



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia



WALKYRIA CAMAROTTI

**O APOIO SOCIAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO BEM-ESTAR DOS
TRABALHADORES : ESTUDO EM EQUIPE DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Salvador
2006

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

WALKYRIA CAMAROTTI

**O APOIO SOCIAL E SUAS IMPLICAÇÕES NO BEM-ESTAR DOS
TRABALHADORES : ESTUDO EM EQUIPE DE UNIDADE DE TERAPIA
INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós –
Graduação do Departamento de Psicologia da
Universidade Federal da Bahia, como parte dos
requisitos para obtenção do título de Mestre em
Psicologia.

Área de Concentração: Indivíduo e Trabalho –
Processos Microorganizacionais

Orientadora: Prof^a Dra. Sônia Regina Pereira
Fernandes

Salvador
2006

C172 Camarotti,Walkyria

O apoio social e suas implicações no bem-estar dos trabalhadores:estudo em equipe de unidade de terapia intensiva/Walkyria Camarotti.- Salvador:Walkyria Camarotti,2006. 122 p.

Dissertação (Mestrado Psicologia) Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Bahia.

1.Saúde – aspectos psicológicos. 2.Saúde e Trabalho. 3.Medicina Ocupacional. I.Universidade Federal da Bahia. II.Titulo

CDU: 613.6.01

Keywords: 1.**Health – psychological aspects** 2.**Health and Work** 3.**Occupational Health**

Termo de Aprovação

Walkyria Camarotti

Título: O Apoio Social E Suas Implicações No Bem-Estar dos Trabalhadores:
Estudo em Equipe de Unidade de Terapia Intensiva.

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em
Psicologia, Universidade Federal da Bahia, pela seguinte banca examinadora:

Prof^a Dra. Sônia Regina Pereira Fernandes
(Orientadora)

Prof^o Dr. Antônio Virgílio Bittencourt Bastos

Prof^a Dra. Maria Thereza Ávila Dantas Coelho

Salvador, 24 de outubro de 2006.

Dedicatória

Aos meus pais (em memória)

*Pena hoje não poder vê-los sorrir,
como o fizeram ao me ver,
pela primeira vez, escrever
com giz no chão, o meu nome.*

Agradecimentos

Sou muito grata à minha orientadora, Sônia Regina Pereira Fernandes, pela firmeza, suavidade e respeito com que me conduziu, e ,principalmente, por ter aceitado caminhar comigo neste projeto.

Ao Hospital que me acolheu e me deu os *apoios* essenciais para a realização deste trabalho. Em especial, agradeço aos profissionais da UTI, pela generosidade em me permitir entrar neste pedaço de suas vidas.

Aos meus alunos, Bárbara, Carina, Jamile, Matheus e Sara, pela dedicação a esta pesquisa e por me ensinarem enquanto ensino.

Aos meus professores, especialmente, a Ana Cecília Bastos, a Antônio Marcos Chaves e a Antônio Virgílio Bastos, pela disponibilidade.

A Ricardo, “meu companheiro de existência” e a meus filhos, Renata, Daniela e Nino, por me compreenderem quando precisei colocar a minha vida entre parênteses, para chegar ao fim deste trabalho.

Por fim, agradeço a toda sociedade brasileira por manter o ensino público e gratuito, que me permitiu concluir um curso de qualidade, infelizmente, ainda um privilégio de poucos.

“... aprendi que se depende sempre de tanta muita diferente gente... é tão bonito quando a gente sente que nunca está sozinho, por mais que pense estar”.

Gonzaguinha

RESUMO

O trabalho, além de constituir aspecto importante da vida, vem passando por muitas transformações na atualidade. O segmento da saúde não foi poupado destas mudanças e é evidente que a crescente capitalização do setor, juntamente com os avanços tecnológicos, fizeram com que a assistência à saúde se transformasse em prática dispendiosa e sofisticada. Entretanto, apesar dos avanços tecnológicos, observa-se que o setor enfrenta uma crise que resulta no baixo padrão de atenção à saúde da população. A organização do trabalho em saúde tem incorporado cada vez mais “equipes multiprofissionais” e encoraja a interação, mas não se configura em um trabalho em que haja a construção de um projeto único, voltado para a assistência do paciente. Apoiando-se nessa realidade, no presente estudo, toma-se como unidade de análise profissionais que trabalham em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) de um Hospital Geral na cidade de Salvador-Ba. As UTIs são ambientes marcados por tensões de várias naturezas, permeados por intensa racionalidade. Considerando a especificidade deste contexto, analisam-se as implicações do apoio social no bem-estar dos trabalhadores que integram a equipe. Tomou-se como referencial teórico neste estudo, os construtos Apoio Social e Bem-Estar Subjetivo (BES). Trata-se de um estudo descritivo, de corte transversal, qualitativo, que envolveu 52 profissionais de várias categorias. Os dados foram coletados por meio de observações, entrevistas semi-estruturadas e de um questionário, que foi analisado com o auxílio do programa SPSS. O conteúdo das entrevistas foi analisado e categorizado, com as informações pertinentes aos objetivos do estudo. Os participantes são na maioria do sexo feminino, solteiros, de nível médio, especializados em UTI. Observou-se que os trabalhadores concebem apoio social predominantemente na perspectiva instrumental e elegem os apoios materiais e informacionais como os mais presentes, sem contudo desprezar o valor dos apoios emocionais e afetivos. As análises permitiram confirmar a influência dos apoios sociais na produção de bem-estar e detectaram a concepção de bem-estar associada à qualidade dos relacionamentos. Este estudo possibilita um aprofundamento das questões vinculadas a apoio social, como preditoras de proteção à saúde psíquica.

Palavras Chave: saúde - aspectos psicológicos; saúde e trabalho; medicina ocupacional.

ABSTRACT

Besides constituting an important life feature, work has been going through several changes at the present time. Health segment has not been spared from these changes and it is clear that the growing capitalization of this sector, together with technological advancement have led health care and assistance to become an expensive and sophisticated practice. The organization of health work has incorporated more and more "multiprofessional staffs" and has encouraged the interaction; but it does not configure a solely project construction turned to the patient care and social welfare. However in spite of technological advancements this sector has faced a crisis, that leads to a low pattern of health assistance of the population. Relying upon this reality, this study focuses as analysis unit a number of professionals who work at the Intensive Care Unit (ICU) of a General Hospital in Salvador, Bahia, Brazil. ICUs are tension bearing environments from several origins, although interposed by intense rationality. Considering the specificity of this context, the implications of the social support for the welfare of the employees integrating the staff have been analyzed. As for the theoretical reference, the constructs Social Support and Subjective Welfare (SW) were considered. This is a descriptive, qualitative and transversal cut study that has involved 52 professionals from several categories. Data were collected through non-systematic direct observations, mistructured interviews and a questionnaire that was analyzed by a SPSS program. The contents of the interviews were analyzed and categorized with the information reporting to the purposes of the study. Participants are mostly of feminine sex, single, intermediate educational degree, specialized in ICU. It was observable that the staff has a predominantly social support conception in what instrumental perspective is concerned, and they elect material and informational supports as being more present, with no disregard toward the affective and emotional supporting value. Analyses allowed to confirm the influence of social supports in producing welfare and detected the conception of welfare associated to the quality of relationships. This study permits a deepening into questions related to social support, viewed as protection prediction of psychical health.

Keywords: health - psychological aspects; health and work; occupational health

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Diagrama do Estudo	51
Figura 02 - Percepção de Apoio Por Categoria Profissional da Equipe.....	83
Figura 03 - Representação de Bem-Estar Por Categoria Profissional da Equipe	92

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 - Principais Concepções de Bem-Estar Indicadas pela Equipe de UTI.	91
Quadro 02 - Sensações Relacionadas a Bem-Estar	97

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Percepção de Comportamentos de Apoio Presentes na Equipe de UTI	88
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
1 O TRABALHO EM CONTEXTOS DE SAÚDE	20
1.1 OS IMPACTOS DAS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE	20
1.2 O TRABALHO E SUA ESPECIFICIDADE NO CAMPO DA SAÚDE	21
1.3 AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E OS PROCESSOS INTERATIVOS EM SAÚDE	23
2 TRABALHO E BEM-ESTAR : O PAPEL DO APOIO SOCIAL	31
2.1 TRABALHO E SAÚDE	31
2.2 QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO	34
2.3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR	40
2.4 APOIO SOCIAL – ALGUMAS CONCEPÇÕES	42
3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS ..	50
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	50
3.1.1 Objetivos	53
3.2 HIPÓTESE CENTRAL	53
3.2.1 Principais Variáveis	53
3.3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS	56
3.3.1 Local do Estudo	56
3.3.2 Participantes	59
3.3.3 Instrumento	60
3.3.4 Trabalho de Campo	63
3.3.5 Procedimentos de Análise de Dados	66

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	68
4.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO	68
4.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	72
4.3 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES.....	81
4.4 PERCEPÇÃO E SIGNIFICADO DE APOIO SOCIAL.....	84
4.5 BEM-ESTAR	90
CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	114

INTRODUÇÃO

O trabalho, na atualidade, constitui um aspecto dos mais importantes na vida das pessoas, um dos pilares fundamentais sobre o qual se assenta a sociedade. A partir do trabalho se estruturam as relações sociais e a formação das identidades.

Muitas foram as transformações ocorridas no mundo do trabalho, decorrentes da globalização e da reestruturação produtiva, e o segmento da prestação de serviços em saúde não foi poupado dessas transformações. Segundo Paim (2002), observa-se uma crescente capitalização do setor, cujas políticas privilegiam o produtor privado e o empresariamento da medicina. Notadamente, a incorporação dos avanços tecnológicos fez com que a assistência à saúde se transformasse em prática muito dispendiosa, além de sofisticada. Paradoxalmente, é observado o baixo padrão de saúde da população, evidenciando as dificuldades dos serviços para vencer a crise.

Algumas mudanças foram incorporadas pelas políticas de saúde a partir da Reforma Sanitária Brasileira, que, junto com outras iniciativas, se constituiu em tentativa de superação da crise. Os projetos visavam a reorganização das práticas, sugeriam modelos assistenciais com ênfase na prevenção e na integralidade da atenção, que reforçavam o caráter multidisciplinar e multiprofissional das práticas e a relevância do trabalho em equipe (PAIM, 2002). O modelo de assistência preconizado passou a exigir a prática de trabalho em equipe multiprofissional, como forma preferencial de assistência, em parte pelo valor terapêutico, mas, também, pelo valor instrumental, no sentido de se poder atingir um maior número de pessoas, otimizando os custos e recursos.

As equipes multiprofissionais em saúde de acordo com Peduzzi (1998) são concebidas como instrumentos facilitadores na abordagem dos pacientes, possibilitando uma atuação dinâmica e multidimensional, cada vez mais consolidada como estratégia, para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde que, segundo Machado (1999) foi deflagrado a partir da produção de novos

conhecimentos, da complexização dos procedimentos e da infra-estrutura da assistência.

As vivências de trabalho em equipes multiprofissionais permitem e encorajam a interação, a troca de informações e a construção de uma unidade, com perspectivas únicas de trabalho e investimento integrado de conhecimentos, ao tempo em que refletem os conflitos e enfrentamentos vividos pelos vários grupos profissionais na busca de hegemonia, apesar da tradicional predominância do saber médico. Assim, a característica principal da produção de cuidados é o trabalho coletivo, que reforça o caráter multiprofissional e interdisciplinar das práticas. É necessário, porém, fazer uma distinção entre essas denominações, já que é possível encontrá-las empregadas sem as devidas diferenciações.

A designação de multiprofissional, segundo Almeida-Filho (1999), significa a reunião em torno de um mesmo objeto, de distintas categorias profissionais, com papéis claramente definidos, que funcionam de forma independente, com uma comunicação relativamente limitada. A interdisciplinaridade, por sua vez, caracteriza-se pela produção de conhecimento, pela intensidade das trocas entre os especialistas e pela integração das disciplinas, no interior de um projeto. Diz respeito, ainda, a um trabalho em que existe uma meta comum a profissionais de diferentes disciplinas e à necessidade de contribuir com o grupo e de se engajar na solução dos problemas, de acordo com a disciplina específica e através de uma comunicação intra-equipe, que requer compartilhamento de linguagens e de estruturas lógicas e simbólicas .

Esta pesquisa tem a proposta de estudar a equipe multiprofissional de uma Unidade de Terapia Intensiva, designada de UTI, que abriga o trabalho de várias categorias profissionais em torno dos cuidados oferecidos ao paciente. É uma unidade fechada, assim chamada porque é um local de circulação restrita, onde diferentes profissionais compartilham o mesmo objeto de trabalho, tendo como finalidade a ação terapêutica de saúde. Nessas unidades, os profissionais vivem praticamente em regime de confinamento, em turnos de 12 horas ou plantões de 24 horas.

Utilizam vestimentas próprias para áreas chamadas críticas, vivenciam o confronto de saberes, numa dinâmica marcada pelas intercorrências, por tensões de várias naturezas e por muita disciplina. Não raro, as equipes vivenciam conflitos, a partir de divergências entre os campos teóricos de cada categoria profissional, que, embora ainda convivam com a hegemonia do modelo médico, buscam afirmar a supremacia do seu saber técnico-científico.

Numa UTI, as atividades dos profissionais que integram o processo de trabalho, têm como finalidade a produção do diagnóstico e da terapêutica. Observam-se aspectos de complementariedade e de interdependência, permeados por tensões que levam por vezes, ao conflito e à disputa pelo poder, nesse espaço definido pelo saber. No entanto, o fato do trabalho ser realizado a maior parte do tempo por um conjunto de pessoas, não significa que é feito em equipe. Na prática, muitas vezes as ações são realizadas isoladamente por cada um dos profissionais, configurando trabalhos paralelos ou, em cooperação entre agentes da mesma área, ou de maneira complementar, por profissionais de áreas diferentes, contrariando a configuração de trabalho em equipe, que pressupõe a construção de um projeto assistencial comum ao conjunto de profissionais (PEDUZZI, 1998).

Considerando ser o objeto desse estudo as equipes multiprofissionais em UTI, serão observadas as cargas de trabalho inerentes às atividades profissionais, marcadas pela convivência com a dor e a morte, intensificadas pelos aspectos relacionados com o processo de trabalho, a ambiência, o modelo gerencial e a supremacia da racionalidade e da eficácia.

O tema vem ao encontro de motivações pessoais que me fizeram escolher uma trajetória profissional calcada na vivência em grupo, na importância do compartilhamento e da complementariedade de papéis. Por isso, refletindo sobre os motivos que me fizeram escolher esse objeto de estudo, tenho clareza de que os caminhos que me trouxeram até aqui começaram a ser trilhados desde o momento em que elegi as organizações como espaços de trabalho.

Mais tarde, ao abraçar o Psicodrama de Moreno e os estudos sobre os Grupos Operativos de Pichon-Rivière, tive consolidado o meu interesse pela busca de conhecimentos sobre grupos, sua dinâmica e importância para os indivíduos enquanto *locus* de crescimento e de apoio.

Sem dúvida, os 15 anos em que estou como Psicóloga em Organizações Hospitalares, na área de Desenvolvimento de Pessoas, foram decisivos. Colocaram-me numa posição privilegiada de observação e escuta em que pude perceber a complexidade da atividade na área da saúde e a abrangência do cuidado, resultante das interpretações e das múltiplas ações de vários profissionais. Por isso o fenômeno da interação entre os agentes emerge como um pilar importante da assistência, permeada pela subjetividade, seja do usuário, seja dos agentes entre si, que encontram no diálogo e na integração o respaldo de que necessitam para vencer as pressões do trabalho.

Inicialmente focalizei minha atenção nos estudos sobre o processo de trabalho médico e os reflexos deste na saúde psíquica dos trabalhadores da medicina. Todavia, pareceu-me estranho à minha formação e ao movimento que faço durante a permanência em hospital - experiência predominantemente vivida no coletivo - desconsiderar o cotidiano das atividades na saúde, de ações interdependentes e conectadas para um objetivo comum - a preservação da vida.

Então, foi inevitável que voltasse o meu olhar para o grupo, para as equipes de diferentes profissionais, no intuito de avaliar o quanto as interações, as trocas e as relações interpessoais podem produzir apoio e bem-estar, de modo a permitir superar as tensões suscitadas nos ambientes hospitalares impregnados da lógica dos processos produtivos, que englobam a administração rigorosa dos recursos econômico-financeiros; os imperativos da redução de custos e de efetivos; os obsessivos controles; e as estratégias de gestão de pessoas, por vezes inadequadas.

Esta investigação visa contribuir com os estudos voltados para a promoção da saúde psíquica dos trabalhadores, especificamente no setor da saúde, analisando os processos interativos, o apoio social e as influências deste, no processo de produção de bem-estar. Também busca partilhar do espaço de produção científica nessa área do conhecimento, considerando a relevância do tema, no sentido de possibilitar aos gestores organizacionais elaborar políticas de gestão de pessoas que permitam o fortalecimento do bem-estar dos trabalhadores.

O objetivo geral é o de investigar o papel do apoio social como aspecto vinculado ao bem-estar, em profissionais que atuam em equipes multiprofissionais de Unidade de Terapia Intensiva .

De forma específica, pretende-se :

- caracterizar o contexto de trabalho das equipes multiprofissionais de UTI;
- identificar os comportamentos apoiadores produzidos pela equipe;
- identificar a percepção dos trabalhadores sobre apoios sociais;
- avaliar a repercussão do apoio social no bem-estar dos trabalhadores da equipe.

A hipótese central deste estudo é de que o apoio social no ambiente de trabalho funciona como protetor à saúde psíquica, propiciando uma auto-percepção de controle sobre a própria vida, refletindo-se em efeitos preditores de saúde e bem-estar.

Este trabalho está estruturado em cinco capítulos, assim organizados :

O primeiro capítulo analisa o trabalho em contextos de saúde , abordando as transformações que ocorreram no setor, os impactos decorrentes destas mudanças e o trabalho propriamente dito, em equipes multiprofissionais de saúde, com foco na importância da interação nas práticas assistenciais.

O segundo capítulo focaliza os reflexos do trabalho na vida das pessoas, evidenciando as relações com o bem-estar. Apresenta a concepção de Bem-Estar

Subjetivo (BES) e o papel do apoio social neste processo. Discute concepções sobre apoio social, o seu papel de mediador nos processos de produção de estresse e a importância deste construto para promoção da saúde.

O terceiro capítulo é destinado à descrição dos aspectos metodológicos do estudo. Apresenta os principais objetivos, os participantes, os procedimentos e instrumentos de coleta de dados e os procedimentos de análise dos dados.

O quarto capítulo apresenta os principais resultados da investigação, incluindo a descrição dos participantes e os conteúdos das entrevistas através de mapas cognitivos sob a forma de representação gráfica.

O quinto capítulo, finalmente, apresenta as conclusões, a partir dos principais achados da pesquisa, as limitações do estudo e as recomendações.

1 O TRABALHO EM CONTEXTOS DE SAÚDE

O presente capítulo tem como objetivo apresentar um panorama do trabalho na área da saúde. Inicialmente abordará o trabalho, suas transformações e os impactos no setor da saúde. Serão descritas as características específicas do trabalho em saúde, relativas às peculiaridades do trabalho coletivo em equipes multiprofissionais e à importância da interação nas práticas assistenciais.

1.1 OS IMPACTOS DAS TRANSFORMAÇÕES DO TRABALHO NO SETOR DA SAÚDE

Mudanças fundamentais estão ocorrendo no mundo do trabalho e na natureza do emprego. Segundo Antunes (2001), são consequências das profundas transformações pelas quais passa o capitalismo em escala mundial, o que acentua a sua lógica destrutiva, como se tem visto nas últimas décadas.

A revolução tecnológica compreende o conjunto das atividades que envolvem informação, particularmente, as pertinentes ao setor de serviços, como no caso da saúde. Neste cenário específico, assiste-se aos avanços da informática, além dos progressos da indústria química e farmacêutica, bem como, às descobertas da biotecnologia e da engenharia genética. O crescente avanço tecnológico reflete o desenvolvimento científico e a própria dinâmica social das práticas de saúde, marcada pela subdivisão dos trabalhos, pelo parcelamento das tarefas pertinentes a cada área de atuação, cada vez mais manuais e delegadas sucessivamente. (PEDUZZI, 1998)

Com o aumento e a diversificação dos instrumentos materiais incorporados à prática médica, verifica-se uma diferenciação do padrão financeiro necessário à constituição de unidades de assistência. À proporção que a tecnologia exige mais recursos, observa-se, no Brasil, a institucionalização do trabalho em saúde, que torna cada vez mais importante o contexto hospitalar para a prática das atividades.

Esse movimento de institucionalização do trabalho em saúde resulta em algumas conseqüências para o exercício da atividade. São implementadas mudanças que interferem na captação de clientes, nas atividades, na comunicação e na hierarquia, que trazem, em seu bojo, a cultura, as regras, os valores e as tradições institucionais.

1.2 O TRABALHO E SUA ESPECIFICIDADE NO CAMPO DA SAÚDE

No campo da saúde, os segmentos são distintos pois atuam através de processos de trabalho próprios e articulam-se em diferentes práticas para preservar a saúde humana.

A divisão do trabalho no setor saúde ocorre de forma processual e complexa devido à atuação especializada da área e pela singularidade dos saberes e das ações que lhe são próprios. Compõem esse processo trabalhadores parciais e especializados, desde o médico e demais profissionais de nível superior até os auxiliares de nível médio e aqueles que não possuem formação específica, mas foram treinados para operarem na área.

A desigualdade de valor social desses trabalhos é configurada a partir da divisão técnica do trabalho. Nessa perspectiva, o médico detém a hegemonia na equipe de saúde. A medicina, por possuir práticas embasadas cientificamente e ter fundado a técnica científica moderna e, por se constituir em um trabalho eminentemente intelectual, faz do médico aquele que tem o domínio do conhecimento do processo saúde-doença, cabendo-lhe o monopólio de uma área específica de atividades e o papel de normalizador de todo o trabalho em saúde (SCHRAIBER, 1993; MENDES-GONÇALVES, 1994).

A divisão de trabalho contribui para as especialidades médicas e, assim, cria distintas autoridades de saber, valorizadas de modo diferenciado técnica e socialmente com perda da homogeneidade, característica importante da categoria profissional no modelo da medicina liberal (SCHRAIBER, 1993). Como analisa a

autora, essas mudanças alteram o modo de inter-relação dos médicos, pois não haverá uma “cooperação entre iguais”, mas entre “desiguais”, reduzindo a colaboração tão necessária entre os agentes da medicina especializada e tecnológica.

Da prática médica derivam os outros trabalhos, que se desdobram em atividades assumidas por outros agentes. Nesse particular, a subdivisão preserva, para a atividade médica, um componente mais intelectual, o que não significa ausência do manual, apenas diferenças em quantidade, qualidade e reconhecimento social. Quanto maior o domínio intelectual, maior o poder sobre os processos de trabalho, o que configura o lugar privilegiado do saber, nesse caso, necessário para o atendimento do usuário.

A autonomia é um atributo do trabalho em saúde e se apresenta de modo variável a depender da categoria profissional, fundamentando-se no saber das respectivas profissões. Os variados níveis de autonomia estão atrelados ao grau de autoridade técnica das distintas áreas profissionais, à correlata amplitude da dimensão intelectual do trabalho e à legitimação social. Requerem a aplicação de normas gerais a casos particulares, em contextos permeados pela incerteza inerente às situações que envolvem relações interpessoais, subjetividades e intersubjetividades, e realizam-se por intermédio da qualificação intelectual dos agentes e do espaço de decisão concernente às ações de saúde (PEDUZZI, 1998).

A autonomia técnica, para os profissionais não médicos, ocorre no interjogo da equipe de trabalho, na medida em que as intervenções em saúde, por serem cada vez mais especializadas, não permitem o domínio absoluto do saber médico, abrindo-se, então, as possibilidades de atuação para os outros profissionais que detêm conhecimento científico especializado e legitimado.

1.3 AS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS E OS PROCESSOS INTERATIVOS EM SAÚDE

A literatura produzida no campo da administração e da psicologia organizacional indica que o futuro pertence a organizações baseadas em equipes. Para alguns autores, os grupos existem em todas as organizações, mas são raros os que funcionam como equipes. Rothberg (1981) ressalta que não há uma definição abrangente da palavra “equipe”, é um termo utilizado em situações variadas, apesar da tendência a considerá-la como uma circunstância ideal ou que deve ser perseguida, quando se trata de pessoas juntas em torno de uma tarefa. Desse modo, observa-se que o conceito de equipe está vinculado à noção de “grupo”, entendido, porém, como um grupo especial, ligado a um fazer, de caráter profissional ou técnico. Daí, ser importante abordar o conceito de grupo, considerando-se suas especificidades. A palavra grupo é originária do italiano “*gruppo*” ou “*gropo*”, que nas artes representava indivíduos pintados ou esculpidos compondo um tema, e no século XVIII, na França, surge como uma reunião de pessoas (FIORINI, 1995).

Lewin (apud Santos, 2004) aponta para o fato de que os processos grupais são campos estruturados, constituídos de elementos inter-relacionados, cujo comportamento é determinado por forças sociais do campo no qual o grupo está localizado. Esse ambiente não é visto como algo externo e independente, prevalece o que é percebido pelo grupo, diferente da soma de suas partes, pois é separado e distinto do comportamento de seus membros.

Ribeiro (1994), seguindo a mesma linha, se refere ao processo grupal como um todo dinâmico, que se forma lentamente e se inicia a partir do encontro de duas pessoas que se propõem a algo em comum. Para esse autor, o grupo como um processo, é entendido como uma unidade em permanente mudança, que funcionalmente é independente e autônoma em relação a seus membros. Essa concepção de totalidade é transposta para a noção de equipe, acrescida da idéia de processo como qualidade. Nessa perspectiva, equipe pode ser entendida como

“uma rede, onde cada elemento funciona como um ponto nodal independente, mas psicodinamicamente interligado, agindo como um subsistema, em que cada um afeta o outro e é afetado pelo conjunto, criando uma matriz operacional” (RIBEIRO,1994).

Lafond (apud Mucchielli, 1980) refere à etimologia da palavra equipe, como um termo procedente da palavra francesa *esquif*, que designava uma fila de barcos amarrados uns aos outros, puxados por homens ou cavalos, que depois foram substituídos por rebocadores. Observa-se, portanto, que a noção de equipe, em seu sentido etimológico, traz a idéia de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, que têm nessa tarefa um objetivo comum a ser alcançado.

A imagem dos barcos, que sugere a idéia de conjunto, foi facilmente associada aos trabalhadores que desempenhavam tarefas juntos, por um mesmo objetivo. Mais tarde, a associação se fez com equipes de esportistas, que se juntavam para ganharem um jogo. A palavra, então, encerra o sentido de um esforço que é individual, em torno de um objetivo comum, constituindo-se num trabalho coletivo.

Mucchielli (1980) distingue equipe de grupo. Atribui à palavra equipe uma característica de ação, ressaltando que a denominação “equipe” é adequada para se referir a trabalho. Assim, o termo “equipe” não é apropriado para designar um grupo primário, em que as pessoas se vinculam pelo afeto, mas configura um grupo secundário, que se liga por meio de funções, atividades, papéis, relacionados ao trabalho.

Pichon-Rivière (1994) traz uma idéia que, de certo modo, contém as duas dimensões acima destacadas: tarefa e vínculo. Este autor considera a atividade, na qual as pessoas se empenham (tarefa) e estruturam suas ações, elemento fundante no processo grupal. Sua definição de grupo, porém, engloba as constantes de tempo e espaço, o vínculo entre os membros e os papéis que são atribuídos e assumidos. Desse modo, fazer é constituinte, fundamental, porém insuficiente para a construção de um projeto comum, se não houver o vínculo, construído a partir

da mútua representação interna entre os membros, dos processos de comunicação e de aprendizagem.

Peduzzi (1998) aponta para duas noções de equipe, especificamente, quando se refere à área da saúde: equipe como agrupamento de agentes, caracterizada pela fragmentação, sem a existência de vínculo ou qualquer sinal de integração, e equipe como integração de trabalhos, particularmente voltada para a construção de possibilidades de recomposição de saberes e de trabalhos especializados. Nessa perspectiva, a autora corrobora as visões de Ribeiro (1994) e de Lewin, citado por Santos (2004), quando afirma que a equipe integração é um todo dinâmico, constituída por membros inter-relacionados, mas, ao mesmo tempo, com características individuais e comportamentos separados, que no interjogo das relações, vão além da soma das suas partes, além da somatória técnica.

Essa concepção é coerente com a natureza do trabalho em equipe multiprofissional na saúde, uma vez que este implica em distribuição de responsabilidades entre os profissionais e demanda interação, só possível a partir do reconhecimento da necessidade de uma abordagem biopsicossocial do paciente. O surgimento das equipes, então, acaba por levar ao compartilhamento do poder nos ambientes de saúde.

Como mostram Ducanis e Golin (1979, apud Queiroz, 2003), em uma revisão sobre a emergência do trabalho em equipe na área da saúde, estudos produzidos desde a década de 1920, já descrevem hospitais como espaços de referência médica, onde os médicos na hierarquia tinham posição superior com relação aos outros profissionais, sendo evidente a predominância do modelo biomédico. Esse modelo ainda é dominante nas organizações de saúde e implica na associação da autoridade e da autonomia ao saber, ainda elevados na atuação do médico.

Peduzzi (1998) cita uma pesquisa realizada por Marsiglia (1991), junto a profissionais de saúde, acerca das concepções sobre trabalho em equipe, em que fica evidente que essa lógica da hegemonia do médico para os outros profissionais

de nível superior, traz dificuldades devido à falta de espaço para o exercício de suas atividades. No entanto, para os demais profissionais de nível médio, por terem suas atribuições claramente definidas, a ênfase recai sobre as relações de subordinação, como obstáculos para trabalhar em equipe.

A partir dessas concepções, não é fácil estabelecer características específicas para diferenciar grupo e equipe. De modo geral, a noção de equipe traz a idéia de totalidade e de ser configurada a partir do estabelecimento de uma atividade; é concebida como um grupo qualificado, que para atingir o *status* de equipe, necessitará então de recursos específicos, como por exemplo, objetivos compartilhados, comunicação verdadeira, respeito, confiança entre as pessoas, em outras palavras, de vínculo. O vínculo, por sua vez, se dá através da interação. Todo trabalho consiste numa ação racional e intencional, em que as pessoas envolvidas interagem para colocar em prática seus planos de ação.

Na área da saúde, devido à complexidade do objeto de trabalho com o qual lidam os profissionais, torna-se necessária a conexão e integração das ações realizadas pelos vários agentes, da mesma área ou de áreas distintas, o que implica em contínua tradução de saberes científicos, técnicos e éticos, realizada no interior das equipes multiprofissionais. A integração das ações é uma estratégia para imprimir a racionalização dos serviços e ampliar a cobertura das necessidades da população, implicando na melhoria da qualidade da assistência prestada.

A efetividade do trabalho em equipe vai depender do esforço coletivo para produzir resultados, do conhecimento e das habilidades dos profissionais e da capacidade de relacionamento destes. Pichon-Rivière (1994) enfatiza que trabalhar em grupos, formados por integrantes de diversas especialidades, requer que todos os aspectos do problema sejam estudados, de forma detalhada e profundamente, para que sejam solucionados de modo eficaz. Para o autor, frente à máxima heterogeneidade dos componentes, pode-se obter a máxima homogeneidade na tarefa.

A busca da otimização da tarefa exige que o trabalhador da saúde atue realizando duas mediações: no nível multiprofissional e interdisciplinar. O multiprofissional refere-se ao mundo do trabalho, à ação conjunta de várias categorias profissionais; o interdisciplinar refere-se à integração das várias disciplinas ou áreas do conhecimento. Essas duas dimensões que se influenciam, podem transformar o trabalho numa mera justaposição de ações e agrupamento de agentes (equipe agrupamento) ou em processo de articulação das atividades e interação dos agentes (equipe integração), momento em que os participantes colocam em evidência as conexões existentes entre eles (PEDUZZI, 1998).

Para Ducanis e Golin (1979, apud Queiroz,2003), uma equipe de saúde tem características com relação a sua composição, funções, tarefas e condições de funcionamento. Pode ser composta por duas ou mais pessoas, incluindo o paciente e a família, tendo, pelo menos, um profissional; os papéis são definidos, os membros colaboram e existem protocolos específicos a serem seguidos; e a equipe é centrada no paciente e orientada para a tarefa.

Com relação às condições, é necessário, segundo os mesmos autores, o conhecimento do modelo filosófico da instituição que permeia os objetivos a serem alcançados com o paciente; a definição dos papéis de cada membro da equipe, com explicitação das possibilidades de contribuição de cada área; a clareza dos objetivos, das prioridades e dos prazos; o senso de cooperação e de colaboração; e a contínua comunicação.

Nesse contexto de recomposição dos trabalhos especializados no âmbito das equipes multiprofissionais, não há a possibilidade de se eliminar do processo produtivo a relação recíproca entre trabalho e interação, que permite destacar a complementariedade e a interdependência dos trabalhos especializados. Entre as várias categorias profissionais, os objetos de trabalho são apreendidos e os instrumentos aplicados, através do encontro de pessoas, o que remete a intervenções técnicas permeadas pelo elemento fundamental para a integração das atividades - a comunicação.

Nesse sentido, a comunicação é uma dimensão importante do trabalho, não apenas a realização de um direito, mas uma necessidade que se impõe no próprio interior das evoluções dos sistemas de produção (ZARIFIAN, 2001). Assim, o autor salienta que a comunicação, no ambiente de trabalho, se apresenta de formas muito diferentes e contraditórias, constituindo-se como obstáculos os distintos saberes, as relações de subordinação e as formas hierárquicas que tendem a instrumentalizar a comunicação, não raro, transformando-a em ferramenta de dominação.

O trabalho, mesmo inserido em um contexto de interações, permeado de intersubjetividade, por ser uma ação racional, é orientado pelas regras técnicas e pela obtenção de resultados. Existem momentos da ação em que predomina a tarefa e outros em que para a realização dos objetivos se depende da comunicação e da possibilidade de entendimento recíproco. É possível, dessa forma, em se tratando das equipes de saúde, que agentes atuem, exclusivamente, voltados para o cumprimento da tarefa, e por isso é que os indivíduos são tomados como meros instrumentos para realização das ações, e, conseqüentemente, as decisões diagnósticas e terapêuticas se baseiam nas regras de adequação técnica previamente estabelecidas, obedecendo a critérios de eficiência e eficácia.

Schraiber (1993), ao se referir às questões da intersubjetividade na relação do agente com o usuário nos contextos de saúde, aponta para o caráter interativo da técnica em medicina, considerando-o fator de qualidade, de tensão e de transformação do saber tecnológico. Ou seja, existe um saber consolidado técnica e cientificamente que orienta a ação, mas que sofre a influência da prática quando em exercício. Transpondo essa lógica para o âmbito da relação agente-agente, é possível pensar que a mesma transformação se dá, quando no decorrer da realização dos vários processos produtivos, ocorre a socialização dos saberes efetivada pela interação entre os agentes,

Zarifian (2001), ao comentar sobre o apoio da comunicação nos sistemas de produção, ressalta alguns aspectos que evidenciam a força atual dessa dimensão: as disfunções e os momentos em que o previsto é surpreendido pelo aleatório,

intensificando a atividade de comunicação devido à crescente integração dos sistemas, sobretudo, nos ambientes de alta tecnologia de automação e de informatização. Destaca os intercâmbios linguísticos que se fazem necessários em torno das ações e a autonomia que reinscreve a liberdade do sujeito diante do evento, sem prescindir da interação com todas as pessoas que o processo de trabalho alcança.

Uma outra dimensão da interação na atividade profissional discutida pelo mesmo autor se refere à comunicação autêntica, processo através do qual se instaura uma compreensão recíproca e se forma um sentido compartilhado, resultando em entendimento sobre as ações que os sujeitos são levados a assumir juntos ou de maneira convergente. Por sentido, entende-se a apropriação subjetiva que um indivíduo realiza com relação aos eventos com os quais se defronta. Apesar da reelaboração se dá ao nível do sujeito, o sentido apreendido se torna coletivo quando a comunicação o instala ou o exprime.

No interior do trabalho coletivo e do trabalho em equipe multiprofissional, pode ocorrer que a ação racional adquira prioridade sobre a dimensão interativa, passando os sujeitos a serem tratados como recursos do trabalho de outrem, para que a finalidade possa ser alcançada. Ou seja, o olhar em direção ao objeto de trabalho é instrumental e se reproduz no olhar que os profissionais lançam entre si. Desse modo, o trabalho em equipe multiprofissional na saúde pode não atender ao objetivo de recomposição das práticas, se mantido o modelo de assistência, baseado na lógica da clínica que busca maior racionalidade no sentido meramente instrumental.

A dimensão comunicativa presente no trabalho coletivo, na modalidade de equipe multiprofissional, requer o compartilhamento, para que as ações sejam plenas de sentido para os sujeitos envolvidos na interação, tendo para isso que haver algo que seja comum a todos. A integração é passível de ser concretizada se houver relação entre trabalho e interação e, para isso, faz-se condição essencial a emergência de

um projeto assistencial comum, fruto da articulação dos diversos trabalhos especializados (PEDUZZI, 1998).

É interessante, também, focalizar algumas condições desfavoráveis ao desenvolvimento do trabalho em equipe que, segundo Silva (1980), podem ser sintetizadas: desconhecimento das outras profissões que compõem a equipe; atribuição exagerada de importância à própria atuação; formação profissional não voltada para o trabalho em equipe; inexperiência em equipe; competitividade; falta de confiança e respeito entre os membros; excessiva rigidez; comunicação deficiente; e liderança inadequada. Nessa perspectiva, se destacam os aspectos do comportamento individual que se refletem no grupo como fatores provocadores de tensão e de fragmentação da unidade necessária à recomposição das práticas, inviabilizando assim estratégias de enfrentamento que, necessariamente, teriam que passar pela ação do grupo sob forma de apoio social.

2 TRABALHO E BEM-ESTAR - O PAPEL DO APOIO SOCIAL

Este capítulo trata dos reflexos do trabalho na vida das pessoas. Apresenta a concepção de Bem-Estar Subjetivo (BES) para compreender a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas, apontando o trabalho como uma dimensão importante na produção do bem-estar e da saúde.

2.1 TRABALHO E SAÚDE

Na atualidade, com a implantação de novas tecnologias na produção industrial, grandes transformações se refletiram no desenvolvimento e nas condições de trabalho, determinando mudanças significativas no plano social e no comportamento individual. De maneira progressiva, foi-se delineando e sendo reconhecidas as relações da atividade laboral sobre a saúde e o bem-estar emocional do trabalhador. O trabalho, por ser hoje um campo estudado por diversos ramos da ciência, constituindo-se numa área multidisciplinar, tem inspirado pesquisas que fornecem dados relevantes para que se compreenda e se intervenha na saúde geral e mental dos trabalhadores, buscando a melhoria das condições de trabalho e da qualidade de vida.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como um estado de bem-estar físico, mental e social. Essa definição deixa entrever os distintos olhares sobre o tema, os quais descortinam dimensões humanas não contempladas pelo modelo da medicina tradicional, mas hoje incluídas quando se fala do processo saúde-doença. A noção de doença e saúde passa necessariamente por uma reflexão multidisciplinar, por isso tem-se atualmente grandes contribuições da antropologia, da sociologia, da psicologia, da economia entre outras. Segundo Rabelo; Alves; & Souza (1999), dimensões importantes da aflição e do tratamento daquele que adoece, escapam aos estudos desenvolvidos pela lógica biomédica ou por ela influenciada. Os autores afirmam que a ênfase nos aspectos orgânicos dos processos de doença e cura, conduz à omissão da dimensão de sentido de que se revestem tais processos.

De acordo com Spink (2003), identificam-se diferentes concepções quando se trata de entender o processo saúde-doença: a corrente que privilegia a esfera intra-individual, sem compreender a doença como fenômeno coletivo, que resulta não só de uma abordagem médica, mas também da psicologia, da psicanálise e da psicossomática, com a ênfase na psicogênese da doença; aquela que enfatiza os aspectos psicossociais do adoecimento, buscando nexos causais entre experiências de vida e adoecer e as correlações entre eventos estressantes na vida do indivíduo e o aparecimento da doença; e, finalmente, aquelas que estão dentro da visão construtivista, diferindo das demais em vários sentidos, por adotar uma perspectiva do paciente e não apenas do médico ou do sistema de saúde.

As duas primeiras visões privilegiam a explicação da doença a partir da explicitação da rede de causalidade, estando em pauta entender e prevenir o surgimento da doença; e a terceira, ao contrário, não tem por objetivo formular leis. A doença é vista como fenômeno psicossocial, historicamente construído, e como tal, submetido às concepções sobre o doente e o adoecer, próprias de uma determinada sociedade. Essa visão aborda a doença como um fenômeno coletivo, deixando de privilegiar a ótica médica como um único padrão de comparação, valorizando a experiência do indivíduo. Ou seja, possibilita o confronto entre o significado (social) da experiência e o sentido (pessoal) que lhe é dado pelo indivíduo (SPINK, 2003).

Esta abordagem da doença como um fenômeno coletivo e, portanto, sujeito às forças ideológicas da sociedade, remete-nos ao cenário do mundo do trabalho, onde são notórias as transformações, cujos reflexos incidem sobre as relações de trabalho. Em estudos que colocam o trabalho como constituinte da identidade do trabalhador, e, portanto, dando um papel primordial para preservação da saúde, são expostos contextos que têm causado sérios danos à saúde e com comprometimento geral do bem-estar do trabalhador (TAMAYO et al. , 2001).

Nos últimos anos, os dados estatísticos sobre transtornos mentais e de comportamentos decorrentes da atividade laboral, vêm confirmando que nem sempre o trabalho tem possibilitado crescimento, reconhecimento e independência

profissional, pois em muitos casos causa problemas de insatisfação, desmotivação e exaustão. Seligmann-Silva (1994), analisando os efeitos da evolução tecnológica, salienta no ambiente de trabalho três componentes potencialmente estressores: o controle externo sobre o trabalho, a alienação do trabalhador e a fragmentação das tarefas.

No caso específico do setor da saúde, os estudos realizados por Nascimento Sobrinho et al. (2006) com médicos da cidade de Salvador, indicam a sobrecarga de trabalho, especialmente em atividades de plantão e o excesso de trabalho, juntamente com as cargas psíquicas provocadas pelo convívio com o sofrimento, com a dor e com a morte, como causadores de muitos problemas de saúde, referentes a transtornos mentais e posturais. Entre as queixas, os autores destacam cansaço mental, dores nas costas, pernas e braços, sonolência, esquecimento, nervosismo, insônia entre outras.

De acordo com Pitta (1990) o sofrimento psíquico das equipes em hospitais pode ser identificado pelas jornadas prolongadas, pelo ritmo acelerado de trabalho e pela quase inexistência de pausas para descanso ao longo do dia, além da intensa responsabilidade. Nas UTIs, de acordo com Nogueira –Martins (2003), as equipes além da sobrecarga de plantões, inclusive noturnos, assumem as longas jornadas de trabalho com exigência de vigilância constante, para evitar que as intercorrências aconteçam ou para reconhecê-las imediatamente quando ocorrem. Além disso, o isolamento do mundo externo e a privação do convívio social, compõem este ambiente de intensos estímulos emocionais que levam ao adoecimento.

Esse quadro ressalta a necessidade de se desenvolver estudos que venham a aprofundar os impactos do trabalho na saúde física e mental dos indivíduos. Que impactos são esses, como ocorrem e como reagem os trabalhadores, são questões que só poderão ser esclarecidas quando se reconhecer a complexidade dos ambientes laborais, referente à realidade concreta da atividade desenvolvida e aos fatores psicossociais presentes no contexto da relação homem-trabalho.

2.2 QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO

No âmbito da filosofia grega e da história, é clara a preocupação dos grandes pensadores em compreender a “Felicidade” (DIENER, 1996). O interesse não é só por compreendê-la, mas por buscá-la, colocando-a como principal motivação para a ação humana. Apesar da então predominância dos estudos da psicologia, voltados para investigar a infelicidade e o sofrimento humano (Giacomoni, 2004), o tema felicidade na década de 70 passou a ser pesquisado e estudado de forma mais aprofundada, e a felicidade nomeada de Bem-Estar Subjetivo (BES).

Qualidade de vida é muitas vezes compreendida como sinônimo de bem-estar. Na medicina está relacionada com saúde e estado subjetivo de saúde, conceitos centrados na auto-avaliação das pessoas e necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo de viver plenamente.

Os autores Gill e Feinstein (1994 apud Albuquerque & Trócoli, 2004), quando tratam de qualidade de vida, não incluem apenas fatores relacionados à saúde física, funcional, emocional e mental, mas, também, elementos como o trabalho, a família, os amigos e as circunstâncias de vida.

Na Economia, são construídos indicadores quantitativos que expressam qualidade de vida, como: quantidade de bens, mercadorias e serviços produzidos pelas comunidades. Nas Ciências Sociais, somam-se a esses, fatores importantes como baixos índices de violência, respeito aos direitos humanos e distribuição justa de recursos. Entre os sociólogos, vem ganhando atenção a concepção que enfatiza a satisfação com a vida como o princípio do bem-estar, conseqüentemente, atestando a presença da qualidade de vida (GIACOMONI, 2004).

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), qualidade de vida é “ a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto do sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Já a Psicologia adota a definição e a avaliação da qualidade de vida como Bem-Estar Subjetivo (BES); uma área, em franco crescimento, cobrindo estudos sob as

nomeações de felicidade, satisfação, estado de espírito e afeto positivo (DIENER, 1996).

De modo geral, focaliza como as pessoas avaliam suas vidas (Diener, 1996), mais especificamente, se refere a como as pessoas experienciam suas vidas positivamente. Segundo Giacomoni (2004), o BES é uma auto-avaliação tanto cognitiva quanto emocional da própria existência. Refere-se ao que as pessoas pensam e sentem sobre suas vidas, podendo avaliá-la cognitivamente, abrangendo o todo ou um aspecto específico nos diferentes domínios, como trabalho, casamento e lazer, ou, afetivamente, julgando-a através de suas emoções prazerosas ou desprazerosas.

Definir BES envolve certa complexidade, pois incorpora variáveis como idade, gênero, nível sócio-econômico, personalidade, entre outras. Considera-se que uma pessoa tem um elevado sentimento de bem-estar quando apresenta satisfação com a vida, afeto positivo e relativa ausência de afeto negativo. O indivíduo que está satisfeito com sua vida e experimentando freqüentes emoções de alegria e contentamento, tem um nível alto de bem-estar, em contrapartida, o sujeito insatisfeito, com emoções de tristeza e raiva, tem um baixo nível de BES (DIENER & LUCAS, 2000 apud GIACOMONI, 2004). Já Ribeiro (2003) considera que o BES é integrado a aspectos sociais, cognitivos e afetivos. Assim, os aspectos relacionados ao BES e a necessidade de superar obstáculos para a conquista e a manutenção da qualidade de vida, leva à compreensão de que o pensamento, a personalidade e o entorno social determinam os estados de satisfação e felicidade.

O BES também sofre influência da cultura, vista como experiências compartilhadas que formam a base da visão de mundo, e que tem papel importante nas experiências de BES (ALBUQUERQUE & TRÓCOLI, 2004). É interessante ressaltar que os primeiros estudos de BES foram americanos e incorporaram a necessidade de entender as razões da variabilidade do fenômeno nas diferentes culturas, surgindo assim, um interesse por estudos transculturais.

Pesquisas mostram elevadas diferenças entre os países em relação ao BES, em virtude da variabilidade do nível sócio-econômico (DIENER, 1995 apud ALBUQUERQUE & TRÓCOLI, 2004). Níveis de felicidade mais elevados foram encontrados em culturas individualistas ricas, em contrapartida as taxas de suicídio e de divórcio são altas, apesar da liberdade para seguir seus próprios interesses e os relatos conterem elevado bem-estar global. Já as amostras dos países pobres revelam escores médios de BES, ou mesmo, abaixo da média, porém com estruturas mais seguras, produzindo menos pessoas isoladas e deprimidas. Tal resultado é atribuído a uma maior intensidade de suporte social em culturas coletivistas (DIENER, 1995 apud ALBUQUERQUE & TRÓCOLI, 2004).

Para Diogo (2003), as pesquisas sobre o desenvolvimento do adulto referem ao consenso acerca da influência direta que as condições objetivas e subjetivas exercem sobre a qualidade de vida das pessoas. As condições subjetivas dizem respeito ao bem-estar psicológico, ou seja, às experiências pessoais, aos estados internos que podem ser manifestados por meio de sentimentos; e, às reações afetivas e aos construtos psicológicos como felicidade, satisfação, saúde mental, senso de controle, competência social, estresse e saúde percebida.

Os indicadores objetivos, para Diogo, nem sempre apontam como os indivíduos percebem e experienciam suas vidas. Já os indicadores subjetivos, ao contrário, definem com maior precisão a experiência em relação às várias condições de vida do indivíduo. Daí, o BES parece ser mais apropriado para uso nas auto-avaliações de qualidade de vida, pois reflete as expressões de cada pessoa quanto a seus próprios critérios de satisfação com a vida em um todo e em domínios específicos como trabalho, relações sociais, condições de moradia, saúde e outros; refletem também o modo e os motivos que levam as pessoas a viverem suas experiências de vida de maneira positiva.

Na visão de Diogo (2003) existe uma relação de influência entre o bem-estar relacionado a um determinado domínio da vida (trabalho, casamento, família) e a satisfação com a vida de modo geral. Assim como Diogo, Siqueira et al. (2005)

consideram que as experiências passadas que são entremeadas de satisfação em diversos aspectos, também são percebidas como marcadas mais por afetos positivos que negativos, as quais provocam uma tendência a avaliações mais positivas do presente e do futuro (otimismo).

Ratificam as opiniões de Diogo (2003) os autores Diener & Suh (1997), com seus estudos sobre BES e velhice. Eles concluíram que a satisfação com a vida não declina com o avanço da idade, apesar das limitações sucessivas dos recursos pessoais. Parece haver no idoso um incremento da capacidade individual para aceitar mudanças, que tendem a ajustar seus objetivos aos próprios recursos e competências, o que segundo Ryff (1989 apud Diogo, 2003), é decorrente da importância que dão à saúde, associada à manutenção da funcionalidade e à aceitação das alterações.

A maneira como as pessoas percebem seus próprios potenciais em comparação com outras, pode determinar como elas sentem suas próprias condições de vida. Nesse caso, parece indicar que as condições subjetivas são mais preditoras de bem-estar do que os meios objetivos. Desse modo, a perda dos recursos objetivos nos períodos mais tardios da vida pode ser mascarada por fatores subjetivos nos julgamentos dos idosos sobre a satisfação com a vida (DIOGO, 2003; RYFF, 1989 apud DIOGO, 2003; DIENER & Suh, 1997).

Em síntese, as pessoas avaliam as condições de vida de modo diferente, dependendo das suas expectativas, valores e experiências anteriores. O BES não implica em saúde mental ou psicológica, ou seja, o BES não é uma condição suficiente para o bem-estar psíquico, mas apenas uma condição desejável DIENER, SUH & OISHI (1997 apud GIACOMONI, 2004). Distingue-se, portanto, de saúde mental; assim, uma pessoa mesmo que portadora de uma patologia mental, pode se sentir feliz e vice-versa DIENER (2001 apud ALBUQUERQUE & TRÓCOLI, 2004).

O construto BES atualmente é muito utilizado em pesquisas nas áreas de saúde mental, qualidade de vida e gerontologia. Com a importância dada aos estudos

relacionados à saúde mental dos trabalhadores, recentemente, o bem-estar relacionado a trabalho vem sendo investigado a partir do construto Bem-Estar no Trabalho (BET), que é integrado por satisfação no trabalho, envolvimento com o trabalho e comprometimento organizacional afetivo. Esses três conceitos já consolidados no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho representam vínculos positivos com o trabalho (satisfação e envolvimento) e com a organização (comprometimento organizacional afetivo).

Em estudo realizado por Gomide Júnior (2005) com o objetivo de verificar o impacto do BES sobre o BET, os resultados evidenciaram que o principal preditor de bem-estar no trabalho é o afeto tanto positivo quanto negativo. Ou seja, a interpretação dos eventos como desejáveis ou prazerosos (afeto positivo) ou como indesejáveis ou desprazerosos (afeto negativo) parece influenciar o bem-estar no trabalho.

Pesquisadores da Universidade Metodista de São Paulo e da Universidade Federal de Uberlândia têm interligado Bem-Estar e Suporte Social em estudos que debatem padrões de vida saudável, empreendidos por profissionais, independente de suas atividades, possibilitando assim, o florescimento do ser humano no âmbito do trabalho. Em investigação a respeito da percepção de suporte do supervisor e dos estilos de liderança sobre o bem-estar no trabalho, em que foram focadas duas dimensões do BET: satisfação no trabalho e comprometimento organizacional afetivo, Meleiro & Siqueira (2005) concluíram que o nível de bem-estar, no contexto de trabalho, depende mais do apoio do supervisor do que dos estilos de liderança adotados no contexto organizacional.

Ao analisar o binômio trabalho e saúde psíquica, Karasek (1979), em seu modelo de estresse ocupacional, observa a relação entre as demandas da situação de trabalho e o controle exercido pelo trabalhador, e a sua participação nas decisões referentes ao trabalho que realiza. Através deste modelo, várias possibilidades de combinações podem ocorrer, por exemplo, se a demanda de trabalho aumenta e o controle do trabalhador não acompanha a mesma tendência, o risco de estresse cresce; ao contrário, se a participação do trabalhador nas decisões aumenta, na

mesma proporção das exigências do trabalho, este é visto como ativo e, portanto, gerador de possibilidades para o enfrentamento das situações estressoras (KARASEK, 1979). Por outro lado, escassas exigências e baixo controle levam à percepção de um trabalho desmotivante, sem possibilidade de aprendizagem e de crescimento.

Este modelo foi enriquecido por Karasek & Theorell (1990), quando incluem na abordagem sobre as tensões presentes no trabalho, a importância do apoio social, afirmando que a tensão é maior quando se combinam altos níveis de exigência, baixos índices de controle sobre o trabalho e ausência de apoio social. O grau de integração social, emocional e de confiança entre os membros da equipe de trabalho interfere no nível da tensão psicológica, que poderá ser reduzida pelo apoio recebido a partir das relações sociais. Embora essa relação ainda não tenha sido exaustivamente pesquisada dentro dos estudos sobre estresse, e portanto, careça de maior sistematização, os estudos envolvendo outros construtos como Bem-Estar Subjetivo, Bem-Estar no Trabalho e Apoio Social têm evidenciado uma relação positiva entre relações sociais e enfermidade. Assim, esta concepção do estresse ocupacional preconizada por Karasek e Theorell (1990) salienta o valor do apoio social para promoção de bem-estar e para proteção do indivíduo contra os efeitos deletérios do estresse. Inclui, também, que o apoio possibilita a aprendizagem de novos comportamentos e habilidades, através da experiência psicossocial no trabalho, das ações da família e das atividades vivenciadas fora do trabalho, e assim torna o indivíduo ativo devido ao sentimento de controle sobre as situações laborais e sobre a própria vida, ensejando sentimentos de liberdade, de realização, de satisfação de necessidades e de prazer.

2.3 PROMOÇÃO DE SAÚDE E BEM-ESTAR

O trabalho é apresentado na literatura com um duplo caráter: dá ao homem recursos para aquisição de bens indispensáveis à vida, ao tempo em que socializa, constrói identidade e proporciona auto-estima.

Segundo Valle & Vieira (2003), “o trabalho é um poderoso mito da sociedade moderna; o valor supremo de nossa cultura, sob o qual estão submetidas todas as outras dimensões da existência”. Codo et al. (1994) reforçam essa perspectiva quando afirmam que “o homem produz sua própria existência na medida em que trabalha, arquitetando a estrutura social com suas próprias mãos, a mesma estrutura que lhe servirá de *habitat* “ Não é surpreendente então, que o indivíduo espere que suas atividades profissionais venham a suprir todas as suas necessidades e possibilitar sua total realização.

A sociedade tem assistido a um desenvolvimento técnico e científico em larga escala e o trabalho humano tem passado por modificações importantes. No entanto, se por um lado esse desenvolvimento traz facilidades e conforto para uma parte das pessoas, o trinômio produtividade, competitividade e lucro tem sido a marca predominante destes últimos tempos, trazendo consequências que desembocam numa maior desumanização do trabalho. Codo et al. (1994) afirmam que “o trabalho, sinônimo de hominização, portanto de liberdade, se transformou em estranhamento, perda de si, portanto tortura”.

Em razão disso, se acentuaram as preocupações com o bem-estar do homem no trabalho. A psicologia, a administração, a sociologia, a medicina e outras disciplinas têm se aproximado e produzido trabalhos que contribuem, de forma efetiva, na compreensão do homem e do seu contexto laboral, e evidenciam a importância das pessoas no desenvolvimento das organizações, a partir da emergência, nas modernas empresas, de movimentos voltados para a promoção do bem-estar no trabalho.

Atualmente, a visão sobre o trabalho não é apenas vinculada ao significado desagradável, proveniente da excessiva especialização e fragmentação. É necessário acrescentar à dimensão profissional / racional os aspectos inerentes à emoção e ao sentimento, para que se vivencie de forma completa o que passou a ser veículo de integração do homem moderno (VALLE & VIEIRA, 2003). Desse modo, é importante resgatar o trabalho como meio de satisfação e de prazer a

partir da apreensão de seu significado na vida. O que é isso então, senão a busca em transformar o trabalho em meio de promoção de saúde para os indivíduos?

De acordo com Goulart & Sampaio (2003), qualidade de vida equivale a bem-estar no domínio social; a *status* de saúde no domínio da medicina; e a satisfação no domínio psicológico. O mesmo autor considera que qualidade de vida não é a mesma coisa que qualidade de ambiente, quantidade de bens, nem de saúde física. Distingue-se de satisfação ou felicidade e não se reduz a condições externas de vida ou responsabilidade pessoal. Não se pode transformá-la em uma questão interna ou externa, mas tem-se que admitir que é impossível separar o indivíduo de sua interação com o meio. Nessa perspectiva, a qualidade de vida, continua o autor, diz respeito à maneira pela qual o indivíduo interage (com sua individualidade e subjetividade) com o mundo externo, portanto à maneira como o sujeito é influenciado e como influencia. Logo, o acesso a uma vida de qualidade é determinado por um equilíbrio entre forças internas e externas. Kahn (1984 apud Goulart & Sampaio, 2003) reforça essa visão ao dizer que qualidade de vida é definida não só pelo que é feito para as pessoas, mas, também pelo que elas fazem por si mesmas e pelas outras pessoas.

É freqüente se considerar as organizações responsáveis pelos fatores de bem-estar no trabalho, ao passo que os relacionados com a vida fora do trabalho, como por exemplo, saúde, educação, moradia, entre outros, são atribuídos como sendo dependentes de um projeto social de cunho político, que escapa das obrigações das organizações. Entretanto, existem posições que defendem pontos de vista segundo os quais a organização pode oferecer subsídios para garantir uma vida familiar mais satisfatória (WALTON, 1973 apud VALLE & VIEIRA, 2003).

2.4 APOIO SOCIAL – ALGUMAS CONCEPÇÕES

O conceito de estresse assume a interação indivíduo – ambiente como fundamental na produção de tensão e direciona as ações para o reconhecimento da importância do ambiente e da comunidade nas interações com o homem,

superando, assim, a tendência a privilegiar o indivíduo e sua dinâmica interna. Isto levou ao desenvolvimento de abordagens e conceitos que assinalam perspectivas de intervenção, estando entre os principais conceitos desenvolvidos o de apoio social, que, em seu sentido mais amplo, significa o acesso que o indivíduo pode ter aos recursos sociais de diversas naturezas, inclusive, aos relacionamentos. O apoio social é considerado uma estratégia eficaz de controle do estresse, identificado como um fator psicossocial que protege o indivíduo.

Lazarus & Folkman (1984) ao enfocarem o ambiente social do trabalho, concluem que o mesmo traz sofrimento psíquico, seja devido às cargas de trabalho além da capacidade dos indivíduos, seja porque ocorrem conflitos de valores ou de papéis, ou porque as ambiguidades são muitas e falta clareza sobre objetivos e expectativas. Consideram que o mesmo ambiente também oferece recursos, dos quais os trabalhadores utilizam para sobreviver e se desenvolverem. Entre esses recursos, Karasek & Theorell (1990), no modelo que desenvolveram para compreensão do estresse, ressaltam a importância do apoio social na redução da tensão psicológica e conseqüentemente, enfatizam as relações entre os trabalhadores, como elementos moderadores ou modificadores dos efeitos do estresse, no sentido da produção de bem-estar.

Nessa direção, Cohen e Wills (1985 apud Chor et al. ,2001) mencionam também que o modelo de diminuição de estresse contempla as interações entre os níveis de estresse, os recursos e as mudanças necessárias para lidar com ele. Nesse modelo, os recursos, ao alcance das pessoas, servem para reduzir ou protegê-las dos efeitos das tensões. Sargent & Terry (2000), em levantamento das pesquisas feitas sobre o modelo de diminuição do estresse, ressaltam que existem evidências consistentes de que os altos níveis de apoio social se constituem em efeitos benéficos para a adaptação dos indivíduos, independente dos níveis de estresse.

Assim, o apoio social pode ser avaliado, a partir da interação social e da participação, implicando no envolvimento das pessoas com grupos, com comunidades e com instituições, e das relações íntimas e pessoais, através dos laços afetivos e emocionais, estabelecidos e evidenciados. Barrios (1999) reforça

essa visão ao definir o apoio social como qualquer atividade que permita, num espaço de tempo, compartilhar com familiares, amigos e grupos (trabalho, religião), ou com qualquer pessoa que ofereça um apoio afetivo ou material. Para ele, a importância dessa categoria está na manifestação da solidariedade e no efeito benéfico como expressão de saúde, para as pessoas que participam das atividades.

Na visão de Codo (2002), os relacionamentos são considerados como um dos mais importantes fatores objetivos no contexto de trabalho para a proteção da saúde do trabalhador. A fragilidade ocasionada pela ausência de apoio social provoca sofrimento e aumento da tensão no trabalho e é exacerbada pelos desgastes produzidos pela própria atividade. Segundo Fernandes (1997), os fatores sociais, concebidos como associados a doenças, também são referenciados na literatura como elementos de proteção à saúde. A partir de constatações em estudos com animais e humanos, em que se verifica que o contato social com membros da mesma espécie produz efeitos positivos, o apoio social tem sido identificado como um modificador de efeito ou *buffer* (amortecedor), diante dos eventos estressores da vida.

A relação entre laços sociais e saúde também foi apresentada na década de 70 por Cobb (1976), ao constatar evidências de que a ruptura de laços sociais aumentava a vulnerabilidade a doenças. Portadores de enfermidades diversas, relatavam com maior frequência, o fato de não estarem inseridos em uma rede de apoio mútuo ou de terem experimentado, em maior grau, perdas importantes de laços sociais. Esses mecanismos de ação, exercidos pelo apoio social nos sistemas de defesa do organismo humano, apesar da literatura ressaltar a dificuldade de elucidá-los, algumas suposições são indicadas. Na primeira, o apoio social funcionaria “tamponando” a resposta do organismo em forma de doença, que pode ocorrer a partir de grandes perdas ou rupturas emocionais (COHEN & WILLS, 1995 apud CHOR et al., 2001). Na segunda suposição, o apoio social poderia reforçar a sensação de controle sobre a vida, o que, por sua vez, implicaria em efeitos positivos sobre a saúde (RODIN, 1986 apud CHOR et al., 2001). De certo modo, aqui se vê reforçada a concepção formulada por Karasek & Theorell (1990), no

sentido de que o apoio social influencia no indivíduo a adoção de uma posição mais ativa, que potencializa o sentimento de controle, modificando a percepção dos agentes estressores.

Spiegel (1995; 1997 apud Pietrukowicz, 2001), em pesquisas realizadas nos EUA, relaciona o apoio social e o bem-estar físico. A pesquisa mais importante realizada foi com pacientes femininos com câncer de mama, cujas correlações foram fortes entre apoio social e aumento de sobrevivência das pacientes, evidenciando, também, a importância dos grupos terapêuticos realizados durante a pesquisa. O autor sugere que o apoio social não é mágico, nem tampouco é a solução única para os problemas de saúde, mas sustenta que influencia o comportamento das pessoas, levando-as a hábitos que aumentam a função do sistema imunológico, nervoso e cardiovascular, além de incentivar as pessoas que sofrem, no contato com outras, a vislumbrar e planejar estratégias para superar as dificuldades do cotidiano, diminuindo a ansiedade e a depressão.

Moreno (1993) quando se refere à importância das relações entre as pessoas, cita que a evolução tanto do homem como da natureza se dá pela interação, considerando esta como sendo a própria essência da evolução. A ruptura se dá, então, quando em um sistema, os subsistemas crescem caoticamente, com independência uns dos outros, desrespeitando as relações recíprocas e o equilíbrio (ECHENIQUE, 1996). Transpondo esta visão para a compreensão das relações que se produzem nos grupos de trabalho, pode-se considerar o apoio social mais eficiente do que as estratégias individuais para o alívio das tensões produzidas pelo estresse no trabalho. Como refere Codo (2002), a importância do ambiente psicossocial é tão significativa que se torna mais viável fortalecer a rede de apoio social para manter uma boa saúde do que eliminar os estressores do ambiente de trabalho.

Como Moreno (1993), Minkler (1985 apud Chor et al. 2001) também expressa em suas análises a existência entre os indivíduos de uma rede de vínculos, que se saudáveis, formam-se como “teias” de relações sociais, permitindo que as pessoas

se estimulem reciprocamente. Ele compreende apoio social como processo recíproco, gerador de efeitos positivos em quem oferece e em quem recebe , identificando como Karasek & Theorell (1990), uma relação entre apoio social e sensação de controle sobre a vida – noção de *empowerment* (Valla, 1999), com reflexos no bem-estar provocando melhorias significativas na saúde das pessoas.

Para Valla (1999), a categoria apoio social se define como sendo qualquer informação, falada ou não, e /ou auxílio material, oferecidos sistematicamente por grupos e/ou pessoas, que já se conhecem, e que resultam em melhorias no campo da saúde - doença. O apoio social exerce função mediadora, contribuindo para manutenção da saúde, permitindo que as pessoas contornem a possibilidade de adoecer. Já Barrios (1999) afirma a inexistência de uma definição universalmente aceita sobre apoio social. Nessa mesma linha, Pietrukowicz, (2001), em recente pesquisa envolvendo apoio social e práticas religiosas, ressalta que a associação entre apoio social e os efeitos na saúde tem sido amplamente estudada, porém a dimensão cultural do apoio social carece de investigações.

Partindo também desse ponto de vista, Arrossi (1994) sugere que, para definição da categoria apoio social, devem ser levadas em conta as especificidades existentes nos contextos, sobretudo, quanto a fatores que envolvem pessoas de classes sociais diferentes , em países com níveis de desenvolvimento distintos, entre outras variáveis.

De acordo com Barrios (1999), para estudar apoio social, alguns autores propõem definições que abrangem três níveis de análise: comunitário, redes sociais e relações íntimas. Outros autores apresentam definições baseadas na quantidade de relações sociais, principalmente as que envolvem estado civil e a frequência de contatos com amigos e familiares. Para Barrios (1999), apenas a existência de relações não assegura apoio. Nessa perspectiva, Bowling; Sherbourne & Stewart; Cohen & Wills (1997, 1991, 1985 apud Chor et al. , 2001) se aproximam da idéia de Barrios quando enfatizam a qualidade das relações sociais. Para eles, a definição de apoio social está relacionada com o grau com que as relações interpessoais

satisfazem os indivíduos em suas necessidades de apoio emocional, material e afetivo. Cobb (1976) amplia e aprofunda a visão de apoio social, quando o define como a “informação” que leva o indivíduo a acreditar que é querido, amado e estimado, e que faz parte de uma rede social com compromissos mútuos.

A avaliação de apoio social, segundo Arrossi (1994), sofre forte influência dos aspectos subjetivos que envolvem a percepção social. De acordo com Garcia (2003), o apoio social percebido nos relacionamentos sociais depende das interações entre as pessoas e do grau de confiança que a pessoa deposita em sua capacidade de auto-adequação. Ou seja, uma rede de apoio social de um indivíduo está condicionada a determinantes intrínsecos do próprio indivíduo, que combinados a determinantes extrínsecos, favorecem ou não a percepção e determina, conseqüentemente, a ativação ou não desta rede.

Também analisando os efeitos do apoio social, Biffi & Mamede (2004), em estudo realizado com mulheres mastectomizadas, cujo objetivo era avaliar e compreender como os parceiros se percebiam na condição de elementos de apoio social para a reabilitação de suas parceiras, identificaram que o apoio social se expressa de distintas formas e é evidente quando :

- envolve a expressão de afeto positivo, tendo o poder de neutralizar a sensação de isolamento emocional ou solidão;
- envolve a expressão de concordância, interpretação e/ou estimulação dos sentimentos da pessoa necessitada , fortalecendo a auto-estima;
- se oferece assistência, consideração e informação, que permitem ações educativas, controle de ansiedade, a fim de diminuir a vulnerabilidade a problemas emocionais;
- se fornece ajuda material e/ou econômica;
- se promove a integração social de forma a favorecer a pessoa a se sentir parte de uma rede ou sistema de apoio, com obrigações mútuas ou ajuda recíproca.

Assim, Biffi & Mamede (2004) concluem que o apoio social é formado por laços sociais que se estabelecem entre os indivíduos no convívio social. Pessoas ligadas ou unidas por laços de afeto, consideração, confiança entre outros, podem influenciar mudanças no comportamento e na percepção dos participantes de um grupo, deixando à mostra a função da rede social. O apoio social é considerado, então, como um fenômeno interpessoal expresso através de cuidados e de reafirmação de confiança. Havendo uma relação de reciprocidade em informações e ajuda, pode-se favorecer recursos psicológicos e físicos a uma pessoa, tornando-a capaz para enfrentar com sucesso as dificuldades encontradas. Quanto mais apoio um indivíduo obtém, mais apto estará para evitar situações de estresse ou desenvolver condições de enfrentá-las ou obstruí-las.

Existem distintos tipos de apoio social na visão de Garcia (2003) ligados ao oferecimento de afeto, à integração social, a cuidar ou ser cuidado, à reafirmação do valor de alguém, à confiança, à obtenção de orientação, à ajuda material e ao fornecimento de informações. A autora sistematiza três tipos de apoio social: apoio emocional, apoio tangível e apoio informacional. O apoio emocional reassegura a estima e o valor da pessoa; o apoio tangível refere-se ao fornecimento de ajuda material, que no momento é necessária para diminuição do sofrimento; e o apoio informacional implica na ajuda sob forma de sugestões de ações específicas para enfrentamento de situações estressoras.

Outros autores (Cohen & Wills, 1985; Sherbourne & Stewart, 1991; e Bowling, 1997 apud Chor et al., 2001) também classificam o apoio social em três tipos :

- apoio emocional: relacionado aos sentimentos, às emoções e à estima ; as pessoas, ao participarem de um grupo, passam a se relacionar com o outro e a expressar os seus sentimentos. O sentimento de pertencimento, estima e confiança, encorajam a expressão de medos, angústias, ansiedades, tristezas e resulta em sensações de aceitação e controle, ao enfrentarem situações adversas, que criem alternativas de superação;
- apoio material ou instrumental: qualquer tipo de prestação de ajuda direta, em forma de trabalho, suporte financeiro ou material de qualquer natureza.

- Este tipo de apoio fortalece o indivíduo no sentido de alívio de tensões imediatas, que, no momento da crise não permitem vislumbrar alternativas nem formas de enfrentamento dos problemas.
- apoio informacional ou educacional: ocorre com o caráter de prestação de informações, numa perspectiva educativa. A depender do grupo e de seus interesses, se apresentam em forma de conselhos, esclarecimentos, socialização de conhecimentos específicos, que ajudam na resolução de problemas. Este tipo de apoio propicia a troca de informações entre as pessoas, a afirmação de que é compreendido e aceito, bem como, a clareza de que existe no grupo co-responsabilidade pelo bem-estar de todos.

Chor et al. (2001) em estudos sobre apoio social, adaptaram e validaram o questionário do *Medical Outcomes Study* de origem canadense, para a realidade brasileira, selecionando questões sobre rede social e apoio social. Os resultados indicam a inclusão de duas dimensões de apoio, além das sugeridas no questionário original: a dimensão afetiva e a de interação positiva.

No caso, há uma distinção quanto às dimensões emocional e afetiva. À primeira, cabem os apoios que expressam confiança, partilhamento de problemas, preocupações, medos íntimos e busca de compreensão. À segunda, estão relacionados os apoios que demonstrem amor, afeto, aproximação física e sentimento de ser querido. Quanto à dimensão de interação positiva, que as autoras Silva & Coutinho (2005), em seus estudos com gestantes, nomeiam de interação social, Chor et al. (2001), em suas pesquisas, consideram ser o tipo de apoio que reflete a busca dos indivíduos por participação em grupo, de atividades agradáveis, por exemplo, de relaxamento, de distração.

Apoio social, enquanto objeto deste estudo, será abordado utilizando as dimensões validadas por Chor et al. (2001), na perspectiva de sua interferência no bem-estar e na promoção de saúde entre as pessoas que compõem equipes de trabalho em UTI.

Segundo Soratto e Ramos (2002), pode-se considerar que, no contexto de trabalho, apoio social está associado à maior satisfação com o ambiente; a maiores possibilidades de lidar com conflitos e com situações estressantes desencadeadas pela organização do trabalho e pelas relações sociais; a melhores possibilidades de ajustamento; e à melhoria das condições de saúde física e mental. Para estes autores, entre os que se ressentem de falta de apoio, estão aqueles com maiores problemas na relação com o produto do trabalho, com falta de controle, com problemas com as rotinas, além de estarem menos satisfeitos e comprometidos. Quando as relações se deterioram, o distanciamento e o isolamento se instalam, o que repercute negativamente na manutenção das condições de enfrentamento dos estressores.

Finalmente, deve-se salientar que dar e receber apoio social está envolvido em questões relacionadas a respeito, admiração, afirmação e ajuda. A proximidade emocional leva ao sentimento de pertença, que ultrapassa a mera afiliação aos grupos, permitindo expressar e partilhar interesses e afinidades. O sentimento de ser aceito reforça o valor individual, a competência e a capacidade individual. O grupo se fortalece, a confiança é reafirmada e repercute na segurança e bem-estar do indivíduo.

3 DELINEAMENTO DO ESTUDO E ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

O presente capítulo apresenta os objetivos, a hipótese central, as principais variáveis e os aspectos metodológicos que norteiam o estudo. Além disso, serão descritos a composição dos participantes e os procedimentos de coleta e de análise dos dados da investigação.

3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

Algumas investigações (BERKMAN & SYME; DRESSLER et al.; DALGARD & HAHEIM & HAHEIM (1979; 1997; 1998, apud CHOR et al. , 2001) têm confirmado o efeito positivo do apoio social na proteção à saúde - individual ou coletiva – como um estado de bem-estar geral, resultante de relações que englobam o ambiente psicossocial. Para os pesquisadores que se dedicam ao estudo da “Qualidade de Vida” e da “Felicidade”, o elemento subjetivo é essencial na avaliação que o indivíduo faz de sua vida, considerando que indicadores sociais são insuficientes, pois as pessoas reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes (DIENER e SUH, 1997). Assim, tem aumentado a quantidade de estudos sobre o construto Bem-Estar Subjetivo (BES), o qual engloba os seguintes componentes: satisfação com a vida e afetos positivos e negativos (ALBUQUERQUE & TRÓCOLI, 2004).

É nessa perspectiva que se insere esta investigação, ao analisar o papel do apoio social no ambiente de trabalho de uma UTI e suas implicações no bem-estar e na potencialização de recursos para o enfrentamento das pressões do trabalho e suas repercussões na promoção da saúde. São contempladas as avaliações que os indivíduos fazem de suas vidas em geral e de forma específica, no domínio do trabalho.

Figura 01 – Diagrama do Estudo



Fonte: Elaborado pela Autora

O diagrama proposto para esse estudo oferece a possibilidade de mapear os elementos presentes no ambiente de uma UTI: o trabalho propriamente dito; as características pessoais dos participantes e de modo particular, as exigências do trabalho e a interação existente na equipe, cujos comportamentos desenvolvidos são percebidos como de apoio e que se transformam em apoio social, tendo um efeito modificador sobre a resposta aos fatores estressores presentes no ambiente de trabalho. Desse modo, é possível identificar os fatores físicos e psicossociais que refletem nos trabalhadores e como estes reagem, bem como, as conseqüências sobre a saúde psíquica e o grau de integração social entre os agentes da equipe.

O trabalho é concebido aqui como fonte de promoção de saúde, quando propicia auto-realização, desenvolvimento de capacidades pessoais e inserção ativa no contexto social, apesar de, contrariamente, reunir elementos que potencializam o adoecimento psíquico, como ocorre quando existem incompatibilidades entre as demandas percebidas no ambiente de trabalho e a capacidade percebida pelo indivíduo para desenvolver estratégias de enfrentamento adequadas.

Serão considerados como componentes do trabalho o conteúdo, formado pelos fatores que envolvem aspectos ambientais , a organização do trabalho, o grau de autonomia e controle dos indivíduos sobre o processo laboral, aspectos aos quais os trabalhadores respondem, de acordo com suas características pessoais, experiência e com a posição que ocupam no contexto do trabalho.

3.1.1 Objetivos

O objetivo geral é o de investigar o papel do apoio social como aspecto vinculado ao bem-estar, em profissionais que atuam em equipes multiprofissionais de Unidade de Terapia Intensiva .

De forma específica, pretende-se:

- caracterizar o contexto de trabalho das equipes multiprofissionais de UTI;
- identificar os comportamentos apoiadores produzidos pela equipe;
- identificar a percepção dos trabalhadores sobre apoios sociais;
- avaliar a repercussão do apoio social no bem-estar dos trabalhadores da equipe.

3.2 HIPÓTESE CENTRAL

A partir dos objetivos propostos e da construção do diagrama do estudo, pressupõe-se que o apoio social no ambiente de trabalho funcione como protetor da saúde psíquica, e que propicie uma auto-percepção de controle sobre a própria vida, refletindo-se em efeitos preditores de bem-estar.

3.2.1 Principais Variáveis do Estudo

A seguir, a descrição das principais variáveis do estudo :

a) Apoio Social

Refere-se ao grau em que as relações interpessoais satisfazem os indivíduos em suas necessidades de apoio emocional, material e afetivo (COHEN & WILLS, 1985;

SHERBOURNE & STEWART, 1991; BOWLING, 1997 apud CHOR et al. , 2001). Apesar dessas serem as modalidades de apoio social mais utilizadas nos estudos sobre o tema, foram incluídas nesta pesquisa, a partir da validação para a população brasileira do questionário canadense do *Medical Outcomes Study* por Chor et al. (2001), mais duas dimensões de apoio: dimensão afetiva e de interação positiva.

No presente estudo, o apoio social será investigado no sentido de possibilitar bem-estar na equipe multiprofissional de UTI, considerando-se: informação verbalizada; auxílio material; ajuda afetiva e emocional ; ou ação grupal, que resulte em sensação de satisfação e bem-estar no domínio do trabalho (VALLA,1999). O apoio social é visto, então, como uma função mediadora que permite que as pessoas contornem as dificuldades dos diversos eventos da vida, contribuindo para a manutenção da saúde física e psíquica)

b) Bem-Estar

O BES é definido como o grau de satisfação que o indivíduo ou o grupo tem com a própria vida e a percepção de controle sobre a mesma, advindo daí emoções e sensações positivas, que influenciam na qualidade de vida percebida. Desse modo, a satisfação com a vida é o princípio do bem-estar e é vista como componente cognitivo que complementa a “felicidade”. Portanto, pode-se considerar que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar apresenta satisfação com a vida e afetos positivos. As pesquisas indicam que o elemento subjetivo é essencial na avaliação da qualidade de vida e do bem-estar. Os fatores subjetivos influenciam a qualidade de vida percebida e o bem-estar dentro da experiência individual (CASTANHA et al., 2005).

c) Contexto do Trabalho

Neste estudo, o contexto de trabalho envolve as condições de trabalho e a organização do trabalho. Segundo Nascimento Sobrinho (2006), quando se faz referência a condições de trabalho, são englobados os condicionantes ligados às relações de trabalho e ao processo de trabalho propriamente dito. No que tange às

relações de trabalho, o autor considera: jornada de trabalho; tipo de contrato de trabalho; forma de pagamento; exigências de conhecimentos técnicos; sistema de ascensão previsto; formas de controle sobre o trabalho (horários, liberação para intervalos, como de refeições, uso de banheiro, por exemplo); folgas; e local para refeições.

Quanto às condições que colocam à mostra o processo de trabalho em si, são indicadas aquelas relacionadas à exposição a agentes externos, que podem colocar em risco a saúde do trabalhador: agentes físicos (ruído, luz, temperatura, umidade, radiações); agentes químicos (substâncias orgânicas e inorgânicas); e agentes biológicos (vírus, bactérias, protozoários). Segundo o autor, estes são aspectos mais visíveis e, portanto, mais facilmente reconhecidos e aceitos como determinantes da qualidade de vida e das condições de saúde do trabalhador.

Na organização do trabalho, são contemplados aspectos relacionados com variedade das tarefas, significado do trabalho, hierarquia, grau de autonomia, controle e participação no processo de trabalho.

3.3 ESTRATÉGIAS METODOLÓGICAS

A presente investigação é um estudo descritivo, de corte transversal, em uma organização hospitalar e se inscreve numa linha de pesquisa predominantemente qualitativa.

A pesquisa qualitativa é uma estratégia metodológica que possibilita uma aproximação de aspectos subjetivos que envolvem os fenômenos psicossociais e permite, através de análises pertinentes, a objetivação do processo de investigação. Por objetivação, se entende o reconhecimento fundamentado da complexidade do objeto, de seus parâmetros e de suas especificidades (MINAYO, 1992).

A escolha por esse caminho se deve ao fato da investigação estar voltada, sobretudo, para auto-avaliações e inevitavelmente, envolve as dimensões subjetivas, que requerem a aproximação e a elucidação do contexto em que estão inseridos os sujeitos da pesquisa, para um entendimento dos fatores presentes nos

processos de trabalho e nas relações sociais, assim como, acesso às percepções dos indivíduos, o que implica num contato mais elaborado com o ambiente dos sujeitos (“ambiente natural”), fonte direta para a compreensão dos conteúdos.

Segundo Biasoli-Alves (1998), não existe uma estratégia que possa ser qualificada de boa ou ruim em si mesma, porém sua eficácia vai depender da adequação entre o problema a ser estudado e a forma de abordá-lo, cabendo avaliar e escolher um caminho metodológico que responda às questões levantadas no contexto em que elas aparecem.

A seguir, serão descritos o local do estudo, o perfil dos participantes, os instrumentos escolhidos para coleta de dados, o trabalho de campo e a análise dos dados

3.3.1 Local do Estudo

a) O Hospital

Para a realização deste estudo foi selecionado um hospital geral, privado, situado na Região Metropolitana de Salvador. É um hospital que atende em todas as especialidades médicas, exceto em saúde mental. É credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e presta assistência de alta complexidade nas áreas de cardiologia, ortopedia, neurologia e oncologia.

Caracteriza-se como um hospital de grande porte, que à época contava com 474 leitos, 60% destinados ao SUS, mantendo sua missão filantrópica e 40% a usuários de convênios, planos de saúde e particulares. Deste número, 75 leitos são de Terapia Intensiva e Semi-Intensiva (UTI Clínica, UTI Cardiovascular, UTI Cirúrgica, UTI Neonatal, Unidade Coronariana e Unidade de Cuidados Progressivos), além dos leitos de observação nas Unidades de Emergência (Pronto Atendimento Pediátrico, Pronto Atendimento Ortopédico e Unidade de Dor Torácica).

O hospital possui um corpo clínico aberto com mais de 1000 médicos cadastrados, dentre os quais, aproximadamente 300 atuam de forma mais constante. Possui um quadro de pessoal contratado, formado por 85 médicos, mais de 1200 profissionais

de assistência (enfermagem, nutrição, serviço social, psicologia, fisioterapia, farmácia), além dos profissionais de apoio (lavanderia, segurança, serviços gerais) e dos profissionais administrativos, contabilizando no momento desta pesquisa, um total de 2522 profissionais.

Reconhecido pelo Ministério da Saúde como hospital de ensino, é relevante seu papel na formação médica, através de programa de internato e de residência médica, e na formação de outros profissionais de saúde, com o oferecimento de estágios em fisioterapia, psicologia e enfermagem.

b) A Unidade de Terapia Intensiva Clínica

A Unidade de Terapia Intensiva, denominada UTI Clínica, está localizada numa área física ampla, recém-reformada e ampliada, atendendo aos mais modernos padrões para prestação de assistência com um alto nível de qualidade. A unidade tem 17 leitos, distribuídos em boxes individuais para pacientes adultos graves, portadores de diversas patologias, em sua maioria idosos. O espaço físico apesar de amplo, devido ao seu desenho arquitetônico, permite a proximidade entre os profissionais, tornando possível uma visão geral dos leitos, e, portanto, dos pacientes e dos profissionais em atividade.

A entrada é restrita aos membros da equipe e aos demais profissionais ligados à assistência dos pacientes internados, e permite o acesso daqueles profissionais que não são da assistência, mas que atuam com trabalhos técnicos que apoiam o funcionamento da Unidade (manutenção, informática entre outros).

A sala de espera é o local onde ficam os familiares enquanto esperam a visita. O acesso à unidade e à sala de espera é controlado por um recepcionista, posicionado num balcão de recepção do lado externo. Os visitantes têm autorização para ver o paciente em horários determinados, três vezes ao dia (11:00, 15:00 e 20:30 horas), em visitas de 1 hora de duração. Fora deste horário, o acesso à equipe para obtenção de informações é permitido sem restrições.

Para ingresso na unidade, é exigido que as visitas utilizem capa e lavem as mãos, estando a equipe disponível para acolher, tirar dúvidas, de forma a tentar minimizar a dor e a ansiedade dos familiares. Vale dizer que, as visitas dos familiares são momentos de muita pressão para os profissionais, pois as demandas por explicações e as queixas, devido ao estado emocional das famílias, são impregnadas de conteúdos que trazem muita emocionalidade e às vezes, distorções, que geram tensões na equipe.

Além dos recursos tecnológicos de última geração, distribuídos nos boxes onde estão os pacientes, a UTI dispõe de um posto de enfermagem amplo, localizado no centro do salão, com visão completa do espaço. Neste posto, permanecem prontuários médicos, computadores, telefones, documentações de convênios, formulários administrativos, monitores de controle de cada boxe entre outras ferramentas de trabalho. É um local utilizado pela enfermagem, pelos Médicos para fazerem os registros (evolução e prescrições), pelos Auxiliares Administrativos e pelos outros profissionais quando há necessidade.

Para agilização e maior controle do consumo de materiais e medicamentos, o hospital criou o que nomeiam de “farmácias satélites”, descentralizadas da farmácia central, situando-se dentro das unidades e prestando atendimento exclusivo. No caso desta UTI, a farmácia está localizada na entrada do lado interno da unidade, em um espaço amplo e extremamente organizado e controlado.

A UTI Clínica ainda dispõe de uma sala para atendimento às famílias dos pacientes; de um conforto médico, além de uma copa, pias para lavagem de mãos em cada boxe, armários, carro de emergência, uma sala para guarda de equipamentos, roupas e outros materiais de consumo, um expurgo (local para descarte de roupas e objetos usados pelos pacientes, que irão para lavanderia, desinfecção ou outros processos), murais e mesas.

No conforto médico, existem poltronas reclináveis para descanso, mesa, TV, computador com acesso à internet e um banheiro privativo, também usado por alguns outros profissionais. O descanso dos outros membros da equipe é também

em poltronas iguais, que ficam na sala de atendimento às famílias, usadas apenas nos horários de visita.

A UTI Clínica conta com um quadro de pessoal formado por 107 profissionais, assim distribuídos: 17 Médicos Plantonistas; 29 Enfermeiros; 12 Fisioterapeutas; 02 Psicólogos; 42 Auxiliares/Técnicos de Enfermagem; 04 Auxiliares Administrativos; e 01 Mensageiro.

3.3.2 Participantes do Estudo

A unidade de análise deste estudo é a equipe e a decisão pela UTI Clínica se respaldou no fato de lá se encontrar profissionais de diversas categorias que atuam desenvolvendo um trabalho coletivo e interdependente, debruçados sobre o mesmo objeto (o paciente) e com o mesmo objetivo (prestar cuidados terapêuticos).

A equipe, no momento da coleta de dados, de acordo com os registros do Departamento de Pessoal, contava com 107 profissionais, entre os quais: 17 Médicos; 29 Enfermeiros; 12 Fisioterapeutas; 02 Psicólogos; 42 Auxiliares /Técnicos de Enfermagem; 04 Auxiliares Administrativos; e 1 Mensageiro. Desses, 07 estavam ausentes: 05 em auxílio doença pelo INSS (01 Enfermeiro, 03 Auxiliares de Enfermagem e 01 Mensageiro) e 02 haviam sido transferidos para outra unidade (Médicos). Restaram assim, 100 profissionais, dos quais, foram excluídos 03, por já haverem participado do estudo piloto realizado para testar a qualidade de dois dos instrumentos utilizados (roteiro de entrevista e questionário).

Foram então considerados 97 profissionais como componentes da equipe alvo da pesquisa, sendo que desses, efetivamente, 52 participaram (55,20%), entre os quais: 05 Médicos; 16 Enfermeiros; 03 Fisioterapeutas; 01 Psicólogo; 23 Auxiliares/Técnicos de Enfermagem; e 04 Auxiliares Administrativos. Embora a intenção tenha sido a de envolver toda a equipe, a participação foi afetada pela relativa disponibilidade dos profissionais, voltados eminentemente para a tarefa.

Para divulgação, foi afixada no mural da unidade uma carta (Anexo A) dirigida à equipe, participando a todos o início da pesquisa, com informações gerais sobre o

estudo. A adesão foi espontânea, mediante assinatura do Termo de Consentimento Informado em 02 vias, ficando uma com o informante e a outra com a pesquisadora (Anexo B).

3.3.3 Instrumento

Para este estudo, foram utilizados três instrumentos de coleta de dados: a observação direta, a entrevista semi-estruturada e a aplicação de um questionário. Tais instrumentos, analisados em conjunto, permitiram apreender a dinâmica do trabalho em equipe multiprofissional de UTI, destacando as condições e a organização do trabalho, e os significados que os profissionais atribuem a apoio social e a bem-estar.

a) Observação

Os métodos observacionais são úteis à descrição e explicação de comportamentos e interações no ambiente onde ocorrem, por tornar mais evidentes os fenômenos e mais abrangente o olhar sobre eles, oportunizando a apreensão de aspectos que vão além das aparências, descortinando as contradições, o dinamismo e as relações presentes no contexto pesquisado (TRIVIÑOS 1990 apud PEDUZZI, 1998).

A literatura considera dois níveis de observação: observação sistemática, que mediante roteiro estruturado destaca os aspectos atinentes às especificidades do fenômeno; e assistemática ou livre, que foi a opção para o presente estudo, em que se deu ênfase aos aspectos do ambiente e da dinâmica geral das relações entre os membros da equipe.

As observações foram realizadas pela pesquisadora. Os momentos e o tempo em que ocorreram, obedeceram a critérios aleatórios, e aconteceram nos intervalos de realização das entrevistas, em horários variados, porém cobrindo os três turnos (manhã, tarde e noite) e em dias úteis, nos finais de semana ou em feriados.

Como material complementar aos instrumentos, foi utilizado durante o período de observação um diário de campo. A finalidade deste foi registrar, de maneira livre,

aspectos ou situações relativas ao contexto que fossem relevantes para a compreensão do fenômeno em estudo.

b) Entrevista

Por sua natureza interativa, a entrevista permite tratar de temas complexos e, de acordo com Gaskell (2002), nas ciências sociais empíricas, é uma técnica de coleta de dados amplamente empregada, que permite ver o tópico pesquisado na perspectiva do entrevistado, dando acesso a um universo de significados, motivos, crenças, valores e atitudes, que ampliam o entendimento do fenômeno investigado.

A presente pesquisa utilizou na entrevista um roteiro-guia (Anexo C), construído pela pesquisadora, mas com a orientação de não engessar a comunicação do sujeito, permitindo atingir níveis mais profundos e reveladores dos significados do objeto de estudo, dentro do enquadre definido (MINAYO, 1992; GASKELL, 2002). Um aspecto importante trazido por Minayo (1992), se refere à relação intersubjetiva que se estabelece entre o entrevistador e o entrevistado; caso haja confiança e se instaure um clima de simpatia entre ambos, permeado pelo compromisso, as dificuldades e as resistências são contornadas e não se constituem em obstáculos ao acesso às informações.

Inicialmente, a entrevista constou de questões para identificação dos dados sócio-demográficos e profissionais dos informantes, tais como gênero, função, idade, estado civil, tempo de formado, tempo de atividade em UTI, tempo de serviço na instituição pesquisada, existência de outros vínculos, jornada de trabalho etc. O roteiro-guia, com o conteúdo da entrevista propriamente dito, foi dividido em duas partes :

- Parte A - é composta por cinco questões que abordam as situações da vida em geral e toma como base a Escala de Bem-Estar Subjetivo (BES), desenvolvida e adaptada para a população brasileira por Albuquerque e Trócoli (2004). Esta escala objetiva mensurar os três maiores componentes do BES: satisfação com a vida; afeto positivo; e afeto negativo.

- Parte B- é composta por cinco questões que abordam as situações do trabalho que envolvem implicações do trabalho na vida; o trabalho em equipe; a equipe no contexto de extra-trabalho; o apoio dentro da equipe; e as concepções sobre apoio e bem-estar. Buscou priorizar as respostas por ordem de evocação.

Como já referido anteriormente, o roteiro de entrevista foi testado, antes da aplicação, em alguns membros da equipe, para que fosse medido o nível de qualidade das questões. As entrevistas foram individuais, realizadas pela pesquisadora e mais cinco estudantes de Psicologia, em último ano de curso, devidamente treinados e sensibilizados para os objetivos da pesquisa.

c) Questionário

Esta pesquisa também utilizou, na coleta de informações, imediatamente após a entrevista, um questionário auto-aplicado (Anexo D). O questionário foi dividido em duas partes: Parte A, com uma questão relacionada a apoio social no contexto de trabalho; e Parte B, com três questões que investigam apoio social e a relação com bem-estar no contexto de trabalho.

A Parte A constou de uma questão com 17 itens que interrogam sobre apoio social no trabalho e incorporou, como opção de resposta, a escala de Likert de cinco pontos. Este instrumento foi uma adaptação da Escala de Medidas de Rede e Apoio Social do Estudo Pró-Saúde da Fiocruz, inspirada no questionário canadense do *Medical Outcomes Study*, e validada para a população brasileira por Chor; Griep; Lopes et al. (2001). Portanto, os 17 itens desta questão, obedecem à categorização deste estudo da Fiocruz, agregado às orientações teóricas adotadas pela presente pesquisa.

A Parte B, como já mencionado, é composta de três questões. A primeira investiga apoio social, relacionando-o com bem-estar; a segunda está relacionada com a primeira, e é uma pergunta aberta, utilizada para esclarecer as respostas anteriores; e a terceira questão, está relacionada com bem-estar, posto que interroga sobre os sentimentos e as sensações presentes nos momentos em que os indivíduos experimentam o estado de bem-estar.

Para a construção desta terceira questão, foi, mais uma vez utilizada como base a Escala de BES validada por Albuquerque & Trócoli (2004). Os dezesseis itens da questão foram selecionados por esta pesquisadora, seguindo o critério de adequação das sensações da escala original, ao contexto de trabalho.

A questão pede que das sensações apresentadas, sejam indicadas aquelas cinco que mais definem a sensação de bem-estar para o indivíduo, por ordem de importância, utilizando uma escala de 1 a 5. O número 1 correspondeu ao mais importante e o número 5 ao menos importante.

3.3.4 Trabalho de Campo

O contato com o Hospital escolhido foi feito diretamente com a Diretoria Médica, que recebeu cópia do projeto e solicitou da pesquisadora submetê-lo à Diretoria de Ensino e Pesquisa da instituição. O projeto foi analisado pelo Comitê de Ética e Pesquisa, órgão que controla todas as atividades científicas desenvolvidas no Hospital. Liberado o projeto pelo Comitê, o trabalho de campo teve início, mediante contato direto com a Coordenação de Enfermagem da UTI Clínica, responsável direta pelo acesso à unidade, portanto, a pessoa chave para dar autorização à equipe de pesquisa no sentido de poder iniciar a coleta de dados, e de ter definido um espaço reservado para realização das entrevistas.

As entrevistas foram realizadas na própria UTI, em sala reservada, cedida para a pesquisadora pela Coordenadora de Enfermagem. Originalmente esta é uma sala destinada ao atendimento de familiares, e por conta disso, houve por duas vezes interrupção de entrevistas por Médicos e Psicólogos. Tanto os Médicos quanto os Psicólogos, mostraram desconhecimento da cessão do espaço, o que causou um certo constrangimento, logo contornado pela Coordenação de Enfermagem. A escolha por este espaço se deveu ao fato de ser a UTI uma unidade fechada, sem condições de afastamento dos membros da equipe, no período de trabalho, e fora deste, a indisponibilidade seria inviabilizadora do estudo.

O tempo de duração de cada entrevista foi previsto para obedecer, aproximadamente, 30 a 40 minutos, contudo, era soberano o cumprimento de todo

o roteiro. Foram entrevistadas 52 pessoas, procurando-se na medida do possível, conseguir alguma representatividade das categorias profissionais existentes na equipe. Também, durante as entrevistas, foi utilizado por todos da equipe de pesquisa, o diário de campo para registro de aspectos relevantes e esclarecedores relacionados ao estudo.

a) Estudo Piloto

Antecedeu à coleta de dados propriamente dita, um teste dos instrumentos utilizados (roteiro de entrevista e questionário), feito pela pesquisadora, com o objetivo de verificar a qualidade das questões e, se preciso fosse, implementar as modificações devidas, e ainda, ter uma indicação do tempo que seria necessário para o cumprimento do que foi planejado para a etapa de aplicação dos instrumentos. Participaram desta fase três profissionais (01 Fisioterapeuta, 01 Médico e 01 Auxiliar de Enfermagem).

b) Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora e por mais cinco estudantes de Psicologia, em último ano de curso. Estes estagiários foram envolvidos na pesquisa através de um treinamento acerca dos instrumentos a serem utilizados e do desenho da investigação, pormenorizado no projeto de pesquisa.

O contato com a Coordenação da UTI foi feito pela pesquisadora que acompanhou os estagiários para uma visita à unidade. Foi planejado que as entrevistas dos Médicos, dos Psicólogos e da Coordenadora de Enfermagem ficassem a cargo desta pesquisadora, e que os demais cargos seriam divididos entre a pesquisadora e os estagiários.

Foram realizadas, no transcorrer da coleta, reuniões com os estagiários para os esclarecimentos que se fizeram necessários, bem como, foram estimuladas as iniciativas de reportarem-se à pesquisadora para remoção de possíveis obstáculos durante a coleta de dados (indisponibilidade da sala reservada, dificuldades de acesso aos profissionais por não estarem disponíveis etc).

A coleta do material foi realizada através das observações assistemáticas e das entrevistas individuais, momento em que também eram aplicados os questionários. Os registros das entrevistas foram feitos na medida do possível durante o procedimento. As entrevistas foram antecedidas pela verificação junto ao informante, do conhecimento que ele detinha sobre a realização da pesquisa, antecipadamente divulgada em mural (Anexo A).

Logo depois, foi estimulada a leitura do Termo de Consentimento Esclarecido (Anexo B) e abriu-se espaço para as perguntas, no caso de haver dúvidas. A questão do sigilo foi reforçada e não havendo restrições, imediatamente, o termo era assinado. Vale salientar que, não houve problemas com relação à concordância com o conteúdo do Termo de Consentimento Esclarecido e que aqueles que concordaram em ser entrevistados, o fizeram, na grande maioria, de maneira receptiva, excetuando-se algumas pessoas que através de comentários sobre a duração da entrevista, faziam críticas veladas, que denotavam certa resistência.

A coleta de dados aconteceu entre 16 de maio e 11 de agosto de 2006, ou seja, durou aproximadamente três meses. Os procedimentos foram realizados no próprio local de trabalho, durante a jornada, devido à impossibilidade de afastamento dos profissionais. Fora do horário de trabalho, correríamos um sério risco de haver recusas explícitas, haja vista os horários limitados desses profissionais, devido aos múltiplos vínculos de trabalho.

O processo de coleta dos dados ultrapassou o tempo previsto, por algumas razões: as diferenças na duração das entrevistas, previstas para transcorrerem em 30 a 40 minutos, mas, na prática, algumas ocuparam até 2 horas e meia; a necessidade de adaptação à disponibilidade de tempo dos profissionais, em alguns momentos, tendo que se esperar todo o dia para conseguir entrevistar um Médico, por exemplo; as inúmeras vezes que não se conseguia fazer nenhuma entrevista, após horas de espera devido à própria dinâmica da UTI (excesso de pacientes graves, intercorrências que envolvem toda a equipe, óbitos etc) e a recusa velada, justificada pela falta de tempo.

3.3.5 Procedimentos de Análise de Dados

A abordagem teórica sobre Bem-Estar Subjetivo e Apoio Social foram as referências norteadoras para análise dos dados. Outras referências como condições de trabalho e organização do trabalho, compondo a variável das cargas presentes no ambiente de UTI, também foram consideradas, assim como, as variáveis relacionadas com as características pessoais dos membros da equipe (sexo, idade e experiência profissional), para cruzamento com os dados da pesquisa.

Todas as informações das entrevistas foram escritas, analisadas e categorizadas, priorizando-se, para formação do banco de dados, as informações pertinentes aos objetivos da pesquisa. Foi utilizado para tratamento dos dados obtidos, o sistema *Statistical Package for the Social Science* – SPSS na versão 13.0, quando adequado aos objetivos da análise.

As informações prioritárias para atender aos objetivos do estudo foram sistematizadas em representações gráficas.

a) Análise dos Dados

As seis questões da entrevista que avaliaram o Bem-Estar Subjetivo (BES) tiveram suas respostas analisadas e categorizadas, do ponto de vista da equipe como um todo e por categoria profissional. Foram priorizadas as questões, tendo como referência as dimensões que integram o construto do BES : satisfação geral com a vida e afetos positivos e negativos.

As questões do questionário que investigaram BES, foram organizadas e analisadas utilizando-se o SPSS, e a questão aberta do mesmo questionário foi analisada qualitativamente, a partir da categorização das respostas e das associações com as variáveis da pesquisa.

As questões da entrevista que investigaram as concepções da equipe sobre bem-estar e a questão do questionário que indagou sobre as sensações mais presentes nos momentos de bem-estar, tiveram as evocações dos informantes agrupadas e

categorizadas por função, com a finalidade de construção de mapas cognitivos e de outros recursos para visualização dos resultados.

Com relação ao tratamento dado às respostas sobre Apoio Social nas entrevistas, foram selecionadas as questões que atendiam aos objetivos da pesquisa para levantamento das respostas e categorização, seguindo as dimensões de apoio social referenciadas no corpo teórico da presente pesquisa: material, afetivo, emocional, de interação positiva e informacional.

Os dados obtidos sobre apoio social nos questionários foram tratados utilizando-se o SPSS e se tomou como referência para categorização das respostas, as dimensões de apoio social citadas acima.

As questões da entrevista que indagaram sobre as concepções de apoio, tiveram as evocações agrupadas e categorizadas, para a elaboração dos mapas cognitivos por categoria profissional.

As informações sobre os dados sócio-demográficos foram tabuladas no SPSS em sua totalidade, para serem feitas as associações com os resultados obtidos nas entrevistas e nos questionários e com os aspectos que caracterizam o trabalho. Com relação aos dados das entrevistas e aqueles registrados nas observações, que remetem às condições e à organização do trabalho, serão tratados qualitativamente e confrontados com os resultados gerais.

A estratégia de mapas cognitivos está sendo utilizada nesta pesquisa, por permitir quantificar dados a partir de material qualitativo. Os mapas apresentam graficamente os processos de construção de sentido sobre apoio e bem-estar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para atender aos principais objetivos deste estudo, este capítulo apresenta os resultados relativos à caracterização do contexto de trabalho em equipe multiprofissional de UTI; identifica os comportamentos percebidos pelos membros da equipe como apoiadores e produtores de bem-estar; apresenta as percepções e os significados atribuídos pelos trabalhadores a apoio social e bem-estar; e, finalmente, identifica os efeitos do apoio social no bem-estar da equipe.

4.1 CONDIÇÕES DE TRABALHO

A UTI deste hospital há um ano passou por uma grande reforma, que levou à ampliação do número de leitos; à modernização do projeto arquitetônico e do parque tecnológico; à ampliação do quadro de profissionais(houve aumentos no quadro que variaram de 50% a 100%) e a redefinição de processos. De uma unidade vista como “feia” e “antiga”, passou a ser percebida como um espaço “bonito”, “moderno” e “agradável”. É considerada uma unidade que além de moderna, com amplos recursos diagnósticos e terapêuticos, tem alta performance com relação aos resultados ligados à produtividade.

De modo geral, os profissionais que compõem as Unidades de Terapia Intensiva são valorizados no mercado de trabalho. Em parte, porque é uma especialidade relativamente nova, altamente especializada, que lida com os avanços tecnológicos da medicina e que por isso, exige uma qualificação técnica e científica diferenciada. Além do que, na realidade da Bahia, ainda são relativamente poucos os profissionais preparados disponíveis no mercado, o que deixa o mesmo aquecido e propenso a atrair os profissionais para múltiplos vínculos. Em razão disso, cresce a procura dos profissionais da saúde por especializações em UTI, para se qualificarem e atender às demandas do mercado de trabalho.

As Unidades de Terapia Intensiva são unidades fechadas, onde o trabalho manual e intelectual dos profissionais é desenvolvido de maneira sistemática. Por unidade fechada, se entende aquela que o acesso é restrito aos profissionais ligados de forma direta ou indireta ao tratamento dos pacientes. A esta UTI, têm acesso os que

assistem e manipulam o paciente e aqueles cujo trabalho é indispensável para a continuidade da assistência (manutenção de equipamentos, limpeza, informática entre outros). Também têm acesso os familiares dos pacientes internados, em três horários diários: 11:00 horas; 15:30 horas; e 20:30 horas.

A Unidade estudada em termos de quadro funcional é composta pelos seguintes profissionais: Médico Chefe, Médico Coordenador, Médicos Plantonistas, Médicos Diaristas, Médicos Residentes, Enfermeiro Coordenador, Enfermeiros de Assistência, Fisioterapeutas, Psicólogos, Técnicos de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares Administrativos e Mensageiro.

Os Técnicos e os Auxiliares de Enfermagem desempenham as mesmas tarefas, apenas a nomenclatura do cargo mudou em função de decisões do Conselho Regional de Enfermagem (COREN), que fez modificações na formação do profissional e extinguiu a função denominada de Auxiliar de Enfermagem, substituindo-a por Técnico de Enfermagem. Os atuais Auxiliares, aos poucos estão se habilitando formalmente para a mudança de título. Na prática dos hospitais, não há distinção nenhuma entre as duas funções.

Os profissionais desta unidade, ingressam na instituição, a princípio, por atender uma exigência curricular que compreende a experiência na área de UTI e a especialização. Com exceção dos Médicos Intensivistas, que são escolhidos pelo próprio Chefe do Serviço, os demais são submetidos a processo seletivo, que engloba avaliação de conhecimentos técnico- científicos, provas práticas e exames psicológicos.

Uma UTI exige conhecimento técnico qualificado, habilidades, atenção, raciocínio rápido e controle emocional, além de requerer atualização científica contínua e preparo psicológico para dar apoio aos familiares em momentos de muita tensão e pressão.

Como política institucional, as vagas que surgem são prioritariamente preenchidas por profissionais da “casa”. Não raro, a ascensão profissional se dá quando existe internamente pessoas qualificadas para assumir tarefas de maior complexidade. São muitas as situações em que Auxiliares/Técnicos de Enfermagem são guindados ao

cargo de Enfermeiro, ou em que os cargos de liderança são assumidos por pessoas do quadro.

A jornada de trabalho desses profissionais é de 24, 30, 36, 40 e 44 horas semanais neste hospital. Já os Médicos têm jornadas de 24 horas e muito raramente de 36 horas semanais; os Psicólogos e Fisioterapeutas cumprem uma jornada de 30 horas; os Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, trabalham em escalas de 36 horas; a Coordenadora de Enfermagem e os Auxiliares Administrativos, adotam uma jornada de 40 e 44 horas semanais, respectivamente.

A distribuição da jornada ocorre de forma variada, ou seja, em plantões de 12 horas, à noite das 19:00 às 7:00 horas (SN) ou durante o dia das 7:00 às 19:00 horas (MT); em jornadas diárias de 6 horas, pela manhã das 7:00 às 13 horas (M) ou pela tarde das 13:00 às 19:00 horas (T). Essa modalidade é aplicada aos profissionais da assistência direta, já para os que atuam com tarefas administrativas, em jornadas de 40 e 44 horas semanais, os horários obedecem ao regime administrativo de 8 horas diárias. Os Psicólogos não atuam em finais de semana e nem durante a noite. Seus turnos encerram às 19 horas, podendo haver alguma necessidade da presença deles, no caso de intercorrências.

As escalas de trabalho são elaboradas pelas lideranças, com flexibilidade para trocas em tempo hábil, entretanto, no grupo da enfermagem, elas são predominantemente fixas.

Os contratos de trabalho dos profissionais que atuam nesta UTI são regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). O sistema de remuneração obedece ao regime de trabalho assalariado mensal, com uma diferença em relação aos profissionais de outras unidades, porque para os que trabalham em unidade fechada existe uma gratificação especial. Os horários de entrada e saída são controlados mediante o registro em relógio de ponto, com exceção dos médicos e dos profissionais que exercem cargos de liderança.

As refeições são fornecidas a preços subsidiados para os profissionais que cumprem turnos de 12 ou de 8 horas diárias. Elas são servidas no refeitório do

hospital e apenas os Médicos recebem refeições na própria unidade, acondicionadas em “quentinhas”. Os intervalos de refeição dos profissionais, acontecem de forma assistemática, dependendo da dinâmica da assistência no momento. As pessoas saem em pequenos grupos, para não desfaltar a equipe e prejudicar a assistência.

Os Médicos fazem suas refeições na copa, que consideram minúscula, sem conforto algum, inclusive porque comem sentados com a refeição no colo, devido à inexistência de uma mesa. Nesta mesma copa, os outros profissionais tomam café, lancham e aproveitam o momento para integração. É comum programarem cafés da manhã para essa finalidade.

Os intervalos para descanso acontecem durante à noite, em regime de revezamento. Durante o dia, devido ao ritmo acelerado da unidade, quase que não existe tempo reservado ao descanso. Os Médicos têm uma sala, com banheiro (usado também por outros profissionais), nomeada de “conforto médico”, onde descansam, dormem à noite, conversam ou usam o computador, com internet disponível. Esta sala dispõe de poltronas largas, reclináveis e tem um vidro que dá para o salão principal, onde ficam os pacientes em cabines (box) individuais e os outros profissionais em atividade, o que é para os Médicos considerado um espaço sem privacidade. Os demais profissionais descansam em poltronas similares, numa sala destinada, durante o dia, para o atendimento aos familiares.

A privação do sono é uma outra característica da realidade desses profissionais. As folgas ocorrem freqüentemente após os plantões. Para cada plantão noturno de 12 horas, o profissional geralmente tem 36 horas de descanso, sendo o dia da saída considerado descanso e o dia posterior folga. Mas não é raro os profissionais saírem do plantão para assumirem outro vínculo de emprego, como também é possível, devido à ausência não prevista de um colega, ocorrerem as “dobras” nas escalas.

De acordo com Pitta (1990) o sofrimento psíquico das equipes em hospitais é resultado das jornadas prolongadas, do ritmo acelerado de trabalho e da quase inexistência de pausas para descanso. Nas UTIs por exemplo, além da sobrecarga de plantões, inclusive noturnos, as longas jornadas de trabalho, com exigência de

vigilância constante, associadas ao isolamento do mundo externo e à privação do convívio social, compõem este ambiente de intensos estímulos emocionais que levam ao adoecimento (NOGUEIRA-MARTINS, 2003).

Os profissionais que compõem uma equipe multiprofissional de UTI enfrentam exposições a agentes externos como: ruídos constantes provenientes dos aparelhos que monitoram os pacientes; baixas temperaturas; agentes químicos; agentes biológicos, como vírus e bactérias resistentes, que as medidas de proteção adotadas pelo hospital, como uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPIs) e vacinação periódica, por exemplo, não anulam completamente os riscos de contaminação.

4.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

Neste trabalho existe um grande componente burocrático e racional, que vai desde os controles administrativos e organizativos do Serviço, até os registros e controles sistemáticos da evolução dos pacientes, realizados por todos os profissionais da equipe, continuamente. A racionalidade é tanta, e tamanha é a pressão dos controles, da monitoração e da orientação para as regras técnicas, que por vezes o profissional, habituado à gravidade dos pacientes, “não percebe”, ao entrar num box, que o paciente está lúcido e age como se inconsciente estivesse, e centra suas atenções nas informações vitais buscadas através dos aparelhos e dos procedimentos. São os momentos do trabalho em que predomina a tarefa e os agentes atuam de forma a tomarem os indivíduos, sejam pacientes ou colegas, como instrumentos para realização das ações.

A disciplina é um outro aspecto importante neste contexto. Ela envolve o cumprimento dos horários dos profissionais, a participação de toda equipe na passagem dos plantões, que é feita por paciente, em cada box, com a descrição da evolução do quadro durante o período, para aqueles que estão assumindo o plantão; a atenção ao funcionamento dos aparelhos (ruídos, registros, informações vitais); o cumprimento rigoroso das prescrições médicas; a obediência aos procedimentos de rotina, que ocorrem em períodos determinados rigidamente (mudança de decúbito, higiene, medicações entre outros).

Considerando ter a unidade 17 leitos, os profissionais, via de regra, se dividem para dar assistência, cabendo a cada um, determinada quantidade de pacientes, dependendo da atividade e do número de profissionais disponíveis no quadro. Por exemplo, a cada plantão de 12 horas, os dois Médicos Plantonistas e os dois Fisioterapeutas, assistem, cada um, a nove e oito pacientes por turno de trabalho. Com relação ao corpo de enfermagem, para cada 2 a 3 pacientes são designados 7 Auxiliares de Enfermagem e para cada 3 a 4 pacientes são designados 5 Enfermeiros. Estes profissionais assumem nessa proporção os 17 pacientes da unidade, se estruturando em pequenas equipes fixas, por turno. Com relação à enfermagem, há o sentimento de que o quadro não está adequado ao porte e às peculiaridades da unidade.

Os profissionais estão expostos a intensas situações estressoras procedentes do sofrimento dos doentes e da alta responsabilidade que assumem quando admitem um paciente. Estudos realizados pela Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB) assinalam que a UTI é o ambiente mais estressante de um hospital e de fato, pode-se constatar nesta pesquisa durante as entrevistas, que as percepções dos profissionais sobre o ambiente de trabalho, evidenciam algumas implicações negativas deste nas suas vidas. Destacam a falta de união da equipe e a carga horária associada às escalas, como os principais aspectos negativos do trabalho. Em seguida, apontam a pressão emocional, o sofrimento e o convívio com a morte, como os fatores que desgastam. Outras implicações com menor frequência são indicadas pelos informantes, como a restrição à vida familiar e social; os problemas de saúde por excesso de trabalho; os riscos de contaminação; a falta de reconhecimento, inclusive do paciente, em sua maioria acamado e inconsciente; o salário; a falta de crescimento profissional; os estilos das chefias; e as dúvidas com relação à escolha profissional, no caso dos Médicos.

Entretanto, é interessante notar que os profissionais apesar das queixas quanto à qualidade de vida, sobretudo, os da Enfermagem de nível médio, conseguem freqüentemente vislumbrar que crescem como pessoas neste ambiente; que aprendem a valorizar a vida, deixando entrever que atribuem um significado positivo ao trabalho; que declaram ter-se acostumado ao tipo e ao ritmo de trabalho;

além de ser a UTI, como toda unidade fechada, uma oportunidade de ter uma remuneração mais elevada se comparada a qualquer outra unidade assistencial.

Pode-se concluir que este é um ambiente de trabalho com cargas físicas e psicoemocionais elevadas, demandando alta exigência mental e trabalho intenso, mobilizando energia física e psíquica, além de afetos que provocam muito sofrimento para todos da equipe. Ao analisar as relações entre os aspectos do trabalho e as distintas formações profissionais, podemos perceber que os Médicos são os que mais parecem se ressentir, explicitando freqüentemente em suas falas o cansaço, as pressões, as limitações impostas pela profissão, dando mais ênfase a esses aspectos negativos. Possivelmente por serem os mais responsabilizados pelo estado do paciente, se sintam mais sobrecarregados mentalmente e sujeitos a pressões externas muito fortes.

Também o fato de terem se submetido a uma dura formação para a construção dos seus papéis profissionais, parece estimular expectativas mais elevadas de *status*, que dentro do contexto onde se insere a medicina hoje, fatalmente gera mais frustração. Schraiber (1993) comenta que na lógica das sociedades capitalistas, os trabalhos intelectuais são os socialmente qualificados, o que leva a uma associação da escolarização com o sucesso, o qual vai depender exclusivamente da persistência do indivíduo. Segundo a autora a escolarização como promessa de sucesso é uma imagem enganosa da realidade.

As articulações do segmento da saúde com as condições sócio-econômicas da sociedade (PAIM,2002), juntamente com os avanços tecnológicos, exigiram mais recursos financeiros para viabilizar a prática da medicina, daí o surgimento da institucionalização do trabalho em saúde e a sua transferência para o contexto hospitalar. Tal mudança de acordo com Schraiber (1993), impõe relações de trabalho nem sempre condizentes com as expectativas do Médico de ter uma “profissão liberal”, com autonomia e reconhecimento social.

Nos ambientes organizacionais fatalmente se diluem as características de profissão liberal com perda da autonomia, e o Médico passa a ser, em grande maioria, assalariado, sem o controle do que tradicionalmente o diferenciava: a organização

da própria clientela, o controle sobre os instrumentos de trabalho e sobre o preço dos seus serviços (DONNANGELO, 1975). Essa realidade traz muitas inquietações e no grupo de Médicos, as mulheres parecem ter mais clareza sobre suas insatisfações e revelam em alguns momentos desilusão com a profissão, desejo de mudar, mas ao mesmo tempo com medo do risco, depois de tantos anos dedicados ao estudo da medicina. São elas que reconhecem mais facilmente os sintomas físicos e psíquicos do desgaste. Está presente para ambos os sexos o sentimento de pouco tempo para o lazer e para as atividades sociais e familiares, acompanhado da preocupação, feminina sobretudo, de quando vão poder constituir uma família.

Questionados sobre as escolhas que fazem, ao “espontaneamente” abraçarem tantas atividades, respondem que este é o momento de “dar todo o gás para construir um patrimônio”. É importante ressaltar neste particular, que por ser a medicina a profissão que concentra uma gama considerável de expectativas de ascensão social e econômica, carrega o ideal em muitos dos profissionais de fazer jus a este *status*, através da aquisição de bens materiais compatíveis com o grupo profissional ao qual pertencem.

As expectativas de acordo com Schraiber (1993), são calcadas em representações da carreira médica como sendo uma forma de se colocar socialmente, de modo a obter prestígio, alta remuneração e ascensão, através do esforço pessoal, da vontade, da persistência para vencer dificuldades e da capacidade pessoal para fazê-lo. Entretanto, a realidade com a qual se depara o médico hoje está longe de atender a esses anseios, mas a idéia permanece e estimula a busca dos meios para torná-la possível, através dos múltiplos vínculos, das extensas jornadas e do ritmo frenético para dar conta de tantos compromissos.

De modo geral, a hierarquia dentro das unidades assistenciais de um hospital, se estabelece obedecendo a lógica do conhecimento técnico-científico. Ou seja, os diferentes níveis de formação e de qualificação técnica e científica, hierarquizam as ações dos agentes no interior de uma equipe multiprofissional .

Isso afeta a questão da autonomia e ressalta que o Médico é a maior autoridade técnica vigente. No entanto, com a evolução do conhecimento científico dos outros profissionais, vê-se crescer a importância dos saberes dos que não são Médicos.

Na verdade, autonomia genuína, nem os Médicos parecem ter mais, pois a medicina sofreu transformações tais, que lhe tiraram parte das características de profissão liberal.

A hierarquia nesta Unidade de Terapia Intensiva está desenhada para atender às exigências organizativas do setor e ao alto nível de complexidade da unidade. Existe um elevado grau de procedimentos prescritos (protocolos), que atendem às normas científicas e técnicas, que devem ser rigorosamente seguidas. De modo geral o gerenciamento do trabalho foi percebido como sendo caracterizado pelo alto nível de exigência, em todos os sentidos, técnico, científico e comportamental.

As modificações ocorridas no setor da saúde, fruto da consolidação de um novo padrão de gestão e de organização do trabalho, acarretaram além da intensificação do ritmo de trabalho e da extensão das horas trabalhadas, as exigências constantes de atualização; as práticas burocráticas rígidas; o uso das tecnologias; o valor da polivalência; a menor autonomia; os quadros cada vez mais enxutos; o culto à previsibilidade; e o controle exercido pela hierarquia (NASCIMENTO SOBRINHO et al. ,2006).

Na categoria médica, há uma alusão à busca da perfeição, que parece gerar insegurança e a sensação de que nunca se vai atingir o esperado; os Fisioterapeutas se ressentem da ausência da liderança, o que faz o grupo se sentir “órfão” nos momentos em que precisa de apoio para fazer valer suas necessidades perante a equipe como um todo; a enfermagem talvez por ser o grupo mais numeroso, traz as questões de relacionamento com maior ênfase, revelando uma tendência mais explícita à formação de subgrupos.

A formação e o dimensionamento do quadro de pessoal de uma UTI, atende a padrões específicos relacionados aos aspectos estruturais (número de leitos) e ao nível de complexidade elevado dessas unidades de tratamento. A unidade utilizada para realização deste estudo, está assim estruturada:

- Os Médicos Plantonistas e os Médicos Diaristas, estão subordinados imediatamente ao Coordenador Médico e indiretamente, ao Chefe do Serviço de Terapia Intensiva. A este, além do envolvimento com a assistência, cabe a administração geral da UTI do ponto de vista médico, o que inclui a

formação médica, uma vez que o hospital é certificado pelo Ministério da Saúde como “Hospital Escola” e abriga a residência médica e o internato em medicina, este último, em parceria com a Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública . O Médico Chefe da UTI responde diretamente à Diretoria Médica do hospital.

- Para o Médico Coordenador, que atua diretamente em contato com os Médicos Plantonistas, fica a responsabilidade de dar suporte a estes, tanto nas questões relacionadas com a assistência como nas questões administrativas. Também diz respeito ao Médico Coordenador, atuar como preceptor, junto aos Médicos Residentes e aos alunos do 5° e 6° anos de medicina, que têm a denominação de internos.
- Considerando serem os Médicos Plantonistas aqueles que estão na UTI na maior parte do tempo, mas de forma descontinuada, porque o regime de escala planeja folgas subseqüentes aos plantões, existe a necessidade de ter no quadro o Médico Diarista, uma figura que está diariamente na UTI, avaliando individualmente cada paciente,acompanhando sua evolução e por ter a visão global da terapêutica aplicada a cada um, faz a articulação da assistência, se relacionando com todos os Médicos plantonistas e com a equipe multiprofissional, se reportando ao Médico Coordenador e ao Médico Chefe.
- O Médico Plantonista responde pela assistência direta ao paciente durante toda a jornada. A cada plantão de 12 horas, estão presentes na UTI 2 Médicos Plantonistas. É o médico responsável pela atenção continuada, pelo atendimento dos familiares, pelos controles da evolução dos pacientes, pelo preenchimento de formulários para solicitação de exames e outras exigências burocráticas dos convênios, pelas decisões e ações médicas na situação de assistência normal e nas intercorrências. Relaciona-se com toda a equipe, para a determinação dos cuidados voltados para o paciente e é o responsável pelo paciente perante o Médico Especialista, o Médico Diarista e às lideranças médicas dentro da UTI.

- Devido ser a UTI Clínica o setor que assiste aos pacientes graves das diversas especialidades clínicas, é intenso o fluxo de Médicos que não pertencem ao quadro da UTI. São especialistas, responsáveis diretos pelo paciente, que visitam a unidade e se reportam ao Médico Intensivista de plantão para acompanhar o doente ou, são especialistas acionados pela UTI, quando o caso exige um olhar mais específico. Estes Médicos não têm nenhuma relação de subordinação na UTI.
- A enfermagem intensivista, é o maior grupo dentro desta unidade e centraliza boa parte da totalidade dos serviços. É a enfermagem que além de se ocupar com a administração dos cuidados e das prescrições médicas, atendem aos Médicos, aos Administradores do hospital, pois têm muitas responsabilidades que recaem sobre o desempenho econômico–financeiro da instituição; atendem às famílias; e respondem à própria organização pelo funcionamento geral da unidade.

A assistência de enfermagem por ser organizada na forma de cuidados integrais e ter sua escala planejada de modo a manter os mesmos profissionais por turnos, divididos em equipes de Enfermeiros e Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, que como já mencionado, se responsabilizam por determinados pacientes, aponta para uma visão mais global das necessidades dos pacientes e do processo de trabalho, neutralizando de certa forma a tendência à fragmentação da assistência, prática comum na área da saúde. Desse modo, as tarefas são divididas de forma mais integradora, sendo possível superar a divisão do trabalho, promover um trabalho mais de conjunto e gratificante, fazendo com que apenas as atividades próprias de cada função, sejam mantidas longe do processo de delegação. A estrutura hierárquica da enfermagem é formada por um Enfermeiro Coordenador, pelos Enfermeiros de Assistência, pelos Auxiliares/ Técnicos de Enfermagem e pelos Auxiliares Administrativos.

- Dentro desta estrutura, o Enfermeiro Coordenador atua predominantemente nos processos gerenciais e administrativos, embora nos momentos de necessidade se envolva diretamente com a assistência. Como gestor da

assistência de enfermagem e organizador da unidade, administra recursos, pessoas e processos. Há um grande volume de trabalho burocrático, de providências administrativas que configuram uma carga de responsabilidade significativa. Reporta-se diretamente à Liderança do Serviço de Enfermagem e indiretamente ao Diretor Médico. Tem sob sua supervisão todos os Enfermeiros, Auxiliares/Técnicos de Enfermagem e os Auxiliares Administrativos.

- O Enfermeiro de Assistência assume tarefas relacionadas com a assistência direta aos pacientes, quando o nível de complexidade ultrapassa o conhecimento técnico-científico dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem, a quem supervisiona diretamente. É tarefa deste profissional, assumir a direção, o controle e a avaliação do trabalho de cuidar, cabendo-lhe planejamento dos cuidados, acompanhamento das prescrições médicas e supervisão técnica dos Auxiliares/Técnicos de Enfermagem que estão na sua equipe. Como aos finais de semana e à noite não tem a figura do Enfermeiro Coordenador, um Enfermeiro de Assistência por vez assume na escala a liderança, na modalidade de “plantão administrativo”, ou seja, se responsabiliza naquele plantão pelas atividades administrativas da unidade. Os Enfermeiros de Assistência estão diretamente subordinados ao Enfermeiro Coordenador.
- Sobre os Auxiliares/Técnicos de Enfermagem recaem as tarefas de enfermagem predominantemente operacionais. O trabalho é rotineiro, braçal (banhos, mudança de decúbito), implica em verificações, registros e exige atenção. A subordinação direta e técnica deste profissional é ao Enfermeiro de Assistência que lidera sua equipe e indiretamente, ao Enfermeiro Coordenador. Entretanto, é a este que se reportam em relação a todos os aspectos administrativos.
- Os Auxiliares Administrativos assumem na UTI o serviço de secretaria. Controlam os gastos dos pacientes, recebem e fazem ligações telefônicas, solicitam medicações e materiais à farmácia, preenchem formulários,

controlam as visitas de familiares e outras atividades meramente burocráticas e administrativas.

- Os Fisioterapeutas compõem um grupo relativamente numeroso na UTI, e estão presentes na unidade dois profissionais em cada turno de seis horas. Apesar de fixos na unidade, podem eventualmente ser substituídos por colegas que não atuam na UTI, pois o quadro fixo não é suficiente para cobrir as ausências. Estão presentes nas falas desses profissionais as alusões à sobrecarga de trabalho, ao esforço físico e às exigências constantes de locomoção e de atenção. Estes profissionais realizam um trabalho especializado, importante na assistência aos pacientes de UTI, visto que a maioria deles tem sérios comprometimentos respiratórios, necessitam de ventilação mecânica e têm outras limitações que a fisioterapia ajuda a superar. Apesar de comporem a equipe multiprofissional da UTI, a liderança de fisioterapia fica fora deste ambiente e os problemas da assistência, sobretudo os que envolvem relacionamento com os outros profissionais, são mais difíceis de serem resolvidos com rapidez, pela obrigação de respeitar a hierarquia. Por causa disso percebe-se a dificuldade dos Fisioterapeutas para dar limites, quando não se sentem respeitados no seu espaço profissional.

Os estudos sobre Bem-Estar no Trabalho (BET) realizados por Meleiro & Siqueira (2005), constataram ser a percepção de suporte determinante do bem-estar no contexto de trabalho. As conclusões de Meleiro & Siqueira sugerem ser o suporte do supervisor mais influente na produção do bem-estar do que o próprio estilo de liderança. Esses estudos sugerem que a ausência de uma liderança da fisioterapia na UTI, pode ser um fator importante na produção de tensão, com prejuízos no bem-estar.

- Os Psicólogos, ambos do sexo feminino, atuam com os pacientes que estão lúcidos e com as famílias de todos os que estão internados na unidade. São muito requisitadas pela equipe e fazem boas parcerias com os outros profissionais, que demonstram dar valor ao papel delas. Como os Fisioterapeutas, não têm a liderança presente no cotidiano da UTI, mas não parecem ter dificuldade com isso. Há uma avaliação da profissional

entrevistada, de que o trabalho é estressante, pesado e de que a carga horária deveria ser menor.

4.3 CARACTERÍSTICAS DOS PARTICIPANTES

Neste estudo particularmente, apesar da receptividade demonstrada pela equipe como um todo, houve alguma dificuldade para se atingir um número maior de adesões, aparentemente devido à falta de tempo, embora alguns casos, puderam ser identificados como uma “recusa” velada. De fato em muitos momentos a dinâmica da unidade não permitia afastamentos, inclusive em dois momentos foram interrompidas entrevistas por causa das atividades urgentes que exigiam a presença dos profissionais (ao mesmo tempo, admissão de novos pacientes e execução de procedimentos que antecedem as visitas).

Entretanto, pode-se perceber que além do receio de se expor, as pessoas tiveram resistência quanto ao tempo de duração das entrevistas, a partir das informações de outros colegas entrevistados. Por outro lado, destaca-se uma entrevista com um profissional médico com duração de 2,5 horas, só finalizada porque a sala iria ser usada para outra atividade, o que denota a necessidade do profissional de falar sobre sua realidade naquele momento. Curioso também observar que, enquanto as informações eram de caráter meramente “cadastral”, havia uma participação mais relaxada do informante, o mesmo não ocorrendo quando se tratava das questões que atingiam os temas pessoais ou que buscavam dados sobre o relacionamento entre os membros da equipe (diminuição do tom de voz; olhar disperso; postura mais cansada; menor energia).

Dos profissionais participantes, 76,9% são mulheres e 23,1% homens, o que revela uma tendência da área da saúde, sobretudo em hospitais, onde há uma predominância de profissionais da enfermagem, em sua grande maioria do sexo feminino. Possuem idade média de 30,7 anos, variando entre 24 e 49 anos. Em sua maioria são solteiros (67,3%), embora 24% sejam casados e 8,7% divorciados. Com relação a filhos, 34,6% têm filhos e 65,4% não têm. Aqueles que têm, optaram por apenas um filho (70,6%). Principalmente entre as mulheres e sobretudo as médicas, casamento e maternidade são situações repetidamente evocadas como

desejos nem sempre realizados, devido ao estilo de vida que o trabalho impõe, restringindo as possibilidades de constituir uma família. Em algumas falas, alguns profissionais mencionam as oportunidades restritas de ter vida social que permita conhecer pessoas e manter um relacionamento estável.

Com relação à função que exercem na equipe, os profissionais estão assim distribuídos: 44,2% são Auxiliares de Enfermagem; 30,8% são Enfermeiros; 9,6% são Médicos; 7,7% são Auxiliares Administrativos; 5,8% são Fisioterapêutas; e 1,9% atua como Psicólogo. A diferença significativa do quantitativo de Auxiliares de Enfermagem reflete a realidade hospitalar, sobretudo das UTIs, onde os pacientes são acamados, na maioria idosos, o que faz com que haja uma demanda de um tipo de cuidado de enfermagem próprio das atribuições operacionais deste profissional.

Excluindo os Auxiliares Administrativos, que têm uma atuação administrativa genérica e não especializada, os demais profissionais têm uma formação técnica-científica específica. Quanto ao tempo decorrido desde a conclusão da formação profissional até então, obteve-se entre os participantes uma média de 6,7 anos, destacando-se os 17,3% que se concentram na faixa de 03 anos de formado e os 13,5% na faixa de 10 anos de graduação.

No que tange ao tempo de atividade em UTI, este varia entre 6 meses e 19 anos de serviço, havendo porém uma concentração maior de profissionais no intervalo entre 01 e 08 anos de atividade. O tempo de permanência destes profissionais no hospital alvo do presente estudo, varia entre 02 meses e 23 anos, sendo que 11,5% foram admitidos há menos de 01 ano, quando da ampliação da unidade.

Considerando ser praxe na área da saúde a adoção de múltiplos vínculos, especificamente nas UTIs, devido à oferta relativamente significativa de trabalho, resultante da escassez de profissionais especializados, os dados obtidos nesta pesquisa indicam que 50% dos profissionais atuam em mais de uma instituição, sendo que destes, 69,2% em mais uma instituição; 9,6% em mais duas instituições; 3,8% em mais quatro instituições; e 1,9% em mais três instituições. Nestes outros vínculos a forma de contrato varia, são cooperativados ou contratados para

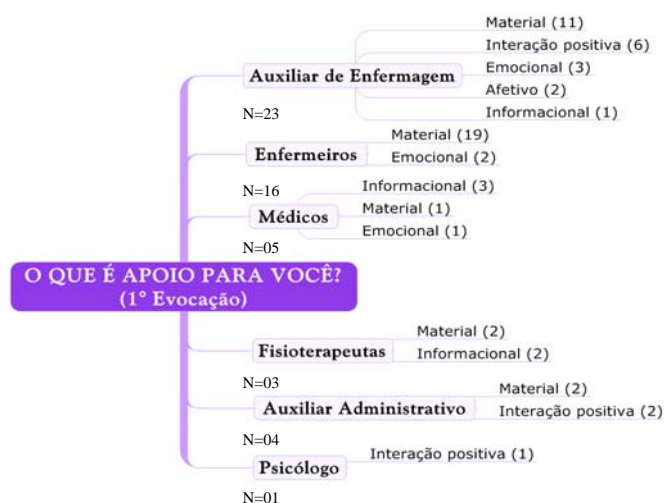
prestação de serviço, principalmente os Médicos e os Fisioterapeutas. Isso implica em condições de trabalho diferentes do ponto de vista de estabilidade e de coberturas sociais. Quando questionados sobre o acúmulo de vínculos, alegam que a remuneração não é suficiente e necessitam se engajar em outras atividades para compor a renda.

Com relação à carga horária contratual dos participantes deste estudo no hospital em questão, há uma concentração maior (42%) na jornada de 36 horas semanais, haja vista ser a enfermagem o maior contingente da equipe pesquisada, estando concentrada nesta carga horária. Nos outros vínculos, pelas mesmas razões, predominam as jornadas de 36 horas (15,4%). É interessante destacar que no caso dos Médicos, verifica-se uma carga horária total, incluindo todos os vínculos, às vezes superior a 100 horas semanais, com regimes de até quatro plantões noturnos por semana.

4.4 PERCEPÇÃO E SIGNIFICADO DE APOIO SOCIAL

Considerando ser objeto deste estudo o papel do *apoio social* e suas implicações no bem-estar dos trabalhadores de UTI, um importante aspecto a ser levantado nesta pesquisa consistiu em explorar a percepção da equipe com relação a *apoio*.

Figura 02 – Percepção de Apoio por Categoria Profissional da Equipe



Tomando como referencial teórico a classificação de Chor et al. (2001) com relação a *apoio social*, foram consideradas para análise da percepção da equipe, as dimensões de *apoio material*, *informacional*, *emocional*, *afetivo* e *de interação*

positiva. Assim sendo, na equipe como um todo, verifica-se uma predominância das concepções que indicam *apoio* associado à ajuda física, concreta e tangível nos procedimentos. Uma vez que as relações nas equipes de saúde tendem a ser marcadamente instrumentais (Peduzzi, 2001) este é um dado de certo modo congruente com o tipo de convivência que se estabelece nestes contextos, determinado pelas escalas mistas, onde freqüentemente as pessoas não têm regularidade de encontros pessoais, se tornando os momentos de trabalho centrais na vinculação dos sujeitos. Arrossi (1994) sugere que para compreensão e definição de *apoio social*, é necessário se levar em conta as peculiaridades do contexto nos quais as pessoas estão inseridas, contemplando os vários fatores que envolvem o ambiente e as pessoas, como atividade profissional, classe social, nível de escolaridade, entre outras variáveis.

Entre os Enfermeiros e os Auxiliares de Enfermagem, se destaca a concepção de *apoio material*, o que é compreensível por ser a categoria que mais assume os cuidados e a maioria dos procedimentos realizados no paciente. Este *apoio* tangível na visão de Garcia (2003) refere-se ao fornecimento de ajuda material na forma concreta, como por exemplo, de uma troca de plantão, de uma ajuda direta na realização de uma tarefa ou de um suporte financeiro. Este tipo de *apoio* é visto como necessário num momento de crise, para diminuição do sofrimento e viabilização da busca de alternativas para enfrentamento das dificuldades.

Karasek e Theorell (1990) nos estudos que desenvolveram sobre estresse, apontam qualquer tipo de *apoio social* como importante na redução da tensão psicológica. Para Bowling; Sherbourne & Stewart; e Cohen & Wills (1997, 1991, 1985 apud e Chor et al. 2001) e Barrios (1999), o *apoio social* está associado ao grau de satisfação com que as relações interpessoais atendem às necessidades dos indivíduos, sejam quais forem elas, material, emocional, afetiva. O *apoio* será efetivo se fruto de relações sociais que produzam no indivíduo a sensação de que é estimado.

O *apoio informacional* também aparece associado à concepção de *apoio* construída pela equipe; o compartilhamento nas decisões e as orientações são os componentes desta dimensão de *apoio*. De certo modo esta dimensão

complementa e reforça a noção instrumental de *apoio* para esses indivíduos, assumindo uma conotação educativa, útil na resolução de problemas (GARCIA, 2003). Adotam esta concepção com maior destaque os Médicos, pela natureza intelectual do trabalho e por serem um ponto de referência importante na equipe, para se buscar orientações técnicas e científicas relacionadas à assistência. Os Fisioterapeutas também apontam esta dimensão de *apoio* em suas evocações, pois necessitam estar constantemente em contato com os demais profissionais da equipe para troca de informações.

O *apoio informacional*, embora seja instrumental, propicia a troca de informações entre pessoas, de certo modo aproximando-as, criando nos grupos a clareza de que existe interdependência e co-responsabilidade (GARCIA, 2003). Para Biffi & Mamede (2004) havendo uma relação de reciprocidade em informações e ajuda, pode-se favorecer recursos psicológicos e físicos a uma pessoa, tornando-a capaz para enfrentar com êxito as dificuldades encontradas. No caso desta equipe de UTI, a hegemonia do saber médico, que tradicionalmente incomoda aos não Médicos, pode ser superada através desta modalidade de *apoio* e então serem vencidas as barreiras colocadas pela posição que se ocupa na estrutura formal. Esta aproximação via o conhecimento, pode ser então salutar para a compreensão e aceitação do outro.

A equipe também salienta o *apoio* como uma interação positiva, no sentido de realizar atividades agradáveis em grupo, como por exemplo, se divertir, relaxar. De acordo com Sargent & Terry (2000), o *apoio social* pode ser avaliado a partir da interação social e da participação, implicando em envolvimento das pessoas nos distintos grupos. Destacam-se evocando esta concepção de *apoio* os Auxiliares de Enfermagem, que surgem como um grupo mais gregário nos conteúdos das entrevistas. Interessante enfatizar que a equipe tem raríssimos momentos de atividade extra-trabalho, situação justificada pela maioria como decorrente dos horários incompatíveis, do cansaço e da prioridade à família nos momentos de folga.

Neste contexto pode-se observar a importância que é atribuída aos momentos de integração realizados nos intervalos de descanso, nas paradas rápidas para um “café” ou mesmo nas programações de cafés coletivos nos momentos das trocas de

plantão. Para Barrios (1999) qualquer atividade que permita num espaço de tempo compartilhar com o grupo, traz efeito benéfico como expressão de saúde para os que participam. Vale salientar que essas são atividades grupais promovidas predominantemente pela enfermagem, grupo maior e portanto com influência importante sobre este resultado, e que os administrativos também ressaltam esse tipo de *apoio* nas suas associações, provavelmente porque têm uma convivência mais estreita com a enfermagem.

O *apoio emocional*, que está relacionado com os sentimentos, as emoções e a estima, presentes em grupos em que o grau de confiança encoraja a explicitação de medos, angústias e ansiedades, foi observado de forma mais presente nas concepções de *apoio* dos Auxiliares de Enfermagem e dos Enfermeiros, que foram as categorias profissionais que mais se referiram à importância dos relacionamentos.

Com relação à dimensão afetiva de *apoio*, que implica na expressão de amor, de afeto, na aproximação física e no sentimento de ser querido, a equipe como um todo não fez associações expressivas, mas são os Auxiliares de Enfermagem que aparecem como praticamente os únicos a conceberem *apoio* nessa perspectiva. Este significado está completamente ausente nas evocações dos Médicos, dos Fisioterapeutas e dos Auxiliares Administrativos. Mais uma vez, os Auxiliares de Enfermagem aparecem como mais voltados para a valorização dos relacionamentos e da proximidade. Para Biffi & Mamede (2004) o *apoio social* é considerado um fenômeno interpessoal expresso por relações de confiança, que promove integração social e favorece a participação em redes de *apoio*, com compromissos mútuos e ajuda recíproca. É possível então, que este grupo ao protagonizar as iniciativas de integração e se mostrar mais continente às expressões de afeto, consiga através da proximidade emocional chegar mais facilmente ao sentimento de pertença e assim fortalecer os valores individuais e a competência.

Quando questionados sobre a participação em atividades que fogem ao papel profissional específico, com o intuito de colaborar com os outros membros da equipe, 94,23% responderam que cooperam. Em contrapartida, a percepção de que é apoiado pela equipe atinge apenas 59,61% dos informantes e destes, a percepção de 30,75% está no padrão de respostas de que é apoiado, mas com restrições. Ou

seja, se a maioria se auto-percebe como colaboradora e a percepção do *apoio* não ocorre na mesma proporção, parece haver uma disfunção no processo de comunicação. Como afirma Zarifian (2001), ao comentar sobre o apoio da comunicação nos sistemas de produção: “a comunicação autêntica instaura uma compreensão recíproca e se forma um sentido compartilhado, resultando em entendimento sobre as ações que os sujeitos assumem no ambiente de trabalho”. O autor enfatiza que o sentido é apreendido quando a comunicação o instala e o exprime, mas que essa comunicação pode se apresentar de forma contraditória, como consequência dos distintos saberes nas equipes ou das relações de subordinação.

Os tipos de *apoio* percebidos como ativados na equipe correspondem às concepções de *apoio* evocadas, com o predomínio dos *apoios materiais* (assistência ao paciente; ajuda nos procedimentos burocráticos; trocas de plantão). A dimensão de interação positiva é evocada discretamente, há poucas referências a *apoio emocional* e *informacional* e total ausência de *apoio afetivo*. Como o *apoio afetivo* está relacionado com expressões de amor, afeto, aproximação física e sentimento de ser querido, é possível que em ambientes onde predomina a racionalidade, com poucas oportunidades de contatos mais íntimos, como é o caso de uma UTI, fique esse tipo de *apoio* mais resguardado para a esfera da vida privada.

A grande maioria dos profissionais recebe bem os *apoios*, relacionando-os com sensações que posteriormente vamos observar que são fortemente associadas às sensações de bem-estar: alegria, proteção, felicidade e amor. Por ser um ambiente que persegue a “perfeição” e valoriza sobremaneira a competência, a receptividade aos *apoios* pode ser mesclada com sentimentos de desconfiança, pois os *apoios* são acompanhados de críticas, como se viessem para corrigir o que está errado ou mal feito. Outras colocações sugerem incômodo, pois considera que os colegas pedem *apoio* para coisas que poderiam resolver sozinhos. Também existem aqueles que não querem incomodar e pedir ajuda, considerando o verdadeiro *apoio* aquele que não se pede. Pode estar aqui o entendimento sobre as disfunções da comunicação mencionadas no parágrafo anterior. O “jogo” das competências e do “saber maior” impede que se instale a confiança.

Ao responderem às questões sobre as situações que demandavam *apoio* da equipe no contexto de trabalho, obteve-se a frequência com que contam com alguém, estando a maioria das respostas concentradas na frequência “sempre” e “quase sempre”, o que indica a existência de uma troca expressiva de *apoio* na equipe. Ao se analisar os *apoios* percebidos como os mais presentes, foi possível agrupá-los em categorias de *apoio*, conforme a classificação de Chor et al. (2001), como pode ser verificado na Tabela 01. Assim, pode-se identificar os comportamentos apoiadores mais presentes na equipe, a partir daqueles que obtiveram a frequência máxima (“sempre”) na escala, associada à maior concentração de respondentes no comportamento sugerido.

Tabela 01 – Percepção de Comportamentos de Apoio Presentes na Equipe de UTI Salvador-Ba - 2006

Comportamento de Apoio Sugerido	Dimensão de Apoio *	%
Ser ouvido por alguém de confiança	Emocional	60,8
Orientação/Informação	Informacional	54,9
Um carinho, um abraço	Afetiva	54,9
Falar e conversar com alguém quando tem problemas	Emocional	51,0
Presença amiga e afetuosa	Afetiva	49,0
Sugestões para resolver problema pessoal	Informacional	49,0
Companhia de alguém que ame	Afetivo	49,0
Compreensão	Emocional	47,1
Sentimento de ser querido	Afetivo	43,1
Receber conselhos nas crises	Informacional	43,1
Compartilhamento de sentimentos e preocupações íntimas	Emocional	39,2
Ajuda nas tarefas diárias	Material	39,2
Apoio em situações domésticas pessoais	Material	35,3

*Dimensão de Apoio – Classificação de Chor et al. (2001)

Entre os comportamentos sugeridos, foram muito pouco escolhidas as seguintes situações: “contar com alguém se ficar doente”; “se precisar de companhia para ir ao médico”; “se quiser sair para se divertir”; e “se precisar relaxar”. Curioso observar que duas dessas situações se referem à saúde, tema muito “banal” para quem é da área. E as outras duas, “divertir-se e relaxar juntos”, podem não ser atividades associadas ao grupo de trabalho, mas a uma rede mais íntima no espaço extra-trabalho, que é pouquíssimo utilizado pela equipe, segundo os informantes, por questões de tempo.

Interessante observar nesta tabela que predomina o *apoio emocional*, seguido do *apoio informacional* e *afetivo*. Este é um dado que contraria as tendências apresentadas nas concepções sobre *apoio* e nas percepções sobre os apoios mais ativados na equipe, em que predomina a valorização dos *apoios materiais* e *informacionais*. Analisando as respostas segundo algumas variáveis que não constam na tabela, pode-se compreender que interferências houve neste resultado:

- com relação à categoria profissional, as respostas dos profissionais de nível médio, Auxiliares de Enfermagem e Auxiliares Administrativos (51,9%), destacam o *apoio emocional* como o mais presente. Vale dizer que os Auxiliares de Enfermagem representam a maior categoria profissional na unidade e evidentemente, a que tem o maior número de participantes nesta pesquisa, daí, ter influenciado fortemente esse resultado. Já os profissionais de nível superior, apresentam tendência maior a buscar *apoio informacional*. Segundo Arrossi (1994), a avaliação de *apoio social* sofre forte influência dos aspectos subjetivos. Uma rede de *apoio social* de um indivíduo está atrelada a determinantes intrínsecos ao próprio indivíduo, que em contato com os determinantes extrínsecos, podem favorecer ou não a percepção, influenciando a ativação ou não desta rede. A menor frequência indicada por todas as categorias profissionais, está relacionada à dimensão de *apoio* na forma de interação positiva, que aliás não aparece na tabela pela baixa indicação. Possivelmente este dado se deve às dificuldades práticas de estarem juntos, senão nos momentos de trabalho;
- com relação à variável sexo, as mulheres se destacam, revelando uma tendência maior a buscar *apoio* de alguém na equipe e são elas que indicam o *apoio emocional e afetivo* como os mais ativados. Mais uma vez é importante lembrar o que sugere Arrossi (1994) com relação à observação das especificidades do contexto e das variáveis que interferem na percepção de *apoio*. Este dado parece ter uma influência direta do fato de serem os participantes desta pesquisa, predominantemente do sexo feminino (70,9%).
- quanto à idade, percebe-se que as pessoas acima de 29 anos, valorizam mais apoios com os quais podem contar na equipe, destacando-se, o apoio emocional,

o apoio afetivo, seguido, se bem que distante, do apoio informacional. Já os mais jovens indicam o *apoio informacional*.

- quando analisadas as respostas do ponto de vista do estado civil, observou-se que os solteiros (67,3%) buscam mais *apoio* no contexto de trabalho, destacando-se os *apoios emocional, afetivo e informacional*, sendo a dimensão emocional e afetiva predominantes.
- os participantes que não têm outro vínculo de trabalho (50%), são mais voltados para buscar *apoio* no grupo em todas as dimensões e apresentam respostas mais concentradas nos *apoios afetivo e emocional*.

4.5 BEM-ESTAR

Neste segmento, os resultados são apresentados de forma a atender aos objetivos da pesquisa, no que tange ao significado atribuído pela equipe a “bem-estar” no contexto de trabalho. Para isso, serão apresentadas as concepções da equipe, incluindo auto-avaliações do bem-estar geral, bem como as sensações associadas ao sentimento de bem-estar no trabalho.

Foram levantadas as percepções dos trabalhadores da UTI sobre bem-estar. A partir dos elementos evocados se obteve um amplo conjunto de idéias, que analisadas possibilitaram o agrupamento em 6 categorias, conforme segue apresentado a seguir:

**Quadro 01 – Principais Concepções de Bem-Estar Indicadas pela Equipe de UTI
Salvador - Ba - 2006**

Categorias	Conteúdo
Relacionamento	Idéias relacionadas a apoio; integração da equipe; à qualidade do relacionamento interpessoal; ao respeito e a não ouvir “desaforo de Médico”
Condições de Trabalho	Idéias associadas a ambiente físico adequado e agradável; a processo de trabalho; a descanso; a folgas e férias; à segurança no trabalho; ausência de pressão.
Satisfação Pessoal	Idéias ligadas a estar bem consigo; a sentir-se feliz; a ter prazer; a não ter preocupação; à satisfação com o que faz; à sensação de dever cumprido; e ao sentimento de responsabilidade pessoal.
Satisfação com o Trabalho	Idéias ligadas a sentimento de competência; à organização no trabalho; à qualidade do trabalho; ao bom clima no trabalho; à satisfação com o trabalho; à realização profissional; e a bom gerenciamento do trabalho.
Características Pessoais	Idéias que sugerem bem-estar relacionado a características pessoais como: calma, bom humor, sinceridade, auto-controle, paciência e equilíbrio.

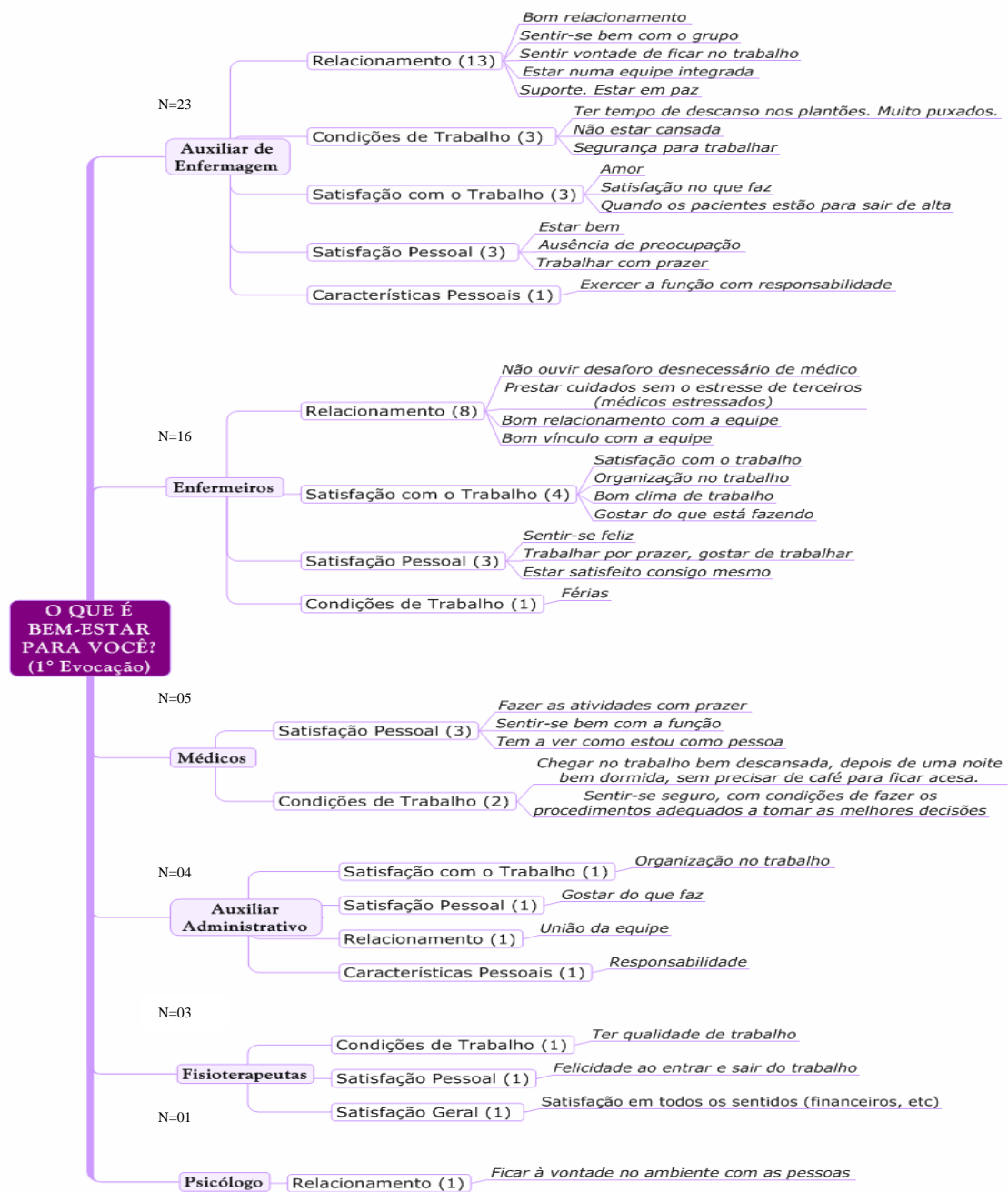
O quadro 1 condensa em categorias as evocações dos participantes, porém, ao se analisar a frequência simples das respostas obtidas para cada categoria, pode-se observar que a categoria “relacionamento” foi percebida como a mais significativa para a construção da noção de bem-estar apresentada pelos sujeitos, ocupando a posição mais forte. Na visão de Codo (1994) os relacionamentos são considerados como um dos mais importantes fatores no contexto de trabalho para a proteção da saúde do trabalhador. Os laços sociais também foram apontados por Cobb (1976), como contendo fortes relações com a saúde, o que é reforçado por Rodin (1986 apud Chor et al., 2001) quando coloca que os apoios sociais aumentam o controle do indivíduo sobre a vida, implicando em efeitos positivos sobre a saúde e o bem-estar.

As categorias “satisfação pessoal” e “condições de trabalho” surgem logo a seguir e também acompanham a categoria “relacionamento” ao ocuparem um lugar de destaque na formação da construção da concepção de bem-estar. Outras categorias aparecem como significativas entre os elementos que integram as concepções

construídas pelos indivíduos, quais sejam: “satisfação com o trabalho” e “características pessoais”.

Quando se analisa as respostas contemplando as categorias profissionais, obtém-se as representações de bem-estar, conforme o mapa abaixo:

Figura 03 - Representação de Bem-Estar Por Categoria Profissional da Equipe



As evocações por categoria profissional, mostram que as idéias que influenciaram a construção da concepção de bem-estar se diferenciam. Os Auxiliares de Enfermagem, apontam para “relacionamento” (“apoio e integração”); os Enfermeiros, por sua vez, também referem ligações predominantemente com “relacionamento” (“ausência de pressão” e “não ouvir desaforo de médico”), seguido pela “satisfação no trabalho” e pela “satisfação pessoal”; os Médicos revelam associações com “satisfação pessoal” (“prazer, estar bem como pessoa”) e “condições de trabalho” (“segurança”, “condições físicas” “descanso”); os Auxiliares Administrativos reforçam a questão da “responsabilidade” e da “organização”, seguidas do “sentimento de prazer no que faz” e da importância do “relacionamento”, atribuindo um valor maior à “satisfação no trabalho”; os Fisioterapeutas enfatizam a “satisfação pessoal”, associada à “qualidade do trabalho”; e o psicólogo, enfatiza “relacionamento”(“sentir-se à vontade no grupo”). As distintas evocações podem encontrar explicação nas considerações de Ribeiro (2003), que refere estar a dimensão bem-estar integrada a aspectos sociais, cognitivos e afetivos e isto leva à compreensão de que pensamento, personalidade e entorno social, determinam estados de satisfação e de felicidade.

Na literatura (Diener & Suh, 1997) a noção de bem-estar inclui uma avaliação global dos diversos aspectos da vida de uma pessoa, sendo o elemento subjetivo essencial na avaliação da qualidade de vida. Para estes autores, esta avaliação implica na aferição do Bem-Estar Subjetivo (BES), que é integrado pelas dimensões de satisfação com a vida e de afetos positivos e negativos presentes na história dos sujeitos. Um estado elevado de BES implica em experiências emocionais positivas mais freqüentes, com raras experiências emocionais negativas e também na satisfação com a vida como um todo. O BES é considerado aqui como um construto multidimensional e dinâmico.

O BES é então, uma experiência interna, embora com influência das condições externas e objetivas. As pessoas interpretam e reagem diferentemente a circunstâncias semelhantes e essas interpretações e reações estão diretamente relacionadas com a avaliação global que elas fazem de suas vidas e do quanto estão presentes nelas as experiências positivas ou negativas (afetos positivos e negativos). Sendo assim, para a aferição do grau de bem-estar, foi necessário ir

além da identificação do ambiente físico e psicossocial no qual os indivíduos atuam. Seguindo nesta direção, este estudo buscou aprofundar uma avaliação global dos sujeitos sobre a sua própria vida, para identificar o nível de bem-estar geral e entender as possíveis conexões com o contexto de trabalho. Para Diogo (2003), os indicadores objetivos nem sempre apontam como os indivíduos percebem e experienciam suas vidas, ao contrário dos indicadores subjetivos, que têm maior precisão para definir a experiência em relação às várias condições de vida do indivíduo.

Para isso foi investigado nas entrevistas: o sentimento de satisfação com a vida; a avaliação dos participantes sobre o atendimento de suas expectativas pessoais; os desejos de mudança no rumo de suas vidas; o aproveitamento de oportunidades na vida; e a prevalência dos momentos de alegria ou de tristeza na trajetória de vida. A satisfação com a vida é um julgamento cognitivo geral ou de algum domínio específico da vida de uma pessoa. Segundo Emmons (1996) é um processo de juízo e avaliação geral da própria vida, que segue a partir de um critério próprio e que vai depender de uma comparação entre circunstâncias da vida e um padrão escolhido pelo indivíduo. Quando se trata de qualidade de vida, não se inclui apenas fatores relacionados à saúde física e psíquica, mas também a elementos como o trabalho, a família, os amigos e as circunstâncias da vida (Gill & FEINSTEIN, 1994 apud ALBUQUERQUE E TRÓCOLI, 2004).

A auto-percepção dos indivíduos em relação aos indicadores de bem-estar preconizados na literatura, orientam a compreensão sobre as possíveis conexões entre a avaliação que fazem da vida como um todo e o contexto de trabalho. Nessa perspectiva, analisando as respostas dadas pelos informantes nas entrevistas, pode-se verificar que a maioria dos profissionais da equipe fez uma relação positiva das experiências de vida com sensações de bem-estar. Ao ressaltar os resultados das categorias mais numerosas na pesquisa, na questão que interroga sobre satisfação com a vida, os Auxiliares de Enfermagem e os Enfermeiros se avaliam como satisfeitos e referem motivos relacionados às seguintes categorias, com suas respectivas frequências simples: “relacionamento familiar”(16); “realização profissional”(15); “estabilidade econômica-financeira”(13); “saúde”(02); e “relacionamento no trabalho”(01). Associam a esta satisfação os sentimentos de

“tranquilidade”; “crescimento pessoal” e “felicidade”. Já os Médicos não respondem positivamente a esta questão, posto que dos 05 representantes da categoria, 03 não estão satisfeitos com a vida e dois se consideram parcialmente satisfeitos. Os motivos de insatisfação se concentram nas seguintes categorias, com as respectivas frequências simples: “não realização profissional” (09); “vida familiar e social sacrificada”(06); “condições de trabalho precárias” (05); “relacionamento no trabalho insatisfatório”(02); e “problemas de saúde”(02). O sentimento de insatisfação com a vida, associado à falta de realização, resulta num alto nível de frustração. Deve-se considerar que as mudanças que ocorreram no segmento da saúde afetaram a profissão médica, tirando-lhe as características e prerrogativas de uma atividade liberal. Essas mudanças atingiram o trabalho médico em si, a gestão do processo produtivo, a remuneração, a valorização, o prestígio social e a vida familiar e social deste profissional.

Conforme Diogo (2003), as pessoas avaliam suas condições de vida dependendo de suas expectativas, valores e experiências anteriores e os Médicos nesta pesquisa, deixaram entrever em suas falas a crise que enfrentam no exercício da profissão. Apesar das transformações impostas, as expectativas continuam elevadas, devido à representação social que tem a medicina e ao investimento feito por quem escolhe ser Médico, desde o ingresso na Universidade (DONNANGELO, 1975; SCHRAIBER, 1993). A realidade sinaliza porém, com muitos obstáculos para que essas expectativas sejam atendidas, sem prejuízo do bem-estar.

Há uma tendência a níveis mais baixos nos resultados dos trabalhadores Médicos nas outras questões que abordam “satisfação geral com a vida”, se comparados com a equipe como um todo. Destacando os resultados das categorias mais numerosas dentro deste estudo, com relação à questão sobre o “atendimento de expectativas na vida”, os Auxiliares de Enfermagem e os Enfermeiros se percebem relativamente satisfeitos no atendimento de suas expectativas, mas incluem em suas falas conteúdos que expressam sentimentos positivos de otimismo e de esperança (“não se pode ter tudo”; “mas o que consegui foi muito bom”; “ainda espero conseguir mais”). Todavia, os Médicos percebem que estão bastante aquém daquilo que esperavam para suas vidas, sendo que a expressão dos sentimentos denotam frustração (“tenho pouco tempo para a família”; “ganho dinheiro mas não tenho

tempo de usufruir”; “sinto-me um talento desperdiçado”; “estou com desmotivação para esse trabalho” “trabalho tanto que saio do trabalho sem ânimo”).

Também se diferenciam quando se indaga sobre “desejo de mudança na vida”. Os Auxiliares de Enfermagem e os Enfermeiros apresentam um percentual nas respostas afirmativas de 65,21% e 56,25%, respectivamente. Enquanto que Os Médicos, em 100% desejam mudanças. Em relação à avaliação sobre o “aproveitamento de oportunidades na vida”, de modo geral todos deram respostas afirmativas, e no que diz respeito à maior presença de “alegria” ou de “tristeza” na vida, as respostas mostraram que no grupo como um todo predominam significativamente os momentos de “alegria”, com discreta expressividade do percentual de “tristeza” apresentado pelos Médicos e pelos Auxiliares de Enfermagem, quando confrontados com os resultados dos demais profissionais.

Considera-se que uma pessoa tem um elevado sentimento de bem-estar quando apresenta satisfação com a vida, afeto positivo e relativa ausência de afeto negativo, experimentando assim freqüentes emoções de alegria e contentamento, no entanto, estando insatisfeita, com emoções de tristeza e raiva, possui um baixo nível de Bem-Estar Subjetivo (DIENER & LUCAS (2000 apud GIACOMONI , 2004). Segundo Diener (1996), o afeto positivo se refere ao contentamento experimentado, ao entusiasmo, ao sentimento transitório de prazer ativo. Enquanto que o afeto negativo, que também é transitório, inclui emoções como ansiedade, depressão, agitação, pessimismo e outros sintomas psicológicos aflitivos e angustiantes.

Assim sendo, pode-se observar que de modo geral a tendência da equipe é para as vivências positivas e para a satisfação com a vida, excetuando-se os Médicos que apresentaram sinais de BES baixo. É importante ressaltar que o resultado dos Médicos com relação ao grupo, sofreu influência de dois profissionais que vivenciavam forte crise com o trabalho no momento da entrevista. Como enfatiza Diener (1996), as auto-avaliações mudam com a passagem do tempo, por ser a satisfação com a vida um construto multidimensional e dinâmico, embora isso não implique em instabilidade do fenômeno, pois flutuações momentâneas não obscurecem um julgamento mais abrangente. Ou seja, apesar da possibilidade de ser circunstancial, os resultados dos Médicos corroboram os estudos realizados por

Nascimento Sobrinho et al. (2006), que indicaram a precariedade das condições de trabalho e de saúde dos médicos, que atuavam no momento em que foi feita a pesquisa na cidade de Salvador.

Quando investigados os motivos que levaram os sujeitos a avaliar a presença de “alegria” e de “tristeza” na vida, as respostas indicaram que, predominantemente, o apoio da família, as conquistas pessoais (formatura, emprego, casa própria), as características pessoais e os relacionamentos, foram os responsáveis pelas experiências de afeto positivo, o que coincide com o conteúdo das idéias que construíram as concepções que têm de bem-estar.

Considerando ser o bem-estar uma experiência interna de cada indivíduo, e portanto variável, mesmo quando submetidos a circunstâncias objetivas semelhantes, considerou-se importante definir para esta equipe, que sensações estariam mais relacionadas com bem-estar no contexto de trabalho. Procurou-se relacionar categoria profissional e sexo, com as sensações mais associadas a bem-estar e encontramos a seguinte situação:

Quadro 02 –Sensações Relacionadas a Bem-Estar

Categoria Profissional	Sexo	Principais Escolhas
Auxiliares de Enfermagem	Masc.	Alegria; Disposição.
Auxiliares de Enfermagem	Fem.	Alegria; Disposição.
Enfermeiro	Masc.	Segurança; Alegria.
Enfermeiro	Fem.	Alegria; Disposição; Poder de Decisão.
Médicos	Masc.	Motivação; Empolgação.
Médicos	Fem.	Dinamismo; Disposição; Contentamento; Poder de Decisão.
Auxiliares Administrativos	Fem.	Alegria; Disposição; Produtividade; Determinação
Fisioterapeuta	Masc.	Alegria; Motivação; Poder de Decisão; Produtividade.
Fisioterapeuta	Fem.	Motivação; Poder de Decisão.
Psicólogo	Fem.	Disposição; Segurança.

Predominantemente a “alegria” foi a sensação mais relacionada com bem-estar, seguida de “disposição”. Sentir-se “seguro” foi outra escolha expressiva, o que é esperado, haja vista a preocupação dos agentes da área da saúde com o exercício profissional em ambientes inseguros, pois os riscos de contaminação ou de doenças resultantes da atividade laboral, são fatores que fazem parte das condições de trabalho, muitas vezes precárias neste setor. “Motivação”, “determinação”, “dinamismo” e “produtividade” foram, escolhidos, mas com um distanciamento maior dos mais votados. Por outro lado, sensações como “vigor”, “empolgação”,

“inspiração”, “animação”, “entusiasmo”, “poder de decisão” e “engajamento”, evidenciaram relações fracas com bem-estar, pontualmente evocadas por alguns profissionais.

Os Auxiliares de Enfermagem, os Enfermeiros, e os Auxiliares Administrativos, apresentam uma variação menor nas escolhas, quando comparados à equipe, o que faz sugerir uma maior identidade ou afinidade, no que tange às concepções de bem-estar, o que pode significar uma maior sintonia. A categoria Médico chama a atenção pela variação nas escolhas, se comparados ao grupo como um todo e mesmo dentro de seu próprio grupo profissional, a variação se mantém. Tanto os profissionais Médicos do sexo feminino, quanto do sexo masculino, em suas escolhas se diferenciam da equipe: dos cinco profissionais, três escolheram “alegria” em último lugar e dois não apresentaram esta sensação.

Os Fisioterapeutas se aproximam nessa perspectiva de afinidade, quando elegem “poder de decisão” como uma sensação associada a bem-estar. Na realidade deles, estar na UTI sem o apoio da sua liderança, é sentir-se “sem voz”, conforme diz um deles em entrevista: “ as pessoas nos interrompem para fazer outros procedimentos, como se o que estivéssemos fazendo não tivesse nenhuma importância. Não temos a liderança aqui e por isso não nos impomos”. Curioso observar que esta sensação de “poder de decisão “ é uma associação feita por representantes do sexo feminino das categorias: Médico, Fisioterapeuta e Enfermeiro. Entretanto, categorias consideradas mais executoras e com reduzida autonomia, Auxiliares de Enfermagem e Auxiliares Administrativos de ambos os sexos, não fazem essa associação.

A associação de bem-estar com sensação de “produtividade” é uma evocação forte para os Auxiliares Administrativos, como também aparece entre os Fisioterapeutas do sexo masculino, ambas categorias com características de volume de trabalho considerável. No caso dos Fisioterapeutas, as relações de trabalho com outros vínculos são muitas vezes feitas através de cooperativas ou de prestações de serviços, tipo *home care*, que remuneram por produtividade. Quanto aos Auxiliares Administrativos as cobranças por produtividade, agilidade e precisão são muitas, pois dependem deles os registros de consumo dos pacientes e os procedimentos

finais para o setor financeiro fechar as contas. Falhar ou atrasar os registros, pode significar prejuízos, pelos quais, provavelmente, serão responsabilizados.

Quando investigada a relação de *apoio social* com bem-estar no contexto de trabalho, no sentido de saber que *apoio* já recebeu, de quem recebeu e o que sentiu ao recebê-lo, as respostas dos informantes indicam uma estreita relação entre os dois construtos; uma tendência muito forte, a permanecer a rede de apoio, predominantemente, ativada entre os pares; e uma correspondência importante das sensações presentes nos momentos em que recebem *apoio*, com as evocações obtidas no questionário, quando indagados sobre que sensações relacionam com bem-estar. Dos *apoios* citados como recebidos na equipe, 39,55% foram *apoios informacionais*; 36,45%, *apoios emocionais*; e 24% foram *apoios materiais*.

Analisando por categoria profissional, os Enfermeiros se destacam como os que mais receberam *apoio*, predominando os *apoios informacionais e emocionais*. A seguir, os Auxiliares de Enfermagem, com a mesma tendência dos Enfermeiros. Os Médicos, por sua vez, em 100% declaram ter recebido *apoio informacional* e dos 05 participantes, 03 declaram ter recebido *apoio emocional*. Os *apoios* vêm marcadamente do colega da mesma categoria, o que é esperado, pressupondo-se que as interações são mais freqüentes. Segundo Garcia (2003), o apoio social percebido nos relacionamentos sociais depende das interações entre as pessoas e do grau de confiança que se estabelece. Num ambiente de trabalho tão especializado como o de uma UTI, os *apoios informacionais e materiais*, por exemplo, têm uma tendência a seguir a direção das competências e das habilidades necessárias à realização das atividades. São raras as situações que contrariam essa tendência.

Na totalidade, das referências de *apoio social* encontrado nesta equipe, em qualquer dimensão, há uma relação direta com as sensações de bem-estar, conforme os depoimentos dos profissionais. Esta relação de *apoio* com bem-estar supõe uma ligação direta com o que preconiza a literatura: “o apoio social é uma estratégia eficaz no controle do estresse, identificado como um fator psicossocial que protege o indivíduo (RODIN, 1986 apud CHOR et al.,2001; COHEN & WILLS, 1985 apud

CHOR et al., 2001; SARGENT & TERRY, 2000; KARASEK & THEORELL, 1990, entre outros).

CONCLUSÃO

O trabalho no segmento da saúde sofreu o impacto do crescente avanço tecnológico, que refletiu no desenvolvimento científico e na dinâmica social das práticas em saúde, destacando-se as UTIs como um dos espaços hospitalares que mais concentra tecnologia de última geração e que mais exige profissionais especializados. As UTIs são ambientes com altas cargas físicas e psicoemocionais, que demandam elevada exigência mental e trabalho intenso.

Quando se foca o ambiente psicossocial do trabalho nessas unidades, verifica-se que o mesmo traz sofrimento psíquico por muitas razões, entre as quais destacamos as cargas de trabalho que ultrapassam as capacidades dos indivíduos; o confronto diário com a dor e a morte, que gera mecanismos defensivos para a supressão das emoções; o medo frente aos riscos, seja devido à ameaça de contaminação ou à elevada responsabilidade pelas vidas; e os conflitos de valores e de papéis, que ameaçam o ideal desejado do trabalho em equipe e estimula a execução das atividades pelos distintos profissionais, de forma mais isolada ou marcada pelas “cordiais relações interpessoais”, superficiais, que dão às interações um caráter meramente instrumental (PEDUZZI, 1998).

O trabalho em equipe, como uma alternativa para a recomposição das práticas em saúde, propicia uma atuação dinâmica e multidimensional em que se espera haver a construção de um projeto comum de assistência, que passa necessariamente pela interação e por mecanismos de comunicação. Todavia, é difícil que unidades como as UTIs, apliquem em sua plenitude esse modelo. As próprias condições de exigências e ritmo intenso de trabalho, obrigam as pessoas a enfrentarem pressões internas e externas de várias intensidades; limitam o controle sobre o trabalho (KARASEK, 1979); impõem o auto-controle diante das emoções que emanam da atividade em si; e determinam o cumprimento rigoroso de uma rotina rígida. Todos esses fatores já colocam obstáculos que impedem que a comunicação, ferramenta básica para o trabalho em equipe, seja privilegiada em sua forma integradora.

Assim, as UTIs são ambientes onde existem muitos estressores que Karasek & Theorell (1990) consideram passíveis de terem seus efeitos moderados ou modificados pela presença de *apoio social*. Nos ambientes de UTI, pela própria dinâmica, o *apoio social* assume um caráter peculiar, mas que responde aos fatores que envolvem o ambiente e as pessoas (ARROSSI, 1994), o que corrobora o pensamento de Karasek & Theorell (1990), quando afirmam que qualquer tipo de *apoio* é importante na redução da tensão psicológica.

Sendo assim, para compreender o fenômeno *apoio* no contexto de trabalho da UTI, a presente pesquisa buscou apreender o significado atribuído pelos distintos profissionais à palavra *apoio* e encontrou uma forte associação com “ajuda física e concreta”, percebida, sobretudo, no processo de trabalho, que na classificação adotada nesta pesquisa, se denomina de *apoio material*. Também apareceu associado à concepção de *apoio*, o compartilhamento nas decisões e as ações educativas (*apoio informacional*), que visam transmissão de orientações e aprendizado. Esses resultados permitem concluir que as UTIs são ambientes onde os *apoios* são percebidos numa perspectiva mais instrumental, o que reforça a idéia de que são espaços em que a intensa racionalidade e a busca do conhecimento são hegemônicas e mantêm orientação para a tarefa. Entretanto, foi possível constatar que a racionalidade, que é soberana, não impede as demandas por *apoios emocionais e afetivos*, devido às próprias características de unidades assistenciais como essas.

Neste estudo, o apoio social no contexto de trabalho funciona como proteção à saúde psíquica e traz bem-estar, o que provoca efeitos preditores de saúde geral. Tomando como base os objetivos propostos, as principais conclusões deste indicam que:

- o trabalho em UTI, mesmo inserido em um contexto de interações, é constituído predominantemente por ações racionais e, por isso, orientado pelas regras técnicas. Esse caráter pragmático determina a percepção imediata dos comportamentos de *apoio* na perspectiva material e informacional;

- apesar da percepção imediata dos *apoios materiais e informacionais*, os *apoios emocionais e afetivos* são valorizados pela equipe, quando estimulada a refletir e a falar sobre os aspectos psicossociais do trabalho. Aparecem como necessidades latentes, que a rotina do trabalho possivelmente encobre, muitas vezes, fazendo-as desembocar no adoecimento (o número de afastamentos nesta unidade, tem preocupado a Administração e ensejado a criação de programas de promoção de saúde);
- quanto mais elevadas as exigências intelectuais da atividade profissional, mais distantes os profissionais se encontram das concepções de *apoio* que envolvem emoção, afeto e interação, esta no sentido de participação em atividades grupais que não estejam relacionadas ao trabalho propriamente dito;
- o tipo de *apoio* identificado pela equipe como presente no contexto de trabalho, depende de aspectos subjetivos que podem favorecer ou não a percepção de *apoio* e influenciar a ativação ou não da rede. Foi detectado, por exemplo, que os profissionais de nível médio, do sexo feminino, com faixa etária acima de 29 anos, com experiência profissional em UTI acima de 06 anos, solteiros, com um único vínculo de emprego e com tempo de serviço na instituição acima de 06 anos tendem a identificar as possibilidades de *apoio* no ambiente de trabalho, sobretudo, *emocional e afetivo*;
- é significativa, na equipe, a presença de *apoio* e a receptividade a este. Foi constatada, na equipe, uma relação positiva entre os *apoios* recebidos e as sensações de bem-estar no contexto de trabalho. A concepção de bem-estar para essa equipe tem em seu núcleo os aspectos que envolvem em primeiro lugar, a “qualidade do relacionamento”, seguida das “condições de trabalho” e da “satisfação pessoal”;
- apesar das condições adversas do ambiente de UTI, o nível de bem-estar subjetivo da equipe como um todo foi avaliado como elevado, considerando a satisfação com a vida de modo geral e a presença de experiências positivas. Certamente é esse um dos principais suportes para o enfrentamento dos

estressores no ambiente da UTI. Os Médicos, especificamente, apresentaram diferenças neste aspecto, pois não evidenciaram o mesmo nível de bem-estar. Essas diferenças no segmento médico tornou possível observar, neste estudo, a relação de influência entre o bem-estar em um determinado domínio da vida, neste caso o trabalho, e a satisfação com a vida de modo geral. O sentimento de insatisfação dos Médicos está fortemente associado à falta de realização pessoal e profissional, que resulta num alto nível de frustração, com repercussões importantes no bem-estar;

- bem-estar é predominantemente associado nessa equipe a sensações de “alegria”, apesar das orientações para que no ambiente da UTI, a equipe não expresse “alegria”, por já ter havido queixas de familiares a este respeito. Este é um dado importante na análise de bem-estar dessa equipe, pois os momentos de integração e de relaxamento se reduzem enormemente, já que a atividade é constante e abrange todo o período de convivência em grupo. “Disposição” e “segurança” foram as outras sensações mais evocadas para compor a concepção de bem-estar, curiosamente, associadas a condições de trabalho, alvo das queixas dos profissionais em geral.
- embora as relações no segmento da saúde estejam ficando mais horizontalizadas, a partir das mudanças na própria profissão médica, com a perda das prerrogativas de um trabalho autônomo, e da evolução do conhecimento científico nas outras profissões, foi percebida, neste estudo, uma menor sintonia dos médicos com relação à equipe, no que diz respeito às percepções. De modo geral, também foi possível identificar na pesquisa, que os *apoios* são trocados predominantemente entre os pares;
- a centralidade da tarefa nesses ambientes, embora seja percebida como não propiciadora das interações, pode se constituir em um caminho de aproximação entre os profissionais que, por meio desses *apoios* tangíveis e de uma reciprocidade de informações, poderão tornar factível a construção de um ambiente favorável à geração de recursos psicológicos e físicos, que venham a fortalecer os indivíduos para o enfrentamento das adversidades. As características de complementariedade, de interdependência e de co-

responsabilidade, presentes nos depoimentos da equipe, quando falam de suas percepções sobre o trabalho em UTI, são fatores que facilitam a formação de uma rede de *apoio* e de produção de bem-estar.

Tivemos algumas limitações metodológicas, conforme são apresentadas a seguir:

- o uso das estratégias qualitativas de análise e das entrevistas poderia ter sido otimizado para uma compreensão mais profunda do contexto. Mais observações diretas e uma entrevista mais livre, logicamente com um número menor de informantes, atingiria com mais êxito esse objetivo;
- as conclusões podem ser limitadas uma vez que estão alicerçadas apenas em uma organização. As equipes e as práticas variam e, conseqüentemente, é difícil generalizar a partir de resultados de equipes específicas;
- apesar da presteza e colaboração da equipe e da boa aceitação da pesquisa, uma adesão mais ampla dos Médicos e dos Fisioterapeutas, se levarmos à risca a representatividade na equipe, contribuiria para se obter uma coleta de dados mais rica;
- o fato de terem sido selecionadas as questões principais das entrevistas para análise, haja vista o volume de dados obtidos, deixou a sensação de que mais poderia ter sido explorado dos depoimentos.

Importante salientar que o fato do bem-estar ser também associado às características dos indivíduos, isto não pode servir para que as organizações adotem uma postura passiva com relação às melhorias do ambiente e à preservação da saúde do trabalhador. Assim, para as organizações de saúde, deve ser prioritário criar estratégias que visem a reduzir ao máximo os estressores dos ambientes ocupacionais, já que a morte e a dor são suficientes, para sozinhas, causarem muito sofrimento. Rever as cargas de trabalho; criar espaços internos à UTI para uma boa convivência e saudável expressão da “alegria”; garantir boas condições de trabalho e de segurança; desenvolver as pessoas integralmente; enfim, fortalecer relações

sociais e comportamentos que dêem aos indivíduos formas de administrar as dificuldades.

De modo geral, os resultados sugerem ser esta uma linha de pesquisa promissora, que dá margem à elaboração de futuras questões para estudo. Podemos dizer que o resultado deste trabalho contribui para a compreensão de alguns aspectos relacionados a *apoio social* e bem-estar, mas é fundamental a exploração deste espaço, que é largo e profundo, dada à complexidade dos dois construtos.

Referências

ALBUQUERQUE, A.S; TRÓCOLI, B.T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2. p.154-164, 2004.

ALMEIDA-FILHO, N. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.2 p. 5-20, 1999.

AMIB (Associação de Medicina Intensiva Brasileira). **Humanização em cuidados intensivos**. São Paulo: Ed. Revinter, 2004.

ANTUNES, R. As Metamorfoses no Mundo do Trabalho. In: GOMES, Álvaro (org). **O trabalho no século XXI**. São Paulo: Anita Garibaldi, 2001.

ARROSSI, S. Apoyo social y salud mental em las ciudades del tercer mundo: algunas consideraciones para su análisis. In: Meio Ambiente y Urbanización. Argentina : IIED-AL, 1994.

BARRIOS,P.C. Eventos estressantes y beneficios secundários de la enfermedad. In: II Curso Nacional Teorico Practico de Aplicacion Clinica y Social de la Psiconeuroinmunologia, Resumos, p. 105-113,Caracas: Universidade Central da Vanezuela, 1999.

BIASOLI-ALVES, Z.M.M. A pesquisa em psicologia - análise de métodos e estratégias na construção de um conhecimento que se pretende científico. In: ROMANELLI, G. & BIASOLI – ALVES, Z.M.M. (Org). **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. Ribeirão Preto, S.P.: Leges Summa, 1998.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada : o papel do parceiro sexual. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 38 p. 262-269, 2004.

CASTANHA, A.; SALDANHA, A.; COUTINHO, M.P.; RIBEIRO, C.; ARAÚJO, L. Qualidade de vida de soropositivos para HIV após duas décadas de terapia anti-retroviral. In: Congresso HIV- AIDS, 6, 2005, Portugal.

CHOR, D. ; GRIEP, R. ; HARTER, L. et al. Medidas de rede de apoio social no estudo pró-saúde : pré-testes e estudo piloto. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.17, n.4, p. 887-896, 2001.

COBB, S. Social Support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine** v. 38 p. 300-314, 1976.

CODO, W. (Org). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis, R.J. : Vozes ; Brasília: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação ; Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho, 2002.

Codo, W. et. al. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis : Vozes, 1994.

DIENER, E. Subjective well-being in cross-cultural perspective. In: G. Hector (Ed.), Key issues in cross-cultural selected papers from the Twelfth International **Congress of the International Association for Cross-Cultural Psychology**. Academic Press, 1996.

DIENER, E. ; SUH, E. Subjective well-being and age : an international analysis. In : Schaie KW, Lawton MP. **Annual review of gerontology and geriatrics**. Focus on emotion and adult development. New York : Springer Publishing Company, 1997.

DIOGO, M. J. Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, vol. 13, nº 6 p.56-75, 2003.

DONNANGELO, M. C.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Pioneira, 1975.

ECHENIQUE, M. Contribuições para a visão de homem no psicodrama. **Revista Brasileira de Psicodrama**, São Paulo, v.4, Fascículo II, p. 133-141, Federação Brasileira de Psicodrama, 1996.

EMMONS, R. A. Personal strivings: an approach to personality and subjective well-being. **Journal of Personality and Social Psychology**, 51, 1058-1068, 1986.

ESTEVES, M.F.D.P. Estresse psíquico em professores do ensino superior privado: um estudo em Salvador–Ba. 2004. Dissertação de mestrado- Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FERNANDES, S.R.P. Tecnologia informática e saúde psíquica : estudo da associação entre dimensões psicossociais do trabalho e sintomas psicológicos em duas empresas. 1998.Tese de Doutorado, Instituto de Saúde Coletiva (ISC), Universidade Federal da Bahia, Salvador.

FIORINI, V.M.L. Níveis de experiência de um grupo de psicoterapia em enfermaria psiquiátrica. 1995. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Campinas : PUC Campinas.

GARCIA, A. M. Estresse ocupacional em operadores de teleatendimento: o papel dos comportamentos apoiadores do supervisor. 2003. Dissertação de mestrado, Fundação Visconde de Cairu. Salvador –Bahia.

GASKELL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: M.W. Bauer e G. Gaskell (Org). **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. Petrópolis: Vozes, 2002.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo : em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, Ribeirão Preto, vol. 12 nº1, p. 51-63, 2004.

GOMIDE JUNIOR, S. et al. Antecedentes de bem-estar no trabalho: satisfação com o suporte social e percepção de suporte social no trabalho. In: **Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa sobre Bem-Estar, Suporte Social e Trabalho, 3.** 2005,São Paulo.

GOULART, I. SAMPAIO, J. Qualidade de vida no trabalho e psicologia social. In: SAMPAIO, J. (org.) **Trabalho e Qualidade de Vida.** São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

KARASEK, R. Job demands, job decision latitude and mental strain : implications for job redesign. **Administrative Science Quarterly**, vol. 24, p.285-308. 1979.

KARASEK, R. & THEORELL, T. **Healthy work-basic books.** New York : Basic Books Inc,1990.

LAZARUS, J. & FOLKMAN, S. **Stress, aprasaid and coping.** New York : Springer, 1984.

MaCHADO, M.H. **Profissões de saúde: uma abordagem sociológica.** Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.

MELEIRO, A. & SIQUEIRA, M. Bem-estar no trabalho: os impactos do suporte do supervisor e dos estilos de liderança. In: **Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa sobre Bem-Estar, Suporte Social e Trabalho, 3.** São Paulo, 2005.

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

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** São Paulo: Hucitec, 1992.

MORENO, J. L. **Psicodrama.** (9ª edição)São Paulo, Cultrix, 1993.

MUCCHIELLI, R. ; **O trabalho em equipe**. São Paulo, Martins Fontes, 1980.

NASCIMENTO SOBRINHO et al. Condições de trabalho e saúde mental dos médicos em Salvador. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, 131-140, 2006

NOGUEIRA_MARTINS, L. A. Saúde mental dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, Belo Horizonte. v. 1, 56-68, 2003.

PAIM, J.S. **Saúde – Política e Reforma Sanitária**. Salvador, ISC, 2002.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde : a interface entre trabalho e interação, 1998. Tese de Doutorado, Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal** . São Paulo : Martins Fontes, 1994.

PIETRUKOWICZ, M. C. ; Apoio social e religião : uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde, 2001. Dissertação de Mestrado, Fundação Oswaldo Cruz-Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

PITTA, A. **O hospital, dor e morte como ofício**. São Paulo, Hucitec, 1990.

QUEIROZ, E. Trabalho em equipe no contexto hospitalar : uma investigação sobre os aspectos comunicacionais envolvidos na tomada de decisão clínica em instituição de reabilitação, 2003. Tese de doutorado, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, 2003.

RABELO M.C.; ALVES, P.C.; SOUZA, I. M. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RIBEIRO, C. Bem-estar subjetivo e o trabalho em comunidade. In : **Congresso de Psicologia da UFRJ, 2, 2003,R.J. Anais, Rio de Janeiro:UFRJ, 2003.**

RIBEIRO, J.P. **Gestalt-terapia: o processo grupal**. São Paulo: Summus Editorial, 1994.

ROTHBERG, J. S. The rehabilitation team: future direction. **Archives de Phisycal Medicine and Rehabilitation**, 62, 407-410, 1981.

SANTOS, M. Redes sociais informais e compartilhamento de significados sobre mudança organizacional: estudo numa petroquímica da Bahia, 2004. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, 2004.

SARGENT, D. L. & Terry, D. The moderating role of social suport in karaseks Job strain mode. **Work e Stress**, New York, v. 14, n3, p.245-261, 2000.

SCHRAIBER, L. B.; **O médico e seu trabalho ; limites da liberdade**.São Paulo, Hucitec, 1993.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ, Cortez, 1994.

SILVA, K. & COUTINHO, E. – Escala de apoio social aplicada a uma população de gestantes: confiabilidade teste-reteste e estrutura de concordância dos ítems. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, 979-983,2005.

SILVA, O. M. O trabalho de equipe em reabilitação. **O Mundo da Saúde**. III trimestre, 174-181, 1980.

SIQUEIRA, M. et al. Bem-estar subjetivo e otimismo entre universitários. **Seminário de Pesquisa do Grupo Interinstitucional de Pesquisa sobre Bem-Estar, Suporte Social e Trabalho, 3-Caderno de Resumo**. São Paulo, 2005.

SPINK, M.J. **Psicologia social e saúde - práticas, saberes e sentidos**- Vozes, Rio de Janeiro, 2003.

SORATTO, L ; RAMOS, F. Burnout e relações sociais no trabalho. In: Codo, W. (Org). **Educação, carinho e trabalho**. Petrópolis,R.J: Vozes/Brasília: Confererção Nacional dos Trabalhadores de Educação: Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho,2002.

TAMAYO, A et al. Prioridades axiológicas e comprometimento Organizacional. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 17. nº1 p. 63-72, 2001.

VALLA, V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 15, p. 35-44, 1999.

VALLE, A. ; VIEIRA, I. Qualidade de vida no trabalho e psicologia social. In: SAMPAIO J. (Org.) **Trabalho e Qualidade de Vida** .São Paulo, Casa do Psicólogo, 2003.

ZARIFIAN, P. Comunicação e subjetividade nas organizações. In: Davel, E. ; Vergara, S. (Org). **Gestão com pessoas e subjetividade**. São Paulo, Atlas, 2001.

ANEXO A - Carta de Divulgação da Pesquisa aos Profissionais da UTI Clínica.

Salvador, 23 de abril de 2006.

Aos profissionais da UTI Clínica

Prezados Senhores,

Em dezembro de 2005, obtive autorização do Comitê de Ética e Pesquisa desse hospital, para realizar uma pesquisa com finalidade acadêmica, visando subsidiar a minha dissertação no Mestrado em Psicologia da UFBA.

Sou psicóloga há quase 30 anos, dos quais 15, atuo na área de Gestão de Pessoas em hospitais, e tenho como objetivo neste estudo, investigar as implicações do apoio social no bem-estar dos trabalhadores em uma equipe de Unidade de Terapia Intensiva, considerando a rede social de apoio no trabalho, especificamente na área da saúde, uma variável importante para preservação da saúde psíquica dos agentes envolvidos com ações terapêuticas.

Eu e minha equipe, formada por estagiários de psicologia em fase de conclusão de curso, esperamos poder estar com todos os profissionais dessa unidade, para a realização de entrevistas individuais. Contamos com a sua colaboração e aproveitamos para esclarecer que as informações obtidas serão tratadas com sigilo e anonimato, sendo os resultados analisados em conjunto e eletronicamente.

Como responsável por este projeto de pesquisa, coloco-me à disposição para esclarecimentos, podendo ser contatada pelos telefones 9999.9999 ou 9999.9999.

Agradeço, antecipadamente, a sua atenção e colaboração.

Walkyria Camarotti
Mestranda em Psicologia - UFBA

ANEXO B – Termo de Consentimento Informado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA - UFBA
 Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas – FFCH
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI
MESTRADO EM PSICOLOGIA



Título do Protocolo de Pesquisa : O papel do apoio social e suas implicações no bem-estar dos trabalhadores : estudo em equipe de Unidade de Terapia Intensiva

Pesquisador : Walkyria Camarotti

Formação : Psicóloga, mestranda em psicologia na Universidade Federal da Bahia.

Objetivo da Pesquisa : Investigar o papel da rede social de apoio e seus respectivos mecanismos no bem-estar, em profissionais que atuam em equipe multiprofissional de UTI.

Benefícios : Novas perspectivas para a compreensão e identificação dos comportamentos apoiadores presentes nas equipes multiprofissionais e seus efeitos no bem-estar dos agentes de saúde, contribuindo positivamente para a promoção da saúde psíquica nos ambientes de trabalho.

Termo de Consentimento Informado

Pelo presente documento, declaro ter conhecimento dos objetivos e dos métodos deste estudo, que me foram apresentados pelo pesquisador abaixo nomeado.

Estou informado(a) de que, se houver qualquer dúvida a respeito dos procedimentos adotados durante a condução da pesquisa, terei total liberdade para questionar ou mesmo me recusar a continuar participando da investigação.

Meu consentimento, fundamentado na garantia de que as informações apresentadas serão respeitadas, assenta-se nas seguintes restrições :

- a) Não serei obrigado a realizar nenhuma atividade para a qual não me sinta disposto(a) ou capaz.
- b) Não participarei de qualquer atividade que possa me trazer qualquer prejuízo.
- c) O meu nome, e o dos demais participantes da pesquisa, não serão divulgados.
- d) Todas as informações individuais terão o caráter estritamente confidencial.
- e) Os pesquisadores estão obrigados a me fornecer, quando solicitados, as informações coletadas.
- f) Posso, a qualquer momento, solicitar aos pesquisadores, que os meus dados sejam excluídos da pesquisa.

Ao assinar este termo, passo a concordar com a utilização das informações para os fins a que se destina, salvaguardando as diretrizes universalmente aceitas da ética na pesquisa científica, desde que sejam respeitadas as restrições acima elencadas.

O pesquisador responsável por este projeto de pesquisa é a mestrande Walkyria Camarotti, que poderá ser contatada pelos telefone : 9999.9999 ou 9999.9999.

Salvador.....de.....de 2006.

Nome:-----

Assinatura :-----

ANEXO C- Roteiro da Entrevista Semi-Estruturada

Dados de Identificação Geral

1. Iniciais do Nome : _____ 2. Função : _____

3. Sexo : () M () F 4. Idade : _____

5. Estado Civil : () Solteiro () Casado () Divorciado/Separado/Desquitado
() Viúvo () Outro _____

6. Tem Filhos : () Sim () Não Se sim, número de filhos : _____

7. Tempo de Formado : _____ 8. Tempo de Atividade em UTI: _____

9. Tempo de Serviço no HSI : _____ 10. Outros Vínculos :

10.1. _____

10.1.1. Tipo de Vínculo : () Assalariado () Cooperado
() Prestador de Serviços () Outro, qual ? _____

10.1.2. Tempo de Serviço : ____ anos ____ meses

10.1.3. Setor : () UTI () Emergência () Ambulatório () Unid. Aberta
() Outros _____

10.1.4. Carga Horária Semanal: _____

10.1.5. Turno : () M () T () MT () N () Escala Mista

10.1.6. Plantão ? () Sim () Não Carga Horária Semanal : _____

10.1.7. Cargo de Chefia ? () Sim () Não

Se sim, especifique _____

10.2. _____

10.2.1. Tipo de Vínculo : () Assalariado () Cooperado
() Prestador de Serviços () Outro, qual ? _____

10.2.2. Tempo de Serviço : ____ anos ____ meses

10.2.3. Setor : () UTI () Emergência () Ambulatório () Unid. Aberta
() Outros _____

10.2.4. Carga Horária Semanal : _____

10.2.5. Turno : () M () T () MT () N () Escala Mista

10.2.6. Plantão ? () Sim () Não Carga Horária Semanal : _____

10.2.7. Cargo de Chefia ? () Sim () Não

Se sim, especifique _____

10.3. _____

10.3.1. Tipo de Vínculo : () Assalariado () Cooperado
() Prestador de Serviços () Outro, qual ? _____

10.3.2. Tempo de Serviço : ____ anos ____ meses

10.3.3. Setor : () UTI () Emergência () Ambulatório () Unid. Aberta
() Outros _____

10.3.4. Carga Horária Semanal : _____

10.3.5. Turno : () M () T () MT () N () Escala Mista

10.3.6. Plantão ? () Sim () Não Carga Horária Semanal : _____
 10.3.7. Cargo de Chefia ? () Sim () Não

Roteiro de Entrevista

PARTE A - SITUAÇÕES DA VIDA EM GERAL

1. Você se sente satisfeito(a) com sua vida ? Por que ?
2. Considera que ela vem transcorrendo de acordo com o que você idealizou ?
3. Gostaria de mudar algo neste momento de sua vida ? Em caso positivo, o que?
4. Acha que aproveita as oportunidades que lhe são dadas ? Como ? Por que?
5. Tem conseguido tudo o que esperava da vida ?
6. Avaliando sua trajetória de vida, considera que ela tem mais momentos de tristeza ou de alegria ? O que lhe faz pensar assim ?

PARTE B - SITUAÇÕES DO TRABALHO

1. Quais as implicações do trabalho na sua vida ?

1.1. Trabalhos Anteriores

Positivas :

Negativas :

1.2. Trabalhos Atuais

Positivas :

Negativas :

2. Equipe no contexto de trabalho :

2.1. Como se sente trabalhando nesta equipe ?

2.2. Com quais colegas você se sente à vontade para falar de quase tudo sobre sua vida? (nomes e funções)

Vida Pessoal :

- 1.
- 2.
- 3.

Vida do trabalho :

- 1.
- 2.
- 3.

2.3. Quais desses colegas você considera amigos ? (nomes)

2.4. Para você que diferença existe entre :

Pessoas importantes-

Pessoas íntimas-

2.5. Identifique pelo nome as pessoas que considera importantes na sua equipe de trabalho.

- 1.
- 2.
- 3.

2.6. Identifique entre essas pessoas:

As mais próximas no trabalho

- 1.
- 2.
- 3.

As mais próximas pessoalmente

- 1.
- 2.
- 3.

3. Equipe no contexto de extra – trabalho :

3.1. A equipe organiza atividades extra-trabalho ? Em caso afirmativo, quais?

3.2. Você participa das atividades extra-trabalho que o grupo organiza?

Em caso afirmativo, de quais ? Em caso negativo, por que não ?

3.2.1. Como você se sente nessas ocasiões ?

3.3. Em sua equipe de trabalho, com que pessoas (nomes) você se reúne para atividades extra-trabalho ?

3.3.1. Que importância essas pessoas têm para você?

3.4.Você ocupa alguma posição de destaque quando está com a sua equipe em situações de extra-trabalho ? Qual ?

4. Rede de apoio no contexto de trabalho :

4.1.Você participa de atividades no grupo, além das inerentes ao seu papel profissional, objetivando colaborar ? Quais ?

4.2.Sente que os outros membros da equipe fazem o mesmo com você?

4.3.Em caso positivo, qual o apoio encontrado ?

4.4. Como recebeu esse apoio ?

4.5.O que você considera “apoio” no contexto de trabalho ?

- 1.
- 2.
- 3.

5. Bem- estar no contexto de trabalho :

O que é para você bem-estar no trabalho ?

- 1.
- 2.
- 3.

Anexo D- Questionário

QUESTIONÁRIO

Parte A - Rede de Apoio no Contexto de Trabalho

1. Neste grupo, com que frequência, você conta com alguém que o ajuda, nas seguintes situações ? Assinale uma das alternativas.

1- nunca 2-raramente 3-às vezes 4- quase sempre 5- sempre		1	2	3	4	5	Quem/Função
a	se ficar doente						
b	se precisar falar e conversar quando tem um problema						
c	se necessitar de conselhos quando está em crise						
d	se ficar doente e precisar de companhia para ir ao médico						
e	se precisar de uma presença amiga e afetuosa						
f	se quiser sair para se divertir...						
g	se precisar de uma orientação/ informação						
h	se precisar ser ouvido por alguém de confiança para desbafar						
i	se necessitar de um carinho, de um abraço						
j	se precisar relaxar						
k	se precisar de um apoio para situação doméstica /pessoal						
l	se precisar de ajuda em suas tarefas diárias						
m	se precisar compartilhar sentimentos e preocupações íntimas						
n	se precisar de sugestões para resolver um problema pessoal						
o	se necessitar de alguém compreensivo						
p	se precisar se sentir querido						
q	se precisar estar com alguém que ame, por quem tem afeto						

Fonte: Adaptação da Escala de Medidas de Rede de Apoio Social no Estudo Pró- Saúde- Fiocruz. Autores: Chor, D; Griep, R. Lopes, C, et al. Publicado no Caderno de Saúde Pública.

Parte B – Bem- Estar / Rede de Apoio no Contexto de Trabalho

1. Tente lembrar de situações em que precisou de ajuda material, de apoio emocional, de informação ou de um outro tipo de favor, como por exemplo, trocar um plantão. Você recebeu apoio? De quem ? Sentiu bem-estar?

Apoio	Recebeu	Não Recebeu	Quem	Bem-Estar	
				Sim	Não
Apoio Material					
Apoio Emocional					
Apoio Informacional					
Outros					

2. Que tipo de ajuda considerou mais importante ?

3. Das situações/sentimentos relacionados abaixo, quais os cinco que definem a sua sensação quando sente bem-estar no contexto de trabalho? Enumere por ordem de importância para você :

- () Alegria
- () Disposição
- () Contentamento
- () Determinação
- () Animação
- () Segurança
- () Motivação
- () Dinamismo
- () Engajamento
- () Produtividade
- () Entusiasmo
- () Estímulo
- () Empolgação
- () Vigor
- () Inspiração
- () Poder de decisão

Fonte : Adaptação da Escala de Bem-Estar Subjetivo (Albuquerque e Trócoli , 2004)

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](#)