Ressalto, então, que a percepção de uma pessoa em relação à determinada situação poderá ser diferente da percepção de outra pessoa, uma vez que envolve vivência, história pessoal, preferências e sentimentos. No entanto, compreendo que quando a percepção de um coletivo profissional encontra-se aproximada, revela que ela tem características marcantes positivas e/ou negativas, que devem ser estudadas a partir de um foco de interesse do pesquisador.

As questões norteadoras

As questões norteadoras deste estudo são:

- Qual a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as adaptações e improvisações realizadas no cenário hospitalar?
- Quais são as situações que conduzem os trabalhadores de enfermagem à realização das adaptações e improvisações no cenário hospitalar?

- Quais as implicações da realização de adaptações e improvisações na saúde do trabalhador de enfermagem que adapta e improvisa em seu contexto laboral?

Os objetivos

Para o desenvolvimento deste estudo foram traçados os seguintes objetivos:

- Identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as adaptações e improvisações;
- Descrever as situações que conduzem os trabalhadores de enfermagem à realização das adaptações e improvisações;
- Analisar as implicações das adaptações e improvisações na saúde dos trabalhadores de enfermagem.

A contextualização do objeto

O objeto deste estudo aponta para questões dialéticas preliminarmente percebidas: o da nocividade à saúde do trabalhador e o da criatividade beneficiando a saúde mental; o da alienação diante da organização do trabalho e o movimento de reação frente às características desta organização. Estas questões dialéticas traduzem-se também em contradições, representadas ora pelo sofrimento, ora pelo prazer advindo das práticas de adaptar/improvisar.

Nesta perspectiva, com o intuito de favorecer a compreensão do objeto em sua complexidade, adoto então, como pressuposto teórico deste estudo, as concepções da Psicodinâmica do trabalho, que estuda, entre outras questões, as contradições que permeiam o mundo do trabalho, com especial enfoque para o prazer e o sofrimento, decorrentes da vivência do trabalhador na organização laboral.

A Psicodinâmica do trabalho surgiu no final da década de 70, divulgada pelo francês Christophe Dejours, psiquiatra e assistente de Medicina do trabalho da Faculdade de Medicina de Paris. Centraliza-se na análise da relação entre saúde mental e trabalho, afirmando que o trabalho nunca é neutro perante a saúde dos trabalhadores. Seus estudos originaram-se do envolvimento de Dejours com a Psicopatologia do trabalho. Porém as concepções da Psicodinâmica do trabalho foram além da proposta psicopatológica de identificação de doenças mentais específicas, relacionadas à profissão e situações laborais. Esta abordagem preocupa-se com a gênese do sofrimento e sua dinâmica de transformação, que o trabalhador constrói para sentir prazer no trabalho. Ou ainda, quando isto não é possível, devido às características subjetivas do trabalhador frente à organização laboral, a Psicodinâmica propõe-se a estudar os mecanismos e estratégias elaboradas por este trabalhador para não adoecer e, de alguma forma, manter-se produtivo e resistente às adversidades do meio (DEJOURS et al., 1986, DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

Ao estudar as diferentes respostas dos trabalhadores à organização do trabalho, Dejours vem desenvolvendo um corpo teórico que, entre outras questões, aprofunda-se no estudo das estratégias coletivas de defesa, que são táticas engendradas pelos trabalhadores, amiúde inconscientes, que visam a conter, minimizar ou anestesiar o sofrimento advindo das situações de trabalho (MOLINIER, 2004).

Muitos estudos científicos, fundamentando-se na Psicodinâmica do trabalho, trazem importantes contribuições para as áreas da Saúde do trabalhador e da Enfermagem do trabalho. A título de explicação é possível citar alguns exemplos de pesquisas que utilizaram os achados e pressupostos da Psicodinâmica do trabalho para desenvolvimento de seus estudos. Molinier (2004) estudou as relações sociais de sexo no trabalho e apontou seus principais determinantes. Este estudo, apoiando-se na Psicodinâmica do trabalho e na Sociologia, conclui que embora não haja homogeneidade entre os diferentes pontos de vista destas disciplinas, a saúde de homens e mulheres trabalhadores não é um dom da natureza, mas sim uma construção intersubjetiva.

Barros e Mendes (2003) investigaram as estratégias coletivas de defesa dos trabalhadores terceirizados da construção civil. Também apoiadas na Psicodinâmica do trabalho, concluem que tais trabalhadores se sentem vulneráveis e inseguros frente à terceirização, sendo visível o sofrimento, potencializado pelos princípios tayloristas e pela acumulação flexível.

Souza (2003), estudando o impacto da organização e do processo de trabalho de um hospital universitário na subjetividade dos enfermeiros, concluiu que a dimensão subjetiva das mesmas é afetada pelas condições conflituosas de definição de papéis, de identidade e valorização profissional, de falta de recursos materiais e humanos, resultando em sofrimento psíquico e repercussões psicossomáticas que afetam a saúde dos profissionais. Também baseada na Psicodinâmica do trabalho, faz referência às estratégias coletivas de defesa adotadas por tais enfermeiras.

Ainda segundo Molinier (2004), o homem busca, no mundo do trabalho, aquilo que ele pretende alcançar. Quando o trabalho é capaz de favorecer o alcance dos seus objetivos, ele desempenha um papel importante na realização de si. Porém, quando o trabalho cria obstáculos à elaboração do sofrimento e à sua transformação direcionada para a conquista do prazer, então, ele pode ser considerado nocivo à saúde mental.

O desafio que a Psicodinâmica do trabalho se dispõe a atender é o de superar a distância existente entre organização prescrita e organização real do trabalho, considerando todos os perigos que tal distância atualmente representa para a saúde, para a segurança e para a qualidade do que é produzido (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p. 19).

Assim, as adaptações e improvisações no ambiente hospitalar surgem num cenário em que ocorre um verdadeiro choque entre as condições de trabalho reais e as idealizadas que, por sua vez, podem repercutir em efeitos benéficos ou, contraditoriamente, resultar em nocividade para a saúde psicofísica dos trabalhadores.

Outra contextualização teórica imprescindível para o processo de apreensão do objeto deste estudo foi o aprofundamento das discussões sobre a importância do trabalho na vida das pessoas, assim como a definição e relevância das características da organização do trabalho para a saúde. O trabalho representa para o ser humano uma atividade essencialmente importante, impregnada de diversos significados que atingem as esferas física, social e psíquica.

Não se pode negar que o trabalho constitui, em si mesmo, uma forma de afirmação do indivíduo na sociedade, tendo em vista que vivemos em uma sociedade capitalista, em que a produtividade, proporcionada pelo trabalho, é prioritariamente valorizada. Cattani (2002, p.341) assevera que “o trabalho é uma atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e de serviços, contribuindo assim para a reprodução da vida humana, individual e coletiva”.

Há de se considerar também o valor particular do trabalho para cada indivíduo, à medida que, através dele, seja garantida a sobrevivência, o despertar de potencialidades e os

sentimentos de utilidade, realização pessoal e satisfação na esfera psíquica. Segundo Borges, Moulin e Araújo (2001), o trabalho, além de prover a sobrevivência material de homens e mulheres, é vivido como um ideal, uma possibilidade de ascensão, de reconhecimento social. O trabalho é um fato social determinante nos processos que dizem respeito à saúde e à subjetividade de homens e mulheres trabalhadores. Tratando da subjetividade, Souza (2003, p.02) afirma que “o trabalho engloba a inventividade, a capacidade de avaliação e julgamento, mobilizações subjetivas para a realização da tarefa, conjugando potencialidades cognitivas, motoras e psicológicas num processo contínuo e dinâmico no qual o sujeito interfere no objeto e vice-versa”.

Para Haddad (2000, p.1), “vida sem trabalho não tem significado”. Assim sendo, o trabalho passou a ocupar um lugar central na vida do homem.

Os efeitos do trabalho devem ser considerados sob a ótica de dois pólos envolvidos: o do empregador e o do empregado. Assim, quando existe harmonia entre os objetivos pessoais de ambos e os objetivos gerais da organização do trabalho, pode-se ter uma via de mão dupla de satisfação advinda do trabalho.

O trabalho, enquanto um processo voltado a um fim, exige organização. Para Ferreira (2007, p.362), “organização é o ato ou efeito de organizar. E organizar é dar às partes de um corpo a disposição necessária para as funções a que ele se destina”. Em se tratando da organização do trabalho, o trabalhador, dotado de singularidades, crenças, valores e subjetividade, se vê imerso em um contexto coletivo, onde as regras da organização do trabalho podem repercutir em distorções restritivas em seu processo adaptativo, representando um choque entre as exigências da organização prescrita do trabalho e sua necessidade de liberdade para criação e execução do seu trabalho.

O trabalhador aparece na organização ocupando um cargo e desempenhando uma função. Ele já encontra, à sua espera, uma série de tarefas que deve cumprir, os objetivos e os meios com os quais terá que produzir uma utilidade, um produto. Em outras palavras: o seu trabalho já é determinado. A ele só resta trabalhar (CODD; SAMPAIO; HITOMI, 1993, p. 161-162).

Os processos de construção e vivência da subjetividade são diferentes de indivíduo para indivíduo. Incluem também diferentes anseios e expectativas. Assim, como a organização do trabalho é pensada por uns e vivida por outros, pode haver também um choque de idéias, conflitos de interesses, que podem trazer prejuízos a uns e benefícios a outros.

[...] a organização do trabalho é, de certa forma, a vontade de outro. Ela é, primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens: a organização do trabalho recorta assim, de uma só vez, o conteúdo das tarefas e as relações humanas de trabalho. Não acharemos abusivo observar nisso o exercício de uma vontade: a de dominar, de controlar, de explorar ao máximo a força de trabalho, isto é, de substituir o livre arbítrio do trabalhador pela injunção do empregador, mediatizado, eventualmente, por técnicos especializados, como por exemplo, o engenheiro de métodos. O trabalhador é, de certa maneira, despossuído de seu corpo físico e nervoso, domesticado e forçado a agir conforme a vontade do outro (DEJOURS, ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p. 27).

Há de se ressaltar também as mudanças históricas e evolutivas nos modelos de organização do trabalho e a configuração e repercussão dos modelos produtivos na vida do trabalhador. Atualmente, as exigências neoliberais vêm impondo transformações radicais, e muitas vezes traumáticas, na relação dos trabalhadores com o seu trabalho, pois a adaptação a essa nova configuração laboral é custosa e nociva à saúde. E, mais do que isso, o medo do desemprego leva os trabalhadores a submeterem-se a condições laborais adversas, além de limitar as reivindicações e enfraquecer as lutas coletivas por mudanças.

O capitalismo vem exigindo trabalhadores com perfis de flexibilidade, criatividade e inovação, preparados para fazer escolhas ágeis e para lidar com o novo. Devem também saber lidar com o medo, com a inconstância, com a pressão e com a concorrência, além de estarem constantemente atualizados, acompanhando o ritmo acelerado das mudanças (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001).

Essas mudanças acabam por repercutir na dimensão psíquica do trabalhador, que se choca com as exigências neoliberais e também se desgasta frente à precarização das condições e relações de trabalho. Essa situação vem deteriorando o simbolismo de que o trabalho enobrece o homem, pois a forma como se tem configurado resulta mais em fonte de tristeza, insatisfações e adoecimentos do que como forma de enaltecimento e valorização das capacidades humanas (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001).

Dados epidemiológicos revelam o teor do sofrimento psíquico advindo do trabalho. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que haja 30% de transtornos mentais menores e 5 a 10% de transtornos mentais graves entre os trabalhadores ocupados. Dados de afastamento do trabalho por doença também mostram que as doenças que provocam afastamento por tempos mais prolongados são os transtornos mentais (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001, p. 138).

As condições adversas de trabalho podem gerar diferentes respostas, por parte dos trabalhadores, que vivenciam tal fenômeno. Estas respostas podem ir desde a estagnação, a

inércia, a alienação e o adoecimento até o desenvolvimento de capacidades criativas, inventivas e de resistência, a partir da utilização de diferentes táticas de enfrentamento das dificuldades advindas do mundo do trabalho. Dessa maneira, o choque entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real pode ser tanto benéfico quanto maléfico à saúde do trabalhador.

[...] a organização prescrita do trabalho, preparada por um serviço de métodos especializados em manutenção, materializa-se por um tipo de manual de procedimentos, em que para cada operação a efetuar, há uma grade muito detalhada de tarefas elementares a realizar. Ainda que a listagem seja necessária e que a legitimidade do manual de procedimentos não seja contestada pelos operadores, na prática a organização prescrita do trabalho mostra-se inaplicável. De fato, os operadores, bem como os executivos são levados a transgredir os procedimentos prescritos. É esta “prática do quebra-galho”, inevitável, que se mostra no centro da interface trabalho-saúde mental (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p. 51).

A necessidade da prática do quebra-galho atinge também o setor saúde, cujos desdobramentos na esfera psíquica do trabalhador são ainda mais interessantes, partindo-se do pressuposto de que o trabalho em saúde envolve o lidar com vidas humanas.

Contextualizando a discussão, na ótica do trabalho de enfermagem, tem-se que ele é peculiar, pois o seu objeto é o cuidado ao ser humano. Dessa forma, o trabalho de enfermagem demanda que o trabalhador construa ou reforce o sentimento de solidariedade, compaixão, envolvimento nas relações humanas. Além disso, a essência do trabalho de enfermagem remete a uma construção histórica, que envolve a doação ao próximo, a abnegação, o sacerdócio, o altruísmo, pois está vinculado à caridade e ao devotamento (ELIAS; NAVARRO, 2006, p. 518).

O cuidado surge quando alguém tem importância para outro alguém. Quando este passa, então, a dedicar-se a este alguém, participando de sua vida, seu destino, suas buscas, seus sofrimentos e de seus sucessos. Assim, cuidado é desvelo, solicitude, atenção, bons tratos. “Estamos diante das condições inadequadas e precárias de uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude” (BOFF, 1999, p. 91).

É preciso, todavia, começar a relativizar essa construção histórica de doação, de abnegação e de caridade, pois ela ajuda a reforçar a postura passiva e alienada acerca das condições inadequadas e precárias do trabalho hospitalar público que, por sua vez, colocam em risco a saúde do trabalhador, no exercício da profissão.

Lidar com o mundo do trabalho e o cuidado ao ser humano é uma nuance delicada que o profissional de enfermagem deve vivenciar, buscando o equilíbrio entre as duas dimensões, em prol da sua proteção e da proteção dos que estão precisando de assistência.

O grande desafio para o ser humano é combinar trabalho com cuidado. Eles não se opõem, mas se compõem. Limitam-se mutuamente e ao mesmo tempo se completam. Juntos constituem a integralidade da existência humana, por um lado, ligada à materialidade e, por outro, à espiritualidade. O equívoco consiste em opor uma dimensão à outra e não vê-las como modos-de-ser do único e do mesmo ser humano (BOFF, 1999, p. 97).

No momento atual, em que se vive a precarização das condições de trabalho, dos recursos humanos e materiais necessários a uma assistência digna à saúde, no âmbito dos hospitais e demais instituições públicas de saúde, faz-se mais do que urgente a necessidade de investimentos financeiros e da presença de melhores gestores no setor, para benefícios dos trabalhadores e dos usuários. Inúmeros são os entraves encontrados pelos trabalhadores de enfermagem no exercício ideal de sua profissão.

Entendemos que existe uma contradição entre as condições que se enfrentam no trabalho e a visão idealizada da profissão. A maioria das instituições do nosso país é caracterizada pela baixa remuneração, excesso de trabalho, trabalho por turnos, precariedade dos recursos materiais, insuficiência de recursos humanos, insegurança no trabalho, dificuldades de comunicação e de relacionamentos. Isso tudo faz com que o profissional negue não somente a si, mas também aos que se submetem aos seus cuidados (MATSUDA et al., 2007, p. 283).

As dificuldades podem ser positivas no sentido de gerarem bons frutos. Elas permitem a compreensão da complexidade do lidar com o cuidado humano. Permitem atitudes de enfrentamento e adaptação, improvisação, inovação, flexibilidade das ações e criatividade, diante de situações não ideais (LANCMAN; SZNELWAR, 2008).

Cada vez mais se exige que a enfermeira esteja preparada para lidar com as complexidades do “cuidar”, estas envolvem um processo de permanente aprendizado, de criatividade e inovação para que possamos dar conta de produzir saúde numa perspectiva coletiva. [...] O desenvolvimento do cuidado holístico-ecológico perpassa por uma dimensão institucional, que se refere a recursos financeiros, materiais e ambientais, bem como pela dimensão pessoal, no que concerne à dedicação, disposição, colaboração entre o cuidador e o ser cuidado e disponibilidade para mudanças de postura e atitudes diante do cliente (PINHEIRO; DIAS, 2005, p. 28 e 30).

Se, por um lado, a capacidade adaptativa, desenvolvida pelos trabalhadores de enfermagem, mediante a escassez e inadequação de recursos, particularmente no ambiente hospitalar, favorece o aprendizado, a criatividade, a inventividade, e até enriquece as

vivências profissionais, por outro lado, ela pode configurar-se em ações perigosas que colocam em risco a saúde dos trabalhadores, atuando em sinergismo com a natureza da enfermagem, a qual é reconhecida como uma profissão, muitas vezes, insalubre e perigosa.

O ambiente de trabalho hospitalar tem sido considerado insalubre, por agrupar pacientes portadores de diversas enfermidades infectocontagiosas e viabilizar muitos procedimentos que oferecem riscos de acidentes e doenças para os trabalhadores. Poucos locais de trabalho são tão complexos como um hospital. Como resultado, existem riscos potenciais aos quais os trabalhadores hospitalares podem estar expostos, dependendo da atividade que desenvolvem e o seu local de trabalho (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004, p. 205).

Os riscos ocupacionais são classificados de acordo com os agentes que os determinam e que se encontram presentes no ambiente de trabalho. Os agentes podem ser biológicos, químicos, físicos, ergonômicos ou de acidente. Mauro et al. (2004) afirmam que são observados no ambiente hospitalar todos os riscos ocupacionais provocados pelos agentes acima descritos.

Todo o trabalho é gerador de potencialidades e satisfações, como também é gerador de riscos e desgastes que interferem no processo saúde-doença dos trabalhadores e no ambiente de trabalho. Nos últimos tempos, muito se tem discutido a respeito do trabalhador de enfermagem e de suas condições laborais, porém há ainda muito o que se discutir e, mais do que tudo, envolver o próprio trabalhador de enfermagem nestas discussões.

Segundo Nishide, Benatti e Alexandre (2004), as instituições hospitalares brasileiras começaram a preocupar-se com a saúde dos trabalhadores no início da década de 70, quando pesquisadores da Universidade de São Paulo (USP) enfocaram a saúde ocupacional de trabalhadores hospitalares.

A legislação brasileira ampara as discussões sobre a preservação da saúde do trabalhador de enfermagem. No Capítulo II, dos Direitos, do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, mais precisamente no artigo 11º, o profissional se respalda para suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição em que trabalha, seja ela pública ou privada, não oferece condições mínimas para o exercício da profissão, salvo as situações de urgência e emergência, devendo o profissional comunicar sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000).

A Portaria nº 37 do Ministério do Trabalho (BRASIL, 2002a) cria a Norma Regulamentadora nº 32, que versa sobre a segurança e saúde no trabalho em estabelecimentos

de assistência à saúde, tendo por finalidade estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores de saúde. Dentre suas atribuições, estabelece que o empregador deve garantir ao trabalhador o abandono do posto de trabalho, quando da ocorrência de condições que ponham em risco a sua saúde ou integridade física. Destaca, ainda, como direito dos trabalhadores o de interromper suas tarefas, sempre que constatar evidências que representem riscos graves e iminentes para sua segurança e saúde ou de terceiros, comunicando imediatamente o fato ao seu superior para a tomada de providências cabíveis.

A importância da saúde e da proteção contra os fatores de riscos ocupacionais muitas vezes é relegada a segundo plano pelos trabalhadores de enfermagem em detrimento ao atendimento das necessidades dos pacientes e a obediência a uma cultura de abnegação e subserviência, resultando na alienação do trabalhador perante as condições indignas de trabalho.

A situação de alienação do trabalhador é investigada pela Psicodinâmica do trabalho, destacando-se as estratégias coletivas de defesa como um dos fatores que contribuem ou reforçam o processo de alienação. Elas são definidas como estratégias construídas, organizadas e gerenciadas por um coletivo de trabalhadores com o intuito primário de atenuar o sofrimento advindo do trabalho. Elas podem, contudo, produzir alienação porque embotam ou anestesiaram a percepção do sofrimento, acomodando o trabalhador e restringindo ações para a transformação de uma organização do trabalho pouco adequada à subjetividade do indivíduo trabalhador.

As adaptações e improvisações que os trabalhadores de enfermagem frequentemente elaboram, no ambiente hospitalar, devido à falta de materiais, equipamentos, recursos humanos indispensáveis à execução do cuidado de enfermagem, revelam uma situação que se vem configurando, em decorrência de uma política neoliberal e de um modelo produtivo de acumulação flexível de capital. Essa situação precisa ser investigada como um fator que interfere na saúde do trabalhador, seja de forma positiva ou negativa. Assim, através desse trabalho, busca-se apreender, por meio da percepção destes trabalhadores, as implicações destas práticas para a saúde do coletivo profissional de enfermagem.

Relevância e Contribuições do Estudo

A relevância do estudo pode ser explicada pelo fato da discussão dessa temática se mostrar pertinente devido às crescentes preocupações em relação à saúde e segurança do trabalhador de enfermagem, tendo em vista o quadro alarmante de precarização que se vem instalando no setor saúde, no momento atual. Assim, ao identificar as situações em que são realizadas as adaptações e improvisações, pode-se efetuar uma análise do potencial de risco ou de seu risco adicional a saúde do trabalhador de enfermagem.

Outra relevância do estudo reside no fato de identificar a situação de muitos trabalhadores de enfermagem que enfrentam os riscos advindos da precariedade e inadequação de recursos no ambiente de trabalho, sem darem conta da exposição negativa à sua saúde. Assim, essa pesquisa poderá contribuir para discutir a perpetuação da cultura de subserviência e abnegação, que se faz histórica na enfermagem, e incitar a reflexão acerca do processo de conscientização dos trabalhadores quanto à necessidade de reivindicação por condições laborais mais dignas.

No Brasil, os trabalhadores de enfermagem, através de uma concepção idealizada da profissão, submetem-se aos riscos ocupacionais, sofrem acidentes de trabalho e adoecem, não atribuindo esses problemas às condições insalubres e aos riscos oriundos do trabalho. Em estudo realizado para verificar o conhecimento dos trabalhadores sobre sua saúde hospitalar no desenvolvimento de suas atividades, constatou-se que eles conhecem os riscos de forma genérica e que esse conhecimento não se transforma numa ação segura de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais, apontando para a necessidade de uma ação que venha modificar essa situação (NISHIDE; BENATTI; ALEXANDRE, 2004, p. 206).

Além disso, o presente estudo contribui para o enriquecimento dos debates acerca da saúde do trabalhador de enfermagem, sob a ótica da subjetividade e da relação entre o trabalho e o processo saúde-doença dos trabalhadores, como também irá colaborar para o aumento das pesquisas sobre as adaptações e improvisações realizadas pelos trabalhadores de enfermagem no cenário hospitalar.

A importância do desenvolvimento deste estudo também reside no fato de ter o potencial de dar visibilidade à capacidade criativa e inventiva desses trabalhadores e ao envolvimento deste coletivo profissional com a saúde dos seus clientes, pois as adaptações e improvisações, conforme observo em minhas vivências profissionais, frequentemente são efetuadas para assegurar o cuidado e atender às necessidades dos clientes.

Ressalta-se a escassez dos trabalhos científicos referentes ao tema na área de enfermagem. Durante toda a estruturação deste estudo, realizei buscas eletrônicas frequentes a diferentes bases de dados em saúde, não obtendo sucesso quanto a referências bibliográficas produzidas pela Enfermagem sobre o tema. Nas bases de dados Scielo, Medline (período de 1997-2009) e Cochrane utilizei os seguintes descritores para a busca: adaptação, improvisação e enfermagem, onde nenhum artigo científico foi encontrado. Então, experimentei substituir o descritor improvisação por improviso, novamente não obtendo nenhum artigo. Diversifiquei a seleção de pesquisa, buscando os descritores com as opções de todos os índices e também como palavras do título, sem encontrar qualquer artigo. Na base de dados Base de Dados de Enfermagem (BDENF), procedi à busca da mesma forma, apenas com os descritores adaptação, improviso, haja vista ser esta uma base de dados específica da enfermagem, também não obtendo publicações.

Entre os poucos trabalhos científicos sobre o tema, aos quais tive acesso, destaco a dissertação de Olário (2004), em que buscou estudar as habilidades artísticas da enfermagem na improvisação de fixações de tubos oro-traqueais, assim como as repercussões desta na saúde do paciente de terapia intensiva.

Assim, espera-se que o estudo proposto venha a somar no processo de desenvolvimento das discussões acadêmicas a respeito da necessidade de conhecer a percepção desses trabalhadores sobre o ato de improvisar/adaptar no trabalho hospitalar e suas implicações para a saúde do trabalhador. Além de tudo isso, espera-se suscitar, na comunidade acadêmica, o interesse pela continuidade de realizações de estudos que dêem conta da complexidade deste objeto, sob diferentes enfoques.

Esta pesquisa ainda amplia a produção científica de uma das linhas de pesquisa do Programa de Pós-Graduação – Mestrado da FENF/UERJ denominada “O Trabalho e a Formação em Saúde e Enfermagem”. Esta linha se propõe estudar a formação e a saúde do trabalhador, assim como o processo de trabalho, em especial o trabalho de enfermagem, no contexto das políticas governamentais para os setores públicos e privados e da organização dos sistemas de saúde, segurança e trabalho.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

1.1 A Psicodinâmica do trabalho como suporte teórico para estudos na linha da subjetividade e saúde do trabalhador

O objeto da pesquisa é a percepção do trabalhador de enfermagem sobre as adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador. Verifica-se que este se articula com a subjetividade, não só pelo fato de investigar a percepção, mas também pela questão das adaptações/improvisações emergirem do desejo dos trabalhadores de assegurar o cuidado, mobilizando suas capacidades criativas e inventivas a fim de poder efetuar-las e realizar o cuidado.

Tendo como foco a especificidade do objeto, alia-se a este o referencial teórico da Psicodinâmica do trabalho, que permite a articulação entre a organização do trabalho, o prazer e o sofrimento, advindos da vivência laboral, e a saúde do trabalhador. Para Mendes (2007, p. 30), esse suporte teórico permite “o estudo das relações dinâmicas entre a organização do trabalho e os processos de subjetivação”.

A Psicodinâmica do trabalho constitui-se em uma disciplina, que nasceu a partir da década de 90, através dos estudos de Christophe Dejours, psiquiatra francês, ergonomista e médico do trabalho. Desde a década de 70, Dejours investigava o adoecimento psíquico dos trabalhadores decorrentes de suas vivências no mundo do trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2007). Assim, suas pesquisas iniciaram-se fundamentadas na Psicopatologia do trabalho, as quais foram possibilitando o surgimento de pressupostos, conceitos e construções de conhecimentos inovadores, resultando na criação da referida disciplina com objeto, princípios, conceitos e métodos próprios (MENDES, 2007).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), esse novo enfoque vai além do propósito de identificar doenças mentais específicas de uma profissão ou situações de trabalho. A Psicodinâmica do trabalho lança-se ao estudo da gênese e transformação do sofrimento psíquico relacionado à organização do trabalho. A psicopatologia do trabalho passou por um processo de amadurecimento que veio desembocar recentemente, na proposição de uma disciplina- a Psicodinâmica do trabalho, cujos primeiros textos começam a vir à luz na França (SELIGMANN-SILVA, 2007, p. 18-19).

Entende-se, então, que a Psicodinâmica do trabalho é uma disciplina que nasce da ampliação do enfoque da Psicopatologia do trabalho, nos estudos relativos à dinâmica saúde/doença, como assevera Seligmann-Silva (2007).

Os pressupostos teóricos da Psicodinâmica do trabalho apoiam-se na transdisciplinaridade de conhecimentos de diferentes áreas, tais como a Sociologia, a Psicologia, a Psicanálise, para que seja possível uma visão ampla e aprofundada da subjetividade do trabalhador e as repercussões no seu processo saúde-doença (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

Complementando a questão da transdisciplinaridade em que se apóia a Psicodinâmica do trabalho, Mendes (2007) afirma que a epistemologia particular da disciplina é resultado de um diálogo firmado, ao longo de toda a sua existência, com as abordagens da Filosofia, da Psicanálise, da Sociologia e da Ergonomia. Essas abordagens exercem forte influência nas bases conceituais da Psicodinâmica do trabalho, permitindo um enriquecimento de sua construção teórica sem, no entanto, interferir em sua independência conceitual.

A complexidade das vivências humanas no mundo do trabalho remete às questões amplas, que abrangem as esferas física, psíquica e social do trabalhador. Assim, esses conceitos transdisciplinares, que sustentam a Psicodinâmica do trabalho, somam seus conhecimentos na busca de um entendimento mais aprofundado da subjetividade do trabalhador atrelada às suas vivências laborais.

O aumento significativo das doenças psicossomáticas relacionadas ao trabalho aponta para uma necessidade de estudo da epidemiologia e da fisiologia de tais afecções, mas também para as implicações sociais das mesmas, as quais devem ser cuidadosamente avaliadas (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001). E a Psicodinâmica do trabalho mostra-se, nesse contexto, adequada por permitir uma análise integral dos processos de subjetivação envolvidos na produção de prazer/saúde e sofrimento/doença no trabalho.

Dejours et al. (1994) afirmam que existe uma tendência dos estudos da relação saúde e trabalho basearem-se apenas nos dados médicos, relacionados ao perfil de adoecimento e taxas de absenteísmo, derivados de estatísticas oficiais. Esse reducionismo oferece o risco de tornar tema médico uma questão que é eminentemente social e que deriva das condições de trabalho e não de condições biológicas. trajetória das pesquisas, lideradas por Dejours, mostra que o quantitativo de trabalhadores que adoeciam psiquicamente era pequeno, se comparado às características da organização do trabalho, classificada como confusa, complexa, pouco-racional, perversa e fortemente hierárquica. O que então protegia os trabalhadores do adoecimento frente às características desse tipo de organização laboral?

Assim, intrigava-lhe o fato de como alguns trabalhadores se mantinham resistentes e não adoeciam, mediante tais adversidades da organização do trabalho. Tais inquietações impulsionaram o desenvolvimento da Psicodinâmica do trabalho, da qual se destacam três importantes fases, conforme descreve Mendes (2007) a primeira fase foi associada à publicação da obra intitulada no Brasil de “A Loucura do Trabalho: estudos de psicopatologia do trabalho”, em 1987. A Psicodinâmica, ainda denominada Psicopatologia do trabalho, preocupa-se com a origem do sofrimento, a partir da relação entre o trabalhador e a organização do trabalho. As precárias condições de trabalho da época, marcadas pela predominância do modelo taylorista, remetiam à necessidade de buscar compreender o sofrimento e as estratégias defensivas.

A segunda fase, em meados dos anos 90, caracterizada como período de emancipação da Psicodinâmica do trabalho, destaca-se a publicação da obra “De psychopatologie à la psychodynamique du travail”. Passou-se, então, a privilegiar as vivências dialéticas de prazer e sofrimento no trabalho, assim como as estratégias dos trabalhadores para evitar a doença, manter a saúde e assegurar a produtividade, diante da configuração da organização do trabalho.

A terceira fase, que vai da década de 90 até os dias atuais, se caracteriza pela consolidação e propagação da Psicodinâmica do trabalho como disciplina capaz de encontrar respostas para os efeitos do trabalho na subjetividade, nas patologias sócio-psíquicas e na saúde dos trabalhadores. Cita-se a obra “A banalização da injustiça social”, publicada no Brasil em 1999, como exemplo da produção científica dessa fase.

Os estudos de Dejours revelaram que, apesar da organização do trabalho ter um forte potencial para o adoecimento psíquico, uma parcela significativa dos trabalhadores transformava o sofrimento em prazer e continuava produtiva. Esta descoberta destacou a importância da dimensão subjetiva dos trabalhadores como fator de proteção contra o adoecimento. A mobilização subjetiva frente ao sofrimento, advindo do trabalho, confere um caráter transformador dos recursos psicológicos dos trabalhadores, na busca de resignificações, necessárias para o resgate do verdadeiro sentido do trabalho. Essa grande demanda da subjetividade, revestida de um importante investimento físico e sócio-psíquico do trabalhador, assume centralidade da Psicodinâmica do trabalho, fazendo parte da própria concepção de trabalho (MENDES, 2007).

Segundo o autor supracitado, a capacidade dinâmica que os trabalhadores têm de transformar o sofrimento em prazer, por conseguirem modificar, driblar ou adaptarem-se às

dificuldades laborais, relaciona-se também com as estratégias coletivas de defesa, que são gestadas no coletivo profissional para minimizar ou anestesiar o sofrimento dos trabalhadores. Diante de tais descobertas, Dejours consolidou a Psicodinâmica do trabalho, cujo foco é a produção subjetiva de prazer e sofrimento no trabalho e na relação dialética desses sentimentos com a organização do trabalho (MENDES, 2007).

Para Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), o sofrimento advindo do trabalho, não se materializa necessariamente através de processos patológicos clássicos ou psicossomáticos, pois, muitas vezes, ele é ocultado ou minimizado por meio de ideologias defensivas e estratégias coletivas de defesa, além do próprio mecanismo de defesa do trabalhador.

Quando se tecem reflexões e discussões sobre as defesas dos trabalhadores contra o sofrimento, emergido a partir das características da organização do trabalho, não se podem deixar de estabelecer as diferenças conceituais entre as estratégias coletivas de defesa, os mecanismos defensivos e a ideologia defensiva. A priori, faz-se necessário entender que todas essas manifestações de defesa se dão em resposta ao sofrimento, no intuito de minimizá-lo, anestesiar-se contra ele ou, se possível, transformá-lo em prazer.

As estratégias defensivas são definidas por Dejours et al. (1994) como regras de condutas construídas e conduzidas pelos trabalhadores. São caracterizadas pela sutileza, engenhosidade, diversidade e inventividade, possibilitando a vivência do sofrimento sem adoecimento. Na maioria das vezes, são construídas, em consenso, pelo coletivo de trabalhadores, existindo um acordo tácito entre eles para a manutenção da defesa. Tendo como objetivo principal minimizar a percepção de sofrimento, elas dão ao sujeito um suporte, funcionando como um modo de proteção. São então regras de coletivo de trabalho.

Tais estratégias constituem uma ação corporativista e inconsciente contra o sofrimento laboral. Elas levam à modificação, à transformação e, muitas vezes, à eufemização da percepção dos trabalhadores sobre a realidade de sofrimento no trabalho, minimizando, assim, as pressões organizacionais que se constituem em fontes geradoras de sofrimento (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007). “As estratégias coletivas de defesa constituem uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores, para lutarem juntos contra o sofrimento no trabalho” (MENDES, 2007, p.145).

Mendes (2007) classifica essas estratégias coletivas em defesa de proteção, de adaptação e de exploração. As estratégias coletivas de proteção caracterizam-se em um modo de pensar, sentir e agir compensatórios utilizados pelos trabalhadores para suportar o sofrimento, racionalizando-o e permitindo a convivência com o mesmo, pelo máximo de

tempo, sem adoecer, até que esse modo de proteção se esgote em eficácia, mediante a continuidade e o aumento do sofrimento. Para sustentar esse tipo de defesa, muitas vezes, o trabalhador aliena-se, mantendo inalteradas as causas de sofrimento, portanto não buscam transformar a organização do trabalho, acomodando-se às más condições do contexto.

As defesas de adaptação e exploração, que são relevantes neste estudo da prática de adaptar/improvisar da enfermagem, possuem o potencial de se esgotarem mais rapidamente, já que exigem do trabalhador um investimento físico e sócio-psíquico elevado, extrapolando suas defesas psicológicas. Na maioria das vezes, são inconscientes e impulsionam os trabalhadores a manter a produção, conduzindo os seus modos de pensar, agir e sentir para atender à demanda de excelência da produtividade, submetendo os anseios do trabalhador às imposições da organização prescrita do trabalho.

Faz-se relevante a compreensão dessas estratégias coletivas de defesas, pois no hospital no qual emergiu a idéia de elaborar esta pesquisa os trabalhadores de enfermagem adotam estratégias, práticas das adaptações e improvisações, “os jeitinhos”, para garantirem as demandas de produção da organização prescrita do trabalho. Esses jeitinhos, muitas vezes, subvertem a ordem e a padronização das tarefas, no entanto essa é a tática que o coletivo profissional vem engendrando para assegurar que o cuidado seja efetuado diante de tantas adversidades presentes neste cenário.

Ressalto que essas adaptações e improvisações, em um número significativo de vezes, representam riscos de acidentes diversos aos trabalhadores, porém tenho a desconfiança de que eles não são percebidos como tal e são negligenciados pelo coletivo profissional. Ou então, esses riscos têm relevância pequena para o trabalhador, diante do compromisso ético que assumem com o cuidado.

Além desse dado de reflexão, observei empiricamente que aqueles trabalhadores que criticam a adoção de tais práticas e se mostram resistentes a elas são identificados como intransigentes, enfadonhos, exigentes, ou então, que fazem “corpo mole” ou não têm o tal “jogo de cintura”, a capacidade do “jeitinho” para lidar com as dificuldades e garantir a realização do cuidado.

Evidencia-se, então, que as estratégias coletivas de defesa podem produzir uma via de mão dupla de efeitos bastante ambíguos para o trabalhador. Assim, destaca-se que, a princípio, o que seria para proteger o trabalhador do sofrimento, causado pela rigidez da organização do trabalho, pode acabar se tornando uma armadilha contra ele mesmo,

alienando-o quanto ao real significado do seu trabalho, anulando seu desejo em prol do desejo da organização.

O risco relativo da alienação, porém, continua grande. Há casos em que a estratégia defensiva torna-se ela mesma tão preciosa para os trabalhadores que ao se esforçarem para enfrentar as pressões psicológicas do trabalho acabam por transformar esta estratégia em um objetivo em si mesma. Sobre ela convergem todos os esforços com vistas a manter e vencer tudo o que possa desestabilizá-la. As ameaças contra a estratégia defensiva são vivamente combatidas e a estratégia corre o risco de ser promovida a objetivo (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p.130).

Essa questão de subversão do objetivo das estratégias coletivas de defesa leva o trabalhador à alienação, reforça a tradicional e perversa mentalidade de culpabilização do trabalhador pela vivência de sofrimento no trabalho, como se o sofrimento fosse fruto unicamente da ineficiência do trabalhador para lidar com as adversidades do trabalho, anulando assim, a percepção das condições da organização do trabalho como desfavoráveis a manutenção da saúde do trabalhador.

Quando as estratégias coletivas de defesa assumem esse caráter nocivo ao trabalhador, remete-se à questão da ideologia defensiva, que tem por objetivo mascarar, frear e esconder uma ansiedade grave do coletivo de trabalhadores, que a elabora e sustenta. A ideologia defensiva convida todos os interessados a encobrir o sofrimento. Aquele que não adere a esta meta coletiva acaba sendo excluído do grupo. Tão inevitável como a própria realidade, e sendo uma resposta a ela, a ideologia defensiva torna-se obrigatória, substituindo as defesas individuais, já impotentes (MENDES, 2007).

Ainda segundo Mendes (2007), a organização do trabalho, por sua vez aproveita-se das ideologias defensivas para garantir e aumentar a produtividade dos trabalhadores. Através dessas ideologias, a organização prescrita do trabalho estimula a cooperação em prol da produção, atacando a qualidade das relações intersubjetivas entre os trabalhadores, usufruindo do saber-fazer e acirrando a competitividade. Alerta também para a existência das reações individuais de defesa contra o sofrimento, provocado pela organização laboral, o que permite depreender que nem todas estas respostas ao sofrimento são iguais. Cada indivíduo, dotado de subjetividade própria, pode desenvolver certo tipo de mobilização subjetiva. O que pode gerar sofrimento para uns pode não ter a mesma representação para outros.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007) apontam que a diferença entre um mecanismo de defesa individual e um coletivo está no fato de que o primeiro permanece sem a presença

física do objeto, o qual se encontra interiorizado. Ao passo que o segundo depende da presença de condições externas e se mantém no consenso de um grupo específico de trabalhadores, como ocorrem com as adaptações/improvisações das equipes de enfermagem frente à precariedade das condições de trabalho.

Os autores supracitados designam o sofrimento como um campo que separa a doença da saúde. E estabelecem relação entre a produção do sofrimento e a organização prescrita do trabalho, afirmando que entre elas existe, por vezes, uma liberdade que permite negociação, invenções e rearranjos do modo operatório para adaptação do prescrito à necessidade do trabalhador, a fim de dar cabo da tarefa. Quando a negociação é limitada, e estabelece-se um bloqueio da relação homem-organização do trabalho, inicia-se o sofrimento e, conseqüentemente, a luta contra o sofrimento.

Para Ferreira e Mendes (2001), as vivências de sofrimento se originam das situações adversas da organização, das condições e das relações de trabalho. Esses se constituem como indicadores de mal-estar no trabalho, os quais se manifestam através de sintomas de ansiedade, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007) distinguem o sofrimento em dois tipos: o sofrimento patogênico e o sofrimento criador. O sofrimento patogênico surge quando todas as possibilidades de transformação, liberdade, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho estão esgotados.

Mendes (2007) afirma que o sofrimento patogênico é fruto do fracasso na utilização de todas as possibilidades de liberdade para transformar, gerenciar e aperfeiçoar a organização do trabalho. Assim, perpetuam as rígidas pressões levando o trabalhador à repetição, à frustração, à desvalorização, ao medo e à impotência. Já o sofrimento criativo é aquele capaz de transformar e não eliminar o sofrimento.

É a capacidade transformadora deste tipo de sofrimento que abre espaço para o desenvolvimento dos processos criativos, contribuindo, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), para a identidade do profissional, além de aumentar a resistência ao risco de desequilíbrio. Assim, depreende-se que o trabalho é um mediador para a saúde.

Verifica-se, portanto, que o sofrimento no trabalho é sempre vinculado à sua organização, a qual é pensada por uns e executadas por outros, havendo aí uma tensão ou conflito entre a subjetividade do trabalhador e a demanda da produção requerida por tal organização.

A maneira como a organização do trabalho se configura é que direciona as respostas subjetivas dos trabalhadores para o prazer, possibilitado pela eficácia das medidas de minimização do sofrimento, ou para o sofrimento propriamente dito, com todo o seu potencial desestabilizador da saúde.

Conciliar trabalho e saúde é algo que tem sido difícil de ser alcançado, considerando-se a configuração atual do mundo do trabalho, com os ditames neoliberais, com a precarização das condições e das relações de trabalho.

A noção de estar saudável encontra-se estreitamente vinculada a conceitos como de bem-estar, satisfação e prazer. Segundo Mendes (2007), a saúde e o prazer no trabalho são processos que estão sempre em vias de serem conquistados e não estão definitivamente adquiridos em lugar nenhum. A conquista da saúde no trabalho passa, necessariamente, pela forma como os trabalhadores enfrentam as peculiaridades do contexto do trabalho. Desta forma, as estratégias de mediação do sofrimento são fundamentais para a busca da saúde e do prazer no trabalho.

O prazer no trabalho pode ser expresso de diversas maneiras. E emerge quando o trabalho possibilita a criação de identidade, a compreensão de um saber específico, criação, inovação, desenvolvimento de novas formas de execução da tarefa, interação com os outros, socialização e transformação do trabalho. O trabalho, como fonte de prazer (identidade, realização, reconhecimento e liberdade), possibilita ao trabalhador tornar-se sujeito de ação, criando estratégias que lhes possibilitem dominar o seu trabalho e não ser dominado por ele (MENDES, 2007).

Transpor as barreiras da organização do trabalho e as suas rígidas prescrições abre espaço para a autonomia de ação dos trabalhadores, o que permite a vivência de liberdade, autorrealização, reconhecimento e valorização de suas ações. Porém, a falta desse reconhecimento espolia o trabalhador e compromete sua motivação, principalmente quando essa liberdade de ação que lhe é oferecida torna-se, na verdade, uma imposição frente às constantes adversidades do meio.

As ações criativas, realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, no contexto hospitalar, podem surgir tanto pela freqüente falta de recursos diversos e/ou inadequação dos mesmos, quanto pelo desejo de propor soluções para situações complexas para o processo de trabalho tornar-se mais eficaz. Esse tipo de criatividade emerge não do sofrimento, mas do estímulo advindo de uma organização do trabalho racional e eficaz, a qual favorece e potencializa a criatividade do trabalhador, não usando desta estratégia para a exploração e conseqüente esgotamento deste potencial criativo.

Apesar destas duas formas de estímulo ao potencial criativo do trabalhador – pela organização do trabalho pouco racional ou pelo incentivo de uma organização laboral eficiente, que privilegia a subjetividade do trabalhador – o fato é que a criatividade é elemento essencial à prática do adaptar/improvisar. Neste contexto, as adaptações/improvisações dos trabalhadores de enfermagem representam ações reguladoras do sistema organizacional do trabalho.

Para Mendes (2007), a organização molda o corpo do trabalhador e disciplina as relações interpessoais e sociais dentro de um espaço e de um tempo. O trabalhador pode ser visto também como um operador-regulador do sistema, no qual sua atividade está inserida, desempenhando papel fundamental na regulação e nos efeitos deletérios do trabalho.

A regulação da atividade, modificando o procedimento de trabalho com o objetivo de reduzir a carga de trabalho e o estresse, caracteriza a economia psíquica, de que tratam Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), em que no sistema de interação entre o trabalho desejado, a tarefa prescrita e o trabalho real, o sujeito, exercendo sua atividade, busca controlar ou manipular o equilíbrio da organização do trabalho e seu próprio equilíbrio psíquico e somático.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007) enfatizam que o trabalho saudável deve ser aquele em que está inserido numa organização do trabalho eticamente prescrita, respeitando potenciais e limites da condição humana, o qual incentiva a criatividade e o comprometimento com a realização de um trabalho de alta qualidade.

Assim, depreende-se que a existência de uma organização do trabalho que permita o espaço de criação e inventividade do trabalhador no desenvolvimento de suas tarefas constitui uma via de duplo benefício. Para o trabalhador, os benefícios referem-se à manutenção da sua saúde física e mental e, para a empresa, traduzem-se nos lucros obtidos com o trabalho criativo, motivado e de alta qualidade de seus empregados.

Segundo Feldman, Ruthes e Cunha (2008), a criatividade e a inovação são consideradas ferramentas do processo de gestão por competência e são trazidas à baila para instrumentalizar os enfermeiros a vencer barreiras no ambiente de trabalho. Assim, a criatividade e a inovação são elementos-chave para o aprimoramento organizacional e para que, especificamente, a enfermagem encontre alternativas para solucionar problemas no âmbito profissional. É a criatividade que potencializa a inteligência, inaugurando novas maneiras de pensar o mesmo e, às vezes, o velho problema. Ela estimula a coragem e a ousadia das pessoas, permitindo um salto qualitativo nos produtos do trabalho.

A discussão a respeito das capacidades criativas e inventivas remete à necessidade de referência ao conceito de inteligência prática ou inteligência astuciosa, que se trata especificamente de “uma inteligência que tem raiz no corpo, nas percepções e na intuição sensível. Sobretudo, ela é também uma inteligência em constante ruptura com as normas, regras, é uma inteligência fundamentalmente transgressiva. Ela está no próprio coração do que chamamos ofício (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p.133).

A inteligência prática, inicialmente denominada inteligência astuciosa, pressupõe a idéia de astúcia e é mobilizada diante de situações imprevistas, está ligada aos recursos intelectuais e ao conhecimento da tarefa pelos trabalhadores. Objetiva poupar o uso da força, privilegiando a habilidade, caracterizando-se pela inovação e versatilidade, diante da atividade prescrita (MENDES, 2007, p. 51-52).

A inteligência astuciosa, também considerada pela Psicodinâmica do trabalho, funciona sempre como regulação do meio pelos operários. Assim, ela surge a partir do sofrimento e em resposta a ele, com o intuito de atingir o prazer (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

No trabalho hospitalar de enfermagem, são constantes as situações em que se faz necessário o uso da inteligência astuciosa para assegurar o cuidado. São materiais inadequados, escassos, mal adaptados, que necessitam de consertos rápidos, etc. No cenário deste estudo, vivenciei experiências em que os trabalhadores de enfermagem precisavam adaptar circuitos de látex de aspiradores para uso como sistema de drenagem torácica. Máscaras descartáveis eram cortadas e transformadas em sutiãs para as pacientes do sexo feminino, ou então, as tiras dessas máscaras descartáveis eram usadas como fixadores da máscara de oxigênio. Frascos de aspiração eram transformados em medidores de diurese, dentre outros improvisos e adaptações.

Pude observar também que algumas adaptações e improvisações foram adotadas e incorporadas ao processo de trabalho da enfermagem, tendo em vista a sua eficácia na dinâmica laboral. E, por vezes, elas já eram vistas pelo coletivo profissional como uma normalidade do processo de trabalho. Para Mendes (2007), a efetividade da inteligência prática, como recurso minimizador do sofrimento capaz de transformá-lo em prazer, depende desta validação social.

A face, muitas vezes, oculta destes processos de ajustes e regulações da organização do trabalho é a sua ilegalidade, que, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), pode conferir riscos aos trabalhadores e desprotegê-los perante as leis das prescrições

organizacionais. Esses autores, no entanto, afirmam que os quebra-galhos, praticados atualmente, são essenciais para o funcionamento da organização do trabalho.

A prática do quebra-galho é um dos mecanismos fundamentais de regulação e negociação da organização prescrita do trabalho. Mas acontece que quebra-galhos não é fácil. Implica correr riscos, de duas ordens: implica riscos técnicos, que podem ter conseqüências nocivas para a segurança das pessoas e as instalações e implica colocar-se fora da lei (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p.101).

A prática de quebra-galho tem o potencial gerador de um paradoxal efeito na subjetividade dos trabalhadores. Ela pode conferir o reconhecimento pelo bom feito do trabalhador, pelo uso de sua criatividade, iniciativa e inventividade na realização da atividade, mesmo com o risco de ser punido, já que tal prática subverte o prescrito. Porém aquele trabalhador que não adere à prática do quebra-galho também corre um risco, da ordem social, o risco de ser punido pela acusação de falta de iniciativa (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007). Eis aí uma interpretação contraditória desta prática.

1.2 O trabalho prescrito de enfermagem no contexto hospitalar e os riscos ocupacionais

A Enfermagem é uma profissão que envolve arte e ciência, dotada de particularidades diversas, envolvendo as relações interpessoais, a especificidade da clientela assistida, as condições laborais, o processo de trabalho, a organização do trabalho, o conteúdo da tarefa, entre outras variáveis, as quais se articulam e interatuam entre si, resultando na forma e no meio pelo qual se desenvolve o objeto de trabalho da profissão – o cuidado. Além disso, há de se mencionar a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, as quais apontam para a repartição de tarefas e responsabilidades, hierarquias e comandos. De acordo com Lunardi-Filho, Lunardi e Spricigo (2001, p.95):

A Enfermagem é exercida por sujeitos (auxiliares, técnicos e enfermeiros) com diferentes formações que se dão em diferentes tempos de qualificação e graus de complexidade. Assim, o processo de trabalho na enfermagem caracteriza-se, predominantemente, por apresentar-se de modo que sua execução encontra-se distribuída entre os seus vários agentes, teoricamente determinadas, de acordo com a qualificação exigida pelo grau de complexidade que as tarefas compõem.

Desta forma, o trabalho de enfermagem é distribuído por três categorias profissionais: técnicos, auxiliares e enfermeiros, cada qual desempenhando o seu papel, que é, sobretudo,

determinado pelo trabalho prescrito. Estes trabalhadores possuem um objetivo de trabalho em comum, que é o cuidado das pessoas, dependentes em diferentes graus da assistência de enfermagem. Apesar de executarem tarefas diferenciadas, estas são complementares e interdependentes, diferenciando-se em nível de complexidade e cobrança da organização prescrita do trabalho.

O trabalho prescrito, conforme mencionado anteriormente, é aquele que é predeterminado pela organização do trabalho. Para Daniellou et al. (1994), o trabalho prescrito é o resultado de uma concepção teórica do trabalho e dos meios de trabalho, buscando atender às exigências do sistema técnico e da gerência.

As tarefas são compostas por atividades que são regulamentadas por meio de manuais de conduta. Particularmente na Enfermagem, Souza (2003) assevera que o trabalho prescrito é traduzido por meio de manuais de normas, rotinas e procedimentos, livros de fundamentos e técnicas de enfermagem, que objetivam padronizar as condutas profissionais diante de diversas situações práticas.

A Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, estabelece quem são os componentes das equipes de enfermagem e determina suas diferentes atribuições. Assim, cabe privativamente ao enfermeiro:

- organização e direção de órgão e de serviços de enfermagem, bem como o planejamento, coordenação, execução e avaliação destes,
- consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem,
- consulta de enfermagem,
- prescrição da assistência de enfermagem,
- cuidados diretos a pacientes graves e com risco de vida e
- cuidados de maior complexidade técnica, que exigem conhecimentos científicos e capacidade de tomada de decisões imediatas.

A mesma lei determina que o técnico de enfermagem deve exercer atividade de nível médio, envolvendo a orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar e participação no planejamento da assistência de enfermagem. Ao auxiliar de enfermagem cabe exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento (BRASIL, 1986).

Elias e Navarro (2006) estabelecem as diferenças entre o trabalho dos diferentes membros da equipe de enfermagem afirmando que os atos mais técnicos, herdados da prática

médica, cabem aos enfermeiros, que são responsáveis pela chefia, coordenação e supervisão do trabalho dos técnicos e dos auxiliares de enfermagem. Estes últimos executam trabalhos menos qualificados, suas tarefas são mais intensas, repetitivas e social e financeiramente menos valorizadas.

Percebem-se, em muitos cenários de prática, relações conflituosas entre esses trabalhadores, as quais envolvem situações como: definição de papéis, autonomia para execução de atividades, busca pelo reconhecimento profissional e pelo poder. Tais relações conflituosas acabam por originar distorções na identidade dos profissionais, refletindo-se na dimensão psíquica, o que ocasiona sofrimento, estresse e adoecimentos (SOUZA, 2003).

Souza (2003) destaca que, sobretudo no espaço hospitalar, onde atua grande número de profissionais de enfermagem, os trabalhadores trazem para a sua prática laboral valores e representações acerca da saúde, da doença, da vida e da morte fortemente ligados à identidade profissional de cada um deles. Em certas ocasiões, esses valores se chocam, com frequência nas questões relativas à disputa de poder, decorrente das relações hierárquicas que ali se estabelecem.

Foucault (1999) assinala que as relações conflituosas entre enfermeiras e médicos remontam ao século XIX, quando a medicina apropria-se do espaço hospitalar para implantar o modelo assistencial organicista, com ação monopolista, bloqueando a expressão de qualquer saber neste espaço de trabalho, o que tem gerado desgaste emocional e sofrimento psíquico às enfermeiras.

Mesmo diante da problemática do pouco reconhecimento social pelo trabalho desempenhado, o mercado de trabalho exige cada vez mais competências profissionais por parte dos enfermeiros, sendo necessário um perfil que requer agilidade e decisões assertivas, criatividade e inovação nos seus atos, agregando à empresa, à sociedade e ao indivíduo um valor econômico (MARTINS et al., 2006).

Remetendo-se novamente ao trabalho em equipe, ao desenvolverem ações nas esferas da promoção, da proteção e da recuperação da saúde, os profissionais de enfermagem assistem o ser humano através de um processo de trabalho específico, o qual envolve a avaliação das condições de saúde da clientela, a prescrição de cuidados, a implementação dos mesmos e a reavaliação de todo esse processo para, assim, elaborar novo julgamento e tomada de decisão. Espera-se que o profissional de enfermagem tenha capacidade de perícia, conhecimento técnico-científico, ética, valorização das relações humanas e conhecimento sobre seu posto de trabalho.

Os trabalhadores de enfermagem vendem sua força de trabalho para um determinado empregador, em condições laborais diversas, inseridos em organizações do trabalho com várias características e desenvolvem processos de trabalho que envolvem as especificidades dos instrumentos de trabalho, do próprio objeto de trabalho e a meta que se deseja alcançar. Verifica-se a exposição a riscos ocupacionais de diferentes naturezas, os quais implicam situações potenciais para a ocorrência de acidentes e doenças profissionais, que podem ser agravados por aspectos sociais, políticos, econômicos e culturais do mundo do trabalho e do momento histórico em que se encontra a sociedade (GUEDES; MAURO, 2001).

Contextualizando o trabalho hospitalar, Elias e Navarro (2006) afirmam que o processo de trabalho neste cenário é parcelado e reproduz as características do trabalho industrial, o que ocasiona nos trabalhadores ora compromisso, ora desesperança. Com frequência, o trabalho hospitalar repete a lógica do taylorismo, muitas vezes disfarçada pelo discurso do trabalho em equipe. O ambiente hospitalar é muito específico pela excessiva carga de trabalho, pelo contato direto com situações limite, pelo elevado nível de tensão e os altos riscos para o trabalhador e para os outros. A necessidade de funcionamento diuturno dos hospitais permite aos trabalhadores de enfermagem a manutenção de duplos-empregos e longas jornadas de trabalho, para garantir a manutenção de uma vida mais digna, haja vista os baixos salários percebidos pelos profissionais da saúde. Esta prática potencializa a ação dos fatores prejudiciais à sua integridade física e psíquica.

Assim, verifica-se que a compreensão acerca dos riscos ocupacionais que envolvem o trabalho de enfermagem e as condições laborais nas quais se inserem os trabalhadores é essencial. As condições de trabalho tanto podem concorrer para o alcance do objetivo final da profissão como podem perturbar esse processo. As condições de trabalho, quando não adequadas, exigem um esforço maior do trabalhador para driblar as adversidades e garantir o cuidado necessário ao cliente que dele necessita.

Para Guedes e Mauro (2001), condições de trabalho representam a interação e interrelacionamento das circunstâncias material, biológica, psíquica e social, sendo todas influenciadas por fatores econômicos, técnico e organizacional do trabalho, constituindo o ambiente e produzindo os determinantes da atividade laboral.

O termo “condições de trabalho” representa o conjunto de fatores capaz de determinar a conduta do trabalhador. Esses fatores são constituídos pelas exigências definidoras do trabalho objetivo com seus critérios de avaliação e condições de execução propriamente ditas, aí incluídas as regras de sua utilização, a organização do trabalho, a remuneração e o ambiente. A essas condições o indivíduo responde com a execução de uma atividade ou manifestação de conduta passível de ser analisada, sob diferentes aspectos perceptivos, motores e cognitivos. Enfim, essa atividade pode ter conseqüências sobre o estado físico,

mental e psicológico do trabalhador, gerando os efeitos descritos sob as denominações de satisfação, conforto, carga de trabalho, fadiga, estresse, doenças e acidentes de trabalho (BULHÕES, 1998, p.27).

Depreendem-se do conceito de condições de trabalho de Bulhões (1998) a sua abrangência e complexidade, que dificultam uma definição clara de boas condições de trabalho, já que cada indivíduo responde aos estímulos externos à sua maneira. Porém percebe-se ainda o alarmante quadro atual e inexistência de boas condições de trabalho, o que tem sido fonte geradora de conflitos coletivos no âmbito do trabalho, em grande parte das empresas, incluindo as empresas hospitalares, que representam o cenário de trabalho em saúde em que atuam um grande número de profissionais de enfermagem.

Apesar de a Enfermagem ser uma profissão com diversos lócus de trabalho, o hospital continua sendo o seu principal. A etimologia *hospitalis domus* lembra hospitalidade e tem como principal objetivo a recuperação da saúde. Porém, nos dias atuais, as condições dos hospitais vêm ocupando negativamente as manchetes dos jornais e/ou estampam na mídia televisada, frequentemente de forma pejorativa. Verifica-se que as instituições hospitalares figuram, muitas vezes, com uma imagem negativa na mídia devido à insuficiência qualitativa e quantitativa de profissionais da saúde, ou ainda devido à carência de recursos materiais e, tais carências, com alguma frequência, conduzem a iatrogenias na clientela assistida, mas também potencializam riscos ocupacionais nos trabalhadores (BULHÕES, 1998). Como os hospitais, com seus ambientes tão degradados podem oferecer garantia de qualidade na prestação de seus serviços? E quais seriam as conseqüências da exposição diária, por anos e anos, para os trabalhadores hospitalares?

O ambiente hospitalar, principalmente, para os trabalhadores de enfermagem, caracteriza-se pelo agrupamento de fatores de riscos, tais como: trabalho noturno, manipulação de produtos químicos, exposição à radiação ionizante, sustentação de excesso de peso durante a assistência ao paciente e longa duração da jornada de trabalho. Esses fatores podem proporcionar danos à saúde física e mental dos trabalhadores, bem como interferir de forma negativa na qualidade da assistência prestada (GUEDES; MAURO, 2001, p.148).

O problema das más condições de trabalho da enfermagem nos hospitais tem despertado a atenção de pesquisadores pelo fato de que os riscos advindos destas condições adversas atuam em sinergismo com os riscos inerentes às atividades próprias da enfermagem, em que se destacam o desrespeito aos riscos biológicos e horários de alimentação, longas distâncias percorridas durante as jornadas de trabalho, inexistência, insuficiência ou inadequação de materiais de manutenção. Esse sinergismo acaba provocando condições inseguras no trabalho, tornando os trabalhadores vulneráveis às condições nocivas do seu

trabalho sem, muitas das vezes, nem mesmo neles despertar a consciência para a sua existência. As mudanças efetivas em prol da melhoria dessas condições de trabalho ainda são pouco visíveis (OLIVEIRA; MUROFUSE, 2001; GUEDES; MAURO, 2001).

A análise das condições de trabalho no ambiente hospitalar revela características bastante peculiares e difíceis, pois o trabalhador, nesse ambiente, cuida de pessoas em situação de doença, sofrimento e morte, ou seja, um trabalho com elevado risco psicossocial. Além disso, o trabalho hospitalar, devido a suas características de essencialidade, demanda trabalho diuturno e, por isso, em turnos. O trabalho em turnos, principalmente o noturno, causa estranhezas sociais, psicológicas e biológicas, uma vez que o corpo está condicionado ao sono noturno e, a partir desse condicionamento, surgem implicações, por exemplo, de cunho social, limitando o trabalhador em sua atividade de lazer e convívio com amigos e familiares. Também há repercussões de cunho psicológico, além das várias conseqüências biológicas como irritabilidade, cansaço, úlceras pépticas, obesidades, entre outras (OLIVEIRA, 2005).

Bulhões (1998) destaca que um dos fatores que deixa os trabalhadores de enfermagem vulneráveis às doenças profissionais e aos acidentes de trabalho é o fato de que o trabalho dessa categoria é desenvolvido de forma ininterrupta durante as 24 horas do dia. A autora ainda enfatiza que esses trabalhadores são responsáveis por 60% das ações de saúde e, dessa forma, possuem maior contato físico com os doentes. A formação dos diferentes trabalhadores de enfermagem das equipes é bastante diversificada, verificando-se trabalhadores de nível fundamental, médio e superior, no entanto todos desenvolvem atividades laborais de grande responsabilidade, porém recebem baixos salários. Essa situação conduz a necessidade de ter mais de um emprego, favorecendo a permanência prolongada destes trabalhadores em ambientes de grandes riscos, como os hospitais.

Bulhões (1998) também ressalta como fator de grande vulnerabilidade desses profissionais, a insignificante formação em assuntos relativos à saúde do trabalhador, o que acaba por ampliar os riscos ocupacionais pela ignorância acerca do conhecimento dos riscos e pela dificuldade de compreender, aceitar e cumprir as medidas de higiene de segurança do trabalho.

No ambiente de trabalho, o risco ocupacional pode ser ou estar oculto – por ignorância, falta de conhecimento ou falta de informação; latente – só se manifesta ou causa danos em situações de emergência ou condições de estresse; ou real – conhecidos de todos, mas sem possibilidade de controle, por inexistência de soluções, pelos altos custos ou por falta de vontade política (BULHÕES, 1998).

O controle dos riscos, nos ambientes de trabalho, é contemplado na Convenção da Organização Internacional do Trabalho (OIT) nº155 de 1981, em que legitima o Convênio sobre Segurança e Saúde dos Trabalhadores, após a Conferência Geral da OIT, no mesmo ano, em Genebra. Esta Convenção estabelece como princípio básico de uma Política Nacional, o objetivo de prevenir os acidentes e danos para a saúde, conseqüentes do trabalho e que guardem relação com a atividade laboral, reduzindo-os ao mínimo (BRASIL, 2002b).

Destaco aqui, o controle de riscos, descrito no Programa de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) - Norma Regulamentadora Nº 9 em que tem como objetivo eliminar ou reduzir ao mínimo a exposição dos trabalhadores do serviço de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde (BRASIL, 1978).

Estudando os riscos para a saúde das enfermeiras do setor público do Chile, Avendaño, Grau e Yus (1997) concluem que as características das condições de trabalho dessas enfermeiras podem ser descritas pelas atividades sujeitas à supervisão e forte relação de poder; pelas baixas remunerações; pelos sistemas de rodízio diurno e noturno; pelas altas cargas físicas e psicológicas; pelo trabalho rotineiro, estereotipado e fragmentado; pela falta de identidade profissional e reconhecimento; pela deficiência em dotação de equipamentos e insumos diversos; pelas poucas oportunidades de educação continuada; e pela insuficiência de recursos humanos.

Avendaño, Grau e Yus (1997) chamam de perfil de risco das enfermeiras do setor público o conjunto de fatores específicos de riscos presentes em suas condições de trabalho e vida, potencialmente capazes de afetar ou diminuir sua saúde psicológica e bem-estar psicossocial. Assim, os riscos as tornam mais vulneráveis. Ressaltam ainda que os profissionais de enfermagem do sexo feminino estão expostos a um variado número e tipos de riscos que emergem tanto das condições de trabalho doméstico e remunerado, quanto da interação entre ambos.

Percebe-se, então, que os riscos no ambiente hospitalar, no qual muitos trabalhadores de enfermagem estão inseridos, são múltiplos e se encontram ainda mais exacerbados nos hospitais públicos, em que sobressaem graves problemas de escassez e inadequação de recursos dos mais variados, contribuindo para a elevação e severidade dos riscos do trabalho de enfermagem.

O Ministério do Trabalho e Emprego (BRASIL, 2008) assevera que a etapa de reconhecimento dos riscos ambientais é de suma importância para consolidar as ações de prevenção, extinção ou minimização desses riscos. Para isso, faz-se necessário identificar, no ambiente de trabalho, fatores ou situações com potencial de dano à saúde do trabalhador,

verificando a existência de possibilidade deste dano. Alerta para o fato de que as características do serviço de saúde são determinadas também pelas atividades desenvolvidas no serviço e o perfil da população atendida. Quanto às atividades desenvolvidas, os riscos biológicos, por exemplo, que estão presentes na pediatria, podem ser diferentes daqueles que se fazem presentes em serviços de atendimento de adultos.

Bulhões (1998) infere que a palavra risco, do latim *risicus* ou *riscus*, do verbo *resicare* (cortar), significa perigo, inconveniente, dano ou fatalidade eventual, provável, às vezes até previsível. Define-se risco ocupacional como uma condição ou conjunto de circunstâncias que tem o potencial de causar um efeito adverso, que pode ser morte, lesões, doenças ou danos à saúde, à propriedade ou ao meio ambiente (BRASIL, 2001).

Guedes e Mauro (2001) entendem como fator de risco as características de trabalho capazes de provocar acidentes, danos ou doenças para a saúde do trabalhador, afastando-o temporária ou permanentemente das atividades. Estes autores indicam uma série de riscos aos quais estão expostos os trabalhadores em hospitais: riscos físicos (calor, frio, umidade, radiações ionizantes); químicos (benzenos, glutaraldeídos, cloro); biológicos (bactérias, vírus, fungos, protozoários); e os mecânicos e ergonômicos (ligados à natureza biopsicossocial do ambiente de trabalho).

Segundo Lucas (2004), os riscos, presentes ou potenciais para a saúde e segurança no ambiente de trabalho, são classificados de acordo com os seus agentes, que se manifestam no ambiente de trabalho e podem ser biológicos, químicos, físicos, ergonômicos ou psicossociais.

Dentro do conjunto de riscos aos quais estão expostos os trabalhadores de enfermagem hospitalar, também se destacam os riscos de acidentes, que são descritos como os ligados à proteção das máquinas, arranjo físico, ordem e limpeza do ambiente de trabalho, sinalização, rotulagem de produtos e outros que podem levar a acidentes. Os acidentes perfurocortantes são os mais incidentes no trabalho hospitalar (MAURO et al., 2004).

Sobre os acidentes de trabalho no setor econômico da saúde, destaco os intrigantes dados estatísticos do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), equivalentes ao período de janeiro a agosto deste ano de 2009, que revelam, após trabalhos de inspeção em segurança e saúde no trabalho, dentro de um número de 5.529 ações fiscais que contemplaram 748.044 trabalhadores, apenas 15 acidentes de trabalho foram analisados (BRASIL, 2009).

Esses dados despertam as seguintes dúvidas: estaria o setor saúde melhorando suas condições de trabalho e portanto reduzindo a incidência de acidentes? Ou esses dados podem ser fruto de subnotificações desses acidentes?

Observo, em minhas vivências profissionais, que muitos acidentes de trabalho não são valorizados pelos trabalhadores, que, muitas vezes, negligenciam a ocorrência dos mesmos. Presenciei casos em que os profissionais foram perfurados por instrumentos de uso do cliente, e simplesmente não procederam às ações dos protocolos instituídos nos hospitais por deduzirem que o paciente não possui nenhuma patologia infecto-contagiosa, pelo fato de serem idosos, religiosos e/ou crianças. Fatos alarmantes, que urge por um processo de maior conscientização.

Os riscos biológicos são descritos por Bulhões (1998) como aqueles que são capazes de ocasionar agravos que abrangem doenças transmissíveis agudas e crônicas, parasitoses, reações tóxicas e alérgicas. Para o trabalhador hospitalar, esse tipo de risco é representado principalmente por infecções causadas por vírus, bactérias, rickettsias, clamídias e fungos. Exemplos desses tipos de exposição são os contatos com sangue, secreções de vias aéreas e demais secreções.

Os riscos químicos são determinados pela exposição às substâncias químicas, sob a forma de gases, partículas, poeiras, líquidos, que podem ser irritantes, intoxicantes e causar efeitos adversos no organismo, incluindo as dermatoses profissionais, alergias respiratórias, leucopenia, aplasia de medula, lesões celulares, alterações no DNA, más formações congênitas e abortos espontâneos (BULHÕES, 1998; SOUZA, 2000; MAURO et al., 2004) .

Os riscos físicos são determinados por agentes naturais ou artificiais e compreendem: as radiações ionizantes (raios-X, gama, beta, partículas de gama, prótons, nêutrons); as radiações não-ionizantes (ultravioleta, luz solar ou artificial, infravermelho, microondas, radiofrequência, raio laser); variações atmosféricas (calor, frio, pressão atmosférica); vibrações oscilatórias (ruído e vibração), umidade, eletricidade. Seus efeitos biológicos podem ser somáticos ou genéticos. São classificados, de acordo com seus efeitos, em somáticos – que causam radiodermites, câncer por exposições profissionais, cataratas, esterilidade, envelhecimento celular prematuro, hipoacusia e genéticos – que causam alterações nos gametas e repercutem em má-formação (BULHÕES, 1998).

Quanto aos riscos ergonômicos, para Marziale (1995), os relacionados ao trabalho de enfermagem estão associados à movimentação e ao transporte de pacientes, ao manuseio de equipamentos e materiais, às posturas prolongadas e inadequadas nos diferentes postos de trabalho, às flexões da coluna frequentes, ao organizar as enfermarias e ao assistir os pacientes, devido ao tipo de mobiliário não regulável e inadequado para os usuários, além de deslocamentos desnecessários realizados durante a jornada de trabalho.

Os riscos ergonômicos não se limitam, entretanto, à esfera mecânica, eles se estendem para a esfera psicossocial, estando diretamente relacionados com a organização do trabalho, parcelamento e rotinização das tarefas, falta de pausas para descanso, o que pode gerar tensão, insatisfação, desgaste, e, por fim, adoecimento psíquico dos trabalhadores (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

Os riscos psicossociais, por estarem abrigados na esfera da subjetividade, são muito difíceis de ser identificados e compreendidos, correndo assim o grande e grave risco de se considerarem normais os fatores estressores do trabalho de enfermagem.

O permanente cotejo do pessoal de enfermagem com o sofrimento, anormalidade, demência, incapacidade, morte, angústia dos doentes e de seus familiares leva-os, quase sempre, a minimizar os riscos aos quais está submetido no ambiente de trabalho e, mesmo fora dele. Além disso, essa confrontação é ela própria fonte de risco profissional: estresse, conflitos diversos, frustração diante do fracasso da assistência e das dificuldades para se prestar o melhor cuidado possível, de por em prática os princípios da bioética ou, simplesmente aquilo o que aprendeu na escola (BULHÕES, 1998, p. 145).

O trabalho hospitalar também se torna peculiar pela necessidade que impõe aos trabalhadores em lidar com a impotência, com a dor, o sofrimento e a morte. Souza (2003) assevera que a natureza do trabalho hospitalar de enfermagem suscita sentimentos muito marcantes e ambíguos, tais como piedade, compaixão e amor, culpa e ansiedade, ódio e ressentimento, contra ou a favor dos clientes e familiares. Esta característica inerente ao trabalho hospitalar de enfermagem representa um potencial desencadeador de desequilíbrios na esfera psicossocial dos trabalhadores, podendo ainda culminar em afecções psicossomáticas.

Este potencial adoecedor do trabalho hospitalar pode ser ainda exacerbado pelas condições inadequadas de trabalho, que tanto potencializam a exposição dos trabalhadores aos riscos do trabalho, quanto os limitam no desempenho das tarefas prescritas e assim repercutem negativamente na qualidade da assistência.

Sobre essa questão, Elías e Navarro (2006) concluem que os profissionais de enfermagem que atuam nos hospitais estão expostos às condições de trabalho precárias que, aliadas as suas próprias condições de vida, potencializam os riscos de adoecimento.

A cruel realidade das condições de trabalho dos hospitais brasileiros tem sido capaz de distanciar o enfermeiro da essência do seu trabalho, que é o cuidado direto ao paciente, característica que difere a enfermagem das demais profissões de saúde. Isso, porém, não representa uma idiosincrasia à profissão e sim às próprias condições de trabalho. Condições consideradas indignas e que deixam marcas de sofrimento no corpo físico, psíquico e social

de seus trabalhadores, através de incapacidades resultantes de acidentes, de doenças profissionais e envelhecimento precoce, além de crises de nervos, aumento do consumo de drogas (BULHÕES, 1998).

As distorções das condições de trabalho favorecem o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real. As atividades, que compõem as tarefas prescritas pela organização do trabalho, necessitam ser efetuadas por meios de artimanhas diversas, engendradas pelos trabalhadores de enfermagem para dar cabo da tarefa. Nesse contexto, pode haver inversões de papéis e um severo distanciamento do profissional de enfermagem do seu objeto de trabalho, que é o cuidado ao paciente, o que acaba por dificultar a consolidação de uma verdadeira identidade profissional.

Após esta construção teórica, verifica-se, então, que os riscos no ambiente hospitalar não são poucos e encontram-se ainda mais acentuados nos cenários de hospitais públicos, onde sobressaem graves problemas de escassez e inadequação de recursos dos mais variados, humanos e materiais, que contribuem para a exacerbação dos riscos laborais, além do distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real de enfermagem. Essas lamentáveis características encontram-se presentes no cenário escolhido para estudo e tornam-se ainda mais conflituosas, quando se verifica que é um hospital universitário, onde se desenvolvem atividades de ensino e pesquisa, assim, tal situação evidencia ainda mais o distanciamento entre o que é ensinado na academia e o que é de fato realizado na prática hospitalar.

1.3 A precarização do trabalho em saúde

O trabalho é, sem dúvida, um fator de centralidade na vida do indivíduo, nas sociedades contemporâneas (FRANCO, 2004). O trabalho, além de permitir a sobrevivência, também apresenta um valor psicossocial, devido ao sentido de utilidade, de pertencimento a um grupo, de definição de identidades, que avança para o campo da subjetividade. “Temos aí entrelaçadas as dimensões cultural – o valor simbólico atribuído ao trabalho nas sociedades produtivistas – e as marcas sociológicas (a ocupação, o emprego, a profissão, a carreira, a identidade de trabalhador)” (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001, p.140).

O trabalho é mais do que o ato de trabalhar ou de vender sua força de trabalho em busca de remuneração. Há também uma remuneração social pelo trabalho, ou seja, o trabalho enquanto fator de integração a determinado grupo com certos direitos sociais. O trabalho

tem, ainda, uma função psíquica: é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados. Processos como reconhecimento, gratificação, mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade e da subjetividade (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p.31).

A compreensão do significado do trabalho é um processo complexo, pois devem ser considerados os efeitos do trabalho nas diferentes esferas do viver: a social, a econômica e a psíquica. Assim, a temática trabalho torna-se de interesse comum de diversas ciências, na tentativa de dar conta de toda essa complexidade que o envolve.

O trabalho constrói a história da humanidade na sua busca contínua de transpor limites na luta pela sobrevivência e por melhores formas de concretizar projetos, desejos, sonhos e... sermos felizes [...] Os sujeitos reconhecem-se, realizam-se e se apresentam à sua sociedade produzindo não só objetos, mas uma condição que é efetivamente sua, a de trabalhador(a). Dessa forma, o trabalho humano assume um significado que perpassa a estrutura socioeconômica, a cultura, as necessidades, os valores, a subjetividade daqueles que trabalham (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001, p.59)?

Diante da complexidade que envolve a realidade do trabalho, as muitas ciências que dela se ocupam tendem a delimitar seus campos de ação e conhecimento, sem, contudo, ignorar a interdependência existente entre os mesmos. Assim, a Economia aprecia o valor do produto ou serviço a ser prestado. As atenções da Fisiologia e da Psicologia voltam-se para os componentes físicos e mentais da atividade. A Sociologia interessa-se pelas relações estabelecidas entre trabalhadores, patrões, clientela (BULHÕES, 1998).

O trabalho, da maneira como é organizado, constrói e reconstrói o agir e o pensar dos indivíduos. E a organização do trabalho, tal como se caracteriza, impõe mudanças na vida do trabalhador, que não se limitam apenas aos espaços de trabalho e sim se expandem para a sua vida familiar, social, afetiva (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001). Essas exigências do trabalho podem ser representadas sob as formas de saúde ou doença. Assim, o trabalho tanto pode ser gerador de alienação e descompensação psíquica como também de emancipação e saúde. Neste contexto, o reconhecimento do trabalho é peça fundamental nesta engrenagem de significação do trabalho, à medida que ele pode até conferir um sentido ao sofrimento, vivenciado pelo trabalhador, e favorecer a sua transformação em prazer (MERLO et al., 2003). “A organização do trabalho, ao atingir o indivíduo, modifica a sua maneira de enfrentar os riscos e traz efeitos sobre a saúde ainda não perfeitamente conhecidos e dimensionados” (ASSUNÇÃO, 2003, p. 1006).

As transformações da organização do trabalho, ao longo do tempo, tornam os trabalhadores sujeitos e ao mesmo tempo expectantes dessas transformações. Ressalta-se que as mudanças na configuração das organizações laborais acontecem à medida que precisam

adequar-se as novas conjunturas de trabalho, como também os trabalhadores são forçados a esta adequação para não sentirem o peso da exclusão social e econômica.

Na realidade, o objetivo dessas mudanças é ampliar a rentabilidade do capital face à crise capitalista que se arrasta desde 1970. Assim, torna-se necessário disciplinar os trabalhadores, adestrá-los, apropriando-se de sua subjetividade, a tal ponto que a expropriação do seu trabalho e a superexploração sejam vistas como naturais neste processo e, então, estes trabalhadores se colocam como fiéis parceiros do capital. As consequências desse processo são sentidas de maneira cada vez mais intensa na esfera da socialização, pois a família, a escola, o cotidiano das cidades, as relações são afetadas e modificadas drasticamente (BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001).

As modificações ocorridas pela diferenciação dos processos de trabalho na produção: fordismo, taylorismo e toyotismo, ou acumulação flexível, pressupõem, na ordem do capital, formas diferenciadas de exploração, culminando na acumulação flexível, cujas repercussões profundas afetam a “objetividade e subjetividade da classe-que-vive-do-trabalho, e, portanto a sua forma de ser” (ANTUNES apud ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p.3).

Os reflexos dessas mudanças econômicas sobre a saúde dos trabalhadores existem, porém nem sempre são facilmente identificáveis e, por vezes, são negligenciados e minimizados em sua relevância. Assim, perduram as exigências capitalistas por polivalência, criatividade, iniciativa, capacidade adaptativa, prontidão para a produtividade, as quais acabam conduzindo os trabalhadores para o sofrimento psíquico e/ou as doenças psicossomáticas.

A globalização marca a vida de cada um e, para os trabalhadores, marca, sob a forma de dramas pessoais. Existe um paradoxo contemporâneo que alimenta esses dramas: exigência de trabalhadores polivalentes, instruídos, com iniciativa, mas sem margens para decidir sobre os meios e fins. Por esse motivo, o sociólogo francês Bourdier rebatiza o fenômeno como flexploração que aparece na organização do trabalho das empresas como necessária às novas formas de produção comandadas pelo mercado (ASSUNÇÃO, 2003, p.1006-1007).

Segundo Lancman e Sznelwar (2008), as mudanças ocorridas no mundo do trabalho acabam configurando uma mudança de perfil da classe trabalhadora, favorecendo a redução da classe operária industrial e a expansão do trabalho no setor de serviços. Assim, o operário antes especializado cede lugar para o polivalente, capaz de realizar tarefas múltiplas. Porém, a rapidez dos avanços tecnológicos e mutações organizacionais impossibilitam o acompanhamento cognitivo do trabalhador, resultando na desqualificação do seu saber-fazer e sua experiência acumulada, o que torna o mundo do trabalho perverso e excludente.

As mudanças ocorridas no modelo econômico hegemônico (taylorismo / fordismo), tornaram-se necessárias e iniciaram-se face à crise estrutural do capitalismo em 1973. Como afirmam Abramides e Cabral (2003, p.3):

(...) essa crise estrutural cinge, em sua gênese, a própria crise mundial do petróleo e a queda tendencial da taxa de lucro. Em réplica a esses fatos, o capital busca alternativas para retomar seus níveis de acumulação, que se expressam em novas formas de gestão e controle do trabalho, e obtêm a ampliação da exploração da força de trabalho, pela mais-valia relativa (inovação tecnológica) e pela mais-valia absoluta (ampliação do ritmo de trabalho).

Nesse processo de crise, a introdução, difusão e generalização do modelo taylorista é marcante. Taylor formulou uma forma de organização que é caracterizada pelo amplo funcionamento das tarefas e simultâneo monitoramento dos movimentos dos trabalhadores. Essa rigidez de controle objetivava a eficiência como meta e princípio. Esse modelo foi aperfeiçoado por Henry Ford, com o desenvolvimento da concepção de linha de montagem (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

O fordismo surgiu em 1914, quando Henry Ford introduziu uma nova maneira de organização o trabalho industrial: produção em massa, através de linhas de montagem e de produtos mais homogêneos; através do controle do tempo e movimentos, pelo cronômetro taylorista e produção em série fordista. Este modelo tradicional, que caracteriza a indústria capitalista, apresenta também uma dissociação entre a elaboração e a execução do processo de trabalho, com a fragmentação de funções e trabalho parcelado. Sob a ótica fordista, produção em massa (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Esta lógica fordista foi observada por mim durante o período da Residência de Enfermagem em que, mediante a escassez de trabalhadores, os profissionais de enfermagem viam-se diante da necessidade de administrar cautelosamente o tempo durante o plantão, de modo a dar conta das inúmeras tarefas necessárias para assegurar o cuidado ao paciente. E ainda, por inúmeras vezes, o enfermeiro pressionado pela necessidade de atender, simultaneamente, as tarefas administrativas e assistenciais, tinha que aumentar seu ritmo de trabalho. Também observava o parcelamento das atividades, a famosa escala por tarefas, que, por sua vez, está em adequação à lógica fordista de racionalização do tempo. Desta forma, devido à configuração da organização do trabalho, o cuidado acabava sendo fracionado a fim de otimizar o tempo. O processo de transição entre um modelo e outro é sutil e gradativo, assim é possível observar características de diferentes modelos de forma concomitante, contribuindo para acentuar a exploração do trabalhador em sua força de trabalho. A rígida divisão das tarefas, característica marcante do fordismo, vem cedendo lugar, mas sem

desaparecer completamente, a formas mais horizontais e aparentemente mais autônomas de organização do trabalho, possibilitando a intensificação da exploração dos trabalhadores (ASSUNÇÃO, 2003, p.1007).

No toyotismo, modelo japonês, a ideologia é um tanto distinta do fordismo, porém a exploração da mão-de-obra prevalece, sob a ótica política mascarada de defesa da vida dos trabalhadores. Pretende atingir a subjetividade destes, sua consciência de classe, organização e valores, elegendo o trabalhador como controlador de si mesmo. Há um envolvimento cooptado do trabalhador, onde a empresa é vista como uma extensão da casa, metas e objetivos são traçados para que o trabalhador se destaque na empresa, como estratégias para amenização dos processos de lutas sindicais reivindicatórias da classe trabalhadora (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

A lógica de produção em massa é substituída no toyotismo pela reivindicação do estoque zero, exigindo, por sua vez, uma estocagem subjetiva permanente, haja vista que os trabalhadores necessitam estar sempre atentos e disponíveis para lidar com os eventos. Há nos meios de trabalho determinadas situações como infidelidades/precarizações do meio, demandando um tipo de gestão aleatória, marcada pelos jeitinhos, exigidos dos trabalhadores para darem conta das imprevisibilidades e da elevada variabilidade. Outras lógicas tornam-se então marcantes no toyotismo, tais como o *just in time*, que objetivava o melhor aproveitamento possível do tempo de produção, incluindo também o tempo de transporte, o controle de qualidade e o estoque; e o sistema *kanban*, em que placas ou senhas para reposição dos preços e de mercadorias, garantem a manutenção do mínimo estoque, sendo tudo repostado de acordo com a demanda (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001; MERLO, et al. 2003).

Na realidade não existem demarcações cronológicas precisas de transição de um modelo econômico para outro, para Merlo (2003), no caso do Brasil, o que existe é uma combinação de diferentes propostas de gestão do processo produtivo, onde atuam sinergicamente agressões oriundas dos modelos tradicionais (taylorista/fordista) com as novas formas de gestão japonizadas (*just in time e kanban*). Esta articulação de modelos produtivos determina o que os autores denominam como “modelo frankenstein”, em que as linhas de montagem e esteiras de produção convivem lado a lado com programas de qualidade total ou células de produção.

Concretamente, porém, não se pode afirmar que tudo seja toyotismo, pois o processo de desfordização encontra-se em curso. Portanto os processos de trabalho expressam-se de forma mesclada e diferenciada em diversos países, acarretando o desemprego tecnológico,

associado ao forte desemprego estrutural inerente à profunda crise de capital. É importante ressaltar que no cenário produtivo brasileiro convivem as novas tecnologias do processo de acumulação flexível e sua forma estruturante de trabalho com processos de trabalho fordista/taylorista clássicos (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p.5 e 9).

Ainda segundo Abramides e Cabral (2003), o processo de reestruturação capitalista envolve dois tipos de reajustes estruturais: o de reestruturação produtiva e o de reestruturação política do Estado referenciado ao neoliberalismo. O neoliberalismo propõe a necessidade de combater as raízes da crise que se originava no poder sindicalista e no movimento reivindicatório operário, que forçavam gastos sociais maiores do Estado para dar conta de tais reivindicações. Assim, suas bases programáticas concentravam-se no “Estado mínimo” e no “máximo de mercado”, regendo-se pela soberania do mercado, onde ele se torna mínimo para os trabalhadores e máximo para o capital, à medida que os interesses privados sobrepõem-se aos interesses públicos.

No Brasil, o neoliberalismo inicia-se no final do governo Sarney, perpassando os governos Collor e Itamar, consolidando-se no de Fernando Henrique Cardoso (1994-2002). Sua implantação vem imprimindo uma política caracterizada pela privatização de estatais e de serviços públicos, redução de gastos sociais até mesmo via demissão de trabalhadores públicos, quebra de monopólios com abertura para capitais estrangeiros, privatização de setores estratégicos ligados à internacionalização (petróleo, telecomunicações, siderurgia e mineração), mercantilização de políticas sociais aliadas a refilantropização na área da assistência, além da privatização de direitos sociais tais como a saúde, a educação, a previdência e a assistência (ABRAMIDES; CABRAL, 2003).

Inicia-se, então, o processo de acumulação flexível de capital, que vem promovendo um turbilhão de severas mudanças na produção, na organização do trabalho, nas condições de trabalho e nas relações de trabalho, que representam uma constante ameaça à estabilidade do trabalhador, gerando medos, apreensão, coação e quebra da liberdade do trabalhador para interferir no processo produtivo em que se insere (ASSUNÇÃO, 2003).

A noção de flexibilização pressiona os modos de produzir de forma a colocar-se como elemento-chave na organização do trabalho: organização flexível e trabalhador flexível são objetivos da política de gestão do trabalho. Essas estratégias geralmente se concretizam nas formas de subordinação do trabalhador às necessidades da organização, de modo a exigir uma flexibilização da vida em nome do cumprimento das exigências trazidas pelo trabalho. As novas formas de gestão têm por objetivo a gestão das subjetividades, a partir de uma incorporação das metas e objetivos da empresa, buscando negar, dessa forma, a exploração da força de trabalho (TITTONI e NARDI, 2006, p. 279).

A nova lógica de flexibilização fomenta variáveis de produtividade que buscam a qualidade total dos processos e produtos, incrementando o controle do processo de trabalho,

reduzindo desperdícios de tempo e materiais. Além disso, essa lógica busca incrementar inovações tecnológicas como forma de enfrentar a competição mundial ou então realiza reformas organizacionais, sem investimentos em tecnologia, objetivando o mesmo enfrentamento com custos mais reduzidos, como é o caso do Brasil. Focando-se nas demandas do cliente e nas flutuações do mercado, molda os trabalhadores através de treinamentos, para que sejam capazes de produzir produtos de qualidade em curto tempo. De maneira oposta, essa lógica é acompanhada pelo estabelecimento de trabalhos precários, subcontratações em massa, configurada por uma externalização de riscos e responsabilidades acompanhada de redução de salários e de empregos (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; BORGES; MOULIN; ARAÚJO, 2001).

No que tange às repercussões desta nova lógica na saúde dos trabalhadores, a flexibilização manifesta-se de diferentes formas entre os países mais industrializados e os menos desenvolvidos e mais vulneráveis economicamente.

Nos países mais industrializados, ocorreu uma diminuição significativa do número de lesões graves, devido às mudanças no trabalho industrial. No entanto, a natureza das novas organizações aumenta outras formas de adoecimento, tais como: afecções músculo-esqueléticas, estresse, problemas psíquicos, reações asmáticas e alérgicas, problemas decorrentes de agentes tóxicos e cancerígenos. No Brasil, por suas características de desenvolvimento e por sua vulnerabilidade às variações da economia internacional, os efeitos da globalização foram ainda mais perversos: os distúrbios osteo-musculares e as lesões por esforços repetitivos – DORT/LER, além dos transtornos psíquicos, são hoje as principais causas de afastamento no trabalho e de aposentadorias precoces, com forte impacto nas contas da Previdência (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p.29).

A flexibilização exige um novo perfil de trabalhador, capaz de acompanhar as mutações da lógica produtiva e a nova forma de organização do trabalho. Para Lancman e Uchida (2003), a flexibilização surge como uma necessidade imposta pela nova ordem econômica, impondo outros desafios à subjetividade. Na ótica da subjetividade, sob a égide neoliberal, a flexibilização é entendida como um fenômeno positivo em comparação com a intenção do taylorismo, tendo em vista que não pretende controlar nem amordaçar a subjetividade dos trabalhadores. Características como a criatividade, a iniciativa própria, a sensibilidade, a maturidade pessoal, a capacidade de interação interpessoal, a liderança devem ser desenvolvidas nos trabalhadores atuais. Para que seja possível obter vantagens competitivas e agregar valores é necessário valorizar este novo perfil psicológico dos trabalhadores.

Porém, essas novas exigências aos trabalhadores não são acompanhadas pela garantia de segurança e dignidade quanto à manutenção de direitos trabalhistas. Assim, a lógica de

flexibilização traz consigo a lógica de precarização, como forma de manipulação da subjetividade dos trabalhadores em prol do capital.

A flexibilização dos contratos de trabalho favoreceu a criação de formas de inserção mais instáveis. Emprego, estabilidade, aposentadoria ou carreira profissional linear e progressiva começam a ceder espaço a novas relações no mercado de trabalho, tais como: trabalho informal, terceirização de serviços, oferta de trabalho autônomo, postos de trabalho temporários, subcontratos e terceirização (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p. 28).

Para Lancman e Uchida (2003), falar em precarização do trabalho implica compreender que a subjetividade dos trabalhadores é duramente atingida, pois o trabalhador vem perdendo uma gama de direitos trabalhistas adquiridos, como conquista de proteção social e psíquica das pessoas.

A flexibilidade toma a forma da precariedade, e o trabalhador subjetiva-se como um sujeito inseguro e instável, sujeitados pelo medo do desemprego e à mercê dos movimentos do mercado de trabalho. Docilizado pelo medo e pela necessidade de sobrevivência, o trabalhador torna-se mais frágil na busca da transformação das relações de trabalho. Essa precariedade enfraquece a posição do sujeito trabalhador nos jogos de verdade, pois o medo tem como efeito paradoxal a individualização das ações, na lógica do “salve-se quem puder” e do “cada um por si” (TITTONI; NARDI, 2006, p.279).

Essa fragilidade do trabalhador, mediante as ameaças de desemprego do novo contexto organizacional, confere-lhe a característica de vulnerabilidade, que marca a violência atual, num processo cruel de exclusão social e desapropriação do poder de negociação dos trabalhadores, por sua vez, caracterizado por trajetórias de labilidade dos vínculos sociais até uma ruptura completa (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997).

Esta lógica de restrição de oportunidades termina por atingir as condições de trabalho daqueles que ainda estão empregados. Os assalariados terminam por ceder à precarização das condições de trabalho, às perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, bem como dos mecanismos de proteção e de fiscalização em relação à saúde, expondo-se mais aos riscos de adoecimento e de acidentes. A perda do poder de barganha de quem procura emprego-e a precarização econômica-leva os trabalhadores à escolha simples entre um mau trabalho ou trabalho nenhum (LANCMAN; SZNELWAR, 2008, p.28-29).

Assim, entende-se que a precarização, advinda da implantação da lógica organizacional de acumulação flexível de capital, atinge as relações de trabalho, no que diz respeito aos vínculos empregatícios instáveis, e também as condições de trabalho, num processo de continuidade entre as diferentes precarizações. No contexto do trabalho em saúde, Assunção e Belisário (2007, p.23) assim descrevem o movimento de precarização:

Para garantir seus empregos, os trabalhadores da saúde se submetem à flexibilidade das mudanças nos processos produtivos, gerando um estado de precariedade que, sendo

transversal ao trabalho e ao emprego, manifesta-se como movimento de uma esfera para outra, atingindo diferentes níveis. Convencionou-se tratar esse movimento transversal de precarização, ou seja, um movimento constante de uma esfera a outra, que transforma num continuum as formas de contrato, os tipos de desemprego, os modelos de gestão, a organização do trabalho e a exposição aos riscos ambientais.

Diante das incertezas, da instabilidade e da insegurança advindas da configuração do mundo do trabalho atual, é compreensível que o trabalhador se submeta aos múltiplos empregos, situação frequente na enfermagem. Para assegurar o somatório dos diversos salários na tentativa de garantia de uma boa remuneração, os trabalhadores de enfermagem submetem-se a uma carga horária excessiva em trabalhos que requerem atenção constante, esforço físico e grandes responsabilidades. O tempo destinado para lazer, estudo, vida familiar e cuidado com a própria saúde é cada vez mais restrito. Trabalhar torna-se então uma obsessão, que negligencia o fato de exposição adicional aos inúmeros riscos, presentes nos diversos ambientes de trabalho, principalmente quando se trata de trabalhos precarizados em suas condições e relações (BULHÕES, 1998). O sofrimento físico e mental dos trabalhadores tende a aumentar, cada vez mais, neste contexto perverso de trabalho.

A precarização pode ser definida de maneira descritiva tanto em relação às novas formas de emprego, designadas como atípicas, quanto em relação às condições de trabalho em função do enfraquecimento ou perda dos direitos sociais, sindicais, de prevenção e de reparação dos riscos. Inclui o trabalho a domicílio, a terceirização, o trabalho em tempo parcial, o trabalho informal, os contratos temporários, o trabalho sazonal, mas também designa aqueles nos quais a organização é rígida e é intenso o sofrimento físico e mental (BRITO, 2000, p. 200).

O problema das más condições do exercício do trabalho no setor saúde tem-se tornado tão alarmante que vem despertando a atenção de importantes instâncias governamentais, suscitando a necessidade de planejamento de estratégias capazes de reverter tal precarização. “A noção de trabalho precário tem sido utilizada para indicar a ausência dos direitos sociais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 2006, p.5).

O trabalho no setor saúde ocupa diversos campos possíveis de atuação, o que faz reduzir consideravelmente a capacidade de controle das condições do seu exercício. O desejável processo de flexibilização do trabalho neste setor acabou transformando suas condições, prevalecendo a precariedade. A ausência dos direitos e benefícios trabalhistas na área da saúde ocasiona um alto grau de desmotivação e conseqüente rotatividade dos trabalhadores, prejudicando a continuidade das políticas e programas de atenção à saúde (BRASIL, 2006).

O trabalho precário em saúde tem sido identificado como um obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde, comprometendo a relação dos trabalhadores

com o sistema e prejudicando a qualidade e continuidade dos serviços essenciais prestados pelo SUS [...] o governo entende ser importante o processo de desprecarização dos vínculos do trabalho em saúde com a finalidade de implantar e concretizar uma política de valorização do trabalhador (BRASIL, 2006, p.12).

As condições precárias que vêm caracterizando o trabalho no setor público de saúde têm despertado a necessidade de iniciativas concretas para a reversão deste quadro. Assim, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, criou o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho do SUS, o chamado DESPRECARIZA SUS, que tem o objetivo de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas de governo (BRASIL, 2006).

As iniciativas para a solução desse problema não devem centralizar-se apenas na garantia de sucesso e continuidade dos programas de atenção à saúde da população, mas também devem centrar-se na saúde do trabalhador da saúde, uma vez que os efeitos da precarização das condições e relações de trabalho não se limitam apenas ao espaço laboral, invadindo também as esferas familiar e social, com repercussões negativas na saúde física e mental do trabalhador, o que representa importante ônus a previdência social.

Castel apud Lancman e Sznalwar (2008), sustenta que o trabalho não só é a matriz da integração social como também existe forte relação entre desemprego e fragilização das relações familiares, vinculadas à perda de status social e degradação da condição salarial. Essa vulnerabilidade é expressa no aumento do número de divórcios e na fragilização das relações com os filhos, destruindo a consolidação da matriz familiar. Também devem ser considerados os efeitos nocivos da precarização sobre a saúde do trabalhador.

A precarização das relações de trabalho é expressão de um conjunto de efeitos sobre a saúde do trabalhador, como estafas, fadigas, ansiedades e insegurança permanente, dores lombares e generalizadas, distúrbios emocionais, dentre outros. Portanto, os males da saúde ocasionados pela ausência de trabalho não somente aqueles vinculados à queda do nível de qualidade de vida e, conseqüentemente, da condição geral de saúde, mas, também aqueles relacionados ao sofrimento mental advindos do sentimento de impotência individual, sensação de carência de sentidos de vida, ausência de normas, distanciamento cultural e isolamento social, que resultam normalmente em respostas psicológicas básicas, como agressão, repressão, fixação (comportamentos rígidos e estereotipados), apatia etc (ABRAMIDES; CABRAL, 2003, p.9).

O quadro de precarização do trabalho instala também um quadro de desrespeito e desvalorização da saúde do trabalhador, suscitando a urgente necessidade de busca efetivas por soluções capazes de resgatar, o respeito, a dignidade, a autonomia, a promoção da saúde e prevenção de agravos à integridade física, mental e social da classe trabalhadora.

2 A TRILHA METODOLÓGICA

2.1 A caracterização do estudo

Pelo fato de o objeto deste estudo tratar da percepção de um fenômeno, o que envolve vivências particulares, valores, visão de mundo, sentimentos, aspectos que se relacionam a um caráter subjetivo, a abordagem qualitativa mostrou-se mais adequada à compreensão do objeto e a contemplação dos objetivos traçados.

Flick, Von Kardorff e Steinke (2000) afirmam que a pesquisa qualitativa entende a realidade social como construção e atribuição social de significados, enfatiza o caráter processual e a reflexão e considera relevantes as condições objetivas de vida por meio de significados subjetivos.

A escolha metodológica deve ser feita buscando a coerência com o objeto de estudo e a efetividade no alcance dos objetivos traçados para o mesmo. Assim, em se tratando dos estudos que se voltam à análise da subjetividade do trabalhador, sob diferentes focos, Carvalho in Codo e Sampaio (1995, p.59), propõe a seguinte orientação metodológica básica:

O estudo baseado no “pensar” e “sentir” dos trabalhadores, dando espaço à fala, às suas expressões singulares, mas também um trabalho de interpretação, buscando desvendar o discurso enquanto uma estrutura de representação que provoca a emergência da subjetividade e nos informa sobre a cena do trabalho, assim como dos processos-respostas colocados em prática pelo trabalhador em sua relação com a organização do trabalho. Análise basicamente qualitativa, que coloca no centro a subjetividade como instrumento de conhecimento.

Tal opção justifica-se devido ao não compromisso em produzir generalizações do objeto estudado e em realizar medidas e conclusões quantitativas do mesmo. Pretendeu-se, então, através desta escolha metodológica, dar conta da subjetividade característica do objeto: a percepção do trabalhador de enfermagem sobre as adaptações e improvisações, no ambiente hospitalar, e suas implicações para a saúde do trabalhador. Sobre a abordagem qualitativa de pesquisa, Leopardi (2001, p.135) destaca que:

Com a pesquisa qualitativa, tenta-se compreender um problema da perspectiva dos sujeitos que o vivenciam, ou seja, parte da vida diária, sua satisfação, desapontamentos, surpresas e

outras emoções, sentimentos e desejos. Atenta-se, portanto, ao contexto social no qual o evento ocorre.

A pesquisa qualitativa se volta à análise dos significados que os próprios sujeitos atribuem às suas ações, no meio social em que acontecem as suas relações, isto é, ela estuda os vínculos indissociáveis das ações individuais com o contexto social, no qual este indivíduo está inserido. (CHIZZOTTI, 2001).

Assim, percebe-se que a metodologia qualitativa permite que seja atribuída a necessária importância à vivência do fenômeno em foco e também ao contexto social no qual ele ocorre. Tal característica atende às necessidades de investigação do objeto de estudo, visto que, ao adaptar ou improvisar, parte-se do pressuposto de que existe um contexto local que acaba por induzir o envolvimento do trabalhador em tais práticas. E não é só isso, o contexto no qual elas ocorrem podem favorecer respostas diversas na saúde do trabalhador.

Esta pesquisa também foi de natureza descritiva. Os estudos de caráter descritivo caracterizam-se pela necessidade de explorar uma situação não conhecida da qual se tem necessidade de maiores informações (LEOPARDI, 2001). A pesquisa descritiva ajuda a compreender a realidade estudada, pois a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Segundo Minayo (1999, p.13), “a discussão do conceito de metodologia qualitativa não deve nos levar a pensá-la como simples alternativa à metodologia quantitativa, mas sim a aprofundar o caráter social da pesquisa e as dificuldades na construção do conhecimento”.

Assim, entende-se, por meio das definições da pesquisa qualitativa, que o objeto estudado nesta pesquisa não deve ser entendido de forma generalizada e imutável, tendo em vista que é carregado de subjetividades, próprias do sujeito que vivencia o fenômeno, e que, por sua vez, atribui a este, múltiplos significados, que podem ser até contraditórios.

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito. O conhecimento não se reduz a um rol de dados isolados, conectados por uma teoria explicativa; o sujeito-observador é parte integrante do processo de conhecimento e interpreta os fenômenos, atribuindo-lhes um significado. O objeto não é um dado inerte e neutro; está possuído de significados e relações que sujeitos concretos criam em suas ações. (CHIZZOTTI, 2001, p. 79)

2.2 O cenário do estudo

O cenário escolhido para o desenvolvimento do estudo foi um hospital público, universitário, localizado na cidade do Rio de Janeiro. É um hospital de grande porte, que oferece tratamentos clínicos, cirúrgicos e ambulatoriais, gerais e especializados. Funciona como campo de aprendizado para a atuação de acadêmicos e para profissionais vinculados a programas de pós-graduação e treinamento em serviço. Oferece ainda as oportunidades de realização de diferentes estágios profissionais, e é muito procurado pelas diferentes categorias da enfermagem para o aprimoramento profissional.

A escolha desse cenário se justifica por ter sido a sede principal da motivação para o desenvolvimento do estudo. Apresenta em seu cotidiano situações de precariedade das condições e até mesmo das relações de trabalho, tendo em vista que a população de enfermagem do referido hospital é composta por profissionais contratados, além dos efetivos; vivencia a situação de enxugamento da máquina pública, que leva a cada ano a um repasse menor de verbas pelo Estado, resultando em cortes de recursos humanos e materiais, dentre outras situações características da política neoliberal. É, portanto, um dos retratos da realidade dos hospitais públicos do estado do Rio de Janeiro.

Dentro desse grande cenário, foram selecionados os microcenários para a realização da coleta de dados, os quais se caracterizaram como: uma UTI (Unidade de Terapia Intensiva) especializada em Cirurgia Cardíaca e quatro unidades de enfermagem cirúrgica (Cirurgia Geral, Cirurgia Torácica, Neurocirurgia e Cirurgia Vascular).

A escolha pela UTI se deu pelo fato ter sido o local em que mais me aproximei da situação das adaptações/improvisações, enquanto lá atuava, permitindo o desenvolvimento de reflexões acerca da complexidade da situação aqui problematizada.

Por outro lado, as enfermarias cirúrgicas mostraram-se cenários relevantes para o desenvolvimento do estudo, pelas características da assistência prestada, que demanda um grande número de procedimentos de enfermagem, principalmente quando o cliente encontra-se em fase de pós-operatório, em que são necessários os curativos, as drenagens de secreção, dentre outros cuidados, que assim oferecem grandes oportunidades de realização de adaptações/improvisações.

Nesses cenários de atuação de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, diferenciam-se as enfermarias cirúrgicas da unidade de terapia intensiva pela característica da assistência prestada, pelo aparato tecnológico e também pelo fato de que, nesta última, há enfermeiros diuturnamente, em todos os dias da semana. Ressaltando-se também que o quantitativo de profissionais é maior na unidade de terapia intensiva, haja vista a caracterização da assistência, com base na classificação dos clientes e sua gravidade. O mesmo não ocorre com as enfermarias em que há apenas enfermeiros diaristas, assim os trabalhadores que assumem a continuidade da assistência nos períodos da tarde e da noite são somente os auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa diferença entre o quantitativo do pessoal de enfermagem nos diferentes setores em que foi realizada a coleta de dados contribuiu para uma maior participação, no estudo, dos profissionais da unidade de terapia intensiva, conforme será descrito adiante.

2.3 Os sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram trabalhadores das equipes de enfermagem dos cenários escolhidos, compreendendo onze enfermeiros, três auxiliares de enfermagem e seis técnicos de enfermagem, totalizando um grupo de vinte sujeitos.

A seguir, apresenta-se a síntese das principais características dos sujeitos:

Pseudônimo	Categoria Profissional	Idade	Setor de atuação	Tempo de Exercício da Enfermagem
Trabalhador 1	Técnico de Enfermagem	45 anos	CTI cardíaco	16 anos
Trabalhador 2	Enfermeiro	31 anos	CTI cardíaco	08 anos
Trabalhador 3	Técnico de Enfermagem	42 anos	CTI cardíaco	15 anos
Trabalhador 4	Enfermeiro	26 anos	CTI cardíaco	02 anos
Trabalhador 5	Enfermeiro	26 anos	CTI cardíaco	03 anos
Trabalhador 6	Enfermeiro	46 anos	CTI cardíaco	23 anos
Trabalhador 7	Enfermeiro	43 anos	CTI cardíaco	18 anos
Trabalhador 8	Auxiliar de Enfermagem	40 anos	CTI cardíaco	20 anos
Trabalhador 9	Auxiliar de Enfermagem	49 anos	CTI cardíaco	26 anos
Trabalhador 10	Técnico de Enfermagem	55 anos	CTI cardíaco	19 anos
Trabalhador 11	Auxiliar de Enfermagem	38 anos	Cirurgia Geral	21 anos
Trabalhador 12	Enfermeiro	25 anos	Cirurgia Geral	03 anos
Trabalhador 13	Enfermeiro	29 anos	Cirurgia Geral	02 anos
Trabalhador 14	Enfermeiro	26 anos	Cirurgia Geral	03 anos
Trabalhador 15	Técnico de Enfermagem	32 anos	Cirurgia Vascular	10 anos
Trabalhador 16	Enfermeiro	25 anos	Neurocirurgia	02 anos
Trabalhador 17	Enfermeiro	24 anos	Cirurgia Vascular	02 anos
Trabalhador 18	Técnico de Enfermagem	21 anos	Neurocirurgia	03 anos
Trabalhador 19	Enfermeiro	44 anos	CTI cardíaco	24 anos
Trabalhador 20	Técnico de Enfermagem	51 anos	Cirurgia Torácica	07 anos

Quadro 1: A Caracterização dos Sujeitos

Onze dos sujeitos trabalham na UTI especializada em cirurgia cardíaca, quatro nas enfermarias de Cirurgia Geral, dois nas enfermarias de Cirurgia Vascular, dois nas enfermarias de Neurocirurgia e um na enfermaria de Cirurgia Torácica.

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão dos sujeitos: o desejo e a disponibilidade de participação no estudo e um tempo mínimo de atuação profissional de pelos menos seis meses.

O número dos sujeitos foi estabelecido pelo critério de reincidência e riqueza das informações coletadas, até porque a questão quantitativa neste estudo não se fez estritamente relevante. Desta forma, quando a qualidade das informações coletadas permitiu responder às questões norteadoras e o alcance dos objetivos determinou-se o fim da coleta.

A pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade. Uma pergunta importante neste item é “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” A amostragem boa é aquela que possibilita abranger a totalidade do problema investigado em suas múltiplas dimensões (MINAYO, 1994, p. 43).

Informa-se que não houve problemas em contatar os sujeitos e percebeu-se um desejo dos trabalhadores de enfermagem em falar sobre a temática e em tentar contribuir com a construção deste estudo.

As idades dos sujeitos permitiram o seu agrupamento em três faixas etárias: entre vinte e trinta anos, com oito sujeitos; entre trinta e um e cinquenta anos, com dez sujeitos e acima de cinquenta anos, com dois sujeitos. Ressalta-se que não foi perceptível nenhuma diferença na consistência dos dados que possa estar relacionada à idade dos sujeitos.

Quanto ao tempo de exercício da enfermagem, os sujeitos puderam ser agrupados em três faixas de anos de atuação: até dez anos, com onze sujeitos, entre dez e vinte anos, com cinco sujeitos e acima de vinte anos de exercício, com quatro sujeitos. Esses anos de exercício referidos dizem respeito ao tempo total de atuação na área da enfermagem, e não apenas o tempo de atuação no cenário de estudo.

2.4 O instrumento de coleta de dados

A pesquisa utilizou como técnica de coleta de dados a entrevista individual, instrumentalizada através de um roteiro de entrevista. Para Gil (1999), a entrevista é uma técnica em que o investigador se apresenta frente ao investigado, formulando perguntas com o objetivo de obtenção de dados que interessam à pesquisa. É, portanto, uma forma de interação social em que uma das partes busca coletar dados e a outra se apresenta como fonte de conhecimento/informação. Segundo Rampazzo (2004, p. 110), “a entrevista é um encontro

entre duas pessoas a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

A entrevista é um momento de intensa interação social no qual o clima de cordialidade e respeito é imprescindível.

É de fundamental importância que desde o primeiro momento se crie uma atmosfera de cordialidade e simpatia. O entrevistado deve sentir-se absolutamente livre de qualquer coerção, intimidação ou pressão. Desta forma, torna-se possível estabelecer o rapport (quebra de gelo) entre entrevistador e entrevistado (GIL, 1999, p. 124).

O roteiro de entrevista foi composto por perguntas fechadas, correspondentes aos dados de identificação dos sujeitos, como pseudônimo, idade, sexo, categoria profissional, tempo de serviço e, posteriormente, por perguntas abertas sobre questões referentes ao objeto de estudo (APÊNDICE A).

Para Minayo (1999), a entrevista semiestruturada é aquela que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, através das quais o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Sobre os tipos de dados possíveis de serem coletados por meio das entrevistas semiestruturadas, Triviños (1987, p.27) assevera que:

[...] parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu raciocínio e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

2.5 A coleta de dados

Precedendo a minha inserção no cenário do estudo, solicitei o consentimento dos chefes de serviço das mencionadas unidades para realização das entrevistas, estando, de antemão, respaldada pelo parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da instituição em que se desenvolveu o estudo.

A coleta de dados ocorreu no mês de julho de 2009, período no qual estive presente no cenário por sete dias alternados, nos turnos da manhã e da tarde, abordando os trabalhadores de enfermagem diaristas e plantonistas diurnos.

Apesar de as entrevistas não terem sido pré-agendadas, as abordagens foram realizadas no momento mais oportuno aos sujeitos, havendo sensibilidade e bom senso na escolha desses momentos, por ambas as partes, de modo a não prejudicar as ações de cuidado aos clientes e a favorecer a atenção e disponibilidade dos sujeitos.

Antes da aplicação da coleta dos dados, realizei um pré-teste com dois trabalhadores de enfermagem de unidades diferentes daquelas selecionadas. A partir desse pré-teste, foi possível realizar alguns pequenos ajustes na formulação escrita das perguntas, haja vista que as respostas obtidas foram muito objetivas, curtas e pobres em conteúdo, necessitando então de reformulações. Os entrevistados, na fase de pré-teste não integraram o grupo de sujeitos do estudo.

Após esse procedimento, procedeu-se a coleta dos dados, tendo-se o cuidado de não só explicar aos sujeitos os objetivos do estudo como o de solicitar o consentimento formal para realização da entrevista. Primeiramente, fez-se a leitura de todas as questões do roteiro, acompanhada da escuta atenta dos sujeitos. Posteriormente, solicitei consentimento para o uso do gravador, justificando ser tal instrumento um facilitador da captura dos dados, evitando perdas de elementos importantes dos discursos. Priorizei também os esclarecimentos a respeito do tratamento que seria dado as fitas gravadas e a sua utilidade no meio acadêmico, garantindo o anonimato dos sujeitos.

A preocupação com a escolha do ambiente para a gravação das entrevistas também se fez presente neste estudo, no qual foram priorizados o maior silêncio e a menor interferência possível de outras pessoas, fatores externos intervenientes e prejudiciais a nitidez das gravações. Em sua maioria, foram então realizadas nas varandas das enfermarias e na sala de reuniões da unidade de terapia intensiva.

Preocupe-me também em favorecer o bem-estar dos sujeitos, diante do uso do gravador, haja vista que tal equipamento provoca inibições, prejudicando, assim, a coleta dos dados. Desta forma, procurei ligar o gravador e deixá-lo sobre uma superfície, evitando manipulações desnecessárias, o que poderia desviar a atenção do sujeito para a presença do aparelho e provocar inibições indesejáveis.

Mesmo diante desses cuidados, houve a recusa de um trabalhador em participar do estudo, pois se mostrou incomodado com a necessidade de utilização do aparelho de gravação. Foram oferecidos outros meios de participação, como o relato livre, acompanhado do registro sucinto das falas através da escrita do pesquisador. Porém o sujeito não aderiu à proposta de realização da entrevista, demonstrando nervosismo e inibição, sendo então, prontamente respeitada a sua decisão.

Vale ressaltar que o respeito ao sujeito é primordial para que a pesquisa seja ética. Nesse sentido, Leopardi (2001, p.205) destaca alguns cuidados que devem ser tomados quando se utiliza a entrevista como técnica de coleta de dados:

A entrevista requer cuidados adicionais, tais como a autorização para o uso do gravador, por exemplo. Também deve ser assegurado ao informante, em qualquer técnica, que suas informações não serão usadas indevidamente, sendo, portanto, sigilosas. É aconselhável solicitar autorização por escrito, para se evitar futuros problemas legais.

Ressalto que o clima estabelecido, em todas as entrevistas, foi bastante favorável à coleta de dados, estabelecendo-se um contexto de cordialidade e confiança. Também vale ressaltar que me preocupei em não interferir nas respostas dos sujeitos, evitando induções de pensamentos e falas. Assim, expliquei aos sujeitos a necessidade de restrição da minha fala, para que não se sentissem em um monólogo, criando possíveis inibições nos sujeitos.

2.6 Os aspectos éticos do estudo

Respeitando os princípios éticos da pesquisa com seres humanos, de que trata a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, antes da realização deste estudo, o projeto foi submetido avaliação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do hospital em que foi desenvolvido o estudo, obtendo parecer de aprovação nº 2355 (ANEXO) .

Os sujeitos formalizaram sua participação na pesquisa mediante a assinatura das duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que continham as explicações dos objetivos do estudo, do procedimento de coleta e divulgação dos dados, da garantia do anonimato, além de outras informações importantes que asseguram a ética em pesquisa com seres humanos (APÊNDICE B).

Uma via do referido termo, assinado pelo sujeito e com os contatos do responsável pela pesquisa, ficou em poder do participante. Em nenhum momento foi revelada a identidade dos sujeitos, sendo então utilizados códigos para denominá-los, referentes ao termo TRABALHADOR e ao número seqüencial de realização das entrevistas, que compreendem os Algarismos de 1 (um) a 20 (vinte), além da identificação da categoria de enfermagem a qual pertencia.

Vale enfatizar que não se revelou as idades e sexo dos sujeitos pois, após a análise, identificou-se que tais características não incidiram qualitativamente nos resultados.

2.7 O tratamento e a análise dos dados

As gravações das entrevistas foram ouvidas atentamente, transcritas e, posteriormente, digitadas. Os arquivos com a transcrição das entrevistas foram impressos, para posterior análise do teor dos discursos.

Os dados foram analisados por meio do método de análise de conteúdo. Bardin (2000, p.42) define análise de conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos, e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

A análise de conteúdo pode ser compreendida como um processo através do qual o material empírico é cuidadosamente transformado, de forma sistemática, e codificado em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes ao conteúdo dos discursos analisados (OLIVEIRA, 2008).

A análise de conteúdo parte da fase inicial, que consiste numa leitura superficial, com o intuito de alcançar um nível mais aprofundado da mensagem, ou seja, aquele que ultrapassa os limites dos dados claramente manifestos. Para isso, a análise de conteúdo estabelece uma relação entre o significante (estruturas semânticas) e os significados dos enunciados (MINAYO, 1999).

Seguindo a lógica proposta por Minayo (1999), após o momento de leitura flutuante das respostas dadas pelos trabalhadores às questões abertas do roteiro de entrevista, elas foram analisadas minuciosamente na busca de semelhanças e diferenças dos conteúdos,

favorecendo a definição dos temas e posterior categorização dos resultados encontrados. Para realizar tal procedimento, foram utilizados quadros analíticos, adaptados das versões de Oliveira (2008), que permitiram a organização dos conteúdos depreendidos das falas dos sujeitos (APÊNDICES C; E).

Assim, o tipo de análise de conteúdo empregado neste estudo foi o da análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou repetição seja relevante ao objetivo do estudo. A presença de determinados temas denota os valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso. O tema é uma afirmação a respeito de determinado assunto e pode ser graficamente apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo (MINAYO, 1999).

Bardin (2000) sintetiza essa técnica de análise em três fases: pré-análise; exploração do material; tratamento dos resultados, inferência e interpretação (BARDIN, 2000).

A pré-análise é a fase de organização que sistematiza as idéias iniciais. A exploração do material se refere a operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. Na fase de tratamento dos resultados, evidenciam-se as informações fornecidas pela análise, através de operações estatísticas simples ou mais complexas (BARDIN, 2000).

Na fase de pré-análise, detectei percepções positivas e negativas a respeito da prática do adaptar/improvisar da enfermagem e ainda algumas evidentes repetições de conteúdos, principalmente no que se refere à necessidade de adaptar/improvisar para assegurar o cuidado ao cliente.

Na exploração do material, identifiquei e codifiquei as unidades de registro, selecionadas como frases ou parágrafos inteiros, que remeteram à idéia central do objeto de estudo. Assim, foram encontradas 123 unidades de registro. Procedi então à enumeração da frequência de aparição dessas unidades de registro, em cada entrevista e no seu total, sem intenções de quantificação e sim com o objetivo de identificação dos assuntos mais evidenciados pelos sujeitos, que se tornam relevantes na discussão dos resultados.

Na fase de tratamento dos resultados, agrupei as unidades de registro em temas, e posteriormente, no agrupamento dos temas cheguei às categorias. Para realizar tal agrupamento, baseie-me na similaridade dos temas. Ressalto que prevaleceu o critério de especificidade, descrito por Oliveira (2008), em que cada unidade de registro pertenceu a apenas uma categoria.

Da análise de conteúdo dos dados, surgiram quatro categorias empíricas, abrangendo os seguintes temas:

- categoria 1: contextos e determinantes das adaptações/improvisações, com os temas: contextos, motivos e objetivos da realização das adaptações/improvisações;
- categoria 2: pré-requisitos para a realização das adaptações/improvisações, com os temas: competências profissionais e aparato material;
- categoria 3: aspectos subjetivos vinculados à prática de adaptar/improvisar, com os temas: valores, percepções e desejos;
- categoria 4: a face positiva e a face negativa do adaptar/improvisar: as repercussões na saúde do trabalhador, com os temas: negatividades e positivities (APÊNDICE E).

3 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo tem por objetivo apresentar e discutir os resultados que emergiram da análise de conteúdo temática das entrevistas. As discussões tecidas são alicerçadas nas percepções dos sujeitos, nas minhas vivências profissionais e acadêmicas e nas contribuições dos autores, que tratam das diferentes temáticas depreendidas deste acervo de dados.

Conforme já descrito no capítulo anterior, as unidades de registro, depreendidas dos discursos dos sujeitos nas entrevistas, foram agrupadas, de acordo com suas aproximações e semelhanças, formando os temas. Estes, por sua vez, respondendo às questões norteadoras deste estudo, deram origem a quatro categorias (APÊNDICE E), nas quais a ordem de discussão obedece a um raciocínio lógico indutivo, que parte do entendimento de vertentes mais simplificadas do objeto para a discussão das características mais complexas e subjetivas.

Assim, apresento e discuto as seguintes categorias empíricas, derivadas do entendimento das falas dos sujeitos:

- categoria 1: contextos e determinantes das adaptações/improvisações;
- categoria 2: pré-requisitos para a realização das adaptações/improvisações;
- categoria 3: aspectos subjetivos vinculados à prática do adaptar/improvisar;
- categoria 4: a face positiva e a face negativa do adaptar/improvisar – as repercussões saúde do trabalhador.

A discussão sequencial e ordenada destas categorias permite compreender em quais situações ocorrem e se fazem necessárias as adaptações/improvisações no contexto do trabalho de enfermagem, apontando os fatores determinantes que impulsionam os trabalhadores a adaptar/improvisar materiais, equipamentos, entre outros ajustes e regulações que emergiram das falas dos sujeitos. Posteriormente, compreendem-se quais são os pré-requisitos, em termos de competência profissional e condições materiais, necessários à materialização das adaptações/improvisações.

Após a discussão desses dados objetivos, torna-se necessária a compreensão das nuances subjetivas do objeto, que dizem respeito aos valores, percepções e desejos, manifestados pelos sujeitos-trabalhadores de enfermagem, inseridos neste contexto complexo de realização de adaptações/improvisações. Posteriormente, elaborou-se a discussão da quarta categoria, através da qual se buscou compreender as repercussões da prática de adaptar/improvisar no processo saúde-doença dos trabalhadores de enfermagem.

3.1 Categoria 1: contextos e determinantes das adaptações/improvisações

Esta categoria abrange os temas que respondem às questões a respeito do contexto em que se elaboram as adaptações/improvisações, assim como os motivos e objetivos que levam os trabalhadores de enfermagem a efetuar esses dispositivos.

O contexto da precarização das condições de trabalho, que se instalou nos serviços públicos, em especial, nos hospitais e demais serviços de saúde desde a década de 1990, destacou-se como um motivo preponderante para a realização das adaptações e improvisações de materiais e equipamentos. Assim, a falta de recursos materiais necessários à assistência, tanto em termos quantitativos quanto qualitativos, foi, nas unidades de registro, uma das mais frequentemente mencionadas. Essa carência, além de caracterizar o contexto de realização das adaptações/improvisações também se refere aos motivos destacados pelos sujeitos como determinantes dessa prática.

Depreendo de minha vivência em cenários de serviços públicos de saúde que o material adequado pode estar ausente por três principais razões: impossibilidade de provisão, devido aos seus altos custos, incompatíveis com o orçamento da instituição; inexistência do material, que ainda não está disponível no mercado de produtos hospitalares; e falta de preparo ou capacitação dos gerentes para prever e prover recursos materiais compatíveis com as demandas e as características do trabalho em questão.

Além disso, pode-se aludir aos estudos de Guérin et al. (2001), quando os autores inferem que as diferenças em quantidade e qualidade ou entre a produção prevista e a produção real, possuem múltiplas origens, podendo estar vinculadas às variações na matéria-prima ou na disfunção técnica.

Esta situação pode ser evidenciada nos discursos dos sujeitos em um número de aparições de cinquenta e oito vezes, o que denota a relevância da problemática. Seguem alguns exemplos para caracterizar o exposto:

As adaptações e improvisações acontecem no dia a dia. Por falta de material e por falta de material adequado. Vamos dar um exemplo assim: coletor de diurese fechado. Nós não tínhamos no setor, né?! Improvisávamos com o Nasodren®¹ (TRABALHADOR 1- Técnico de Enfermagem).

¹ Nome comercial de dispositivo, de uso hospitalar, destinado a aspiração a vácuo de secreções traqueais e de oro-faringe. Composto por um recipiente rígido com tampa, com dois pólos, um para a conexão à rede de vácuo e outro, aplicado a um tubo flexível de látex, que, por sua vez, deve ser acoplado a um cateter estéril, destinado à aspiração do conteúdo traqueal e de vias aéreas superiores.

No nosso setor nós temos que improvisar bastante devido à quantidade de material que é insuficiente. Então, nós temos que fazer adaptações com relação à falta de material e precariedade dos equipamentos. (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem)

Normalmente está relacionada com a falta de material. Quando você tem que improvisar, por exemplo, coletores, drenos e outras coisas. Os próprios drenos, que não são utilizados aqui no setor são feitos, criados, processados, improvisados no próprio centro cirúrgico. Outra coisa, eles improvisam bolsa coletora a partir de bolsas de ostomia (TRABALHADOR 14- Enfermeiro).

Sobre a falta de condições de trabalho e da carência de materiais que assolam as instituições de saúde em nosso país, e que representa um empecilho a efetivação do cuidado científico, Olário (2004, p.11) afirma que “resta-nos então, improvisar com os recursos disponíveis no momento. Desta feita, a improvisação acaba por se justificar pela insuficiência de recursos materiais e humanos, ou quando a urgência no atendimento assim o exige”.

A problemática da precariedade das condições de trabalho é fato alarmante, que vem perdurando durante anos no contexto dos hospitais públicos. Recordo que, ao realizar o meu primeiro estágio prático, no quarto período do curso de graduação, em um hospital público universitário, no ano de 2003, lotada no setor ambulatorial de curativos, o atendimento à clientela e as atividades de estágio foram suspensas e o setor fechado diante da falta de gazes para a realização dos curativos.

No cenário de realização do presente estudo, esta problemática também se faz marcante, tanto que o sujeito denominado como “O Trabalhador 4- Enfermeiro” iniciou a entrevista com a seguinte frase: “Bem... é... sendo uma instituição pública, falta muito material”. O Trabalhador 20- Técnico de Enfermagem reafirma a questão desta forma: “Dentro de um hospital público essa é a realidade. Eu vejo isso!” Denota-se dos depoimentos dos sujeitos que as características de precarização parecem ser inerentes ao contexto das instituições públicas de saúde. Assim, as adaptações/improvisações, realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, decorrentes da precariedade dos recursos materiais, são frequentes e fazem parte do dia a dia desses trabalhadores. A mesma questão se mostrou também presente nos depoimentos que se seguem:

As adaptações e improvisações ocorrem diariamente, e é desde o garrote, feito com uma luva de procedimento, até a improvisação de um equipo comum, por um equipo fotossensível, que a gente tem que pegar sacos escuros, ou a própria fita adesiva ou esparadrapo, e passar no equipo comum para garantir que a medicação seja administrada e não sofra alterações decorrente da luz. (TRABALHADOR 15- Técnico de Enfermagem)

Isso eu vejo aonde? Na rede pública, porque na rede particular você tem tudo, desde o curativo correto à pele do cliente, ao tipo de ferida, ao estágio de uma úlcera por pressão, por exemplo. Você tem tudo perfeito. Já na rede pública, na qual eu trabalho, você não tem isso. (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

Eu observo que as adaptações e improvisações ocorrem pelo menos duas vezes na semana, quando eu estou na rede pública. Na particular, não é bem assim, que a gente tem uma provisão de material melhor, de melhor qualidade, mas, na rede pública, eu vejo que isso acontece numa frequência bem maior, mais vezes. E, normalmente, está relacionada com a falta de material.. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro)

Araújo et al. (2002) discorrem sobre a necessidade de não se generalizar a precariedade das condições de trabalho na rede pública e de se fazer ainda perceptível os esforços profissionais para a superação de dificuldades.

Essas faltas vêm produzindo um senso comum de ineficácia do setor público, que associa o trabalhador público a uma imagem de negligência e ociosidade, o que não corresponde à realidade de muitos lugares. É claro que existem instituições públicas que aplicam mal o dinheiro dos impostos. No entanto há outros espaços que vêm produzindo diversos avanços, mesmo com tantas limitações de reconhecimento, incentivo e verbas. Muitos profissionais ainda lutam para exercer sua atividade da melhor forma possível, procurando vencer muitos obstáculos e produzir muitas imagens, diferentes dessa já cristalizada, que vê o trabalhador do setor público como ineficiente (ARAÚJO et al., 2002, p. 42).

O Trabalhador 3-Técnico de Enfermagem revelou os esforços empreendidos a fim de superar o déficit de recurso material e garantir que o trabalho seja cumprido, preocupando-se, inclusive, com a qualidade do cuidado prestado. “As adaptações e improvisações ocorrem da melhor forma que a gente pode fazer e de acordo com que a gente tem a mão. O que a gente pode disponibilizar para fazer o melhor possível e cuidar da melhor forma” (TRABALHADOR 3- Técnico de Enfermagem).

Durante o período em que atuei no cenário deste estudo como enfermeira, percebi o empenho da equipe em driblar as adversidades da precariedade das condições de trabalho e oferecer a melhor assistência possível. Os enfermeiros se esforçavam ao máximo para manter o processo assistencial, através das evoluções e prescrições de enfermagem, as quais eram registradas em impressos, padronizados pelo setor de terapia intensiva, reproduzidos, em sua maioria, por meio das expensas dos profissionais que nesse cenário atuavam. Assim, no intuito de minimizar os custos com estes impressos, eles eram digitados de modo a permitir as anotações durante diversos dias e eram impressos em frente e verso das folhas de papel.

Lisboa (1998, p.45) contribui com esta análise quando assevera que “as péssimas condições de trabalho sempre foram motivo de queixa. A falta de material, o material ruim, a sujeira. Elevadores que demoram, centro cirúrgico que atrasa ou apressa demais, falta de água quente, falta de roupa, inúmeras faltas”. Fica, então, evidente que este é um problema antigo e que vem repercutindo na dinâmica do trabalho de enfermagem.

Sabe-se que a precarização assola inúmeros serviços públicos de saúde e é um fenômeno bastante conhecido não só dos profissionais de saúde como dos usuários desses

serviços. A mídia vem apresentando e discutindo esse quadro preocupante há décadas, mostrando seu caráter abusivo em verdadeiros escândalos públicos (CALDAS et al., 1994). Nos últimos anos, a preocupação com esse grave problema vem despertando a atenção de pesquisadores, entretanto, no cotidiano, ainda são incipientes as mudanças efetivas em prol da garantia de condições dignas de trabalho (GUEDES; MAURO, 2001). Tal afirmativa reforça ainda mais a relevância da discussão desta temática.

É importante também ressaltar que são muito comuns as incoerências assistidas nas instituições públicas de saúde, onde convivem lado a lado a tecnologia de ponta e a precariedade dos materiais mais básicos.

As instituições públicas de saúde apresentam contradições: às vezes, encontra-se equipamento de última geração que convive com a falta de material básico de consumo. Os profissionais incorporam comportamentos 'de acomodação', revelados no uso de recursos empíricos ou improvisados e, não raras vezes, alguns adquirem material às suas próprias expensas, para não verem as atividades sofrerem solução de continuidade (CALDAS et al., 1994, p. 45).

Este paradoxo foi encontrado no cenário em tela, no qual ventiladores mecânicos estavam a ser substituídos por modelos de última geração, embora não se ainda tivessem adquirido circuitos próprios dos aparelhos, os quais permitiriam o seu funcionamento com segurança. Essa situação pode ser corroborada no depoimento a seguir:

Um exemplo prático é... aqui no CTI, faltam circuitos de ventilador mecânico. Nós conseguimos improvisar um circuito universal, que ele acaba se adaptando em todos os ventiladores. Não é o ideal, porque alguns ventiladores, você acaba perdendo a pressão, de acordo com a complacência do circuito, mas a gente faz o monitoramento, e como os pacientes tendem a ficar pouco tempo em ventilação mecânica [...], no pós-operatório, acaba mantendo uma certa segurança na assistência ventilatória. (TRABALHADOR 19-Enfermeiro)

Sem dúvida alguma, a incorporação de novas tecnologias nos cenários hospitalares favorece a evolução científica da assistência, proporciona agilidade na resolução de problemas e permite diagnósticos mais precisos. Porém, a instalação de tecnologias modernas e sofisticadas não deve suprimir a necessidade de suporte básico nas condições de assistência, conforme inferem Guedes e Mauro (2001, p.146):

Os hospitais encontram-se em constante reforma dos espaços físicos para atender à demanda e implementação de novos serviços, determinados pelos avanços técnico-científicos, mas, inversamente, pouco se preocupam com o atendimento de melhores condições de trabalho, principalmente em relação aos profissionais de enfermagem, nas questões de planta física adequada e na organização de trabalho e dos equipamentos em uso.

É bem verdade que a precarização no mundo do trabalho toma proporções extensas, que abrangem a precarização dos vínculos empregatícios e também a precarização das condições de trabalho. Não há como duvidar que essas duas formas de precarização afetam, simultaneamente, o trabalhador e os usuários do serviço.

A precarização do trabalho, que se estrutura na flexibilização das condições de trabalho e dos vínculos empregatícios, deixando o trabalhador a mercê dos interesses capitalistas da organização do trabalho, ameaça a segurança dos trabalhadores e é fruto do processo de reestruturação produtiva, discutido anteriormente no capítulo do referencial teórico. Esse assunto, no que diz respeito ao SUS, tornou-se fonte de preocupação e atenção nos âmbitos do Ministério da Saúde, da Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde, gerando a criação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (DESPRECARIZA SUS), cujo objetivo é o de buscar soluções para a precarização dos vínculos de trabalho nas três esferas governamentais (BRASIL, 2006).

Faz-se relevante deixar caracterizado o conceito de condições de trabalho, a fim de tornar bem estruturada a linha de análise dessa categoria. Assim, registro o conceito de condições de trabalho apresentado por Guedes e Mauro (2001, p. 146), pois, segundo os quais,

as condições de trabalho representam a interação e o inter-relacionamento das circunstâncias material, psíquica, biológica e social, que por sua vez são influenciadas pelos fatores econômicos, técnico e organizacional do trabalho; constituem o ambiente e proporcionam os determinantes da atividade laboral.

Assunção e Belisário (2007), por sua vez, afirmam que o termo é utilizado para designar os níveis de saúde e de trabalho, no que se refere às circunstâncias em que a atividade dos trabalhadores se desenvolve, e em que estado os mesmos se encontram para atender às demandas de trabalho. Consideram ainda que o processo de precarização no mundo do trabalho pode ser representado como um movimento continuum, que gira sobre seus dois pólos: o de precarização do emprego, que se refere aos vínculos de trabalho, e a precariedade do trabalho, que se refere às condições inadequadas de desempenho das atividades laborais.

Trazendo essa discussão para o contexto do trabalho hospitalar de enfermagem no qual se desenvolveu este estudo, Guedes e Mauro (2001) descrevem o ambiente laboral como um agrupamento de diversos fatores de risco que incidem, principalmente sobre os trabalhadores de enfermagem, tais como o trabalho noturno, a manipulação de produtos químicos, a exposição à radiação ionizante, a manipulação de peso excessivo e as longas jornadas de

trabalho. Aliados a esses fatores característicos do trabalho hospitalar, as condições precárias interferem diretamente na vida pessoal do trabalhador, podendo exacerbar os riscos ocupacionais.

Inseridos neste complexo ambiente de trabalho, que é o hospital, os profissionais de enfermagem devem centrar-se no objetivo principal de seu trabalho, que é a prestação de assistência aos clientes, porém não devem descuidar-se de sua saúde ao desempenharem a tarefa laboral. Assim, necessário se faz conhecer o ambiente em que trabalham, as características da tarefa prescrita e, sobretudo, as repercussões e os impactos do trabalho real na qualidade de vida e no processo saúde-doença.

Azambuja, Kerber e Vaz (2001) afirmam que o objetivo maior da enfermagem é atender a pessoas com necessidades diversas. E alertam para o fato de que cada membro da equipe de enfermagem é um agente da ação do cuidar/assistir não só a essas pessoas, como também responsável pela própria saúde no ambiente hospitalar, onde há condições inóspitas, que não podem ser consideradas naturais, pois resultam de situações de trabalho que podem favorecer ou desfavorecer a saúde dos profissionais de enfermagem e dos demais envolvidos na assistência hospitalar.

Faz-se relevante considerar a importância dos recursos materiais para o desempenho do trabalho de enfermagem, pois, segundo Kurcgant (1991), eles representam aproximadamente 75% do capital das organizações. E sua administração compreende um ramo especializado da ciência da administração, tratando-se de um conjunto de normas relacionadas com a gerência de artigos essenciais à produção de determinado bem ou serviço.

Caldas et al. (1994, p. 45) destacam a importância precípua tanto dos recursos materiais quanto da força de trabalho na produção dos serviços em saúde. “Nas empresas prestadoras de serviço, os instrumentos, os materiais de consumo e o equipamento, somados à força de trabalho, geram serviços prestados à comunidade e aos indivíduos em particular”. Os mesmos autores alertam para o descaso das autoridades na garantia desses recursos básicos aos serviços em saúde.

Enquanto a indústria e seus administradores valorizam os recursos materiais como insumos imprescindíveis à transformação em bens de consumo, a área da saúde vem demonstrando descaso e certa incompetência para solucionar tão grave problema, considerando as conseqüências que vêm trazendo para os usuários das instituições de saúde (CALDAS et al., 1994, p. 45).

Questões relativas à capacidade gerencial e administrativa, que permeiam o mundo do trabalho hospitalar, tais como a aquisição, o controle e a avaliação dos recursos materiais e o

emprego eficiente das verbas públicas foram depreendidas dos depoimentos dos sujeitos. A falta de capacitação adequada dos profissionais responsáveis por essa atividade reflete na qualidade da assistência prestada e na inadequação das condições de trabalho dos profissionais de enfermagem.

Provavelmente o material é comprado por pessoa não especializada, que não tem entendimento e capacitação para isto. (TRABALHADOR 1- Técnico de Enfermagem)

É muito difícil uma pessoa que não vivencia o trabalho de enfermagem entender determinadas coisas e sair comprando e distribuindo material. Então, ela acha que porque é enfermagem cirúrgica não tem que ter compressa, mas às vezes você tem curativos complicados que drenam muito. Outra situação, um paciente diabético que veio operar e ficou, que na verdade, não é dessa unidade e que requer uma série de materiais. Quer dizer que até isso fica muito difícil. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

A gente tem visto uma despreocupação até das pessoas que fazem as licitações, das compras de materiais, por não estar comprando aquilo o que realmente vai servir para o uso. Então, o custo-benefício da coisa, como tem sido organizado, planejado, porque me parece que as coisas têm sido compradas de forma errada, tem que saber pra que que usa. Eu acho isto um absurdo. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro)

Eu acho que o motivo que leva os trabalhadores de enfermagem a adaptar e improvisar é a má administração em geral. As pessoas que vêm o que precisa ser feito e dão prioridades a obras pequenas ao invés de jogar essa verba no material hospitalar, que é o que a gente realmente precisa para poder dá uma assistência de qualidade para paciente. (TRABALHADOR 3- Técnico de Enfermagem)

Os depoimentos anteriores alertam para a necessidade de um conhecimento apurado por parte de quem gerencia/administra o trabalho no âmbito hospitalar, ou seja, buscar a capacitação desses trabalhadores com o fito de conhecer e apreender a especificidade dos vários processos de trabalho que se inscrevem no contexto hospitalar, a fim de garantir infraestrutura para que a assistência aconteça. Ou seja, faz-se mister conhecer a especificidade da assistência, as características da clientela em relação aos cuidados específicos em consonância com suas patologias, os materiais permanentes e de consumo adequados e também o tempo médio de permanência destes clientes em cada setor a fim de garantir qualidade na assistência prestada, sem penalizar o trabalhador em seu processo saúde-doença.

Kurcgant (1991) afirma que a gerência dos materiais nas unidades de enfermagem envolve as funções de previsão, de provisão, de manutenção e de controle. E que, já na função primária de previsão, se faz necessário um levantamento das necessidades da unidade de enfermagem, por meio de um diagnóstico situacional em relação às quantidades e especificidades, levando-se em consideração os seguintes fatores: especificidade da unidade, características da clientela, frequência no uso dos materiais, número de leitos na unidade, local de guarda, durabilidade do material e a periodicidade da reposição do material.

A análise de conteúdo dos depoimentos apontou para a situação de inadequação dos materiais de consumo, tanto em termos quantitativos quanto em termos qualitativos, em relação às características de cada setor, conforme exposto a seguir:

Porque além do coletor, você tem que ter um frasco de drenagem para poder receber esta diurese, porque nós a mensuramos de hora em hora. E o coletor normal, quando ele não vem com a graduação horária, não serve para o nosso trabalho aqui. (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

Por exemplo, unidade fechada requer um determinado tipo de material que uma enfermaria não usa. Então, normalmente, quem compra não tem... não separa isso. Então, a gente que está em unidade fechada aprende a adaptar e improvisar aquilo que vem para uma unidade de enfermaria, ou talvez uma emergência, que não é uma rotina de unidade intensiva. É totalmente diferente. (TRABALHADOR 1- Técnico de Enfermagem)

Enquanto enfermeira, atuando no cenário de terapia intensiva por pelo menos um ano, presenciei, por inúmeras vezes, a chegada de clientes, do centro cirúrgico, em pós-operatório imediato de cirurgias cardíacas, com adaptações dos circuitos dos drenos torácicos com borrachas de látex, as quais eram retiradas de kits de aspiração traqueal.

Um cuidado de enfermagem necessário a esse tipo de cliente é a ordenha manual dos drenos para se evitarem a formação de coágulos e a obstrução dos circuitos. O uso de uma adaptação pode acarretar a ineficácia da drenagem e levar à complicações, como o tamponamento cardíaco, uma vez que os circuitos de látex, maleáveis demais e elásticos, não permitem o fácil deslize do clamper, comprometendo, assim, a pressão necessária para a drenagem dos coágulos do sistema.

A realização da ordenha dos drenos, no caso em pauta, fora prescrita para realização de hora em hora, dentro das primeiras vinte e quatro horas do período de pós-operatório, era, portanto, uma atividade laboral frequente, cuja consequência foram assaduras nas mãos dos profissionais que a realizava, pois não se desenvolvia em condições ideais. Além disso, para facilitar o deslize do clamper sobre o circuito de látex, era comum o profissional umedecer o circuito com álcool a 70% ou com um gel (próprio para realização de eletrocardiogramas e ultrassonografias), o que demandava gasto adicional de material.

Outro ponto de análise referente à inadequação ou falta de recurso material, relaciona-se ao aumento da demanda de trabalho que, por sua vez, acarreta, por um lado, a desregulamentação da assistência e, por outro, alimenta um dilema ético entre prestar uma assistência que não é a preconizada nas academias, nos manuais e nos protocolos de enfermagem ou deixar de fazê-la.

Além disso, verificam-se casos em que os clientes de especialidades diversas são internados em setores específicos, o que acaba descaracterizando a assistência, provocando

insegurança nos profissionais responsáveis pelos cuidados e um desequilíbrio na previsão e provisão dos materiais, demandando gastos adicionais. Esta situação é bastante freqüente no cenário em questão, conforme apresentado a seguir:

A nossa enfermaria é basicamente cirúrgica, e, a princípio, a gente trabalha com material de pacientes cirúrgicos. A partir do momento em que tenha internação de pacientes clínicos, que é o que descaracteriza o setor, a gente tem uma propensão a usar mais insumos do que se fosse cirúrgico. A enfermaria cirúrgica tem muita rotatividade. Então, a partir do momento em que a gente tem paciente que fica mais de uma semana internado, a gente tem um aumento do consumo de certos materiais, que nunca é sem o uso de luva de procedimento, etc. Então, acaba com nossa cota de insumos para a enfermaria durante um período de uma semana, período extenso, aumentando os gastos, e aí aquela cota acaba e a gente tem que improvisar. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Souza e Lisboa (2005) assinalam que a gravidade do quadro de saúde dos clientes internados reflete na cadência e no ritmo do trabalho hospitalar. À medida que o seu quadro agrava, ele demanda número maior e mais complexo de cuidados, administração de medicamentos dos mais variados, exames diversos e uma série de procedimentos que mobilizam pessoal, recurso material, gastos de energia e tempo maiores. Esse fato, inserido num contexto laboral de precarização crônica de fatores humanos e materiais, implica um aumento do ritmo de trabalho, provocando desordem material, na instituição, e física, nos trabalhadores.

A questão da instabilidade dos insumos hospitalares também foi posta em evidência pelos sujeitos, contribuindo para uma maior variabilidade do contexto laboral, exigindo constantes mudanças na maneira como os cuidados são prestados aos clientes e uma freqüência ainda maior da necessidade de aderir à prática de adaptar/improvisar. Tal situação torna o contexto de trabalho mais dinâmico, exigindo condutas adaptativas dos profissionais, resilientes, ou não, diante das adversidades. Além disso, a situação de inconstância exige que o profissional atualize suas informações acerca do suprimento de materiais a cada plantão e que mobilize sua capacidade de criação, pensamento rápido e versatilidade.

E, às vezes, a gente pensa que vai melhorar, que vai acabar, mas daqui a pouco é outra coisa que falta, isso está sempre mudando e não para melhor. Um dia é uma coisa, outros dias têm listas enormes de faltas e carências. Falta gaze, equipo, coisas assim primordiais, essenciais, que é o básico, para o dia a dia. Tem tempos que vem material e a qualidade até é boa, produtos bons, que nós usamos e vemos bons resultados, mas muitas vezes eles mudam assim de repente e nós temos que tentar nos adaptar com esses novos produtos. Aprender a lidar com eles é difícil. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem)

Para Melillo e Ojeda (2005), a resiliência é a capacidade de o ser humano enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidades. Esse processo não

se resume em simplesmente superar essas experiências, mas permite também a saída vitoriosa delas, afetando assim, diretamente, a saúde de quem as vivencia.

A adversidade, por sua vez, segundo os mesmos autores, é entendida também como um sinônimo de risco, podendo designar uma constelação de inúmeros fatores ou uma situação de vida específica, que pode conduzir o ser humano a uma resposta adaptativa nem sempre resiliente. O indivíduo pode sair prejudicado dessa experiência, com marcas de espoliação, desgaste físico e sofrimento psíquico.

Assim, as adversidades, no contexto laboral, podem ser entendidas como uma variabilidade do que é prescrito, ou seja, situações que se distanciam do que foi previamente planejado e instituído. Existem, contudo, diferentes tipos de variabilidade: a variabilidade normal, decorrente do tipo de trabalho, a exemplo uma parada cardiorrespiratória em cliente cardiopata, que se apresentava estável numa enfermaria de cardiologia e uma variabilidade incidental, a exemplo, a redução da equipe durante parte de um plantão devido à necessidade de dispensa de um funcionário que sofreu um acidente perfuro-cortante e necessita realizar exames laboratoriais fora da instituição para a qual presta serviço (MELILLO; OJEDA, 2005).

Os mesmos autores também chamam a atenção para a existência de uma variabilidade individual, que se refere à maneira como cada indivíduo reage particularmente a uma mesma situação adversa, culminando na adoção de diferentes posturas. Destacam que as aptidões, mobilizadas pelo operador para realizar a atividade laboral são transformadas em mercadoria, tornando-se um recurso utilizado na operacionalização do trabalho. O que no século XIX era designado força de trabalho, hoje se denomina recurso humano, detentor de grande destreza e capacidade de superação de adversidades, atributos exigidos atualmente pelo mercado de trabalho.

Assim, observam-se, no contexto laboral, dois tipos de recursos diferentes, que remetem à noção de trabalho vivo e trabalho morto. Considera-se o ser humano como trabalho vivo em ato, trabalho criador – o instituinte. Já o trabalho morto refere-se aos recursos inanimados, ou seja, as ferramentas, instrumentos e matérias-primas, o que já é instituído (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008).

Merhy (2005) caracteriza o processo de trabalho em saúde, tomando por base a sua dinamicidade, como um trabalho vivo, em que o produto é executado simultaneamente ao processo de produção, podendo ser facilmente capturado e aprisionado através dos instrumentos necessários para a ação.

Esta discussão remete a um caráter passivo do trabalhador, ao qual lhe cabe a adaptação ao uso dos instrumentos já pré-determinados. Mesmo os trabalhadores que desempenham atividades que correspondem e satisfazem seus anseios pessoais não conseguem ter o controle sobre as condições do exercício do seu ofício, desempenhando restrita influência sobre a escolha da matéria-prima e das ferramentas (GUÉRIN, 2001).

Porém, num contexto laboral de realização de adaptações/improvisações, diante da precariedade de diferentes recursos, percebe-se uma postura não tão passiva e conformista do trabalhador. Este cria, diante das adversidades, modos operatórios próprios, que fogem ao que é prescrito e que refletem o potencial do trabalho vivo em influenciar e reconstruir o trabalho morto, num processo de criação de novas ferramentas e instrumentos. Esse processo de criação é descrito por Coimbra (2005) como uma atitude libertária, em que o trabalhador produz livremente o seu trabalho podendo comandar o trabalho morto através de alternativas para o atendimento do usuário. Nesse contexto, engendram-se modos operatórios dos mais diversos.

E o que se observa nas situações descritas pelos sujeitos, em que as adaptações/improvisações realizadas pelos trabalhadores de enfermagem podem surgir diante de um cenário de escassez dos próprios recursos humanos, potenciais criadores?

Diante dessa indagação, a análise de conteúdo dos depoimentos revela o potencial criativo, adaptativo e de enfrentamento dos trabalhadores de enfermagem perante as dificuldades e variabilidades do trabalho hospitalar.

Porque, na verdade, o que eu mais vejo, na minha prática, é a improvisação com relação aos recursos humanos. Pela falta de pessoal mesmo. Então, a gente tem que remanejar pessoas, mudar escalas (TRABALHADOR 14- Enfermeiro).

Essa frequência de realização das adaptações e improvisações, ela ocorre quando não tem material direito para trabalhar. Material às vezes, não só material físico, o material humano também. Aí que surgem essas improvisações, você ficar com três pacientes no CTI, e é um setor de alta complexidade e um auxiliar ficar com três pacientes. Enfermeiros também são poucos. (TRABALHADOR 9- Auxiliar de Enfermagem)

Kurcgant, Tronchin e Melleiro (2006) caracterizam os recursos humanos como os mais complexos em qualquer organização, já que os demais recursos requerem a presença daqueles para que possam ser utilizados. Segundo os autores, na enfermagem, os aspectos quantitativos e qualitativos dos recursos humanos vêm atraindo a atenção dos enfermeiros administradores dos serviços, haja vista que o dimensionamento inadequado de pessoal implica de forma negativa a qualidade da assistência.

Assim, sob o ímpeto de garantir uma assistência de qualidade, sem privar os clientes dos cuidados de que necessitam, a equipe de enfermagem desdobra-se, diante da escassez dos recursos humanos e materiais, assumindo um número de tarefas que excedem suas capacidades física, cognitiva e emocional, o que muitas vezes, acaba culminando na exaustão, comprometendo até mesmo o objetivo principal de prestação de uma assistência de qualidade.

A problemática da escassez dos recursos humanos, somada à deficiência dos recursos materiais e à inadequação das estruturas físicas, impele o trabalhador a engendrar modos operatórios alternativos, mobilizando seu intelecto no uso de suas capacidades criativas e inventivas, num cotidiano processo adaptativo.

As condições laborais geram repercussões no modo como as enfermeiras executam seu trabalho. A falta de pessoal e de material de consumo, a carência qualitativa e quantitativa de equipamentos e instrumentais, clientes graves, em situação de imprevisibilidade, leitos amontoados, espaço físico obsoleto e inadequado são determinantes que interferem no modo operatório (SOUZA, 2003, p. 173-174).

Segundo Lisboa (1998), o problema de recursos humanos insuficientes na enfermagem das redes públicas de saúde vem perdurando durante anos, configurando um problema crônico. No contexto do hospital em que se desenvolveu o presente estudo, observou-se a gravidade do problema nas enfermarias, visto que o quantitativo de pessoal de enfermagem mostra-se insuficiente frente à demanda de atendimento.

No ano de 2007, quando ainda atuava como enfermeira deste hospital, participei de um movimento de paralisação de algumas atividades de enfermagem em prol de melhores condições de trabalho. Observei o explícito desespero dos enfermeiros staffs, diante da problemática de redução do quantitativo de funcionários, na manhã em que se realizava a mobilização política.

O principal motivo, destacado pelos sujeitos, para a realização das adaptações e improvisações, sejam elas de recursos materiais ou humanos, foi o compromisso ético em assegurar o cuidado ao cliente. Estando intimamente atrelada à responsabilidade de prestar assistência aos indivíduos doentes, a enfermagem pode ser considerada um trabalho vivo, movido a cuidado, e que produz e consome, simultaneamente, cuidado. O forte compromisso dos profissionais de enfermagem é demonstrado a seguir:

Nós sabemos durante a faculdade que estamos aqui para cuidar de forma qualificada, de forma humana. Se você não fizer, o paciente vai ser prejudicado. Então, eu acho que, infelizmente, nós temos que fazer isto. Nós somos obrigados, há uma necessidade daquilo de ser feito. Se você não fizer, o paciente vai ser prejudicado (TRABALHADOR 2-Enfermeiro).

O motivo principal é o paciente. O principal motivo é o paciente mesmo, é tudo em prol do paciente (TRABALHADOR 4- Enfermeiro).

Bom, o que nos leva a fazer isso é o compromisso com a assistência (TRABALHADOR 6- Enfermeiro).

O objetivo maior é o quê? Você prestar a assistência aquele paciente, aquele cliente que a gente está recebendo ali, naquele momento. A gente sabe da importância de um determinado recurso pra você desenvolver a assistência. E então acabam acontecendo as adaptações e improvisações por conta disso, pelo bem maior que é o cuidar do paciente. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro)

Então, a gente tem que improvisar pro bem-estar do paciente, entendeu? Eu vou deixar de fazer? Eu não posso deixar de fazer. Eu tenho que atender e satisfazer as necessidades dele, naquele momento. É por isso que a gente improvisa, nós improvisamos para ele ficar bem. Promover o bem-estar dele, única e exclusivamente. (TRABALHADOR 10- Técnico de Enfermagem)

Você tem, digamos, trinta curativos pra fazer, com três pacotes de gaze e um tubo de esparadrapo. Então tem que dá um jeito, sem curativo não pode ficar. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Mas, enfim, você atende, que você tem que atender de alguma forma, improvisando, adaptando. [...] Isso é... eu acho que é fundamental a improvisação pra você não deixar o paciente sem ser atendido. (TRABALHADOR 20- Técnico de Enfermagem).

Souza e Lisboa (2002) contextualizam a inserção da enfermagem no cenário do trabalho hospitalar, enfatizando o compromisso da categoria com a importante tarefa de cuidar. Inferem que a tarefa primária do hospital é cuidar das pessoas doentes, que não podem ser tratadas em seus domicílios, e que o trabalho de enfermagem reside na responsabilidade pelo desempenho do cuidar. Caracterizam o trabalho de enfermagem como múltiplo e complexo, abrangendo vários serviços e atividades que expõem o trabalhador a muitos desafios.

Além do compromisso profissional e ético, que prevalece nas situações de adversidades, percebem-se também implicações subjetivas, que mobilizam valores pessoais do trabalhador, como o desvelo, a preocupação e a doação, que chamam atenção para a questão da humanização do trabalho de Enfermagem.

A atitude de cuidado pode provocar preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade. [...] Por sua própria natureza, cuidado inclui, pois, duas significações, intimamente ligadas entre si. A primeira, a atitude de desvelo, de solicitude e de atenção para com o outro. A segunda, de preocupação e de inquietação, porque a pessoa que tem cuidado se sente envolvida e afetivamente ligada ao outro. [...] Foi com cuidado que “Cuidado” moldou o ser humano. Empenhou aí dedicação, ternura, devoção, sentimento e coração. E com isso criou responsabilidades e fez surgir a preocupação com o ser que ele plasmou”. (BOFF, 1999, p. 91; 101).

O compromisso de assegurar o cuidado ao cliente, neste contexto de precarização, é ainda mais complexo quando se deseja garantir também a humanização da assistência, o que torna os trabalhadores de enfermagem verdadeiros guerreiros, pois usam de diversas

artimanhas para resguardar essa característica do trabalho de enfermagem. Todo esse empenho é bastante explícito no trecho extraído do depoimento do Trabalhador 11- Auxiliar de Enfermagem:

Ah... é a questão da humanização, se você que está na frente não faz, ninguém mais vai fazer. Se a gente for fechar o olho e pensar: ah não, se não tem, não vou fazer, não tem jelco², então não vou puncionar... é... não tem toalha, então não vou dar banho. E Você diz não, chega até a ser desumano. Acho que é a única dentro da equipe multidisciplinar que está mais humanizada atualmente é a enfermagem, porque você não faz pela equipe, você não faz pelo médico, você faz pelo doente. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Sobre essa questão da humanização da assistência, Silva, Alvim e Figueiredo (2008) contribuem afirmando que a relação entre o enfermeiro e o cliente envolve momentos em que sobressaem a solidariedade, a percepção, a alegria, o diálogo, o respeito, a reciprocidade em atos, almejando o bem-estar, conforto e satisfação no ato de cuidar. Não se pode jamais perder de vista que o sujeito cuidado é o alvo principal da atenção.

Um risco significativo que o trabalhador de enfermagem corre, diante dessa situação, é o da subserviência e alienação. Ao lançar-se ao ímpeto de assegurar a assistência, resistindo e driblando todos os percalços do contexto laboral, o trabalhador se sujeita a privar-se de recursos básicos ao bom desempenho de seu trabalho e ainda sofre física e mentalmente.

Essa situação também está relacionada às raízes históricas da profissão, conforme lembra Lima (1993), pois até o século XX, no Brasil, a enfermagem era praticada por religiosas e norteadas por um paradigma que enfatizava o amor, a abnegação e o desprendimento, alienando-se diante da necessidade de luta por remuneração digna e melhores condições de trabalho.

Araújo et al. (2002) asseveram que esse paradigma deixou marcas na atualidade, onde ainda parece predominar, nos trabalhadores de enfermagem, um ideário de que nada pode ser feito para melhorar as suas condições de trabalho, ficando clara a situação de falta de esperança ou de alienação.

Sobre os objetivos das adaptações/improvisações, além da questão da garantia da assistência, evocada também como motivo de realização, elas também têm como objetivo facilitar a operacionalização do trabalho de enfermagem e evitar a sobrecarga laboral, advinda das possíveis complicações futuras decorrentes do não oferecimento de determinado cuidado. Esta análise pode ser caracterizada a partir dos trechos a seguir:

² Dispositivo para uso em punções venosas. Consiste em um material estéril em formato de uma cânula de poliuretano sobre um guia agulhado de calibres diversos.

Normalmente, essas adaptações são feitas para facilitar o trabalho de alguma forma. Então, normalmente, a gente faz adaptações para isso, para facilitar o trabalho. Tem certas adaptações que até facilitam o nosso trabalho. (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem)

Então você vê que se você não improvisar um jontex³ com uma luva, ele vai criar uma escara, vai te dar mais trabalho. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Assim, percebe-se que as adaptações/improvisações são modos operatórios, engendrados pelos trabalhadores de enfermagem, frente às dificuldades advindas das más condições de trabalho. Elas, quando se mostram eficazes, são repassadas, de equipe a equipe, e adotadas como prática comum. Inclusive, evidenciou-se, nos discursos dos sujeitos, que há circunstâncias em que é mais prático adaptar/improvisar do que usar o material industrializado e pronto para determinado uso.

Por outro lado, verificou-se que as adaptações/improvisações são ajustes ou artimanhas, de uso restrito, apenas com o intuito de superar dificuldades para dar cabo da tarefa, o que, em algumas situações, induz a um trefismo alienante. Albornoz (2006) assevera que se, no mundo do trabalho atual, o trabalhador que souber se submeter ao todo e manter o fluxo do processo, mesmo com o mínimo de interferência criativa, inovará e melhorará o fluxo do processo, o que lhe permitirá enfrentar momentaneamente as dificuldades, resolvendo as crises.

O fato de tornar as adaptações/improvisações uma prática comum distancia o trabalhador do conhecimento de novas tecnologias, que ganham espaço no trabalho de enfermagem, bloqueia os novos aprendizados e torna a adaptação/improvisação um hábito em si mesmo.

As adaptações/improvisações ocorrem também pelo desconhecimento dos técnicos e auxiliares de enfermagem, que, por muitas vezes, não sabem algum procedimento, alguma técnica, e utilizam de outros recursos para fazê-los, por falta de conhecimento. (TRABALHADOR 17- Enfermeiro)

É bem verdade que, muita das vezes, a gente acaba improvisando pelo simples hábito de improvisar, isso acontece mesmo. Ou devido à questão de determinados materiais que você poderia ir a outro setor, tentar buscar, saber se tem para empréstimo, e você acaba já pelo hábito, improvisando, resolvendo aquele problema de imediato (TRABALHADOR 19- Enfermeiro).

Olário (2004 p. 77), ao analisar a prática de improvisação da fixação de tubo orotraqueal em um Centro de Terapia Intensiva (CTI), também revelou uma faceta preocupante da questão, vez que, mesmo com a existência do fixador apropriado, os trabalhadores

³ Material de consumo hospitalar, destinado a drenagem de diurese. Consiste num preservativo masculino de látex, acoplado a um tubo coletor, que desemboca a drenagem em um frasco graduado, de material plástico.

continuavam a realizar os improvisos por simples hábito e, até, de maneira insegura para o cliente. A autora recomenda que “quando há material adequado à realização da técnica o profissional deve preferi-lo, até mesmo para que haja um domínio do material a ser utilizado e realização da técnica de forma academicamente padronizada”.

Importante risco, que se mostra potencial quando as adaptações/improvisações tornam-se hábito, é o de o profissional que as operacionaliza desconhecer os princípios que regem sua criação, comprometendo a segurança do cliente, conforme revela preocupação do Trabalhador 19- Enfermeiro:

Porque a gente tenta adaptar, improvisar, mas resguardando o paciente. Pensando muito na segurança do paciente. No meu caso, especificamente, elas causam preocupação. Esse exemplo que eu dei sobre os circuitos dos ventiladores, se o profissional não tem conhecimento dessa mecânica de pressão, de complacência, ele não tem como monitorar. E isso pode causar danos ao paciente. Isso pode interferir na segurança do paciente. Essa é a preocupação com relação a isso, com essa segurança do paciente (TRABALHADOR 19- Enfermeiro).

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, em seu artigo 16, do Capítulo III- Das Responsabilidades, deixa claro que o profissional de enfermagem deve “assegurar ao cliente uma assistência de enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência” (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2000) Em muitos casos, as adaptações/improvisações se fazem necessárias, justamente para assegurar a segurança do cliente, como no caso descrito pelo Trabalhador 5- Enfermeiro, em que as adaptações/improvisações de grades nos leitos são importantes para evitar a queda dos clientes:

Temos que tomar cuidado com relação a isso, porque as improvisações podem resultar em riscos que os profissionais estão ocasionando, tanto para o paciente quanto para o próprio profissional. Porque... é... uma grade que você improvisa com uma atadura, isso não é uma coisa fiel, fidedigna. Então, você pode ocasionar alguns riscos (TRABALHADOR 5- Enfermeiro).

Assim, o conhecimento se faz imperioso para que o fazer técnico não se distancie do saber científico e principalmente para que o cuidado não seja confundido com o simples cumprimento de tarefas ou maneiras de fazer uma técnica, pois, segundo Waldow (1998), os princípios básicos que regem o cuidado são a promoção do bem-estar, conforto e segurança do cliente.

Nesta perspectiva, Olário (2004) ressalta que o conhecimento é o elemento básico para a prestação de um cuidado de enfermagem, requerendo responsabilidade, cautela e

preocupação. O ato de cuidar deve ser ético e baseado em conhecimento científico, o que garante ao profissional a prestação de uma assistência livre de danos.

Sintetizando as principais discussões abordadas nesta categoria, entende-se que as adaptações/improvisações surgem num contexto caracterizado pela precarização das condições de trabalho, num cenário em que pessoas, com suas saúdes debilitadas, dependem do trabalho das equipes de enfermagem para se manterem vivas.

Esta situação se torna bastante conflituosa, haja vista que os trabalhadores de enfermagem, comprometidos em assegurar uma assistência humanizada e segura para os seus clientes, lançam mão de artimanhas diversas, que permitem a adaptação às adversidades do meio. Porém, existem benefícios e malefícios desta prática de adaptar/improvisar que tanto podem afetar o trabalhador quanto o cliente. As diferentes repercussões da prática do adaptar/improvisar na saúde do trabalhador serão discutidas mais adiante na quarta categoria desta análise de conteúdo.

A precarização das condições de trabalho, caracterizada pela escassez e inadequação dos recursos materiais e humanos, não é motivo único de realização das adaptações/improvisações, uma vez que tanto o hábito de adaptar/improvisar como também a falta de conhecimento acerca das novas tecnologias e de procedimentos de enfermagem impelem o trabalhador a lançar mão destes artifícios.

A falta de conhecimento, por sua vez, remete à necessidade de realização de treinamentos pela instituição, no intuito de difundir o uso correto de novas tecnologias e de atualizar os conhecimentos técnicos e científicos pelo trabalhador, num processo de educação continuada, que se faz sempre relevante para a qualidade da assistência prestada e também para a otimização dos recursos orçamentários da instituição.

Dados importantes, que surgem a partir da análise de conteúdo dos depoimentos, são os atributos necessários à realização das adaptações/improvisações, capacidades físicas, emocionais e cognitivas, que alimentam a mente daqueles que as cria e assim consegue driblar as adversidades da falta e/ou inadequação de recursos. Esses dados são analisados e discutidos a seguir, na segunda categoria.

3.2 Categoria 2: pré-requisitos para a realização das adaptações/improvisações

Nesta categoria discutem-se os atributos necessários para efetuar as adaptações e improvisações, segundo o ponto de vista dos trabalhadores de enfermagem. Compreendem, pois, atributos objetivos e externos, referentes aos recursos materiais, e atributos subjetivos e internos, os quais envolvem as competências profissionais e pessoais, tais como a capacidade criativa e artística e conhecimento científico e prático.

Há de se ressaltar que esta categoria não foi tão rica em termos quantitativos de repetição dos elementos destacados do material produzido a partir das entrevistas com os sujeitos, tal como o foi na categoria anterior. Mas os dados aqui agrupados se mostraram importantes, em termos qualitativos, revelando uma nuance peculiar da temática, que permitiu compreender o pensamento crítico e reflexivo dos trabalhadores de enfermagem acerca das condições necessárias para efetivação das adaptações e improvisações, merecendo, assim, uma discussão didaticamente pontuada através desta categoria de análise.

A questão dos recursos materiais, mais precisamente a problemática de sua escassez ou inadequação, no contexto de realização das adaptações e improvisações, foi revelada como forte motivo que impele os trabalhadores de enfermagem a aderirem a essa prática. Porém revelou-se também que esses recursos materiais são pré-requisitos necessários à materialização da mesma.

Para improvisar um coletor de diurese, ou um dreno a vácuo, mais conhecido no meio da enfermagem como “sorovac”⁴, é necessário, minimamente, esvaziar um frasco de soro, cortar um equipo comum e usar esparadrapo para fixar as conexões entre estes materiais. Se não há o devido coletor de diurese ou o dreno já pronto de fabricação é imprescindível que se tenham disponíveis para uso os materiais descritos acima.

Assim, até mesmo para driblar a falta de materiais, fazem-se relevantes outros insumos, conforme fica evidenciado a seguir:

Elas ocorrem porque, na maioria das vezes, falta material no hospital ou em outros locais mesmo. E assim é quase todos os dias. Às vezes, estamos com muita dificuldade até mesmo com a improvisação. Temos dificuldade de improvisar porque na falta de outros materiais fica difícil improvisar (TRABALHADOR 13- Enfermeiro).

⁴ Nomenclatura, atribuída popularmente, pelos trabalhadores de enfermagem, à adaptação de um dispositivo de criação própria da categoria. Destina-se a drenagens, a vácuo de secreções em feridas cirúrgicas. É engendrado utilizando-se um frasco vazio de soro, conectado a um equipo de soro, vedando-se as conexões entre eles com esparadrapo, para que se mantenha fechado, sem comunicação com o meio. Permite ainda a medição da drenagem, através da graduação do frasco de soro utilizado.

Depreende-se da análise que os recursos materiais são imprescindíveis à assistência. Não sendo o único elemento necessário. Conforme já discutido anteriormente, os recursos humanos também são elementos-chaves deste processo, tanto em termos de quantidade quanto em termos de qualidade dos profissionais.

Em se tratando dos recursos materiais, o esparadrapo foi citado como elemento essencial à materialização de adaptações/improvisações pelos trabalhadores de enfermagem. “Você quer acabar com as adaptações? Você tira o esparadrapo do hospital (risos). É o que é mais usado para as adaptações. Isso aí, em praticamente tudo, a gente... tem faltando alguma coisinha lá, ah... pega o esparadrapo, bota o esparadrapo” (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem).

De fato, o esparadrapo pode ser observado, com muita frequência, na construção de variadas adaptações/improvisações. É usado para afixar avisos nas paredes, como etiquetas para a identificação de medicamentos, como rótulos na organização de materiais nas gavetas e armários, ou como rótulos de soros, como identificadores de infusões medicamentosas nas diferentes vias de um cateter venoso, como fixadores de tubos oro-traqueais, etc..

O esparadrapo é material essencial na fixação de cateteres venosos à pele do cliente, porém, desde o momento em que os trabalhadores precisam caçar as luvas para manipular as punções, observa-se que o uso de luvas torna-se um problema, pois o esparadrapo gruda nas luvas, danificando-as e expondo o profissional ao contato com meios de infecção e, muitas vezes, ocasionando a perda do acesso venoso. Frente a esta problemática, destaco o “esparadrapador”, inovação tecnológica proposta por Nascimento (2005, 64; 67), que consiste num carretel de esparadrapo adaptado a um dispositivo que permite a sua aplicação na pele da pessoa, visando principalmente a evitar que haja o contato do esparadrapo com a mão enluvada do profissional. A autora conclui que “a partir da prática assistencial de enfermagem é possível determinar-se a criação ou adaptações de tecnologias para resolver problemas do cotidiano”, algo que, segundo ela, somente aquele que vive e sofre as consequências do problema, envolvido com a prática cotidiana, é capaz de solucioná-los. Assim, assevera que, na concepção de novas tecnologias para o cuidado de enfermagem, as adversidades representam verdadeiras “molas propulsoras para o início do processo criativo”.

Abrahão e Torres (2004) afirmam que a elaboração dessas estratégias adaptativas por parte de quem vivencia as nuances dilapidadas das condições de trabalho revela lacunas da organização do trabalho, que, ao prescrever as tarefas, não considera as características dos usuários dos serviços e também das condições ambientais. Assim, as normas se tornam

incapazes de contemplar a variabilidade das realidades que fazem parte do cotidiano dos trabalhadores.

Esse contexto de adversidades no trabalho provoca um verdadeiro choque ideológico no trabalhador, uma vez que o trabalho prescrito (a tarefa: imposta pela empresa ao empregador) se distancia do trabalho real (as atividades: estratégias de adaptação à situação real de trabalho) (Guérin, 2001). Esse distanciamento confere implicações subjetivas ao trabalhador que, segundo Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007), podem ser traduzidas por dois tipos principais de sofrimento: o sofrimento patológico e o sofrimento criativo. O primeiro nasce do esgotamento das margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho, aprisionando o trabalhador à rigidez do contexto organizacional do trabalho e castrando sua capacidade. Já o sofrimento criativo confere liberdade de criação ao trabalhador, potencializando sua capacidade de julgamento, de escolhas e decisões, favorecendo a resistência do sujeito ao meio e minimizando o risco de desestabilizações psíquicas e somáticas.

Esta incoerência entre o que é prescrito/normativo e o que é real, conforme asseveram Dejours (2003) apud Abrahão e Torres (2004), torna necessária a transgressão de regras para a qualidade das ações laborais, numa lógica em que bem trabalhar implica, sempre, de uma maneira ou de outra, cometer infrações.

Diante da necessidade de levar a cabo suas atividades de forma efetiva, cria-se, paradoxalmente, uma contradição: o sucesso do trabalho assenta-se na transgressão. Possivelmente, uma das formas de dar sentido ao trabalho e resolver os problemas que são colocados é a transgressão do código de condutas (DEJOURS, 2003 apud ABRAHÃO; TORRES, 2004, p.76).

Justamente pelo fato de as adaptações/improvisações de enfermagem fugirem às regras e técnicas transmitidas no meio acadêmico é que se deve atentar para o seu potencial devastador tanto para a segurança do cliente quanto para a segurança do trabalhador.

Assim, atributos pessoais e competências profissionais são, cada vez mais, exigidos na nova conformação do trabalho em nossa sociedade. Habilidades de perspicácia, iniciativa, desprendimento, criatividade e capacidade adaptativa são fundamentais aos profissionais de quaisquer áreas, sobretudo aos profissionais de saúde, que se situam num contexto laboral caracterizado por grandes adversidades, que lhes exigem a capacidade de engendrar processos regulatórios do meio. A experiência prática - o saber-fazer - deve estar em consonância com o saber científico para que as intenções de proporcionar o bem não sejam corrompidas pelos efeitos maléficos dessas práticas mal engendradas.

As adversidades do meio de trabalho conduzem os trabalhadores a sentimentos e emoções que mobilizam suas características subjetivas na construção de respostas adaptativas. Assim, é posta em ação a inteligência astuciosa, um tipo de inteligência peculiar do trabalhador, descrita pela Psicodinâmica do Trabalho, a qual possui certas características, conforme assinalam Lancman e Sznalwar (2008):

- primeira característica: é fundamentalmente enraizada no corpo, no qual incidentes produzem estímulos, que geram percepções de desconforto ou prazer. Esse engajamento do corpo na tarefa situa a inteligência prática tanto em sua iniciação quanto em sua intencionalidade. Dados sensoriais são captados pelo corpo, favorecendo a interpretação mental para um rápido diagnóstico e a implementação de uma medida corretiva.

Esses efeitos no corpo, quando as condições precárias de trabalho provocam incômodo, não foram tão bem explicitados pelos trabalhadores de enfermagem neste estudo. O ímpeto da realização das adaptações/improvisações se mostrou, na categoria anterior, como resposta à percepção de que tais condições adversas incidem diretamente no corpo do cliente.

- Segunda característica: essa inteligência considera mais importante os resultados da ação do que o caminho percorrido para o alcance dos objetivos. O rigor do pensamento pouco interessa, prepondera a bricolagem, o improvisado, a trapaça, a molecagem a astúcia.

A prevalência da astúcia das adaptações/improvisações é percebida pelo fato de que elas fogem à regra prescrita, subvertem a organização do trabalho. Mas, em se tratando de uma profissão baseada no cuidado humano, a razão nos atos não deve ser totalmente desconsiderada.

Num processo em que os fins justificam os meios, realmente pode-se perceber, através da análise de conteúdo aplicada ao material produzido, que existe um reconhecimento da finalidade das adaptações/improvisações e do alcance de objetivos por meio delas, não sendo descrito como importante o passo a passo das bricolagens engendradas pelos trabalhadores. Eles adaptam o Nasodren® com a finalidade de servir como coletor de urina, usam máscaras para fixar o micronebulizador ao rosto do cliente, utilizam frascos de soro e fitas adesivas para construir sistemas de drenagem de secreções. Assim, as finalidades foram evidenciadas, mas não se descreveu o passo a passo da realização destas artimanhas.

- Terceira característica: a inteligência astuciosa está presente em todas as tarefas e em todas as atividades de trabalho.

Essa característica permite o entendimento de que as adaptações/improvisações são muito frequentes e fazem parte do dia a dia da enfermagem, num cenário de precarização das condições de trabalho.

- Quarta característica: a inteligência astuciosa evidencia-se no seu potencial criador.

A criatividade compõe a capacidade artística do trabalhador de enfermagem necessária à materialização das adaptações/improvisações e será discutida com detalhes adiante.

- Quinta característica: ela é amplamente difundida entre os profissionais.

As adaptações e improvisações são planejadas, colocadas em prática e os seus resultados são então avaliados. Sendo a avaliação positiva, as novas criações são repassadas, como testemunhas de experiências práticas, e são perpetuadas entre os profissionais.

Guérin et al. (2001) afirmam que, em meio à variabilidade dos sistemas técnicos e da complexidade dos serviços, esses processos adaptativos se dão nos momentos em que só o trabalho do operador permite a regulação desses incidentes, o qual demanda, para isso, condições em que disponha, no momento adequado, das informações compreensíveis e necessárias ao tratamento e resolução desses incidentes e de ferramentas para os devidos consertos.

Trazendo a situação acima descrita para o contexto do trabalho da enfermagem, essas informações de que necessita o operador dos processos de regulação podem ser referentes aos materiais que se encontram inadequados ou escassos na instituição e também sobre os que se encontram disponíveis para a construção de outros recursos alternativos. Essas informações, conforme discutido na categoria anterior, sofrem constantes mudanças, em virtude da instabilidade do suporte de recursos materiais nas instituições públicas de saúde.

Além dessas, outras informações se fazem também imprescindíveis, como as que são repassadas, de trabalhador a trabalhador das equipes de enfermagem, permitindo o conhecimento de inúmeras maneiras de fazer adaptações/improvisações. Muitas dessas maneiras acabam se consagrando no meio prático de enfermagem e são até denominadas com nomenclaturas bem específicas, tais como o já citado “sorovac”.

Depreende-se dessa situação que o saber prático, advindo do acúmulo de experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho, representa um pré-requisito indispensável e que é próprio de quem está na linha de frente do cuidado. Assim, é inerente ao trabalhador de enfermagem. Esse saber tem, sobretudo, um caráter hereditário e cultural, haja vista que a improvisação, mediante uma situação emergencial, e a conseqüente percepção de que a

bricolagem apresentou um resultado satisfatório, ganham credibilidade entre os profissionais, consagrando-as, o que leva à repetição em situações semelhantes às da sua criação.

Convém ressaltar que foi mais evidentemente perceptível a postura de conformismo frente à questão de adaptar/improvisar no trabalho por parte dos trabalhadores que informaram maior tempo de exercício. Esse fato, porém, não permite qualquer generalização, não se transformando em dados consistentes para tal, nem sendo esta a proposta do estudo.

Percebi claramente essa situação, durante minha atuação no hospital, cenário de estudo. O coletivo profissional lidava bem com a falta de lâminas de bisturi e repassava aos novos funcionários uma técnica engendrada pelos trabalhadores mais antigos: usar o bisel das agulhas 40 x 12 mm como substituto da lâmina, a fim de retirar pontos de sutura, situação descrita na motivação do estudo.

É preocupante este fato, pois se percebe que a cada renovação do quadro dos profissionais de enfermagem da instituição, suscita-se a esperança de mudanças para o melhor desempenho do trabalho, porém os profissionais novos acabam sendo ensinados e treinados pelos profissionais antigos a realizarem as adaptações/improvisações e a se manterem acomodados frente à situação de precarização das condições de trabalho.

Olário (2004) assevera que a qualidade da assistência prestada não depende, única e exclusivamente, do material/instrumental apropriado à realização de uma determinada técnica. Ressalta que o procedimento de enfermagem expressa um saber prático e científico que, quando bem planejado pelo profissional, configura-se num verdadeiro cuidado.

Conforme afirma o Trabalhador 1-Técnico de Enfermagem, o conhecimento é combustível necessário à materialização das adaptações/improvisações: “Eu acho que nada de improvisação e adaptação o trabalhador faz sem conhecimento”.

Quando as adaptações/improvisações são perpetuadas pelos profissionais, sem o devido conhecimento dos princípios que nortearam suas criações, o ato torna-se perigoso e gera preocupações nos profissionais, já que a segurança e o bem-estar do paciente podem ser ameaçados, além da própria segurança do trabalhador, expondo-o a artimanhas perigosas, que podem representar descuido com o outro e consigo mesmo.

Assim, o conhecimento científico deve estar aliado ao conhecimento prático no processo de criação de procedimentos e dispositivos alternativos, quando atributos cognitivos do trabalhador são exigidos para a efetivação do cuidado, tais como a observação e a capacidade artística, que foram defendidas por Florence Nightingale, conforme lembra Figueiredo (2003). Esta autora completa a discussão afirmando que a criatividade é também

ingrediente básico das receitas inovadoras e alternativas da arte de cuidar. Olário (2004) acrescenta outros componentes importantes, tais como o treinamento e a sensibilidade.

Quando falamos de técnica de enfermagem, conjunto de processos de uma arte, tratamos de um conjunto de normas e passos sistematizados a serem seguidos, com o objetivo de cuidar do cliente com qualidade. Este cuidado traduz a atenção, cautela e zelo dos profissionais com a sua clientela, na promoção de bem-estar e conforto ao cliente em decorrência de uma assistência adequada (OLÁRIO, 2004, p. 3).

A capacidade artística do trabalhador de enfermagem se faz atributo necessário à superação das adversidades no contexto laboral, exemplificada neste depoimento: “Fica muito difícil, pois você acaba sendo um grande artista, porque você cria meios de onde não tem, de onde não tem” (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem).

A pertinência desta afirmação reside no fato de que a criatividade, a engenhosidade e a capacidade inventiva são elementos necessários à materialização das adaptações/improvisações. Mas, ao mesmo tempo, observa-se uma contradição, já que todo artista depende da existência da matéria-prima para que se inicie o processo de lapidação. Assim, conforme evidenciado anteriormente pelos sujeitos, até para adaptar/improvisar, se fazem necessários alguns recursos materiais.

A criatividade, por sua vez, demanda recurso cognitivo essencial à adaptação/improvisação, e tanto permite a sua materialização, quanto é estimulada pela prática de adaptar/improvisar. A criatividade, como elemento da inteligência astuciosa é uma característica do trabalhador, estimulada pelo próprio meio externo de trabalho. Lancman e Sznelwar (2008, p. 326) afirmam que “o trabalho é que produz inteligência e não a inteligência que produz o trabalho”. Assim, as técnicas de bricolagem, invenção, criação, aguçam a curiosidade, a necessidade de experimentar e de inovar na construção de novos instrumentos de trabalho, o que permite a sensação de liberdade de criação, de autonomia, de papel ativo desempenhado pelos trabalhadores, que não se sentem aprisionados às amarras do trabalho prescrito.

Feldman, Ruthes e Cunha (2008) trazem a interessante diferença entre a criatividade e a inovação. Advertem que a criatividade é comportamento facilmente perceptível nas pessoas dentro de uma organização, que tem o propósito de fazer melhor o que já vinha sendo feito. Atitudes criativas referem-se, então, aos ajustes de determinadas técnicas laborais. Já a inovação é descrita pelas autoras como a busca de caminhos ainda não percorridos, originando produtos e processos realmente novos, inventando e reinventando algo, podendo até culminar na patente de produtos ou processos.

Ser criativo é estar mais à vontade no mundo, mais rico de recursos pessoais. É estar mais vivo e motivado. É resgatar a auto-estima. É surpreender-se consigo próprio. É humanizar-se. Saber acolher. A humanização é essencial nos processos de relacionamento da prática cotidiana de enfermagem e carece progressivamente da criatividade e da inovação na relação, paciente-enfermagem-outros serviços (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008, p. 240).

Considero que deve ser levada em conta, na humanização do trabalho de enfermagem, a humanização do profissional. Como explicitado anteriormente, é preocupação dos sujeitos garantir o cuidado ao cliente, e não apenas o cuidado como tarefa executada, mas o cuidado de forma humanizada. Porém, para que o profissional possa oferecer um cuidado humanizado, antes de tudo deve ser também tratado de forma humanizada. Oferecemos aquilo que anteriormente recebemos, tomamos como propriedade nossa e a cultivamos, com o intuito de multiplicação para posterior oferta.

Um grande perigo se instala quando o profissional de enfermagem sobrevive de forma desumanizada, acostuma-se com essa falta de humanização e não considera ser importante oferecer aos seus clientes um cuidado humanizado. Assim, estamos diante de uma grande distorção do cuidado, o qual pode levar ao prejuízo sócio-humano tanto o trabalhador como o usuário.

Se, no meio das adversidades que permeiam o contexto laboral da enfermagem, as adaptações/improvisações são necessárias para assegurar o cuidado, conforme ficou bastante evidente na primeira categoria, o cuidado também é elemento essencial na produção desses novos jeitos de assistir. As atitudes de zelo, atenção e cautela por parte dos profissionais foram descritas anteriormente por Olário (2004) como elementos necessários a uma prestação de assistência de qualidade. Ressalto que esses elementos são vitais tanto para quem é assistido quanto para aquele que assiste.

Convém advertir também que a criatividade não deve ser praticada durante a realização do trabalho apenas como um ímpeto, com o intuito de satisfação do ego do profissional.

Criatividade não é sinônimo de inventar coisas desrespeitando normas, em que cada um faz o que der vontade. Criar não é coisa de quem não planeja e precisa improvisar para sair das situações problemáticas. A criatividade precisa ser contextualizada através de um olhar atento aos objetivos organizacionais, que compartilha conceitos e métodos a cerca das dimensões organizacionais da noção de competências, e interage com sua história, visão, negócio, missão, valores, princípios e estratégias (FELDMAN; RUTHES; CUNHA, 2008, p. 240).

Uma atitude ética depende da tentativa do profissional em realizar-se, sem que, contudo, desrespeite totalmente as normas institucionais, deixando de responder aos anseios

organizacionais. Adaptação/improvisação é transgressão, mas, para que seja parte de um compromisso profissional, não deve se distanciar da razão.

3.3 Categoria 3: aspectos subjetivos vinculados à prática do adaptar/improvisar

Nesta categoria, apresento a análise dos dados referentes aos aspectos subjetivos que permeiam a prática do adaptar/improvisar e que são externados pelos sujeitos por meio de suas percepções, sentimentos, valores e desejos manifestos na vivência dessa experiência durante o processo laboral.

A dimensão subjetiva do trabalhador não é neutra e nem fica isenta de repercussões, diante das adversidades do meio de trabalho. Assim, a subjetividade é construída e reconstruída a partir das vivências do mundo do trabalho, tamanho é o papel de centralidade do trabalho na vida dos homens.

Segundo Tittoni e Nardi (2006), a subjetividade é evidenciada nas análises contemporâneas do trabalho, como efeito da transformação da organização do trabalho e do modo de acumulação. Teixeira (2005) complementa essa discussão afirmando que a subjetividade capitalista aposta mais na produção do que nas relações humanas e valores de vida. Assim, características do trabalho humano, atreladas à sensibilidade, são negligenciadas dentro das instituições. Esta mudança na maneira como se vê hoje a subjetividade no trabalho provoca conflitos no âmbito da enfermagem, haja vista ser esta uma profissão calcada na sensibilidade e no cuidado, além da cientificidade que lhe é inerente.

Conforme asseveram Cattani e Holzman (2006), a relação entre subjetividade e trabalho remete à análise dos modos como os sujeitos vivenciam suas experiências de trabalho e atribuem sentidos a elas, enfocando o modo como eles experimentam a si mesmos. Entendo que, nesta análise, são levadas em conta tanto as questões relativas ao trabalho e ao modo operatório, quanto as questões referentes ao conhecimento e reconhecimento do próprio trabalhador, num processo de construção subjetiva.

Nessa perspectiva, a prática do adaptar e improvisar, no trabalho de enfermagem, requer considerações tanto a respeito das questões materiais, relativas à matéria-prima das criações e às próprias criações em si, quanto das questões psíquicas que abarcam as mentes dos trabalhadores que adaptam e improvisam. Sendo assim, adaptar/improvisar promove, nos

trabalhadores, repercussões físicas, psíquicas, ideológicas e também éticas que merecem destaque nessa discussão.

Pensar a subjetividade nas suas conexões com o trabalho implica pensar os modos como as experiências do trabalho conformam modos de agir, pensar, sentir e trabalhar associadas em momentos definidos - mais ou menos duráveis - que evocam a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos (TITTONI; NARDI, 2006, p. 278).

Observando, na prática, o que asseveram os autores supracitados, foram reveladas a partir da análise de conteúdo dos depoimentos, percepções das realidades de trabalho, que, ao aguçarem os sentidos dos trabalhadores de enfermagem, representam estímulos mentais para a construção de juízos de valor dessas situações reais e conflituosas, que representam, por sua vez, o resultado final do ato de perceber (KENNETH, 2001).

Nesta categoria, percepções e valores serão discutidos a priori, deixando espaço para a sua síntese com a discussão dos desejos manifestados pelos trabalhadores a respeito das situações de adaptar e improvisar, que revelam projeções futuras a almejar.

Importante se faz entender melhor o conceito de percepção e a concepção dos valores. Sendo assim, infere-se que perceber é conhecer, através de situações e objetos. Percepção não abrange apenas os sentidos da visão e da audição, mas também é caracterizada pela captação de conhecimento. Assim, percepção se refere não só às unidades concretas como também às relações que entre elas se estabelecem. Percepção é o conhecimento para a promoção de conduta, numa fase de ação em que o papel biológico é o de despertar e dirigir as reações dos seres humanos, permitindo assim o seu ajustamento ao mundo em que vivem (PENNA, 1997).

O ato de perceber é então necessário para os ajustes do trabalhador de enfermagem ao contexto laboral de precarização das condições de trabalho, impulsionando-o a tomar uma posição diante de tais adversidades.

Após a percepção e a subsequente experiência de planejamento e implementação das ações reacionais no trabalho, frente à necessidade de adaptar/improvisar, o trabalhador elabora valores a respeito dessas vivências laborais, que tanto podem definir e redefinir suas ações quanto podem projetar-se em desejos.

Segundo Ferreira (2007, p. 490), o valor refere-se à “importância de uma determinada coisa, à sua legitimidade”, ou seja, algo derivado de um processo que atribui significação a um processo ou ato. Conforme assevera Araújo et al. (2002), o trabalho pode ser entendido como uma ação cotidiana produtora de valores, assim como os sujeitos também produzem valores, um procedimento que culmina na produção de subjetividades que interferem e

transformam o processo de trabalho. Essas subjetividades, por sua vez, resultam em padrões de adoecimento e bem-estar, num processo dinâmico sujeito às determinações do contexto laboral.

Os dados coletados por meio das entrevistas revelaram uma situação de produção de bem-estar e incômodos nos trabalhadores de enfermagem, que vivem em seu contexto laboral a experiência cotidiana de adaptar/improvisar.

Os aspectos negativos ligados à prática do adaptar/improvisar emergiram com destaque na análise de conteúdo dos depoimentos. Houve quase que uma unanimidade na percepção de que essa prática é ruim, trazendo inúmeros malefícios tanto para o trabalhador quanto para o cliente.

Você fica decepcionado, você vai trabalhar num lugar que você tem que ir lá pra inventar?! Isso é muito ruim. Muito ruim mesmo porque você quer trabalhar bem, com qualidade. (TRABALHADOR 13- Enfermeiro)

Pelo que eu vejo, pela equipe que eu trabalho, vejo que é uma coisa desagradável, uma implicação muito negativa das adaptações e improvisações. Que ocorrem normalmente todos os dias, sem refletirmos sobre ela. (TRABALHADOR 16- Enfermeiro)

Eu vejo inúmeros malefícios nas adaptações e improvisações. (TRABALHADOR 4- Enfermeiro)

É só malefícios nas adaptações/improvisações... a gente faz o que pode. (TRABALHADOR 15- Técnico de Enfermagem)

Olha, eu não vejo nada de positivo nas adaptações e improvisações. (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

Eu acho que a improvisação teria que acabar. Nós deveríamos trabalhar sem improvisação. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

A análise do material produzido revelou a insatisfação dos profissionais de enfermagem diante da necessidade de trabalhar em meio aos improvisos e adaptações. A decepção confessada, por exemplo, pelo Trabalhador 13 - Enfermeiro revela uma necessidade de desenvolver suas atividades profissionais com qualidade, e os diversos entraves e dificuldades encontradas no mundo do trabalho impedem a realização das atividades laborais a contento. E, essa situação acaba por afetar negativamente a motivação do trabalhador.

Outra importante questão é a de que a prática do adaptar e improvisar parece estar naturalizada no contexto de trabalho, conforme depõe o Trabalhador 16- Enfermeiro. Essa questão evidencia o que foi discutido, na primeira categoria, sobre a conclusão de que tal prática já faz parte do cotidiano do trabalho hospitalar devido à precarização das condições laborais, visto como a assistência prestada aos usuários sustenta-se na realização das adaptações/improvisações elaboradas pelos profissionais que cuidam.

Para os sujeitos, o intuito maior da realização das adaptações/improvisações é o de garantir a prestação da assistência, porém a sua qualidade pode ser ameaçada pelo uso dessa prática, o que acaba por gerar a insatisfação dos profissionais de enfermagem, conforme é revelado a seguir:

Não adianta você ter que atender o paciente e não ter a qualidade no seu tratamento. E eu acho que a maior implicação disto é a insatisfação profissional. Eu acho que isso é que é a grande perturbação, porque você quer fazer o melhor pelo paciente e não pode, isso começa a gerar o quê? Frustrações, insatisfações. (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

As frustrações e insatisfações, mencionadas pelo Trabalhador 6- Enfermeiro, referem-se tanto ao impedimento de oferecer o melhor ao cliente, quanto à falta de realização profissional, decorrente da falta de condições mínimas de trabalho.

Essas insatisfações também podem ser entendidas como fruto da consciência profissional de que essas práticas são negativas, pelo fato de serem subversões às regras, acabando por trair a ideologia do correto que é ensinada nas Academias. Denota-se, portanto, que existe aí uma implicação ética importante que sugere questionamentos cotidianos a respeito da identidade profissional, do cumprimento de papéis, da efetividade das ações desempenhadas e do potencial transformador dos trabalhadores de enfermagem:

Primeiro, você vai infringir a sua ideologia. Você aprendeu que tinha que ser feito daquela forma. Você vai quebrar aquela ideologia. Tudo aquilo o que você aprendeu na teoria, você praticamente joga no lixo, porque você vive improvisando. Na prática você não aprende o que é correto, o que é certo. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

Então, em todo o momento, nós precisamos fazer alguma mudança, coisas que não estão na técnica mesmo. Nós precisamos sair dessa técnica e mudar tudo o que a gente aprendeu. [...] Aí tem que mudar toda a nossa vida, tudo o que aprendemos, é difícil. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem)

Se você possui é equipamentos e esses equipamentos, esses insumos possuem uma especificação, isto quer dizer que é preciso respeitar determinadas características e especificidades destes produtos. Quando você improvisa, você foge dessa especificação. E essa consciência é o que dá preocupação. (TRABALHADOR 19- Enfermeiro)

O trabalho tem que ser realizado da forma correta. Improviso é... é extra... foge à regra. (TRABALHADOR 16- Enfermeiro)

Então, todo o seu trabalho, na verdade, toda a terapia que o médico passa, que a gente administra, vai por água abaixo. É como se você estivesse enxugando gelo. É uma coisa que pipoca, que vai estourar a qualquer momento na saúde do paciente.. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

E aí... você começa a questionar até a sua própria assistência, se ela está correta. O que você está fazendo de bem para outro?[...] É o questionamento: o que eu estou fazendo aqui? Nesse momento aqui, porque eu não consigo mudar? (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

Souza e Lisboa (2002) registram os procedimentos disseminados pela Academia a respeito da maneira (ideal) como as (os) enfermeiras (profissionais de Enfermagem) devem

executar as técnicas de enfermagem, seguindo uma série de passos mais ou menos cristalizados, os quais se iniciam na abordagem ao cliente e, posteriormente, determinam a escolha do material e o modo como devem ser executados. Nas escolas de enfermagem, as alunas são ensinadas a desenvolver suas atividades técnicas usando “uma bandeja com”. Ou seja, se for para um banho no leito “uma bandeja com” o material do banho: jarro de água, sabonete líquido, esponja, cotonetes, bolas de algodão etc... (LISBOA, 1998, p. 10).

Diante da realidade de precarização das condições laborais, o Trabalhador 11- Auxiliar de Enfermagem, lotado em uma enfermaria de clínica cirúrgica, quando questionado sobre a problemática das adaptações e improvisações, traz um relato interessante sobre o procedimento de higienização do cliente no leito.

É aquela história, a gente tem muita internação, que só é de clínica e só acontece à noite. Então, de manhã, o paciente não tem lençol, o paciente não tem roupa, não tem sabonete. Então, você improvisa, usando um lençol como toalha, você improvisa, usando um sabonete líquido como sabonete do doente. E você faz isso. E se a gente for fechar o olho e pensar: ah...se não tem não vou fazer, não tem jelco então não vou puncionar... é não tem toalha então não vou dar banho... (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Se, por um lado, a consciência profissional de que, ao adaptar/improvisar, o trabalhador burla as regras e compromete a qualidade da assistência que presta, gerando insatisfações e frustrações; por outro lado, a falta dessa consciência repercute em preocupação, visto que o trabalhador parece perceber que as falhas e potenciais repercussões dessa prática interferem na segurança tanto do paciente quanto do próprio profissional. Essa questão fica evidente no exemplo a seguir:

As implicações das adaptações e improvisações, no meu caso é, especificamente, é preocupação. Esse exemplo que eu dei sobre o circuito dos ventiladores, se o profissional não tem consciência de que isso foge à regra, pode interferir na segurança do paciente. E aí fica sem segurança. Essa é a preocupação com relação a isso. Porque quando você faz inconscientemente, a coisa fica mais simples, que você pensa que você está ajudando simplesmente. (TRABALHADOR 19- Enfermeiro)

Além dessa consciência de que, ao adaptar/improvisar, burlam-se regras, e que isto pode gerar inúmeros danos ao cliente, outros constrangimentos também assolam os trabalhadores. Um desses constrangimentos é o de ser questionado pelo cliente a respeito da maneira como se executa a tarefa, pois a liberdade de criação oferecida pelo adaptar/improvisar desregulamenta as formas de cuidar, visto que cada profissional lança mão de sua capacidade criativa e inventiva e executa a atividade ao seu modo.

Temos que reduzir as quantidades que nós devemos usar em cada procedimento, o que implica diretamente com os pacientes também, que aí eles olham uma vez um técnico fazendo de uma forma e depois olha outro fazendo de outra, aí o paciente questiona: “Ué, mas fulano fez assim, porque você está fazendo desse jeito?” Ainda tem a nossa postura, que nós devemos ter para passar para eles o porquê, e, às vezes, ficamos sem resposta, sem respaldo para falar o porquê que a gente está fazendo daquele jeito. E chegar para eles e dizer que é por falta de material é complicado, né?! (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem).

Sobre a desregulamentação das atividades, advinda das constantes adaptações/improvisações realizadas pelos trabalhadores de enfermagem, Olário (2004, p.51) assinala que:

[...] não vislumbrei nenhum manual de normas e rotinas do setor que respaldasse a prática do improviso, mesmo diante da carência de materiais. Não existe uma rotina formal no setor, escrita, que justifique as ações da equipe, parece que cada profissional executa o cuidado da forma que melhor lhe condiz (OLÁRIO, 2004, p. 51).

Diante da precarização das condições de trabalho, Olário (2004) alerta para a necessidade de conscientização sobre essa lamentável problemática, a partir mesmo do processo de formação profissional. Assim, nas faculdades de Enfermagem, cabe o estímulo a uma reflexão conjunta, de docentes e discentes, a respeito do ensino das técnicas de cuidado, abrindo precedentes para a flexibilidade, objetivando, por conseguinte, o desenvolvimento de competências profissionais para a prestação de uma assistência de qualidade, mesmo diante da realização de improvisos, com o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar, preservando as questões éticas e legais da profissão.

Entendo que se trata de uma proposta de não ensinar o errado, mas sim de preparar melhor o profissional para ser flexível na lida com a realidade das condições de trabalho que encontrará no futuro, sem jamais abandonar a cientificidade de suas ações.

A insatisfação dos sujeitos ficou evidente na análise dos depoimentos, quando aludem que o coletivo profissional é conivente com as incoerências advindas da precarização das condições laborais e que se submete a trabalhar diante de situações perigosas e insalubres. Depreendeu-se também que os trabalhadores sentem que sua segurança está ameaçada quando adotam as práticas de adaptar/improvisar. O trecho apresentado a seguir exemplifica esta análise:

O que nos leva a fazer essas adaptações é porque você tem um compromisso com a assistência. E você acaba se deixando envolver com o sistema. Isso eu vejo aonde? Na rede pública. E o negativo é que, para a saúde do trabalhador, você trabalha em condições insalubres. Você não tem papel toalha, que é o ideal para que eu possa enxugar minha mão decentemente. E o que acontece? Eu vou enxugar numa gaze, que não é própria para isso. E isso leva a mais contaminação. Se eu não tenho, naquele dia, luvas de procedimento, você vai lá abrir uma luva estéril ou você vai com sua própria mão sem luva. Isso gera também

muitos problemas e riscos. De lidar com secreção, com sangue, com tudo isso. Não tem o kit da drenagem, que é o kit fechado, isso leva com que a gente tenha que ter a máscara, tenha que ter a luva, pegar essa secreção, que fica no vidro, desprezar, para poder lavar o vidro e reutilizar esse vidro no cliente que esteja necessitando da aspiração. Só perigos, só insalubridade! (TRABALHADOR 6- Enfermeiro)

Nem sempre os sujeitos ignoram as repercussões que as adaptações/improvisações podem gerar no processo saúde-doença, mas certa negligência dos trabalhadores de enfermagem quanto ao cuidado de si. Como exemplo, o trecho a seguir exemplifica o reconhecimento sobre a exposição adicional a riscos, que essa prática oferece, porém confessa envolver-se com ela em seu cotidiano de trabalho.

A cama que é elétrica, está com defeito e fica parada muito no alto. Então, o que serviria para auxiliar, acaba prejudicando, porque você levanta a cama manualmente, bota uma caixa de soro atrás, acaba fazendo outras formas, pensando no paciente, não pensando na gente. Então, isso ocasiona riscos ergonômicos. Também ficamos expostos a riscos biológicos também porque você com uma caixa de pérfuro-cortantes, que vai até em cima, você por não ter outra, você vai socando a caixa, então isso pode gerar um risco do profissional, se furar. O serviço não conta com muitos suportes de soro. O suporte que tem é muito alto, para alguns profissionais, isso gera um transtorno. E você não tem nem uma escadinha nem pra facilitar isso. Então são vários riscos ergonômicos, ocupacionais, biológicos, químicos, que o profissional acaba enfrentando devido a essas improvisações. (TRABALHADOR 5- Enfermeiro).

O fato de encontrar-se diante da necessidade de adaptar/improvisar não aliena o trabalhador da consciência de que este ato pode implicar sérias repercussões, para ele e para o cliente. Porém, o risco da alienação existe quando, tão imbuídos do compromisso de assistir e cuidar, os trabalhadores passam a enxergar essa prática pertencente ao campo da normalidade.

Nascimento (2005) assevera que a necessidade de adaptar/improvisar é fato bastante observado e vivido pelos profissionais das equipes de saúde, em geral, e especialmente pela enfermagem, passando, então, a ser encarado como um problema que não mais remete a questionamentos, já que se torna familiar e faz parte da prática, apesar de todos os problemas que acarreta. Essa familiaridade pode impedir o avanço do conhecimento, haja vista que tudo o que é familiar é aceito sem questionamentos.

A alienação objetiva do homem, do produto e do processo de seu trabalho é uma consequência da organização legal do capitalismo moderno e desta divisão social do trabalho. Em primeiro lugar é uma auto-alienação: o trabalhador vende seu tempo, sua energia, sua capacidade a outrem. Assim, o trabalho hoje não seria só alienante porque o esforço alienado imbeciliza e reduz a capacidade de se opor ao sistema e superá-lo. O produto do trabalho e o seu consumo escravizam; terminam o processo de alienação e cooptação do indivíduo, que não pode mais se destacar e se opor. (ALBORNOZ, 2006, p. 35-36; 77-78)

Na enfermagem, o grande risco de se tornar um trabalhador alienado reside na ideologia de assegurar a assistência a qualquer custo, baseada na subserviência e na doação.

Essa ideologia engessa e, às vezes, inviabiliza a busca por um caminho de mudanças e de resistências diante do modelo produtivo dominante.

Teixeira (2005) chama atenção para o perigo que a ética caritativa, típica da enfermagem, pode representar. Atrelada a um sentimento religioso de compaixão e abnegação, a ética caritativa gera a alienação da profissão, reforçando o dever e impondo sacrifícios. Ao agir de modo alienado, o trabalhador, não percebendo o poder de suas ações, pode intervir de modo iatrogênico nas relações humanas, pode trazer repercussões para si mesmo, ou ainda para o contexto laboral no qual está inserido, pois sua capacidade de reflexão, de intervenção e de replanejamento das ações está embotada pelo modelo produtivo e pelas características da organização do trabalho.

Destaco, a seguir, o conteúdo de uma das falas dos sujeitos, que se mostrou relevante, permitindo a reflexão acerca do poder de embotamento que a alienação pode trazer para o trabalhador, limitando o olhar clínico e crítico sobre as repercussões das condições de trabalho no corpo do próprio trabalhador.

Eu não percebo muito isto, porque aqui no CTI não tem problemas osteomusculares nos trabalhadores. Porque, por exemplo, a gente tem cama elétrica. Então, não tem nada que a gente precisa estar abaixando, a gente vai ter assim problemas na questão de mudança de posição do paciente, só isso. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro)

Entre os trabalhadores, existem dificuldades em estabelecer o nexos causal entre fatores agressores no trabalho e afecções psíquicas nos profissionais. As afecções físicas são mais facilmente perceptíveis porque podem ser descritas de forma concreta e comprovadas por diagnósticos mais precisos. Problemas psíquicos, decorrentes do trabalho, tais como depressão, insônia, síndrome de Burnout, alcoolismo e uso de drogas ilícitas acampam no terreno da subjetividade e são, por vezes, mal esclarecidos. Porém, problemas psíquicos podem tornar-se tão graves, a ponto de se somatizarem em problemas físicos, conforme esclarece Lancman e Sznalwar (2008, p. 223-224):

Os distúrbios musculoesqueléticos são patologias do corpo e não patologias mentais. Todavia, e isso é de suma importância, não se pode compreender o acréscimo considerável desses distúrbios musculoesqueléticos sem abrir espaço, no centro deste processo, a uma agressão que tem início nas funções psíquicas. Aliás, esses distúrbios musculoesqueléticos surgem em um grande número de situações em que não se esperaria que causassem este gênero de distúrbio. O trabalho no escritório, no setor terciário, em princípio, não deveria levar a este tipo de doença.

Descritos anteriormente como motivos que determinam a realização de adaptações/improvisações, pelos trabalhadores de enfermagem, a necessidade de garantir a

assistência ao cliente e o simples hábito de praticá-las, como inerentes à práxis cotidiana, retornam nessa categoria sob um olhar mais crítico e contundente dos sujeitos.

Questões como a priorização de valores levam o profissional a pensar que é melhor adaptar/improvisar do que não cuidar; que as adaptações/improvisações serão sempre necessárias, porque o cliente não tem culpa da falta de materiais que impera nas instituições públicas de saúde; e que um cliente pode vir a óbito por não receber determinado cuidado devido a falta de materiais. São reflexões importantes, explicitadas a seguir:

Então eu acho que, infelizmente, nós temos que fazer isso. Nós somos obrigados, há uma necessidade daquilo de ser feito. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

O motivo que leva os trabalhadores de enfermagem a adaptar e improvisar é atender o paciente, que ele não tem nada a ver que as coisas estão faltando, que não tem condições, que o Estado não supre a instituição. Ele não tem culpa. Então a gente tem que improvisar para o bem-estar dele, entendeu? (TRABALHADOR 10- Técnico de Enfermagem)

Você tem um paciente que ele vai a óbito pela etiologia, pelo diagnóstico, pela doença de base dele, é uma coisa. Agora você tem um doente que ele é cirúrgico, e aí ele agrava porque não tem isso, não tem aquilo, não tem o jontex para ele não ficar urinado, porque não tem um lençol, não tem um oleado, então isso fere, isso dá um nó na cabeça da gente. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem).

Os sujeitos também revelaram que as adaptações/improvisações sempre ocorrerão na enfermagem porque, além de existir aquele jeitinho típico da profissão de driblar os problemas, elas são tão numerosas que talvez fosse impossível enumerá-las. Os sujeitos ressaltaram que essa prática está ancorada à profissão, assim, os trabalhadores já se inserem no contexto do trabalho hospitalar aprendendo como realizá-las.

A enfermagem é adaptação desde o começo. A pessoa já entra na enfermagem aprendendo a fazer adaptações. (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem)

São diversas adaptações, que, às vezes, não dá nem pra enumerar, que a gente faz tanta improvisação que a gente acaba esquecendo, que, às vezes, a gente até pensa que é comum, que é normal. Então, toda hora é assim, toda a hora a gente improvisa. (TRABALHADOR 10- Técnico de Enfermagem)

Adaptação sempre vai existir na enfermagem, improvisação sempre vai existir. Que a enfermagem realmente, leva o quê? É a adaptação, você tem que improvisar, se não tem aquilo, tem que improvisar com outra coisa, mas... é isso. (TRABALHADOR 9- Auxiliar de Enfermagem)

Parece estar ancorado no senso comum que a Enfermagem é uma profissão versátil, que sabe ser flexível e resistente diante das adversidades. Esperam-se do profissional de enfermagem características como a perspicácia, a precisão e a agilidade na resolução de problemas. O tal “jogo de cintura” parece inerente ao profissional da área.

Olário (2004, p. 5) adverte que os profissionais de enfermagem devem ter o cuidado de não desvincular esse jeitinho típico de resolver os problemas dos necessários princípios científicos que regem o cuidado e que preservam o saber-fazer aos clientes:

Mesmo diante de dificuldades, o profissional de enfermagem deve estar preparado para realizar o cuidado de enfermagem visando à qualidade da assistência a ser prestada. Ainda que necessite de realizar técnicas com base na improvisação, cabe ao profissional atentar para a promoção do bem-estar, e praticar o cuidado livre de danos. Danos estes que podem advir de um fazer técnico descomprometido com os princípios norteadores do cuidado.

Dois relatos permitiram apreender uma importante análise: diante da necessidade de adaptar e improvisar para assegurar o cuidado ao cliente, os profissionais de enfermagem assumem tarefas que são de responsabilidade de outros profissionais, tais como as tarefas de manutenção dos equipamentos de longa duração, como as macas e os leitos, por exemplo.

É... com relação às macas, o controle, a gente sempre tenta improvisar, tipo: traz uma chave de fenda, conserta pra tentar colocar isso mais para o paciente, ou conserta o leito para não bloqueá-lo (TRABALHADOR 5- Enfermeiro).

No nosso setor nós temos que improvisar bastante devido à quantidade de material que é insuficiente, então, nós temos que fazer adaptações com relação à falta de material e precariedade dos equipamentos, por exemplo, sistema de aspiração, sistema antigo, no plantão passado eu tive que trabalhar praticamente com manutenção. Porque os tubos estão enferrujados, então o sistema de aspiração saiu junto, tive que consertar. Uma mangueira de aspiração, às vezes, puxar uma mangueira de um boxe para outro; são esses os tipos de improvisações que a gente mais frequentemente faz aqui. (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem)

Esta situação merece reflexão, pois, entre outras implicações, verifica-se que o trabalhador gasta seu tempo realizando atividades que não são de sua competência, resultando, assim, na diminuição do tempo despendido no cuidado a clientela.

Espantam as cenas que são observadas nos setores de manutenção dos hospitais públicos, incluindo o hospital cenário deste estudo: materiais inoperantes são amontoados ininterrupta e volumosamente, constituindo verdadeira sucata, enquanto faltam recursos elementares nos diferentes setores de internação. E, muitas vezes, por falta de espaço nos setores de manutenção, tais materiais são armazenados até mesmo nos próprios setores, onde são reciclados em diversas adaptações.

Um exemplo dessa situação esdrúxula se verificou quando, no momento de realização da coleta de dados com um trabalhador da enfermaria de cirurgia geral, ele sugeriu-me um espaço reservado para facilitar o processo de gravação da entrevista, a varanda da enfermaria. Conforme pude observar tal espaço tinha sido improvisado com vários materiais inoperantes ou de sucata, tais como mesas e armários, formando divisórias, arrançadas de tal forma que se

constituíram num “estar de enfermagem”, onde os funcionários faziam suas refeições, guardavam seus pertences e repousavam.

Outro ponto de análise é sobre a relação entre a capacidade criativa de realização das adaptações/improvisações e a auto-valorização dos profissionais que as elaboram, principalmente dos profissionais mais antigos, que perpetuam esse hábito há mais tempo e se mostram mais resistentes às mudanças.

A enfermagem sempre tem aquele jeitinho, fica fazendo uma gambiarra, inventando uma coisa aqui e outra ali e, na maioria das vezes, a gente vê o profissional de enfermagem se gabar disso. Eles acham que isto é o máximo, é... assim... nada de preconceito, mas na maioria das vezes, o técnico de enfermagem, auxiliar antigo acha que isso é uma maravilha, que consegue improvisar. Para o trabalhador, o único benefício que eu vejo é o ego daquele profissional, principalmente do profissional antigo, que acha que ele consegue trabalhar em qualquer lugar. (TRABALHADOR 4- Enfermeiro)

O bom da coisa é que, quando você consegue, você fala: Nossa! Eu consegui! E fica feliz por ter dado conta do recado, por ter tido a criatividade de elaborar algo novo, que deu certo e você conseguiu dar o atendimento que aquele paciente precisava da forma melhor. Então, isso te dá um alívio no final, te dá uma sensação prazerosa também de satisfação pessoal, não pelo trabalho totalmente, porque ninguém quer participar disso, mas uma satisfação pessoal pela sua criatividade, você se vê capaz de dar conta do recado, numa emergência, numa urgência. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro)

Eu percebo que, às vezes, a gente tem o material, mas o funcionário já está acostumado com a gambiarra. E aí, o que acontece? Ele tem o material, mas não sabe utilizar. Então, às vezes, você tem o coletor apropriado para drenagem e o funcionário vai, o auxiliar ou técnico, ele pega o soro, amarra fita crepe, entendeu? E a gente acaba vendo isso bastante, assim, a gente tem o material, mas a gente já está tão acostumada não ter, que, às vezes, o improvisado se torna o certo na nossa enfermagem. (TRABALHADOR 12- Enfermeiro)

[...] E você tentar mudar essa realidade, ao longo de 20 – 30 anos de profissão é muito difícil. Então eu acho que é mais fácil você desde o início tentar trabalhar sem improvisação para continuar trabalhando da forma correta. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

Quando as adaptações/improvisações se fortalecem como normalidade em diferentes setores hospitalares, perpetuando-se no meio, corre-se o risco de bloquear as mudanças, pois a gerência pode concluir que as melhorias não são tão essenciais, haja vista que a enfermagem consegue sempre “quebrar-galhos”, fazer ajustes e artimanhas, dando conta da tarefa e garantindo a assistência. Essa lógica fica explicitada a seguir:

E isso não é bom. Aí passa, às vezes, despercebido, e a gente já está fazendo o errado mesmo e fica no errado, isso prejudica não só a gente como os pacientes também. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem)

Mas isso, a meu ver, ao invés de melhorar faz as coisas permanecerem como estão, pois, enquanto você não diz que tem alguém pisando no teu calo, ninguém tira o pé de cima. Então, eu penso que teria sim que reivindicar melhores condições de trabalho, porque uma vez que o profissional de enfermagem é visto como aquele que quebra-galho, aquele que faz gambiarra, está sempre conseguindo realizar sua tarefa, então para que mudar? (TRABALHADOR 4- Enfermeiro)

Numa ordem de priorização de valores, novamente o cuidado sobressai frente a qualquer outra necessidade ou desejo coletivo. Alguns sujeitos têm clara a necessidade de reivindicação por melhores condições de trabalho para que se possa minimizar a ocorrência das adaptações/improvisações, mas asseveram, sobretudo, que, primeiramente, deve-se assegurar o cuidado e depois, então, reivindicar melhores condições laborais:

Eu acho o que tem que ser feito é conversar com as instâncias superiores e falar: olha só esse tipo de material não é adequado para esse tipo de paciente nem pra esse tipo de assistência e esse tipo de técnica. Vamos conversar? Vamos checar? Vamos comprar outro material que não aconteça isso? Então eu acho que isso que tem que acontecer, mas naquele momento, naquela hora, a gente tem que cuidar daquele paciente, tem que prestar uma assistência de qualidade e tem que fazer aquele procedimento, depois no futuro a gente tenta modificar aquilo que está sendo deficiente e errado. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

A gente poderia até pensar, ah nós não vamos improvisar não, não vamos adaptar não e vamos forçar a aquisição de materiais adequados, mas nem sempre isso é possível, porque a gente está lidando diretamente com o paciente. Ele já chegou, já foi admitido e a gente vai precisar assistir de alguma forma. Eu acho assim, que a gente pode fazer aquela adaptação naquele momento, tentar solucionar aquele problema e assim posteriormente lutar cada vez mais para a aquisição do recurso material adequado. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro)

Teixeira (2005, p. 93) afirma que a verdadeira ruptura com os entraves do mundo moderno só é possível se o sujeito mantiver uma postura de fidelidade à ética da verdade:

Entendo que esses estressores favorecem as dificuldades, mas a decisão de mudança cabe ao sujeito em buscar posicionar-se para transformar-se ou ajustar-se às demandas perversas de um sistema decadente. É claro que essa atitude implica numa atitude ética, um compromisso com a verdade e com o movimento de ruptura.

Pode-se reconhecer através da análise de conteúdo dos depoimentos que a criatividade, pré-requisito essencial à materialização das adaptações/improvisações, é favorável tanto ao trabalhador quanto ao cliente. Porém os benefícios advindos dessa criatividade podem transformar-se em malefícios, se a prática de adaptar/improvisar continuar frequente no contexto laboral.

Eu acho importante sim, a pessoa está aberta, ter essa criatividade pra improvisar, mas eu acho que, hoje, a gente tem isso com frequência, eu acho que não tem que ter essa frequência de improviso, nem de adaptação. Eu acho importante que as pessoas, tenham esse tipo de abertura, de flexibilidade em está aceitando a adaptação x ou y, mas que não devem ocorrer com a frequência que ocorrem. (TRABALHADOR 16- Enfermeiro)

Eu acho que é importante nós sabermos, aprendermos a adaptar, a improvisar, mas assim, poucas vezes. Não na frequência que ocorrem. Que nós aprendemos de uma forma, na técnica, mas de repente aquilo muda e vira uma rotina a adaptação, isso não é bom. Uma vez ou outra nós aprendemos uma coisa nova, mas não sempre. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem)

Perceber os benefícios advindos da prática de adaptar/improvisar requer um olhar crítico e cuidadoso do profissional de enfermagem, para que tais benefícios não sejam totalmente desvalorizados. Assim como se deve ter o cuidado para que os aspectos positivos desta prática não camuflem os inúmeros pontos negativos, que permeiam esta situação. Segundo Olário (2004, p. 16), “[...] muitas vezes, o improvisado configura-se como uma alternativa na prestação de cuidado; porém não significa algo negativo, já que o cuidado pode ser elaborado de forma adequada, visando novos métodos de realização de uma técnica de enfermagem”.

O fato de as adaptações/improvisações serem mais evidentemente consideradas uma prática negativa remete ao anseio de os profissionais vivenciarem situações diferentes no futuro, revelando desejos que emanam da vivência atual de adversidades no meio laboral. Adversidades que, conforme discutido anteriormente, têm o potencial de distorção do real significado do cuidado e do cuidar com qualidade, o que acaba afetando negativamente a dimensão subjetiva dos trabalhadores de enfermagem.

Dejours, Abdoucheli e Jayet (2007) asseveram que o desejo é indissociável de sua ligação com o inconsciente e o seu objeto não é um objeto real. O desejo está situado entre a necessidade (no sentido fisiológico) e a demanda (no sentido da demanda de amor). Assim, atacando-se o desejo, ameaça-se o equilíbrio psíquico e somático. A questão do desejo e de sua satisfação faz parte integrante do trabalho.

A repressão do desejo pela organização do trabalho revela um medo de que esse desejo possa incomodar o comportamento, que constitui o modo operatório cotidiano, visto como “a organização do trabalho se decifra como a vontade de um outro, de um grupo de outros ou de uma instituição, que se opõe ou mesmo se impõe ao trabalhador” (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007, p. 41).

Nesta perspectiva, apresento os desejos, revelados pelos sujeitos, imbricados com a prática de adaptar e improvisar. Desejos referentes à necessidade de minimizar o distanciamento das adaptações/improvisações dos procedimentos preconizados, pela literatura de enfermagem ou pelas Academias, ou ainda pelo trabalho prescrito.

Mas eu acho que, dentro da improvisação, você pode aproximar ao máximo da técnica correta e tentar minimizar aquilo, saber que no futuro tentar sempre conversar em reunião com a chefia e vê aquilo que não é correto, não é o certo, aquilo que pode se modificar. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

Tudo bem, essas improvisações existem, mas vamos fazer improvisação adequada, vamos fazer improvisação mais segura tanto para nós como para o paciente. (TRABALHADOR 9- Auxiliar de Enfermagem)

Acredito que a necessidade de aproximar as adaptações/improvisações das técnicas corretas, que são difundidas pelas Academias, reside no intuito de minimizar o perverso distanciamento entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Distanciamento que repercute na subjetividade dos trabalhadores e que pode ser fonte tanto de sofrimentos criativos como de sofrimentos patogênicos. Para os clientes, essa necessária aproximação se justifica na ética do cuidar livre de danos de imperícia, negligência ou imprudência, que se torna possível à medida que os trabalhadores de enfermagem aliam às suas mais variadas formas de cuidar os ingredientes fundamentais desse cuidado: atenção, observação, conhecimento prático, conhecimento científico, cautela, prudência, criatividade.

O desejo de os trabalhadores serem mais bem assistidos é também revelado por um dos sujeitos, que denuncia um descuido com os profissionais, principalmente com aqueles que trabalham nas enfermarias, que, além de contarem com um aparato tecnológico reduzido em comparação com as unidades de terapia intensiva, são esquecidos no acompanhamento e promoção da sua própria saúde.

De um tudo a gente acaba sendo, menos assistido de uma maneira geral. Vamos colocar assim. Então, acho que deveria ser melhor assistida a área de enfermagem, principalmente dentro das enfermarias. De repente, nos ambulatórios não tanto, mas nas enfermarias, que são a parte de internação, nós deveríamos ser melhores assistidos. (TRABALHADOR 15- Técnico de Enfermagem)

Tal questão revela uma incoerência da ideologia do cuidar humanizado, na qual o próprio trabalhador que cuida sofre com a falta de cuidado humanizado de si mesmo. O cuidar de quem cuida é um ponto de vista bastante discutido no meio acadêmico, que aponta para a urgência de maior zelo e atenção com o profissional de enfermagem.

Outro desejo que emergiu da análise foi a necessidade de realização de maiores estudos sobre a temática. “Então, eu gostaria muito que isso aí tivesse um estudo, que melhorasse, que ampliasse mais o estudo disso aí.” (TRABALHADOR 9- Auxiliar de Enfermagem).

Pelo contexto da entrevista, depreende-se que esse desejo de ampliação dos estudos sobre a temática adaptação/improvisação está assentado não só na necessidade de se fazerem conhecidas as dificuldades que os trabalhadores de enfermagem enfrentam em seus contextos de trabalho como também ao embasamento de reivindicações por melhores condições de trabalho.

3.4 Categoria 4: a face positiva e a face negativa do adaptar/improvisar: as repercussões para a saúde do trabalhador

Nesta categoria, discutem-se as contradições que envolvem o fenômeno de adaptar e improvisar, isto é, a face do prazer e do sofrimento, da satisfação e da insatisfação, da utilidade e da inutilidade, enfim o caráter dialético que emergiu da análise dos depoimentos dos sujeitos ao serem questionados sobre as adaptações e improvisações.

Ao evidenciar o caráter dialético do fenômeno em questão, busco respaldo teórico em alguns pressupostos do Materialismo Dialético. Porém, há de se destacar que a própria Psicodinâmica do Trabalho, adotada como pressuposto teórico do presente estudo, apóia-se na análise dialética do sofrimento e do prazer advindos do trabalho e na transformação de um em direção a outro (DEJOURS, 1988; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 2007).

Contradições entre o bem e o mal, o prazer e o sofrimento, a satisfação e a insatisfação permearam a percepção dos sujeitos e revelam um dinamismo de valores, sentimentos e emoções a respeito da vivência do adaptar/improvisar no trabalho de enfermagem. Essas contradições, porém, não se anulam, convivem uma ao lado da outra, numa típica união de contrários em busca da totalidade. São os diferentes e opostos lados de uma mesma moeda, a cara e a coroa, que, unidas e indissociáveis, constituem a moeda. E essa situação articula-se com a lei de unidade e luta de contrários da Dialética (HAGUETTE, 1990).

Segundo Konder (1992), a lei de unidade e luta de contrários fundamenta-se no pressuposto que os diversos aspectos de uma realidade se entrelaçam e dependem uns dos outros, os fenômenos não podem ser compreendidos isoladamente, pois se deve considerar a conexão que cada um deles mantém com fenômenos diferentes. De acordo com o contexto em que ele esteja situado, prevalece um lado ou outro de sua realidade, que é contraditória.

A alma da dialética é o conceito de antítese. [...] A noção de antítese leva à noção de unidades de contrários, que significa a convivência na mesma totalidade de dois pólos que, ao mesmo tempo, se repelem e se atraem. Por outra, esta noção fundamenta a visão de totalidade, que muito caracteriza a postura dialética. O dinamismo histórico da realidade é expresso em grande parte, por esta forma de visão, que admite ser ela um todo complexo, sempre com duas faces, como se fosse uma moeda; não há moeda com uma face só; mas, embora sendo duas, forma um todo. A polarização traduz a idéia de dinâmica e de contradição (DEMO, 1987, p. 87-88).

Ressalto que, no presente estudo, não utilizei da Dialética como metodologia pré-definida, aproprio-me, sim, de suas noções e de alguns pressupostos para contextualizar a

questão de dualidade e contradição que emerge dos discursos dos sujeitos, caracterizando a dialética do mundo do trabalho, dinâmico, contraditório e em constante transformação.

Haguette (1990) ressalta que a dialética não é pura e simplesmente um método aprisionado em procedimentos lógicos, mas um movimento da expressão conceitual da coisa/fenômeno, não existindo senão na oposição e na superação.

A contradição existe e compõe a realidade do mundo do trabalho, atribuindo-lhe distintos e ambíguos significados ao longo de sua história social, conforme asseveram Ribeiro e Leda (2004, p. 77):

Constata-se, portanto, que o trabalho apresenta duas perspectivas distintas. A primeira referente a um caráter negativo; e a segunda a uma dimensão positiva. Em alguns momentos representa castigo divino, punição, fardo, incômodo, carga, algo esgotante para quem o realiza. Em outros, espaço de criação, realização, crescimento profissional, possibilidade de o homem construir a si mesmo e marcar sua existência no mundo.

No presente estudo, as características do mundo do trabalho também se fizeram presentes, no que concerne a percepção das implicações da prática do adaptar/improvisar na atividade laboral dos trabalhadores de enfermagem.

A partir da análise dos dados observa-se que os sujeitos enumeram as repercussões das adaptações/improvisações na sua saúde, evidenciando um caráter dual e contraditório. Além disso, explicitam criticamente esses efeitos em suas dimensões físicas e psicossociais.

Quanto à relação entre o aprendizado do trabalhador de enfermagem e a prática cotidiana de adaptar/improvisar, a dualidade de percepções pode ser exemplificada a seguir:

A partir do momento que a gente está improvisando, a gente sabe que não está fazendo a técnica correta, a técnica adequada. Porque uma vez que existe uma técnica, é porque foi descoberto que aquela ali é a melhor maneira, que traz um benefício para o paciente. E a gente está improvisando, independente da improvisação que seja, eu acredito que não tenha nenhum benefício para o profissional, porque a gente sabe que não é o correto, entendeu? Eu acho isso. (TRABALHADOR 17- Enfermeiro)

As improvisações eu acho que, na assistência é muito ruim, porque você acaba infringindo a técnica e, ao mesmo tempo, causa estresse ao profissional porque ele quer trabalhar de forma correta, de acordo com a técnica. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro)

Uma vez ou outra nós aprendermos uma coisa nova, “não eu aprendi a fazer isso”, sai um pouco da técnica, quando não é uma coisa que vai prejudicar o paciente e prejudicar a nossa técnica assim diretamente, mas quando prejudica e há essa mudança total, que se torna diária, aquilo frequente prejudica, porque, às vezes, a gente esquece até, de tanto fazer o errado, o diferente, esquece da técnica e muda nossa rotina para o errado. Porque o certo é nós fazermos na técnica. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem)

Guérin et al. (2001) contribuem para a compreensão do desenvolvimento da aprendizagem no contexto laboral, afirmando que ela favorece melhor adaptação das ações aos objetivos propostos, aumentando a possibilidade de estratégias de antecipação,

disponibilizando um número maior de esquemas de ação parcialmente automatizados, propiciando rapidez e eficácia.

Olário (2004) discute a maior fluidez das ações, possibilitada pela adoção das práticas de improviso na enfermagem, o que acaba suprindo, em muitos casos, a necessidade de agilidade do cuidado para manter ou resgatar o equilíbrio saudável do cliente.

Apesar do caráter negativo do adaptar/improvisar, no que concerne ao desrespeito à técnica e no seu subsequente esquecimento, decorrente da grande frequência com que se desenvolve essa prática, os sujeitos também destacam uma faceta positiva sua, quando afirmam ser possível desenvolver a criatividade, a capacidade adaptativa e até mesmo a criação de novos instrumentos de trabalho, que acabam por valorizar e dar visibilidade a profissão.

Porque a gente, às vezes, quando não tem tudo, aprende a improvisar. Então, quando você tem tudo a disposição como nos hospitais particulares, é fácil. Em locais que totalmente você não tem recurso, você não sabe então como atuar. Então, para a gente, nesse nível de aprendizado, é mais fácil porque a gente aprende como fazer, como alterar. [...] Mas, quando você vai lá pro fim do mundo e não tem nada, isso é uma escola, enfim. (TRABALHADOR 1- Técnico de Enfermagem)

Eu acho positivamente, porque as adaptações e improvisações são importantes para gente ter como se adaptar aos problemas que se vive no dia-a-dia. (TRABALHADOR 3- Técnico de Enfermagem)

Bom, em termos positivos, as improvisações são hoje assim... que a gente trabalha como se tivesse dentro do Vietnã, dentro de um campo de concentração, onde você não tem nada, então você tem que tirar leite de pedra. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem)

Assim, em termos positivos acho que ajuda na nossa criatividade, que muitas coisas foram importantes, porque não trouxeram nenhum malefício, tanto para o paciente quanto para o trabalhador. E a gente sabe que existe até alguns projetos, algumas coisas, até de materiais que foram patenteados por enfermeiros, com sugestões do técnico de enfermagem no material X, num determinado tipo de material. Em alguns casos, você até está melhorando alguns materiais, em função dessa idéia criativa que aconteceu naquele momento. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro)

E o lado bom da coisa é que, quando você consegue, você fala: Nossa! Eu consegui! E fica feliz, por ter dado conta do recado, por ter a criatividade de elaborar algo novo, que deu certo e você conseguir dar o atendimento que aquele paciente precisava, da forma melhor ou não, mas você deu conta. Então isso te dá um alívio no final, te dá uma sensação prazerosa também de satisfação pessoal, não pelo trabalho totalmente, porque ninguém quer participar disso. Mas uma satisfação pessoal pela sua criatividade, você se vê capaz de dar conta de um recado, numa emergência, numa urgência (TRABALHADOR 7- Enfermeiro).

O ser humano está em constante busca da felicidade, da satisfação. No trabalho, esses anseios também se fazem presentes, principalmente pela necessidade de reafirmação de sua identidade profissional, de reconhecimento social. Conforme afirmam Sznelwar e Uchida (2004, p. 90), a identidade, no contexto do trabalho, é construída na prática:

Na situação de trabalho, a identidade passa, inicialmente, pelo fazer. É a situação que irá primeiramente ser julgada. Mas esta é fruto da experiência, desenvolvimento das habilidades, competências e saberes práticos e teóricos. Por isso, o reconhecimento (de beleza e de utilidade) terá uma grande repercussão no processo de identificação com o trabalho, conseqüentemente de fortalecimento de singularidade do sujeito, da sua identidade (SZNELWAR; UCHIDA, 2004, p. 90).

Quando o profissional de enfermagem, ao adaptar/improvisar no seu contexto laboral, cria novos instrumentos, que têm sua finalidade e eficácia comprovada no meio profissional, isso enaltece o trabalhador, edifica ainda mais a sua potencialidade criativa.

Nesta perspectiva, fica evidente mais uma situação dialética do trabalho de enfermagem, em que, da necessidade, nasce a criação. E se essa criação for consagrada entre os profissionais da área, a satisfação do trabalhador-criador é contemplada, e resgata-se o valor social do trabalho, que poderia estar perdido, em meio às adversidades dos contextos laborais, por vezes tão sofridos e espoliantes.

Ao longo da discussão que vem permeando este capítulo, evidenciou-se que as adaptações e improvisações fomentam a criatividade do trabalhador e, em algumas situações, favorecem o processo de trabalho da enfermagem, porém, através de um olhar mais aprofundado para o conteúdo das entrevistas, apreendeu-se outra situação dialética envolvendo essa situação. Apesar do potencial criador das adaptações/improvisações e também da vantagem de facilitação da dinâmica do trabalho, permitindo a resolução rápida de problemas de assistência, elas também consomem o tempo dos trabalhadores que as engendram.

[...] e no momento de finalizar essa tarefa, o trabalhador se depara com essa barreira, que é a falta de material adequado para que ele realize o seu trabalho adequadamente, visto dessa forma ele tem que interromper o seu trabalho e correr atrás desse material, correr atrás dessa adaptação, para estar executando a tarefa, isso acarreta em atraso. (TRABALHADOR 16- Enfermeiro)

Deveria ter o mínimo pra fazer com tranquilidade, pra você poder fluir bem, porque você parar pra improvisar, você está perdendo tempo, e a gente não pode perder tempo. E o que acontece é isso, a gente perde muito tempo, vendo como a gente pode fazer, que jeitinho a gente vai dar e, na maioria das vezes, a gente deixou de ver alguma coisa importante, que a gente ficou envolvido em improvisações, entendeu? (TRABALHADOR 10- Técnico de Enfermagem)

Souza e Lisboa (2005) acrescentam que o ritmo laboral das enfermeiras torna-se intenso à medida que precisam lidar com as situações de carência quantitativa de membros da equipe e de materiais, equipamentos e instrumentais de trabalho. Essas situações fazem que as enfermeiras percam o seu tempo que, muitas vezes, já é escasso, procurando recursos em outras unidades, ou assumindo o trabalho daquele que ficou ausente na equipe.

Os sujeitos consideram que a necessidade de adaptar/improvisar contribui para o aumento do ritmo de trabalho e também para o aumento do esforço físico, pois necessitam fazer uma peregrinação em outros setores para a busca de materiais, aliado ao esforço físico que já é inerente ao trabalho de enfermagem, principalmente quando cuidam de clientes acamados. Alertam, assim, para o perigo dos riscos ergonômicos aos quais estão expostos, além do reconhecimento da exposição a outros tipos de risco na prática de adaptar/improvisar.

Então, você pode ocasionar alguns riscos, aumentando a sobrecarga de trabalho da equipe de enfermagem, que aquela grade não abaixa mais, porque você amarra com uma atadura, então você vai fazer um esforço maior. Com o medidor de diurese horária, que a gente improvisava, você tem que se abaixar bastante para fazer essa medição. E como essa medição é horária, você tem que se abaixar bastante. (TRABALHADOR 5- Enfermeiro)

O esforço físico aumenta, porque você acaba fazendo uma rotina a mais. São várias rotinas a mais, no meio de improvisação. (TRABALHADOR 1- Técnico de Enfermagem)

E, por outro lado, isso repercute também no físico, porque a gente sente mais fadiga, a gente se sente mais estressado. No fim do dia, a gente para e diz: Nossa, que dia foi esse! Como que correu! Às vezes, por uma situação de adaptação, você desgasta como se tivesse cuidando do dobro de pacientes. E com relação aos recursos humanos é a mesma coisa. O desgaste que você tem do profissional dobra, porque se ele estava num local, tem que se deslocar pra outro, para um setor onde ele desconhece rotina, desconhece os cuidados que são feitos, não está acostumado, ele perde mais tempo indo e voltando, perguntando para as pessoas. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro)

Guedes e Mauro (2001), ao caracterizarem o trabalho de enfermagem, descrevem que a atividade requer múltiplos movimentos de cargas que podem culminar em lesões osteomusculares e nos tendões, devido à sobrecarga e/ou má utilização dessas estruturas. Os profissionais de enfermagem executam suas atividades, em grande parte do tempo, em pé e com a coluna curvada, até para realizarem os registros. E essa condição é desconfortável e provoca fadiga.

Aliadas a essas difíceis condições, infere-se que o quantitativo insuficiente de trabalhadores, a exiguidade dos espaços físicos, as condições ergonômicas deficientes, as improvisações e equipamentos inadequados, levam ao condicionamento de posições e posturas físicas incorretas, contribuindo para a fadiga e elevada ocorrência de dores difusas em partes do corpo desses profissionais (GUEDES, 2000).

Contrapondo essa situação de aumento do esforço físico dos trabalhadores de enfermagem num contexto de precarização das condições de trabalho, onde as adaptações e improvisações surgem, o Trabalhador 8- Auxiliar de Enfermagem lembrou que as adaptações/improvisações podem ser facilitadoras do processo de trabalho, contribuindo, assim, dialeticamente para a redução do esforço físico. “Normalmente, essas adaptações são

feitas para facilitar o serviço. Então, tem certas situações em que até facilita o nosso trabalho mesmo, diminui o esforço físico” (Trabalhador 8- Auxiliar de Enfermagem).

Efeitos prejudiciais e cumulativos na saúde do trabalhador de enfermagem foram descritos pelo Trabalhador 6- Enfermeiro, conforme destaque a seguir. O envelhecimento do profissional, que, ao longo de sua trajetória de trabalho, teve que lidar com as espoliações decorrentes da prática de adaptar/improvisar, encontra-se ameaçado em seu equilíbrio, haja vista que estas espoliações entram em sinergia com o desgaste natural do corpo envelhecido do trabalhador de enfermagem. “E a nossa equipe de enfermagem é uma equipe que está o quê? Envelhecendo. Então, conseqüentemente, é uma equipe que vai apresentar muitos problemas” (TRABALHADOR 6- Enfermeiro).

Guérin et al. (2001), descrevendo as variações intra-individuais dos trabalhadores, fazem referência às transformações do estado funcional que, ao longo da vida ativa, se justificam, por um lado, pelas leis do envelhecimento biológico geneticamente determinadas e por outro lado, em função do meio. Essas transformações são acentuadas pelas frequentes agressões provocadas pelas condições de trabalho. Quando os constrangimentos da organização do trabalho são muito severos, já não existindo a possibilidade de desempenhar o seu trabalho de outras maneiras, os trabalhadores mais velhos encontram sérias dificuldades para realizar o trabalho, podendo ser até deslocados para outros postos, considerados “mais leves”.

Relevante se apresenta a outra face dessa mesma moeda no depoimento do Trabalhador 18- Técnico de Enfermagem, que observa que esses efeitos maléficos do adaptar/improvisar podem não respeitar as idades e se instalar no corpo de trabalhadores ainda jovens, levando a necessidade de readaptação em outras atividades laborais, até mesmo fora da profissão de enfermagem.

Mas, já pra saúde física diretamente, eu não posso dizer assim pessoalmente, mas eu tenho colegas que já foram prejudicadas por improvisos, que tiveram que fazer e fazem esforços, até demais e isso prejudica. Tem problemas de saúde, tem que ser readaptadas até para outros setores e para outras funções. Às vezes, novas ainda, não só pessoas com certa idade, novas começando, mas, por tentar seguir aquela rotina, complicada de adaptação e improvisação. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem).

Além dessas implicações, ressalta-se que as implicações negativas das adaptações/improvisações no corpo físico dos trabalhadores tanto podem culminar na instalação de novas patologias quanto agravar as já instaladas anteriormente, seja por trabalhos anteriores, ou por outras causas. O trecho de depoimento destacado a seguir, do mesmo trabalhador supracitado, exemplifica esta análise:

Muitos colegas, por tentarem se adaptar, fazem um esforço sobremaneira que não conseguem seguir totalmente o que é passado. O corpo não está preparado para aquilo e sofrem com isso. Muitos passaram a ser secretários, foram para outros setores por não conseguirem seguir aquele ritmo de improvisos e serem prejudicados, às vezes, até por doenças que já tinham, por problemas que já tinham e por essas adaptações eles foram prejudicados. Acarretaram outras doenças, outros problemas. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem).

Se os trabalhadores de enfermagem são prejudicados pelas adaptações/improvisações, considerando-se que essas práticas têm o potencial de instalar novas patologias e/ou de agravar as já existentes, a instituição e o restante da equipe, simultaneamente, também sofrem prejuízos frente ao possível absenteísmo dos trabalhadores afetados por doenças diversas. “[...] aquilo gera uma angústia nele, e ele acaba... perdendo um pouco da energia dele. Da força dele de trabalho mesmo, então a gente perde um funcionário, que daqui a pouco vai adoecer, vai se estressar, vai gerar outras repercussões e a gente vai sentir, vai ter menos um” (TRABALHADOR 14- Enfermeiro).

Parece ser um ciclo vicioso que se forma a partir da prática espoliante e abusiva das adaptações/improvisações, a qual contribui para reduzir ainda mais os recursos humanos, intensificando a espoliação daqueles que resistem à labuta nessas condições. Para Silva e Marziale (2000), o número insuficiente de recursos humanos pode contribuir para aumentar o índice de absenteísmo decorrente da sobrecarga e da insatisfação dos trabalhadores, repercutindo na queda da qualidade do cuidado prestado.

Implicações negativas na saúde mental do trabalhador de enfermagem também foram mencionadas pelos sujeitos decorrentes da prática frequente de adaptar e improvisar. Imbuídos do forte compromisso com o cuidado, esses trabalhadores revelam-se desgastados, experimentando sentimentos como raiva, angústia, ansiedade, desmotivação e estresse, quando são obstaculizados pelos problemas referentes às más condições de trabalho que os impulsionam a adaptar/improvisar.

Causa estresse, causa cansaço, causa desmotivação e frustração. Porque você sabe que você tem que trabalhar de uma forma correta e você não consegue. Eu, às vezes me sinto muito limitada, muito frustrada em determinadas situações em que eu tenho que fazer aquele procedimento e não tenho material, ficar correndo em outros setores para fazer improvisação, perguntar para o outro que sabe fazer improvisação como ele faz. Então, você se sente uma pessoa limitada, frustrada. (TRABALHADOR 2- Enfermeiro).

Acho assim, prejuízo maior para o profissional de enfermagem está na questão do estresse. E o estresse, a gente sabe que vai repercutir nas outras doenças. Hipertensão, doenças cardiovasculares, gastrites, insônias e por aí a fora. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro).

Porque o pior é que isso implica muito na nossa saúde mental. Porque é muito estressante você vê a coisa para fazer e você não saber da onde tirar. Então, é aquela história, você não tem luva de procedimento, então acabou. Vou botar um saco na mão? Tem que dar um jeito... aí você usa a luva estéril como luva de procedimento. Então, é essa falta de insumo e

a necessidade de adaptar e improvisar mexem muito na saúde mental, porque estressa demais. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem).

A repercussão negativa está tanto no físico, quanto no sentido emocional da raiva que a gente sente por não ter como trabalhar, às vezes, por ter que se desdobrar para dar conta do cuidado do paciente que é o principal. E quando a gente não está na ponta dessa provisão, a gente se sente frustrado por não estarem pensando no nosso trabalho. Então é frustração, é raiva que a gente sente, angústia, nervoso. Sente nervoso, como é que eu vou dar conta disso? O desespero, muitas vezes, num paciente que está mal, está afundando e você tem que ter o material, tem que se desdobrar, parar e pensar rápido o que você pode fazer pelo paciente. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro).

Afeta a saúde mental, porque você muda tudo aquilo o que você aprendeu. Você vai ser atingido porque não vai estar ali, andando conforme foi passado para você, desde o início do curso, quando é passado de uma forma. Muda porque você vê que era uma ilusão. Em parte, algumas coisas eram ilusórias. (TRABALHADOR 18- Técnico de Enfermagem).

O estresse ocupacional, muito aludido pelos sujeitos em suas falas, é definido por Mendes, Borges e Ferreira (2002), como fruto da complexidade das relações entre condições laborais, condições extralaborais e características do trabalhador, nas quais a demanda de trabalho excede as habilidades de enfrentamento do trabalhador. Dessa forma, ocorre um desgaste anormal e/ou uma redução da capacidade do organismo para o trabalho, decorrente de sua incapacidade de tolerância, de superação ou de adaptação às exigências de natureza psicológicas percebidas como abusivas, insuperáveis e inesgotáveis.

Dessa discussão é possível apreender que o estresse afeta a esfera psíquica do trabalhador, mas também repercute no desgaste físico, o que acaba, conseqüentemente, bloqueando sua capacidade criativa para engendrar novas adaptações/improvisações ou mesmo novas soluções para problemas que possam surgir no contexto laboral ou na vida em geral.

Alude-se, então, à inteligência astuciosa, que move o trabalhador a usar o seu potencial criador na transgressão das regras para pôr em prática a sua engenhosidade na materialização de artimanhas e de ajustes no trabalho real, e cita-se Lancman e Sznelwar (2008, p. 336), quando trazem uma relevante contribuição para fortalecer essa análise:

O corpo alimenta e permite que essa inteligência se desenvolva, que deixe o sujeito em estado de alerta. O estado do corpo é uma variável tão importante quanto à inteligência. Um corpo cansado, doente, esgotado compromete a inteligência astuciosa e a criatividade. Um corpo em bom estado, no instante mesmo em que se depara com uma solicitação qualquer, faz com que a inteligência passe a operar.

Dáí depreende-se mais uma questão dialética do adaptar/improvisar: se a necessidade de realizar adaptações/improvisações leva o trabalhador a mobilizar sua capacidade criativa, e a criatividade é entendida como pré-requisito para a realização das adaptações/improvisações,

percebe-se, contraditoriamente, que a prática espoliante do adaptar/improvisar inibe até mesmo a criatividade, pré-requisito para a sua materialização.

Outra situação dialética emergiu das falas dos sujeitos, nas quais se captou que se as adaptações e improvisações fossem bem elaboradas, poderiam trazer bem-estar e melhora para a saúde dos clientes, no entanto, ao exporem sobre tais dispositivos, fica claro o seu caráter, muitas vezes, iatrogênico. A questão que precisa ser refletida é que o potencial criativo dos trabalhadores de enfermagem existe, o compromisso com o cuidado é fato, porém estas adaptações e improvisações emergem em um contexto crônico de precarização, impelindo o trabalhador a fazer ajustes cotidianamente no seu processo de trabalho, o qual inclui também os instrumentos de trabalho, o que repercute em desgaste, embotamento da capacidade de avaliação e até mesmo, em alienação.

Esta situação de contradição fica evidenciada nos trechos destacados a seguir:

É o risco maior, na minha opinião, é o perigo de ter problema na saúde do paciente. Então, normalmente, essas adaptações, se não bem feitas, elas podem causar algum dano para o paciente. Como, por exemplo, algumas adaptações que são feitas com relação a cateteres venosos, se não forem bem feitas, podem causar um dano muito grave ao paciente, com relação à infecção. Tem situações que envolvem diretamente sistema venoso, que você tem que fazer com um procedimento totalmente estéril. Se você pecar nesta situação, o comprometimento vai ser com relação à saúde do paciente. (TRABALHADOR 8- Auxiliar de Enfermagem).

Outra coisa é a adaptação do fixador de tubo. Isso é uma coisa importante que já deu até ferida na lateral dos lábios. E já deu ferida, ferida grave mesmo, então o fixador não tem. Quando eles não colocam um equipo de soro, eles botam esparadrapo, que aí vai acontecer o quê? Um acidente até pior, a extubação do paciente, no pós-operatório. (TRABALHADOR 9- Auxiliar de Enfermagem).

O lado positivo que eu vejo seria com relação a melhora do paciente, você fazendo essas improvisações, apesar de serem, ao meu ver, nem todas, positivas mas, você vê resultado, apesar de perigosas. Ah... a grade não abaixou, você se sente feliz por isso, mas é muito perigoso porque ele pode vir a cair, pode aumentar o prejudicial ao paciente, a equipe. Então, de positivo, eu apontaria a melhora do paciente. (TRABALHADOR 5- Enfermeiro).

Olário (2004) alerta para a necessidade da enfermagem, nesse contexto de dualidade entre “o não ter e o fazer”, aliar a cientificidade, a ética, a sensibilidade, o conhecimento e a intuição, ao lançar mão de artifícios que possam realmente colaborar na prestação de cuidados, atendendo às demandas do cliente de conforto, segurança e bem-estar.

Os prejuízos e benefícios das adaptações/improvisações estiveram presentes nos discursos dos sujeitos, nos quais se pode depreender mais outra questão dialética do fenômeno adaptar/improvisar no trabalho hospitalar de enfermagem.

Apesar da prática das adaptações e improvisações garantir que a assistência seja prestada quando da falta de alguns materiais, elas, dialeticamente, conduzem a gastos excessivos de inúmeros materiais, necessários para a realização das adaptações e

improvisações, revelando um desperdício irracional que pode culminar numa intensificação da carência dos recursos materiais. Além disso, quando mal elaboradas, podem desqualificar a assistência prestada pela instituição, como também podem ser tão prejudiciais para a saúde dos trabalhadores de enfermagem que acabam repercutindo na qualidade da assistência oferecida, haja vista a possibilidade de desmotivação, de falta de identificação e empenho com o trabalho a ser executado.

Esta dialética dos efeitos organizacionais da prática do adaptar/improvisar fica explícita nos exemplos que se seguem:

Não temos papel toalha, então você tem que enxugar a sua mão numa gaze, então isso gera o quê? Aumento de custo. (TRABALHADOR 6- Enfermeiro).

Além do que, você acaba gastando, em alguns momentos, até mesmo mais materiais, aumentando o custo e levando ao desperdício daqueles materiais que poderiam estar realmente utilizando para outros fins. Acaba trazendo para o hospital, uma questão de inviabilidade no emprego dos recursos materiais adequados, numa inadequação de custo e benefício, repercutindo lá no orçamento. (TRABALHADOR 7- Enfermeiro).

Nem sempre o mais barato vai ser o de melhor aproveitamento, que vai demandar usar mais esparadrapo anti-alérgico, comprar outras coisas para poder adaptar. Então as adaptações encarecem também. (TRABALHADOR 14- Enfermeiro).

Você trabalha sem luva de procedimento, usando luva estéril que é um custo maior para o hospital. E a gente trabalha sem macro, improvisando com a máscara no nebulizador, prendendo com a máscara cirúrgica. Quer dizer, aí quando a gente precisa da máscara cirúrgica, não tem a máscara, porque a gente usou para prender o nebulizador e assim a gente vai. (TRABALHADOR 11- Auxiliar de Enfermagem).

Uma importante questão administrativa pode ser depreendida dessa problemática, em que a previsão e provisão dos recursos materiais se fazem imprescindíveis e repercutem na qualidade da assistência e no bom desempenho do trabalhador de enfermagem. Esse trabalhador pode até ser considerado, por alguns autores, como um artista, que faz de seu compromisso de cuidar, uma arte, mediante as adversidades do meio. Mas a lógica organizacional não transforma a difícil realidade do contexto laboral numa mágica, na qual os problemas desaparecem, inexplicavelmente, num instante. Um bom trabalho administrativo requer conhecimento prático e teórico.

Kurcgant (1991) adverte que o enfermeiro deve executar as funções de administração de materiais com o objetivo de melhorar a assistência ao cliente e as condições de trabalho do pessoal de enfermagem e demais trabalhadores e não com a finalidade de se tornarem atividades burocráticas, com o objetivo único de preservar os interesses financeiros da instituição. Deve atentar para a qualidade do material e a quantidade satisfatória, objetivando minimizar o risco para o cliente e a descontinuidade da assistência.

Sobre a continuidade da assistência, um dos sujeitos enfatizou que, ao realizar adaptações e improvisações, tanto os materiais são importantes para garantir essa continuidade, sem iatrogenias, quanto o conhecimento científico e prático dos trabalhadores que planejam, constroem e perpetuam essas criações. Principalmente, considerando-se que o trabalho de enfermagem é ininterrupto, com os trabalhadores se revezando entre os diferentes turnos, assim, todos precisam conhecer-se e dominar aquelas adaptações/improvisações que tanto podem ser criadas por eles ou por outrem.

Esse exemplo que eu dei sobre o circuito dos ventiladores, se o profissional não tem o conhecimento dessa mecânica de pressão, de complacência, ele não tem como monitorar. E isso pode causar danos ao paciente. Isso pode interferir na segurança do paciente. Então isso acaba gerando uma angústia, mesmo porque quando você improvisa e você está no seu plantão, você dá conta daquilo. Só que você vai pra casa. Você vai pra casa e outros profissionais assumem essa improvisação. E quem improvisou, na verdade, é quem tem o conhecimento daquela técnica de improvisação, é quem domina aquilo. É o que se pensa, é o que se acha. E aí, fica sem segurança. Essa é a preocupação com relação a isso, com essa segurança do paciente (TRABALHADOR 19- Enfermeiro).

Os dados apresentados nessa categoria são grandes reveladores da dialética do adaptar/improvisar, retrato fiel do mundo contraditório do trabalho de enfermagem, que dualiza o prazer e o sofrimento, a realização e a frustração, o cuidado e o descuido, a felicidade e a angústia, a liberdade e a limitação. Pois, conforme afirma Dejours (1992, p. 102), por mais maléfico que seja o trabalho, ele não é mais prejudicial à saúde dos homens do que o desemprego:

O trabalho é um dado fundamental da saúde. Não somente de maneira negativa (o trabalho como causa de doenças, intoxicações, de acidentes, de desgaste etc.), mas também de forma positiva. O não trabalho também pode ser perigoso para a saúde, como se vê bem, atualmente, com toda a patologia do desemprego.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento deste estudo possibilitou captar a percepção dos sujeitos acerca dos meandros e repercussões que envolvem a prática, cotidiana e frequente, de adaptar e improvisar materiais, equipamentos e, até mesmo, os recursos humanos no contexto do trabalho hospitalar.

Considerou-se que os objetivos traçados foram atingidos, responderam-se às questões norteadoras e verificou-se que não só a escolha metodológica assim como o referencial teórico que norteou o estudo foi de fundamental importância para dar cabo da tarefa.

O material coletado através das entrevistas, pelo seu caráter de riqueza das informações e também pelo envolvimento dos sujeitos com a temática, permitiu chegar a relevantes conclusões.

Concluiu-se que os trabalhadores de enfermagem se veem impelidos a aderir à prática de adaptar/improvisar, frente à precarização das condições de trabalho, representadas pela escassez e/ou inadequação dos recursos materiais e equipamentos, pela deficiente administração de tais recursos e também pelo déficit de recursos humanos. No entanto, outros determinantes para a criação destas adaptações também foram aludidos, como, por exemplo, a falta de preparo e capacitação dos gerentes para prever e prover os referidos recursos, além da existência de certo conformismo, acomodação e até mesmo alienação diante do fenômeno.

O uso abusivo da prática de adaptar/improvisar, ou seja, do tal “jeitinho brasileiro”, bastante comum entre os trabalhadores de enfermagem, pode anestesiá-los, aliená-los e, assim, anular o potencial reivindicatório por melhores condições de trabalho, contribuindo para a perpetuação dessas condições laborais indignas.

Verificou-se que as adaptações e improvisações tornaram-se um hábito entre os trabalhadores, que automaticamente as praticam, considerando-as facilitadoras do processo de trabalho, permitindo a fluidez das ações de cuidado. Constatou-se também que elas estimulam a criatividade dos trabalhadores e a capacidade de flexibilidade e de tomada de decisão, frente à carência qualitativa e quantitativa de recursos.

Preocupa o fato de que as adaptações/improvisações, que surgem como táticas de minimização da precarização das condições laborais, fruto de uma ideologia defensiva dos trabalhadores de enfermagem ante as adversidades do meio laboral, podem produzir um efeito idiossincrático tanto para a qualidade da assistência prestada, quanto para a manutenção da saúde destes trabalhadores. Pois, dialeticamente, ao passo que facilitam o processo de trabalho

e estimulam a criatividade, provocam a espoliação dos trabalhadores, visto que a busca incessante de recursos materiais para a realização das adaptações/improvisações e o desgaste mental e físico para a realização dessas criações, de forma cotidiana e frequente, geram no trabalhador repercussões negativas para seu processo saúde-doença. Assim, tanto a capacidade cognitiva quanto a capacidade física desses trabalhadores são exploradas, espoliadas e, por vezes, até exauridas.

O desgaste do trabalhador de enfermagem também advém do aumento da demanda de trabalho, para fazer frente à escassez de recursos humanos, que, por sua vez, pode ser justificada por razões diversas, desde a contratação e emprego insuficientes, em termos quantitativos, até o absenteísmo, decorrente do adoecimento dos trabalhadores. Observa-se então, um ciclo vicioso prejudicial à saúde do trabalhador, no qual se exige muito, sob ritmo intenso, o que acaba esgotando os trabalhadores.

Neste contexto, o cuidado é revelado como a mola propulsora para realização das adaptações e improvisações, pois, a fim de garantir que ele seja executado, fazem-se arranjos e ajustes no processo de trabalho da enfermagem.

Constatou-se também uma preocupação, em termos éticos e técnico-científicos, com o cuidado aos clientes, decorrente da necessidade de ter de improvisar e adaptar, o que traz incertezas e outros sentimentos prejudiciais à saúde mental dos trabalhadores de enfermagem, tais como frustração, raiva, ansiedade e medo.

O ato de adaptar/improvisar requer não só a mobilização de uma série de recursos pessoais do tipo cognitivo, afetivo e psicomotor, como também demanda aspectos objetivos, os quais envolvem os insumos necessários à criação das adaptações e improvisações. Desta forma, ao trabalhador, além dos materiais de que precisa para adaptar/improvisar, necessárias se fazem a capacidade criativa e inventiva, a atenção, a observação criteriosa das circunstâncias e da eficácia das artimanhas colocadas em prática.

Outro elemento fundamental que também se destaca é a inteligência astuciosa – é o saber fazer e o conhecimento científico, na criação e perpetuação dessas artimanhas técnicas. Todos esses pré-requisitos foram apontados como essenciais para que as adaptações e improvisações não se tornassem meros elementos de cumprimento de tarefas prescritas. Através desse saber-fazer, próprio de quem conhece sua tarefa e se envolve com o seu trabalho, quase sempre foi possível garantir o cuidado e prestá-lo com segurança, humanização e ética.

Constatou-se que há perigo da alienação dos trabalhadores, que vêem suas atividades laborais serem moldadas diariamente pela necessidade de adaptar/improvisar. Assim,

engajam-se no ímpeto de assegurar o cuidado ao cliente e, muitas vezes, submetem-se à exposição adicional a riscos laborais, decorrentes de técnicas de adaptação/improvisação inseguras. Ou ainda, por serem quase compelidos a realizar esta prática, têm suas capacidades de avaliação do processo de trabalho embotada e pouco reflexiva, em muitos casos.

Nesse sentido, a prática do adaptar/improvisar ultrapassa o saber-fazer, a habilidade de uso do tal “jogo de cintura”, dos “jeitinhos da enfermagem”, que muitas vezes fazem o profissional se sentir enaltecido, pelo reconhecimento de suas habilidades práticas e criativas. Verificou-se que se requer algo além, isto é, uma observação criteriosa das circunstâncias e dos motivos que impulsionam essa prática, um planejamento cuidadoso do novo procedimento técnico, uma implementação redobrada de cuidados éticos e de sua eficácia.

Assim, as adaptações/improvisações são fortemente evidenciadas como maneiras alternativas de assegurar o cuidado, que, por sua vez, exigem o aprimoramento do olhar clínico e, sobretudo, crítico, dos profissionais de enfermagem que as adotam.

Nem todas as adaptações/improvisações desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem são maléficas aos clientes e aos próprios trabalhadores. Mas adotá-las, automaticamente, como uma rotina inerente ao processo de cuidar, confere risco de distorção e até perda do caráter ético, essencial ao cuidado profissional de enfermagem. Por isso, faz-se premente a necessidade do desenvolvimento da avaliação crítica dos trabalhadores de enfermagem, antes de praticá-las no cotidiano laboral.

Considerou-se que esse senso crítico e a observação criteriosa dos trabalhadores deveriam voltar-se também para as implicações da prática de adaptar e improvisar tanto no processo saúde-doença do profissional como na dinâmica organizacional, os quais nem sempre foram aludidos com o destaque merecido nos discursos dos trabalhadores. Por exemplo, as questões econômicas, como o aumento dos custos hospitalares, o desperdício de alguns materiais durante a realização das adaptações e improvisações, os quais são primordiais para a assistência e que, pelo uso constante nessas criações, poderiam vir a faltar. Essa prática pode representar uma solução traiçoeira dos problemas que conduziram os trabalhadores à sua materialização. Assim, o adaptar/improvisar pode surgir de uma necessidade, que induz a outras necessidades.

Penso que não cabe aqui criticar tão somente as adaptações/improvisações, mas sim incitar a reflexão sobre esta prática cotidiana e muito frequente nos cenários de instituições públicas de saúde.

Deve-se considerar, contudo, a face positiva e prazerosa da prática do adaptar/improvisar, já que os trabalhadores de enfermagem revelaram-se artistas e guerreiros,

compromissados com o cuidar. Criadores e (re)criadores de diversos modos de cuidar, ganham liberdade e espaço para pôr em prática as suas capacidades artísticas, criativas e inventivas, que, muitas vezes, podem culminar na consagração de novas tecnologias que enaltecem socialmente a identidade da profissão, resgatando-se o valor social do trabalho e a identidade profissional, além de contribuírem para o aprimoramento das técnicas de cuidar. Contudo, há de se ressaltar a necessidade de cuidadosos e prévios testes para a consagração de novas tecnologias, haja vista que os produtos de saúde comercializados são testados quanto à sua aplicabilidade, resistência e potencial causador de danos.

Contrapondo esta face positiva, a normalização e a frequência abusiva das circunstâncias que exigem a materialização das adaptações/improvisações tornam o ato, antes prazeroso, em obrigação, castrando a liberdade de ação do sujeito-trabalhador, fazendo-o sofrer, tanto física quanto psiquicamente.

O contexto revelado neste estudo retrata o distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, que repercute na dimensão subjetiva do trabalhador, traduzindo-se em sofrimento criativo. Os profissionais se mantêm resilientes diante das adversidades ou apresentam sofrimento, quando a força de trabalho é espoliada, e inúmeras patologias, de ordem física e/ou psicossociais, podem emergir no corpo do trabalhador.

O fato de as adaptações/improvisações representarem subversões às normas e técnicas do cuidado, que são ensinadas nos centros de formação acadêmica, preconizadas por autores consagrados na área de enfermagem, pode revelar um agressivo distanciamento entre a teoria e a prática, repercutindo na desilusão e desmotivação dos profissionais, ao ingressarem no mundo do trabalho. Se não bem contornados por eficazes ideologias defensivas, esses sentimentos negativos podem perdurar durante anos, levando o profissional à crônica desmotivação e à desesperança.

Diante dessa questão, recomendo que o tema possa ser incluído em discussões nos meios acadêmicos e profissionais. No contexto do processo de formação dos profissionais de enfermagem, sugiro que, didaticamente, os docentes apresentem em suas aulas algumas dessas artimanhas materiais, principalmente as que já se consagraram popularmente no meio profissional. Discutindo sua composição, suas finalidades, formas de uso e, sobretudo, suas repercussões para o cliente, o profissional e a instituição. Mais do que uma simples apresentação desses artefatos adaptativos, suas peculiaridades devem ser avaliadas criticamente pelo coletivo acadêmico e formador, abrangendo aí as universidades e cursos técnicos de enfermagem.

Chamo a atenção aqui para a necessidade do estímulo ao desenvolvimento do senso crítico dos futuros profissionais, para que, ao se lançarem ao mercado de trabalho, não sejam mero reprodutores de costumes do meio laboral, que podem ferir os princípios éticos da profissão. Não se trata de condenar ou aprovar as práticas de adaptação e improvisação, mas sim de lançar mão dos conhecimentos científicos necessários a avaliação desses artefatos produzidos em meio à prática do trabalho de enfermagem, subsidiando a decisão de praticá-las ou não.

Acredito que esta aproximação dos futuros profissionais com a temática contribuirá para amenizar os sentimentos de frustração e desilusão e poderá ainda integrá-los mais facilmente aos reais contextos de trabalho em que possam ser convidados a atuar. Esta iniciativa não reduz as imprevisibilidades e adversidades desses contextos, mas favorece o enfraquecimento do estranhamento do profissional diante de algo que o faça concluir que foi iludido. E ainda pode estimular a mobilização, por parte desses aprendizes, das capacidades criativas, inventivas, adaptativas e, sobretudo, críticas.

Espero que mais estudos científicos sobre a temática venham a ser desenvolvidos, para incitar e fortalecer as discussões acadêmicas, contribuindo para o aumento, em quantidade e qualidade, das publicações científicas, oferecendo-se, assim, aos interessados um acervo teórico relevante.

Vislumbro que possíveis futuros estudos serão muito válidos, analisando-se a temática sob a ótica de discentes e docentes, em vivências em campos práticos, para que se possam apreender, com maior profundidade, as nuances da prática do adaptar/improvisar e suas relações com o processo de formação profissional.

No âmbito organizacional, a temática deve ser considerada e discutida, no que concerne às repercussões desta prática na saúde dos trabalhadores de enfermagem, que, no contexto hospitalar, são envolvidos mais intimamente nessa questão, devido ao fato de estarem inseridos diuturnamente neste contexto. Suas repercussões para a qualidade da assistência, assim como os seus reflexos no orçamento da instituição, devem ser também foco de atenção por parte dos gerentes das organizações.

Conclui-se que as percepções dos trabalhadores de enfermagem sobre as implicações da prática do adaptar/improvisar na sua saúde revelam um retrato da dialética do mundo do trabalho, no qual o trabalhador reage à prática cotidiana com respostas de sofrimento e prazer; satisfação e insatisfação; motivação e desmotivação, conscientização e alienação; cuidado e descuido para com o outro e consigo mesmo. Essas respostas, por sua vez, constituem binômios, faces opostas, que se unem para formar uma mesma realidade, sobre a qual ainda

há muito a compreender e, por isso, a pesquisa constitui-se numa estratégia fundamental no processo de desvelamento das múltiplas facetas desta realidade.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I.; TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. **Revista Produção**, [S.l.], v.14, n.3, p. 67-76, set./dez. 2004.

ABRAMIDES, M.B.C.; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p. 3-10, 2003.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006. 103p. (Coleção primeiros passos).

ANTUNES, R. Lutas sociais e desenho societal no Brasil dos anos 90. **Revista Crítica Marxista**, São Paulo, n.7, 1998 apud ABRAMIDES, M.B.C.; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do trabalhador. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n.1, p. 3-10, 2003.

ARAÚJO, M.D; et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. **Cadernos de Psicologia Social no Trabalho**, [S.l.], v.5, p. 37-49, 2002.

ASSUNÇÃO, A.A; BELISÁRIO, A.S. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde**, Belo Horizonte: Nescon- Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, 2007. 40p.

_____; A .A . Uma contribuição ao debate sobre as relações saúde e trabalho. **Ciência e Saúde Coletiva**, [S.l.], v.8, n.4, p.1005-1018, 2003.

AVENDAÑO, C.; GRAU, P.; YUS, P. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997. p.115-33.

AZAMBUJA, E.P.; KERBER, N.P.; VAZ, M.R.C. O trabalho de enfermagem: um espaço de construção da prevenção do risco e acidente de trabalho. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.10, n.1, p.75-93, jan./abr. 2001.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2000.

BARROS, P.C.R.; MENDES, A .M.B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **Psico-USF**, [S.l.], v.8, n.1, p.63-70, jan./jun. 2003.

BELLATO, R.; PEREIRA, W.R. Direitos e vulnerabilidade: noções a serem exploradas para uma nova abordagem ética na enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 17-24, mar 2005.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do ser humano: compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999. 199p.

BORGES, L.H; MOULIN, M.G.B.; ARAÚJO, M.D., **Organização do trabalho e saúde**: múltiplas relações. Vitória: EDUFES, 2001. 350p.

BRASIL; Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 26 jun. 1986. Seção 1, p. 9.273-9.275.

_____; Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS**. Brasília: Editora do MS, 2006.

_____; Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para o serviço de saúde. Brasília, DF: Editora MS, 2001, 580p.

_____; Ministério do Trabalho e Emprego. **Dados da inspeção em segurança e saúde no trabalho** – Brasil – Acumulado – Janeiro / Agosto. Disponível em: <http://www.mte.gov.br/seg_sau/est_brasil_acumulado_jan_agosto2009.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2009.

_____; **Riscos biológicos**: guia técnico: os riscos biológicos no âmbito da NR nº.32. Brasília: Editora do Ministério do Trabalho e Emprego, 2008. 66p.

_____; Portaria GM nº3.214, de 08 de junho de 1978. Norma Regulamentadora nº9. Programa de Prevenção de Riscos Ambientais. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 06 jul. 1978. Disponível em: <http://www.trabalho.gov.br/legislacao/normas_regulamentadoras/nr_09_at.pdf>. Acesso em: 03 de outubro de 2009.

_____; Portaria nº 37, de 06 de dezembro de 2002. Divulga para consulta pública a proposta de texto de criação da Norma Regulamentadora nº 32. Segurança e Saúde no Trabalho em Estabelecimentos de Assistência à Saúde. Ministério do Trabalho e Emprego. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 2002a. Seção 1, p.80-94.

BRASIL. **Convenção da OIT**. Brasília: MTE, 2002b. 62p.

BRITO, J.C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.1, p. 195-204, 2000.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. 2.ed. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1998. 221p.

CALDAS, N.P; et al. Um problema para o enfermeiro: recursos materiais indispensáveis à assistência. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.2, n.1, p. 44-56, 1994.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social, uma crônica do salário**. São Paulo: Vozes, 1998 apud LANCMAN, S; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours**. Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

CATTANI, A.D. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 302-308.

_____; HOLZMAN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 358p.

CHIZOTTI, A . **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 2001. p.77-104.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. **Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho**, Rio de Janeiro: Vozes, 1995. p. 58-64.

_____; HITOMI, A .H. **Processo de trabalho e a construção da subjetividade**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 1993. p. 254.

COIMBRA, V.C.C. O acolhimento no centro de atenção psicossocial, **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 57-62, jan./abr. 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM- **Código de ética e legislações: mais utilizadas no dia a dia da Enfermagem**. Rio de Janeiro, [s.n.], p. 59-72.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TIEGER, C. **Ficção e Realidade no Trabalho Operário**. Traduzido por VIDAL, M. C., **Grupo de Ergonomia e Novas Tecnologias**. Rio de Janeiro: COPPE/UFRJ, 1994 (Série textos escolhidos em ergonomia contemporânea).

DEJOURS, C. ; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007. 145 p.

_____; **A loucura do trabalho**. 5.ed. São Paulo: Cortez, 1992.

_____; **L'évaluation du travail à l'épreuve du réel**. Critique des fondements de l'évaluation. Paris: INRA, 2003 apud ABRAHÃO, J.I.; TORRES, C.C. Entre a organização do trabalho e o sofrimento: o papel de mediação da atividade. **Revista Produção**. [S.l.], v.14, n. 3, p. 67-76, set./dez. 2004.

DEJOURS, C.; et al. Syndromes psychopathologiques consécutifs aux accidents Du travail (incidentes sur la reprise du travail). **Le Travail Humain**. [S.l.], v.49, p. 1003-1006, 1986.

_____; et al. **Pour comprendre la résistance au changement**. Documents du Médecin du Travail, [S.l.], v. 58, p. 112-117, 1994.

_____; **Plaisir et souffrance dans le travail**. Paris: Editions de l'Aocip/CNRS, 1988.

DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1987. 118p.

ELIAS, M.A.; NAVARRO, V.L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev. latino – am enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 517-525, 2006.

FELDMAN, L.B.; RUTHES, R.M.; CUNHA, I.C.K.O. Criatividade e inovação: competências na gestão de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 239-42, mar./abr. 2008.

FERREIRA, A . B.H. **Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa. Curitiba: Positivo, 2007. p. 61, 285, 362, 378.

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. **Estudos de Psicologia**. [S.l.], v. 6, n. 1, p. 93-104, 2001.

FIGUEIREDO, N.M.A. **Prática de enfermagem: fundamentos, conceitos, situações e exercícios**. São Paulo: Difusão Paulista de Enfermagem, 2003.

FLICK, U; VON KARDORFF, E; STEINKE, I. **Qualitative forschung: ein handbuch**. Reinbek: Rowohlt, 2000.

FOUCAULT, M. **História da loucura**. São Paulo: Perspectiva, 1999.

FRANCO, T. A centralidade do trabalho na visão da psicodinâmica de Dejours. **Caderno SRH**. Salvador, v. 17, n.41, p. 309-321, maio/ago. 2004.

GIL, A .C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GUEDES, E.M. **Distúrbios osteomusculares e o trabalho de enfermagem hospitalar: estudo com auxiliares de enfermagem em unidade de ortopedia**. 2000. 160f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

GUEDES, E.M; MAURO, M.Y.C. (Re) Visando os fatores de risco e as condições de trabalho da enfermagem hospitalar. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 144-151, maio/ago. 2001.

GUÉRIN, F; et al. **Compreender o trabalho para transformá-lo: A prática da Ergonomia**. São Paulo: Edgard Blücher-Fundação Vanzolini, 2001. 200p.

HADDAD, M.C.L. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. **Rev Espaço Saúde**, Paraná, v.2, p.75-88, 2000.

HAGUETTE, A. et al. **Dialética Hoje**. Rio de Janeiro: Vozes, 1990. 175p.

HELOANI, J.R.; CAPITÃO, C.G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v.17, n. 2, p. 102-108, 2003.

KENNETH, N.A.; LOIS, E.A. **Dicionário de enfermagem**. 2.ed. São Paulo: Roca, 2001.

KONDER, L. **O que é dialética**. 23.ed. São Paulo: Brasiliense, 1992, 87p. (Coleção primeiros passos).

KREISCHER, E.D. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário**. 2007. 120f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237p.

_____; TRONCHI, D.M.R.; MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação dos recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. **Acta Paul Enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 1, p.88-91, 2006.

LANCMAN, S; SZNELWAR, L.I. **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 2.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. 396 p.

_____; UCHIDA, S. Trabalho e subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v.6, p.79-90, 2003.

LEOPARDI, M.T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Palloti, 2001. p. 135-144.

LIMA, M.J. **O que é enfermagem?** São Paulo: Brasiliense, 1993.

LISBOA, M.T.L. **As representações sociais do sofrimento e do prazer da enfermeira assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. 210f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1998.

LUCAS, Alexandre Juan. **O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional**. São Paulo: Iátria, 2004. p. 54-55.

LUNARDI-FILHO, W.D.L.; LUNARDI, V.L.; SPRICIGO, J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. latino – am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 91-96, mar. 2001.

MARTINS, C. et al. Perfil do enfermeiro e necessidades de desenvolvimento de competência profissional. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 472-478, jul-set. 2006.

MARZIALE, M.H.P. **Condições ergonômicas da situação de trabalho do pessoal de enfermagem em uma unidade de internação hospitalar**. 1995. 172f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

MATSUDA, L.M.; et al. O Cuidado de quem Cuida: reflexões a cerca da (dês)humanização do enfermeiro. **Nursing**, [S.l.], v. 109, n. 10, p.281-286, jun. 2007.

MAURO, M.Y.C. et al. Riscos ocupacionais em saúde. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.338-345, 2004.

MELILLO, A; OJEDA, E.N.S. **Resiliência: Descobrimo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005.

MENDES, A .M. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. 359p.

_____; BORGES, L.O; FERREIRA, M.C. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MERHY, E.E. **Saúde: A cartografia do trabalho Vivo**. São Paulo: Hucitec, 2005. 189p.

MERLO, A .R.C., et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos, **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p.117-136, , jan/jun. 2003.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F.; A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilema. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 21-32, 1997. Suplemento 2.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

_____; **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: HUCITEC - ABRASCO, 1999.

MOLINIER, P. Psicodinâmica do trabalho e relações sociais de sexo: um itinerário interdisciplinar 1988-2002. **Revista Produção**, [S.l.], v.14, n.3, p.14-26, set./dez. 2004.

NASCIMENTO, M.A.L. O esparadrapador: a adaptação de uma tecnologia para a prática de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p. 63-67, 2005.

NISHIDE, Vera Médice; BENATTI, Maria Cecília Cardoso; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa. Ocorrência de Acidente de Trabalho em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Revista latino-am. de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 204-211, mar./abr. 2004.

OLÁRIO, P.S. **A fixação do tubo oro-traqueal**: uma questão no cuidado de enfermagem. 2004. 98f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, B.R.G.; MUROFUSE, N.T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.109-115, jan. 2001.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, 2008. (no prelo)

OLIVEIRA, M.M. **Alterações psicofisiológicas dos trabalhadores de enfermagem no serviço noturno**. 2005. 127f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

PENNA, A .G. **Percepção e realidade**: introdução ao estudo da análise perceptiva. Rio de Janeiro: Imago, 1997. 192p.

PINHEIRO, G.M.L.; DIAS, J.A.A. Representações de enfermeiros acerca do cuidado numa perspectiva holístico/ecológica. **Enfermagem Atual**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 28-31, Nov./dez. 2005.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

RAMPAZZO, L. **Metodologia científica**: para alunos dos cursos de graduação e pós-graduação. 2.ed. São Paulo: Loyola. 2004.

RIBEIRO, C.V.S.; LÉDA, D.B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, UERJ, Rio de Janeiro, v.4, n. 2. p.76-83, 2. sem. 2004.

SELIGMANN-SILVA, E. in DEJOURS, C. ; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 2007. 145 p.

SILVA, D.C; ALVIM, N.A.T; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 291-298, jun. 2008.

SILVA, D.M.P.P.; MARZIALE, M.H.P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.8, n.5, p. 110-128, out. 2008.

SOUZA. M. Controle de riscos nos serviços de saúde. **Acta Paul. Enferm.**, São Paulo, v.13, número especial, p.197-202, 2000.

SOUZA, N.V.D.O. **Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário**. 2003. 319f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

_____; LISBOA, M.T.L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p.425-435, dez. 2002.

_____; LISBOA, M.T.L. Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da enfermeira. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p.229-236, ago. 2005.

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser Auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção**, [S.l.], v.14, n.3, p. 87-98, set./dez. 2004.

TEIXEIRA, E.R. O ético e o estético nas relações de cuidado em enfermagem. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.14, n.1, p.89-95, jan./mar. 2005.

TITTONI, J.; NARDI, H.C. in CATTANI, A.D.; HOLZMAN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006. 358p.

TRIVIÑOS, A .N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. SP: Atlas.1987.

WALDOW, V.R. **O cuidado humano:** o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

APÊNDICE A - Instrumento de coleta de dados

O presente roteiro de entrevista tem por finalidade coletar dados com os trabalhadores de Enfermagem a fim de devolver a pesquisa intitulada “Adaptações e Improvisações no Trabalho Hospitalar e suas Implicações na Saúde do Trabalhador”. As informações serão gravadas em fitas magnéticas para posterior transcrição.

ROTEIRO DE ENTREVISTA**Dados de Identificação**

Pseudônimo: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Categoria profissional: _____

Tempo de exercício: _____

1. No seu contexto de trabalho, como se dão as adaptações e improvisações? De que maneira e com que frequência elas ocorrem?
2. Na sua visão, o que leva o trabalhador de enfermagem a realizar adaptações e improvisações? Quais são os motivos?
3. Quais as implicações positivas e negativas da realização de adaptações e improvisações no trabalho para a sua saúde?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Prezado (a) Senhor (a):

Através deste documento informo a V^a.S^a. que esta pesquisa investiga a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as adaptações e improvisações no trabalho hospitalar e suas implicações na saúde do trabalhador. O estudo tem por objetivos: identificar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre as adaptações e improvisações; descrever as situações que conduzem os trabalhadores de enfermagem à realização das adaptações e improvisações; analisar as implicações das adaptações e improvisações na saúde dos trabalhadores de enfermagem.

A pesquisa não oferece qualquer risco de dano à saúde física e mental de seus participantes. Os benefícios esperados são os de enriquecimento da pesquisas científicas na área da Saúde do Trabalhador, em específico dos trabalhadores de enfermagem.

As informações serão coletadas por meio de um roteiro de entrevista contendo dados de identificações e três perguntas referentes à temática investigada, que serão gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas.

Informo que V^a.S^a. tem direito ao esclarecimento de todas as suas dúvidas e a qualquer momento pode se recusar ou interromper a sua participação sem que isso lhe traga qualquer prejuízo. Garanto ainda sigilo sobre todas as suas informações e que seu anonimato será preservado, não sendo revelada a sua identidade em nenhum dos momentos da pesquisa.

Por fim, esclareço que tenho interesse em divulgar os resultados desta pesquisa em eventos e em revistas de caráter científico.

Nome do pesquisador: Luana dos Santos Cunha.

Contato com o pesquisador: telefone: (21)2720-8583; e-mail: luanauffenf@bol.com.br

Declaração de Consentimento:

Declaro que entendi as informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar da referida pesquisa.

Rio de Janeiro: ___/___/___

Assinatura e CPF do participante: _____

Assinatura e CPF do pesquisador: _____

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
1	As adaptações/improvisações ocorrem no dia a dia de trabalho;	2	-	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	-	2	-	-	3	-	-	12	8
2	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos quantitativos);	4	-	1	4	2	-	1	5	3	1	1	2	1	2	2	4	2	8	2	1	46	18
3	As adaptações/improvisações provocam a espoliação do trabalhador (desgaste/cansaço);	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	7	6
4	As adaptações/improvisações geram fontes de infecção/contaminação;	3	1	1	-	-	3	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6
5	As adaptações/improvisações geram riscos tanto para o trabalhador quanto para o paciente;	1	-	1	-	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	4
6	As adaptações/improvisações surgem diante da realidade dos hospitais públicos (cenário de precarização das condições de trabalho);	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	2	10	7
7	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos qualitativos = falta o material adequado);	3	-	2	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	12	8
8	Dificuldade advinda da falta de especialização (conhecimento) e despreocupação do profissional responsável pela compra do material, levando a necessidade de adaptar / improvisar;	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	-	-	-	-	-	5	3
9	A existência de materiais inadequados a especificidade de assistência de cada setor obriga o trabalhador a adaptar / improvisar;	3	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	3
10	O barato às vezes sai caro na compra de materiais, diante da necessidade de adaptar / improvisar;	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	7	3
11	As adaptações/improvisações promovem desperdício de material;	4	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3

Continua

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
12	As adaptações/improvisações promovem a exposição do paciente a riscos/danos;	2	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	4
13	As adaptações/improvisações fogem à técnica adequada;	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	1	-	14	8	
14	As adaptações/improvisações aumentam o esforço físico do trabalhador;	1	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	8	4	
15	As adaptações/improvisações promovem a exposição do trabalhador a riscos/danos;	2	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4	
16	Necessidade de conhecimento do trabalhador para realizar adaptações/improvisações;	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
17	Adaptar e improvisar é favorável ao aprendizado do trabalhador;	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	
18	Nos hospitais públicos, o aprendizado do trabalhador é maior devido a precarização das condições de trabalho, que o impele a adaptar / improvisar;	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
19	Deficiência do hospital no acompanhamento periódico da saúde do trabalhador, refletindo na despreocupação com os efeitos das adaptações / improvisações no corpo do trabalhador;	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
20	As adaptações/improvisações são muito ruins;	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	4	4	
21	As adaptações/improvisações causam ao trabalhador, que quer trabalhar conforme as técnicas, sentimentos de estresse, ansiedade, desmotivação, frustração, raiva, angústia;	-	3	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	3	-	1	-	1	-	1	14	8	

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
22	As adaptações/improvisações levam à perda da qualidade da assistência;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	-	-	-	-	4	3
23	As adaptações/improvisações não deveriam existir;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	1	-	4	4
24	Necessidade e benefício das adaptações/improvisações para assegurar o cuidado ao paciente;	-	4	1	3	8	1	2	-	-	3	3	-	3	-	6	-	1	-	-	3	38	12
25	Necessidade de aproximar as adaptações/improvisações das técnicas corretas;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
26	Necessidade de reivindicação por melhores condições de trabalho;	-	3	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	8	5
27	O estresse da garantia do cuidado ao paciente impulsiona a realização das adaptações/improvisações;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2
28	É melhor adaptar/improvisar que não cuidar;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
29	Na hora de cuidar, não se deve reivindicar. É necessário primeiro adaptar/improvisar e depois reivindicar melhores condições de trabalho;	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	2
30	Ao adaptar/improvisar, o trabalhador está traindo a sua ideologia de fazer o correto;	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	4	2
31	As adaptações/improvisações podem bloquear o aprendizado, provocar o esquecimento das técnicas corretas e assim favorecer a perpetuação dos erros;	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3	-	-	7	4
32	Dificuldade de mudar a realidade dos profissionais que há muito tempo trabalham adaptando/improvisando;	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	4	2
33	As adaptações/improvisações são necessárias para dar cabo da tarefa;	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	3	3

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
34	As adaptações/improvisações ocorrem devido à má administração da verba pública para a previsão e provisão dos materiais;	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	5	3
35	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a adaptação à realidade encontrada;	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	3	3
36	A enfermagem tem sempre um jeitinho de adaptar/improvisar;	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	3	2
37	A capacidade de adaptar/improvisar é vista como motivo de autovalorização da enfermagem;	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	1	6	4
38	As melhorias não ocorrerão enquanto o profissional de enfermagem for visto como aquele que “quebra-galhos”;	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
39	O profissional antigo é o que mais se supervaloriza por ser capaz de adaptar/improvisar;	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
40	As adaptações/improvisações causam inúmeros malefícios;	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	3
41	As adaptações/improvisações podem representar riscos ergonômicos para o trabalhador;	-	-	-	1	2	2	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	4
42	As adaptações/improvisações são muito frequentes;	-	-	-	-	2	1	1	1	-	4	-	1	-	2	-	1	1	3	1	-	18	11
43	As adaptações/improvisações são sempre necessárias;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2
44	O trabalhador passa a adaptar/improvisar quando essas práticas já são pré-estabelecidas no setor de trabalho;	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	2
45	As adaptações/improvisações não garantem a segurança do paciente;	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4	-	6	2

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
46	As adaptações/improvisações aumentam a sobrecarga de trabalho da enfermagem;	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	4	3
47	A enfermagem não pensa em si própria ao se submeter à realização das adaptações/improvisações;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
48	As adaptações/improvisações geram riscos biológicos para o trabalhador;	-	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2
49	As adaptações/improvisações geram riscos químicos para o trabalhador;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
50	A equipe de enfermagem não percebe os riscos aos quais se expõe através das adaptações/improvisações;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
51	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a melhora do paciente;	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
52	As adaptações/improvisações, apesar de perigosas, rendem bons resultados no cuidado;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
53	As adaptações/improvisações deixam o trabalhador feliz por possibilitarem a melhora do paciente;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
54	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a correção momentânea e imediata da falta de recursos;	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	2	2
55	As adaptações/improvisações são freqüentes devido a instabilidade de recursos materiais;	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	3	2
56	As adaptações/improvisações provocam o aumento de custos;	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	5	4

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
57	O compromisso com a assistência é o motivo da realização das adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	2	2
58	Os trabalhadores são coniventes com o sistema quando realizam as adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
59	As adaptações/improvisações provocam repercussões sérias para o trabalhador;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
60	Não há nada de positivo nas adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	4	4
61	As adaptações/improvisações são positivas por tentarem mascarar uma assistência;	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
62	As adaptações/improvisações são negativas por permitirem que o trabalho ocorra em condições insalubres;	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
63	As más condições de trabalho, que levam os trabalhadores a adaptar/improvisar, geram a insatisfação profissional como efeito mais importante;	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
64	As insatisfações e frustrações do trabalhador surgem quando ele quer dar o melhor para o paciente e não pode;	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1
65	As adaptações/improvisações fazem o trabalhador questionar a resolutividade da assistência que ele presta;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	3	3
66	As más condições de trabalho provocam angústia e desestímulo ao trabalhador;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	2	2
67	As más condições de trabalho geram questionamentos do trabalhador a respeito do seu papel neste contexto;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
68	As más condições de trabalho geram questionamentos do trabalhador a respeito do seu potencial de mudança da realidade encontrada;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
69	Não adianta garantir uma assistência sem qualidade ao paciente;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR	
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20			
70	Ausência de condições ergonômicas no posto de trabalho é motivo de adaptação / improvisação;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
71	A diminuição do número de trabalhadores acarreta o aumento do esforço físico do trabalhador;	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	3	3	
72	O envelhecimento da equipe, aliado às más condições de trabalho, projetam prejuízos futuros à saúde do trabalhador;	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	-	1	1	
73	Algumas adaptações/improvisações são mais prejudiciais ao paciente que ao trabalhador;	-	-	-	-	-	-	1	4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5	2	
74	As más condições de trabalho geram estresse e preocupação ao trabalhador na garantia do cuidado ao paciente;	-	-	-	-	-	-	3	-	2	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4	
75	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a criatividade do trabalhador;	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	1	5	3
76	Muitas adaptações/improvisações foram importantes porque, além de não trazerem malefícios para o trabalhador e paciente, se tornaram patentes de novos e mais adequados materiais;	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	
77	As adaptações/improvisações que se tornaram novas criações são positivas para o enfermeiro;	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
78	O trabalhador não percebe problemas osteomusculares nos trabalhadores de enfermagem do CTI cardíaco pelo fato de ter camas elétricas no setor;	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	
79	O estresse, advindo das más condições de trabalho e da constante necessidade de adaptar / improvisar pode favorecer o surgimento de outras patologias no trabalhador, tais como HAS, cardiopatias, gastrites, insônias e doenças psíquicas;	-	-	-	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4	3	

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
80	Por vezes, o trabalhador de enfermagem tem que trabalhar como funcionário da manutenção;	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
81	Normalmente, as adaptações/improvisações são feitas para facilitar o trabalho de enfermagem;	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	-	7	4
82	A enfermagem é adaptação/improvisação desde o início. O profissional já entra na profissão aprendendo a fazê-las;	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	2
83	O esparadrapo é o recurso material mais usado nas adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
84	Em certas situações, as adaptações/improvisações diminuem o esforço físico do trabalhador;	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
85	Em certas situações, as adaptações/improvisações ocorrem por falta de recursos humanos;	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	2	-	1	-	-	-	-	4	3
86	As improvisações de fixação de TOT (tubo orotraqueais) podem gerar repercussões graves aos pacientes como ferimentos nos lábios e extubação;	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
87	Necessidade de fazer adaptações/improvisações mais seguras para o trabalhador e paciente;	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
88	As adaptações/improvisações sempre existirão na enfermagem;	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
89	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a resolução automática de problemas na assistência;	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	5	3
90	Necessidade de maiores estudos sobre a temática;	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	11
91	São tantas adaptações/improvisações que os trabalhadores de enfermagem fazem, que não dá nem para enumerar;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	3	1

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
92	Às vezes, as adaptações/improvisações, realizadas pela enfermagem, são despercebidas pelos trabalhadores e até consideradas normais;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	2	2
93	As adaptações/improvisações são necessárias porque o paciente não tem culpa da falta de material e precisa ser atendido;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
94	As adaptações/improvisações promovem o bem-estar do paciente mas causam muito estresse para os trabalhadores de enfermagem;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	2
95	As adaptações/improvisações tomam o tempo dos trabalhadores;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1	-	-	-	-	3	3
96	Quando pacientes clínicos são internados em enfermarias cirúrgicas, eles permanecem internados por um longo período, consomem mais material, que acaba faltando e assim serão necessárias as adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
97	Os materiais utilizados nas adaptações/improvisações farão falta no futuro;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
98	O motivo principal da realização das adaptações/improvisações é a questão da humanização da assistência;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
99	As adaptações / improvisações são necessárias porque agride a enfermagem saber que um paciente agravou ou até faleceu não tendo recebido determinado cuidado devido à falta de material;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
100	A problemática das adaptações/improvisações inicia-se na compra do material e termina no doente;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
101	A questão das adaptações/improvisações implica muito na saúde mental do trabalhador;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
102	Necessidade de haver enfermeiros assistenciais responsáveis pelas licitações de materiais para que reduza a necessidade de adaptar / improvisar;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-	-	-	2	2
103	O trabalhador de enfermagem é um grande artista por criar meios onde não tem;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
104	A questão dos insumos é uma prioridade até para adaptar / improvisar;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1
105	A falta de EPI (equipamento de proteção individual) pode prejudicar a saúde do profissional, quando ele adapta / improvisa;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
106	Algumas adaptações/improvisações conferem riscos de acidentes de trabalho;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
107	Nas adaptações/improvisações só há pontos negativos para os trabalhadores;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
108	A falta de material, às vezes, dificulta até a realização das adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	1	1
109	Quando o trabalhador se desgasta com a realização das adaptações/improvisações, ele pode adquirir doenças que irão refletir no absenteísmo;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	1
110	Quem não está diretamente na assistência não compreende a necessidade de realização das adaptações/improvisações;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
111	Necessidade de melhor assistência geral aos trabalhadores das enfermarias (não apenas em termos de provimento de materiais);	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	1	1
112	As adaptações/improvisações são importantes para a criatividade do trabalhador, mas não devem acontecer com frequência;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	-	-	4	2
113	Alguns profissionais desconhecem técnicas e equipamentos adequados e lançam mão das adaptações/improvisações por falta de conhecimento;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	2	1

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
114	As adaptações/improvisações não representam uma mudança para melhor;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1
115	As adaptações/improvisações causam constrangimentos perante a observação do paciente, pois cada trabalhador realiza a tarefa de um jeito (despadronização das tarefas);	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1
116	Alguns trabalhadores sofrem debilidades físicas com as adaptações/improvisações e precisam ser readaptados fora da enfermagem;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	1
117	As adaptações/improvisações tanto podem causar doenças novas quanto agravar as já existentes no trabalhador;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	1	1
118	As adaptações/improvisações são feitas para resguardar a segurança do paciente;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
119	Às vezes, o trabalhador acaba adaptando/improvisando pelo simples hábito de adaptar/improvisar;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	1	3	2
120	As adaptações/improvisações geram preocupação quando desconhece os princípios que nortearam a sua criação;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	2	1
121	O desconhecimento do trabalhador sobre os princípios que norteiam a realização das adaptações/improvisações pode prejudicar a continuidade da assistência;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
122	As adaptações/improvisações são preocupantes quando o trabalhador tem a consciência de que elas fogem à regra;	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1

Continuação

APÊNDICE C - Quadro síntese das unidades de registro

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
123	Quando o trabalhador não tem consciência dos possíveis riscos das adaptações/improvisações, ele acha simplesmente que está ajudando o paciente.	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1
Total de UR's		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1

Conclusão

APÊNDICE D - Quadro demonstrativo das unidades de registro mais evidenciadas

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
2	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos quantitativos);	4	-	1	4	2	-	1	5	3	1	1	2	1	2	2	4	2	8	2	1	46	18
24	Necessidade e benefício das adaptações/improvisações para assegurar o cuidado ao paciente;	-	4	1	3	8	1	2	-	-	3	3	-	3	-	6	-	1	-	-	3	38	12
42	As adaptações/improvisações são muito freqüentes;	-	-	-	-	2	1	1	1	-	4	-	1	-	2	-	1	1	3	1	-	18	11
13	As adaptações/improvisações fogem à técnica adequada;	2	1	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	2	2	4	1	-	14	8
21	As adaptações/improvisações causam ao trabalhador, que quer trabalhar conforme as técnicas, sentimentos de estresse, ansiedade, desmotivação, frustração, raiva, angústia;	-	3	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	3	3	-	1	-	1	-	1	14	8
74	As más condições de trabalho geram estresse e preocupação ao trabalhador na garantia do cuidado ao paciente;	-	-	-	-	-	-	3	-	2	5	3	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13	4
1	As adaptações/improvisações ocorrem no dia a dia de trabalho;	2	-	-	-	1	1	1	-	-	1	-	-	1	-	2	-	-	3	-	-	12	8
7	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos qualitativos = falta o material adequado);	3	-	2	1	1	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	1	-	12	8
4	As adaptações/improvisações geram fontes de infecção/contaminação;	3	1	1	-	-	3	-	-	-	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	11	6
6	As adaptações/improvisações surgem diante da realidade dos hospitais públicos (cenário de precarização das condições de trabalho);	1	1	-	1	-	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	1	-	2	10	7

Continua

APÊNDICE D - Quadro demonstrativo das unidades de registro mais evidenciadas

Código da UR	Unidade de Registro	Número de Unidades de Registro																				Total	Nº Total de Entrada da UR
		E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10	E11	E12	E13	E14	E15	E16	E17	E18	E19	E20		
14	As adaptações/improvisações aumentam o esforço físico do trabalhador;	1	-	-	-	3	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	8	4	
26	Necessidade de reivindicação por melhores condições de trabalho;	-	3	-	2	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	8	5	
3	As adaptações/improvisações provocam a espoliação do trabalhador (desgaste/cansaço);	1	-	-	-	-	1	1	-	1	-	-	-	1	-	2	-	-	-	-	7	6	
10	O barato às vezes sai caro na compra de materiais, diante da necessidade de adaptar / improvisar;	3	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	7	3	
15	As adaptações/improvisações promovem a exposição do trabalhador a riscos/danos;	2	-	-	1	3	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4	
31	As adaptações/improvisações podem bloquear o aprendizado, provocar o esquecimento das técnicas corretas e assim favorecer a perpetuação dos erros;	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1	3	-	7	4	
81	Normalmente, as adaptações/improvisações são feitas para facilitar o trabalho de enfermagem;	-	-	-	-	-	-	-	4	-	-	1	-	-	-	1	-	-	-	1	7	4	
11	As adaptações/improvisações promovem desperdício de material;	4	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6	3	
12	As adaptações/improvisações promovem a exposição do paciente a riscos/danos;	2	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	6	4	
37	A capacidade de adaptar/improvisar é vista como motivo de autovalorização da enfermagem;	-	-	-	3	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	6	4	
Total de UR's28		28	15	6	15	20	17	10	14	6	15	10	6	9	13	12	12	7	27	6	9	257	131

Conclusão

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidades de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
1	As adaptações/improvisações ocorrem no dia a dia de trabalho;	12	1.1 - Contexto de Realização	Contextos e Determinantes das Adaptações / Improvisações.	185
6	As adaptações/improvisações surgem diante da realidade dos hospitais públicos (cenário de precarização das condições de trabalho);	10			
8	Dificuldade advinda da falta de especialização (conhecimento) e despreocupação do profissional responsável pela compra do material, levando a necessidade de adaptar / improvisar;	5			
9	A existência de materiais inadequados a especificidade de assistência de cada setor obriga o trabalhador a adaptar / improvisar;	5			
34	As adaptações/improvisações ocorrem devido à má administração da verba pública para a previsão e provisão dos materiais;	5			
42	As adaptações/improvisações são muito freqüentes;	18			
55	As adaptações/improvisações são freqüentes devido a instabilidade de recursos materiais;	3			
70	Ausência de condições ergonômicas no posto de trabalho é motivo de adaptação / improvisação;	1			
96	Quando pacientes clínicos são internados em enfermarias cirúrgicas, eles permanecem internados por um longo período, consomem mais material, que acaba faltando e assim serão necessárias as adaptações/improvisações;	1			
100	A problemática das adaptações/improvisações inicia-se na compra do material e termina no doente;	1			
102	Necessidade de haver enfermeiros assistenciais responsáveis pelas licitações de materiais para que reduza a necessidade de adaptar / improvisar;	2			

Continua

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidades de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
2	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos quantitativos);	46	1.2 - Motivo de Realização		
7	As adaptações/improvisações ocorrem pela falta de material (em termos qualitativos = falta o material adequado);	12			
24	Necessidade e benefício das adaptações/improvisações para assegurar o cuidado ao paciente;	38			
27	O estresse da garantia do cuidado ao paciente impulsiona a realização das adaptações/improvisações;	2			
33	As adaptações/improvisações são necessárias para dar cabo da tarefa;	3			
57	O compromisso com a assistência é o motivo da realização das adaptações/improvisações;	2			
85	Em certas situações, as adaptações/improvisações ocorrem por falta de recursos humanos;	4			
98	O motivo principal da realização das adaptações/improvisações é a questão da humanização da assistência;	2			
113	Alguns profissionais desconhecem técnicas e equipamentos adequados e lançam mão das adaptações/improvisações por falta de conhecimento;	2			
119	Às vezes, o trabalhador acaba adaptando/improvisando pelo simples hábito de adaptar/improvisar;	3	1.3 - Objetivos das Adaptações / Improvisações		
81	Normalmente, as adaptações/improvisações são feitas para facilitar o trabalho de enfermagem;	7			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
16	Necessidade de conhecimento do trabalhador para realizar adaptações/improvisações;	1	2.1 - Competências Profissionais	Pré-Requisitos para a Realização das Adaptações / Improvisações.	7
103	O trabalhador de enfermagem é um grande artista por criar meios onde não tem;	1			
83	O esparadrapo é o recurso material mais usado nas adaptações/improvisações;	2	2.2 - Aparato Material		
104	A questão dos insumos é uma prioridade até para adaptar / improvisar;	2			
108	A falta de material, às vezes, dificulta até a realização das adaptações/improvisações;	1			
19	Deficiência do hospital no acompanhamento periódico da saúde do trabalhador, refletindo na despreocupação com os efeitos das adaptações / improvisações no corpo do trabalhador;	1	3.1 - Valores e Percepções	Aspectos Subjetivos Vinculados à Prática de Adaptar / Improvisar.	100
20	As adaptações/improvisações são muito ruins;	4			
23	As adaptações/improvisações não deveriam existir;	4			
28	É melhor adaptar/improvisar que não cuidar;	1			
29	Na hora de cuidar, não se deve reivindicar. É necessário primeiro adaptar/improvisar e depois reivindicar melhores condições de trabalho;	3			
30	Ao adaptar/improvisar, o trabalhador está traindo a sua ideologia de fazer o correto;	4			
32	Dificuldade de mudar a realidade dos profissionais que há muito tempo trabalham adaptando/improvisando;	4			
36	A enfermagem tem sempre um jeitinho de adaptar/improvisar;	3			
37	A capacidade de adaptar/improvisar é vista como motivo de autovalorização da enfermagem;	6			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
38	As melhorias não ocorrerão enquanto o profissional de enfermagem for visto como aquele que “quebra-galhos”;	2			
39	O profissional antigo é o que mais se supervaloriza por ser capaz de adaptar/improvisar;	2			
40	As adaptações/improvisações causam inúmeros malefícios;	3			
43	As adaptações/improvisações são sempre necessárias;	2			
44	O trabalhador passa a adaptar/improvisar quando essas práticas já são pré-estabelecidas no setor de trabalho;	3			
47	A enfermagem não pensa em si própria ao se submeter à realização das adaptações/improvisações;	1			
50	A equipe de enfermagem não percebe os riscos aos quais se expõe através das adaptações/improvisações;	1			
58	Os trabalhadores são coniventes com o sistema quando realizam as adaptações/improvisações;	1			
60	Não há nada de positivo nas adaptações/improvisações;	4			
61	As adaptações/improvisações são positivas por tentarem mascarar uma assistência;	2			
62	As adaptações/improvisações são negativas por permitirem que o trabalho ocorra em condições insalubres;	2			
63	As más condições de trabalho, que levam os trabalhadores a adaptar/improvisar, geram a insatisfação profissional como efeito mais importante;	2			
64	As insatisfações e frustrações do trabalhador surgem quando ele quer dar o melhor para o paciente e não pode;	3			
65	As adaptações/improvisações fazem o trabalhador questionar a resolutividade da assistência que ele presta;	3			
67	As más condições de trabalho geram questionamentos do trabalhador a respeito do seu papel neste contexto;	1			
68	As más condições de trabalho geram questionamentos do trabalhador a respeito do seu potencial de mudança da realidade encontrada;	1			
69	Não adianta garantir uma assistência sem qualidade ao paciente;	1			
78	O trabalhador não percebe problemas osteomusculares nos trabalhadores de enfermagem do CTI cardíaco pelo fato de ter camas elétricas no setor;	1			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
80	Por vezes, o trabalhador de enfermagem tem que trabalhar como funcionário da manutenção;	1			
82	A enfermagem é adaptação/improvisação desde o início. O profissional já entra na profissão aprendendo a fazê-las;	2			
88	As adaptações/improvisações sempre existirão na enfermagem;	1			
91	São tantas adaptações/improvisações que os trabalhadores de enfermagem fazem, que não dá nem para enumerar;	3			
92	Às vezes, as adaptações/improvisações, realizadas pela enfermagem, são desapercebidas pelos trabalhadores e até consideradas normais;	2			
93	As adaptações/improvisações são necessárias porque o paciente não tem culpa da falta de material e precisa ser atendido;	1			
99	As adaptações / improvisações são necessárias porque agride a enfermagem saber que um paciente agravou ou até faleceu não tendo recebido determinado cuidado devido à falta de material;	1			
110	Quem não está diretamente na assistência não compreende a necessidade de realização das adaptações/improvisações;	1			
112	As adaptações/improvisações são importantes para a criatividade do trabalhador, mas não devem acontecer com frequência;	4			
114	As adaptações/improvisações não representam uma mudança para melhor;	2			
115	As adaptações/improvisações causam constrangimentos perante a observação do paciente, pois cada trabalhador realiza a tarefa de um jeito (despadronização das tarefas);	1			
120	As adaptações/improvisações geram preocupação quando desconhece os princípios que nortearam a sua criação;	2			
122	As adaptações/improvisações são preocupantes quando o trabalhador tem a consciência de que elas fogem à regra;	1			
70	Ausência de condições ergonômicas no posto de trabalho é motivo de adaptação / improvisação;	1			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
25	Necessidade de aproximar as adaptações/improvisações das técnicas corretas;	1	3.2 - Desejos		
26	Necessidade de reivindicação por melhores condições de trabalho;	8			
87	Necessidade de fazer adaptações/improvisações mais seguras para o trabalhador e paciente;	1			
90	Necessidade de maiores estudos sobre a temática;	1			
111	Necessidade de melhor assistência geral aos trabalhadores das enfermarias (não apenas em termos de provimento de materiais);	1			
3	As adaptações/improvisações provocam a espoliação do trabalhador (desgaste/cansaço);	7	4.1 - Negatividades	4 A Face Positiva e a Face Negativa do Adaptar / Improvisar: A Dialética do Fenômeno.	189
4	As adaptações/improvisações geram fontes de infecção/contaminação;	11			
5	As adaptações/improvisações geram riscos tanto para o trabalhador quanto para o paciente;	4			
10	O barato às vezes sai caro na compra de materiais, diante da necessidade de adaptar / improvisar;	7			
11	As adaptações/improvisações promovem desperdício de material;	6			
12	As adaptações/improvisações promovem a exposição do paciente a riscos/danos;	6			
13	As adaptações/improvisações fogem à técnica adequada;	14			
14	As adaptações/improvisações aumentam o esforço físico do trabalhador;	8			
15	As adaptações/improvisações promovem a exposição do trabalhador a riscos/danos;	7			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
31	As adaptações/improvisações podem bloquear o aprendizado, provocar o esquecimento das técnicas corretas e assim favorecer a perpetuação dos erros;	7			
41	As adaptações/improvisações podem representar riscos ergonômicos para o trabalhador;	6			
45	As adaptações/improvisações não garantem a segurança do paciente;	6			
46	As adaptações/improvisações aumentam a sobrecarga de trabalho da enfermagem;	4			
48	As adaptações/improvisações geram riscos biológicos para o trabalhador;	5			
49	As adaptações/improvisações geram riscos químicos para o trabalhador;	1			
56	As adaptações/improvisações provocam o aumento de custos;	5			
59	As adaptações/improvisações provocam repercussões sérias para o trabalhador;	1			
66	As más condições de trabalho provocam angústia e desestímulo ao trabalhador;	2			
71	A diminuição do número de trabalhadores acarreta o aumento do esforço físico do trabalhador;	3			
72	O envelhecimento da equipe, aliado às más condições de trabalho, projetam prejuízos futuros à saúde do trabalhador;	1			
73	Algumas adaptações/improvisações são mais prejudiciais ao paciente que ao trabalhador;	5			
74	As más condições de trabalho geram estresse e preocupação ao trabalhador na garantia do cuidado ao paciente;	13			
79	O estresse, advindo das más condições de trabalho e da constante necessidade de adaptar / improvisar pode favorecer o surgimento de outras patologias no trabalhador, tais como HAS, cardiopatias, gastrites, insônias e doenças psíquicas;	4			

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
86	As improvisações de fixação de TOT (tubo orotraqueais) podem gerar repercussões graves aos pacientes como ferimentos nos lábios e extubação;	1			
94	As adaptações/improvisações promovem o bem-estar do paciente mas causam muito estresse para os trabalhadores de enfermagem;	2			
95	As adaptações/improvisações tomam o tempo dos trabalhadores;	3			
97	Os materiais utilizados nas adaptações/improvisações farão falta no futuro;	1			
101	A questão das adaptações/improvisações implica muito na saúde mental do trabalhador;	2			
105	A falta de EPI (equipamento de proteção individual) pode prejudicar a saúde do profissional, quando ele adapta / improvisa;	1			
106	Algumas adaptações/improvisações conferem riscos de acidentes de trabalho;	1			
107	Nas adaptações/improvisações só há pontos negativos para os trabalhadores;	1			
109	Quando o trabalhador se desgasta com a realização das adaptações/improvisações, ele pode adquirir doenças que irão refletir no absenteísmo;	2			
116	Alguns trabalhadores sofrem debilidades físicas com as adaptações/improvisações e precisam ser readaptados fora da enfermagem;	2			
117	As adaptações/improvisações tanto podem causar doenças novas quanto agravar as já existentes no trabalhador;	1			
121	O desconhecimento do trabalhador sobre os princípios que norteiam a realização das adaptações/improvisações pode prejudicar a continuidade da assistência;	1			
17	Adaptar e improvisar é favorável ao aprendizado do trabalhador;	2			
18	Nos hospitais públicos, o aprendizado do trabalhador é maior devido a precarização das condições de trabalho, que o impele a adaptar / improvisar;	1	4.2 - Positividades		

Continuação

APÊNDICE E - Quadro de categorização dos temas

Código da UR	Unidade de Registro	Total	Temas	Categorias	Total Geral
35	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a adaptação à realidade encontrada;	3			
51	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a melhora do paciente;	3			
52	As adaptações/improvisações, apesar de perigosas, rendem bons resultados no cuidado;	1			
53	As adaptações/improvisações deixam o trabalhador feliz por possibilitarem a melhora do paciente;	1			
54	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a correção momentânea e imediata da falta de recursos;	2			
75	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a criatividade do trabalhador;	5			
76	Muitas adaptações/improvisações foram importantes porque, além de não trazerem malefícios para o trabalhador e paciente, se tornaram patentes de novos e mais adequados materiais;	3			
77	As adaptações/improvisações que se tornaram novas criações são positivas para o enfermeiro;	1			
84	Em certas situações, as adaptações/improvisações diminuem o esforço físico do trabalhador;	1			
89	As adaptações/improvisações são positivas por permitirem a resolução automática de problemas na assistência;	5			

Conclusão

ANEXO - Termo de aprovação do comitê de ética em pesquisa**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

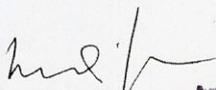
Rio de Janeiro, 04 de março de 2009

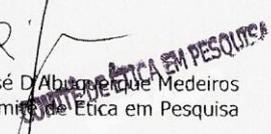
Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Prof. Paulo José de Medeiros
Para: Aut. Luana dos Santos Cunha
Orient. Profª Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital _____, após avaliação, considerou o projeto (2355-CEP/ _____) "AS ADAPTAÇÕES E IMPROVISACIONES NO TRABALHO HOSPITALAR E SUAS IMPLICAÇÕES NA SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sa., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.


Prof. Paulo José de Medeiros
Membro do Comitê de Ética em Pesquisa



CEP - 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](#)