



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Cláudia Maria da Silva Sá


**Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação
cardiopulmonar: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador**

Rio de Janeiro

2009

Cláudia Maria da Silva Sá

**Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar:
repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador**



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

Orientadora: Prof.^a Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

S111	<p>Sá, Cláudia Maria da Silva. Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador / Cláudia Maria da Silva Sá. - 2009. 101f.</p> <p>Orientadora: Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza. Dissertação (mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.</p> <p>1. Saúde e trabalho. 2. Enfermagem do trabalho. 3. Ressuscitação cardiopulmonar (Primeiros socorros). I. Souza, Norma Valéria Dantas de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDU 614.253.5</p>
------	--

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

Assinatura

Data

Cláudia Maria da Silva Sá

**Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar:
repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador**

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

Aprovada em 25 de março de 2009.

Banca Examinadora:

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

Prof.^a Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa
Escola De Enfermagem Anna Nery da UFRJ

Prof. Dr. Elias Barbosa de Oliveira
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

A Deus, por tornar possível mais essa vitória em meu caminho. A ti, toda a Glória.

Ao meu pai Antônio e às minhas mães Ernestina e Ercília, pelo amor, confiança, compreensão e incentivo em meu desenvolvimento pessoal e profissional.

AGRADECIMENTOS

À equipe de trabalho do Serviço de Treinamento e Avaliação em Enfermagem, por facilitar meu caminhar pelo mestrado, através do incentivo ao meu desenvolvimento acadêmico e do convívio com carinho e amizade.

À minha orientadora Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, pela receptividade e valiosa condução neste caminho acadêmico, com muita competência e cuidado.

À professora Márcia Tereza Luz Lisboa, pelas sugestões valiosas na construção desta dissertação.

Ao professor Elias Barbosa de Oliveira, pelas contribuições precisas na elaboração desta pesquisa.

Às amigas Andréia, ÉliSSa e Érica, pelos momentos de descontração e ajuda mútua ao longo de nossa jornada.

À amiga Elaine Kreischer, pelo incentivo para a realização do concurso de seleção para o mestrado e pelo apoio durante o mestrado.

Aos participantes deste estudo, por darem vida a esta pesquisa, com o compartilhamento de suas experiências.

Aos professores do Programa de Mestrado da Faculdade de Enfermagem, por disponibilizarem seus conhecimentos com informações preciosas.

Ao Coordenador de Enfermagem, Chefes de Serviço, Supervisores e equipe da Secretaria da Chefia de Enfermagem do hospital campo deste estudo e de minha atuação, pelo apoio e incentivo à minha qualificação profissional.

Aos Enfermeiros Roberto Cabral e Anita Nery dos Santos, pela cooperação no início dessa etapa.

À equipe da Secretaria do Mestrado da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), pelo profissionalismo.

À equipe da biblioteca biomédica B (CB/B), por toda paciência e cordialidade na revisão da formatação deste estudo.

Aos amigos do Grupo de trabalho para a sistematização da assistência de Enfermagem ao cliente em Parada Cardiorrespiratória (GTPCR), pelos objetivos em comum e pela amizade construída.

Aos amigos e familiares que acompanharam este processo, pelas mensagens de otimismo e carinho.

Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.

Paulo Freire

RESUMO

SÁ, Cláudia Maria da Silva. **Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar**: repercussões psicofísicas na saúde do trabalhador. 2009. 101 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

Objeto de estudo: repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitações cardiopulmonares em enfermarias de clínica médica. Objetivos: identificar os fatores facilitadores e dificultadores enfrentados pelos trabalhadores de enfermagem na atuação em ressuscitação cardiopulmonar, discutir os sentimentos que emergem desses trabalhadores nesta atuação, analisar as repercussões psicofísicas na saúde destes trabalhadores decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar. Estudo qualitativo, descritivo, fundamentado no método dialético e com referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho. Desenvolvido em quatro enfermarias de clínica médica de um hospital universitário da rede pública do município do Rio de Janeiro, tendo como sujeitos cinco enfermeiros e doze auxiliares de enfermagem. Utilizou-se como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e as informações coletadas foram tratadas e analisadas à luz do método de análise de conteúdo, o qual possibilitou o surgimento de três categorias: a organização do trabalho e seus reflexos sobre a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar, vivências referentes a esta atuação e implicações na saúde destes trabalhadores decorrentes desta atuação. Os resultados apontaram para um significativo distanciamento entre o trabalho prescrito e o real. Esse distanciamento gerava nos sujeitos uma percepção marcadamente de dificuldades, as quais conduziram a relatos de muito mais sofrimento do que de prazer. Verificou-se que o sentimento de prazer emergia quando os sujeitos aludiam à recuperação do cliente, à sensação do dever cumprido e quando eles conseguiam vencer as dificuldades que perpassavam este atendimento. Diante das situações dificultadoras, os trabalhadores referiram angústia, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, frustração, isto é, sentimentos negativos e prejudiciais para a saúde do trabalhador. Várias repercussões psicofísicas foram sentidas pelos trabalhadores decorrentes do atendimento na parada cardiorrespiratória, e as que remetem as da dimensão psicológica foram as mais mencionadas, as quais foram identificadas como: sentimento de perda, de sentir-se desrespeitado e impotente para transpor as dificuldades, tristeza, ansiedade, agonia, tensão, dificuldade no enfrentamento da morte e medo de errar no procedimento. No entanto, os sujeitos também citaram tensão na região cervical, rigidez muscular, cefaléia e hipertensão, como repercussões ligadas à dimensão física. Além dessas, houve referência de dores nas mãos, nas pernas e lombalgia, decorrentes do exercício laboral em condições não favoráveis às necessidades ergonômicas para realização desta atividade. A partir dos resultados apreendidos, considera-se que existe a necessidade de discutir, avaliar e intervir no processo de trabalho a fim de que a atividade de RCP seja mais bem operacionalizada, com menos ou nenhum impacto negativo na saúde do trabalhador de enfermagem. A mudança no processo laboral deve envolver a esfera gerencial e a assistencial, em nível multidisciplinar, privilegiando inclusive o saber prático dos trabalhadores. Recomenda-se ainda a formação e a manutenção de grupos de reflexão com os profissionais de saúde, em especial os da enfermagem, para ajudá-los a lidar com a morte e compreendê-la como um segmento do processo de trabalho em saúde.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Enfermagem. Organização do trabalho. Ressuscitação cardiopulmonar.

ABSTRACT

Aim of the study: psychophysical repercussions of nursing workers resulting from their practice in cardiopulmonary resuscitation (CPR) among medical in-patients. Objectives: to identify the facilitating and difficulty factors faced by nursing workers practice in CPR, discuss the feelings that emerge from the workers in their practice and analyze the psychophysical repercussions on the workers' health arising from such practice. Qualitative, descriptive study, based on the dialectical method and theoretical reference to the Psychodynamics of Work. The study was developed in four medical wards of a public university hospital in the city of Rio de Janeiro, which had five nurses and twelve nursing assistants as subjects. Data collection instrument chosen was a semi-structured interview, whose information was analysed and dealt with under the light of content analysis approach, resulting in the creation of three categories: the organization of work and its reflexes on the nursing workers practice as regards cardiopulmonary resuscitation, experiences in relation to their practice and the implications on the health of the workers resulting from their practice. The results indicated a significant distancing between the prescribed and the real work, which created in the subjects involved a clear perception of difficulties that resulted in reports that stressed much more on suffering than on pleasure. It was also verified that the feeling of pleasure emerged when the subjects mentioned the recovery of the patient, in the sense of accomplished duty and when they managed to overcome the difficulties involved in that attendance. When facing difficult situations, the workers referred to anguish, irritability, nervousness, anxiety, frustration, that is, negative feelings which are harmful to the worker's health. Various psychophysical repercussions were felt by the workers stemming from the attendance of cardiorespiratory arrests and the ones that have a psychological dimension were the most mentioned, which were identified as: feeling of loss, of being disrespected and impotent to surpass the difficulties, sadness, anxiety, agony, tension, difficulty in facing death and the fear of making mistakes in the procedures. Besides, the subjects also mentioned feeling tense in the cervical region, muscular stiffness, headache and high blood pressure as repercussions linked to the physical dimension. There was also reference to feeling pain in the hands, legs and back, caused by the laborial exercise in conditions not so favorable to the ergonomic necessities for the realization of this activity. From the obtained results, we consider that there is a need to discuss, evaluate and intervene in the working process so that CPR can be better operationalized, with less or no negative impact on the wellbeing of the nursing worker. The change in the working process must involve both the managerial and assistential spheres, on a multidisciplinary level, privileging the practical knowledge of the workers as well. We also recommend the formation and maintenance of reflection groups among health care professionals, especially in Nursing so as to help them better deal with death and acknowledge it as part of the process in Health Care.

Keywords: Worker's Health. Nursing. Work Organization. Cardiopulmonary resuscitation.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Resumo das manobras SBV para adultos por profissionais de saúde.....	40
Quadro 2 -	Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica I.....	50
Quadro 3 -	Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica II.....	50
Quadro 4 -	Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica III.....	51
Quadro 5 -	Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica IV.....	51

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AHA	American Heart Association
ASS	Auxiliares de serviços de saúde
ATA	Assistentes técnico-administrativos
BDEnf	Base de Dados de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centros de Terapia Intensiva
DEA	Desfibrilador Externo Automático
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
FAPERJ	Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro
FENF	Faculdade de Enfermagem
FV	Fibrilação Ventricular
GTPCR	Grupo de trabalho para a sistematização da assistência de Enfermagem ao cliente em Parada Cardiorrespiratória
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
M	Manhã
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCR	Parada Cardiorrespiratória
RCP	Ressuscitação Cardiopulmonar
SAVC	Suporte Avançado de Vida em Cardiologia
SBV	Suporte Básico de Vida
SCIELO	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SD	Serviço diurno
SN	Serviço noturno
SST	Serviço de Saúde do Trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
T	Tarde
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UR	Unidades de registro

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	12
1	REFERENCIAL TEÓRICO.....	27
1.1	Psicodinâmica do trabalho como fundamento teórico para a discussão do sofrimento e prazer do trabalhador.....	27
1.2	Organização do trabalho hospitalar e saúde dos trabalhadores.....	32
1.3	Ressuscitação cardiopulmonar: fator de sofrimento criativo e patogênico para o trabalhador de Enfermagem.....	38
2	REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	45
2.1	Tipo do estudo.....	45
2.2	Método do estudo.....	45
2.3	Cenário do estudo.....	48
2.4	Sujeitos do estudo.....	52
2.5	Técnica de coleta de dados.....	52
2.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	54
2.7	Método de análise dos dados coletados.....	55
3	TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS.....	56
3.1	Caracterização dos sujeitos do estudo.....	56
3.2	Organização do trabalho e seus reflexos sobre a atuação dos trabalhadores de Enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar.....	58
3.2.1	<u>Atuação dos trabalhadores de enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar.....</u>	59
3.2.2	<u>Fatores dificultadores e facilitadores para a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar.....</u>	65
3.3	Vivências referentes à atuação em ressuscitação cardiopulmonar.....	77
3.4	Implicações na saúde dos trabalhadores de Enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar	85
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	88
	REFERÊNCIAS.....	92
	APÊNDICE A – Roteiro de entrevista.....	99
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	100
	ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	101

INTRODUÇÃO

O Objeto e sua Problemática

Ingressei, através de concurso público, em um hospital universitário do município do Rio de Janeiro, no ano de 2002, e atuei por cinco anos como enfermeira do Serviço de Supervisão. Essa experiência foi muito significativa, tanto no que se referiu à capacitação profissional, quanto às vivências pessoais que tive durante essa atuação. Atualmente, desenvolvo minhas atividades laborais no Serviço de Treinamento e Avaliação em Enfermagem da mesma instituição.

A partir das atividades exercidas como supervisora de Enfermagem, emergiu o interesse pelo objeto deste estudo: repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitações cardiopulmonares em enfermarias de clínica médica.

Minhas atribuições como enfermeira supervisora envolviam atividades de caráter administrativo e assistencial nas diversas unidades da instituição no período diurno. Durante esse período, prestava assistência a clientes de maior complexidade e, muitas vezes, no momento em que ele evoluía para parada cardiorrespiratória, principalmente quando não havia enfermeiro na unidade. Cabe ressaltar que o maior quantitativo de enfermeiros da instituição estava lotado no serviço diurno, especificamente no horário da manhã, ficando grande parte das enfermarias de clínica e cirúrgica sem esse profissional durante o período vespertino e noturno.

No ano de 2005, a partir de reflexões e discussões entre os supervisores dos vários plantões, foram identificadas inúmeras situações laborais estressantes, nas quais se apontou como a de maior estresse a realidade do atendimento em parada cardiorrespiratória (PCR). Observou-se empiricamente que a equipe de enfermagem não estava devidamente capacitada para atuar nesse procedimento, havia insuficiência de recursos humanos, além da questão do sofrimento e da morte dos clientes nessa situação, que afetavam emocionalmente a equipe. A falta de materiais e de equipamentos também era uma realidade vivenciada por esses trabalhadores. A partir desses problemas surgiu a idéia de criar um Grupo de Estudo relacionado ao atendimento de enfermagem ao cliente em parada cardiorrespiratória.

O Grupo, do qual participo desde 2005, inicialmente era composto apenas por enfermeiros da supervisão e representantes da Coordenadoria de Enfermagem e do Serviço de

Treinamento e Avaliação da instituição. Posteriormente, convidamos outros enfermeiros para participar das atividades do referido Grupo como estratégia de envolvimento e de adesão à proposta de trabalho.

O Grupo foi denominado “Grupo de Trabalho para Sistematização da Assistência de Enfermagem ao Cliente em Reanimação Cardiopulmonar”, e, atualmente, é composto por dez integrantes, contando também com a participação de 2 residentes de enfermagem, como monitores do Grupo.

Várias ações foram realizadas a partir de então, como levantamento de recursos materiais e de equipamentos e reuniões com lideranças das unidades para sensibilizá-las a respeito da problemática e da capacitação de enfermeiros. O Grupo continua ativo, com ações baseadas no diagnóstico situacional através de avaliações periódicas. Suas atividades foram inicialmente direcionadas para o serviço de clínica médica, devido à maior incidência de PCR nestas unidades, porém com o desenvolvimento do trabalho, estenderam-se para as clínicas cirúrgicas inclusive.

O Serviço de Clínica possuía, em 2007, cento e noventa e três leitos disponíveis para internação, abrangendo diversas especialidades, e quatro enfermarias de clínica médica, que não são especializadas. De acordo com dados obtidos pelo setor de estatística do hospital, no período de 1 de Janeiro a 17 de Julho de 2007, houve 286 óbitos na instituição. Desse quantitativo, 156 ocorreram no Serviço de Clínica, com exceção dos óbitos ocorridos no Centro de Tratamento Intensivo e na Unidade Coronariana. Dos 156 óbitos, 97 ocorreram nas clínicas médicas. Esses dados não informam em quantos desses óbitos houve atuação para reverter a PCR, mas podem servir como um dos indicadores para avaliação da gravidade da clientela internada nas clínicas médicas.

Vale ressaltar que, na instituição, bem como em outras instituições públicas em que tive oportunidade de trabalhar, as condições para atendimento ao cliente em parada cardiorrespiratória nas enfermarias de clínica médica são totalmente distintas das apresentadas nos Centros de Terapia Intensiva (CTI), no que se referem aos materiais, equipamentos e pessoal. Nas clínicas médicas, a infraestrutura para o atendimento a clientes em situação de parada cardiorrespiratória não é satisfatória e se distancia do prescrito. Silva (2006) também menciona essa realidade em outro cenário de estudo.

Para melhor compreensão acerca da problemática que envolve o atendimento a clientes em PCR no cenário escolhido para o desenvolvimento da pesquisa, descreverei a seguir alguns situações consideradas relevantes para o seu entendimento.

Não há setor de emergência aberto ao público externo ao hospital. No entanto, com a finalidade de atender a uma demanda de clientes procedentes das unidades ambulatoriais da própria instituição que necessitam de atendimento emergencial e clientes que retornam ao hospital espontaneamente para buscar reavaliação decorrente do agravamento do quadro clínico, há uma unidade chamada “sala de plantão geral”. Esse espaço de atendimento conta com a atuação de profissionais médicos servidores, médicos contratados, residentes e internos de medicina, além de auxiliares de enfermagem. A partir de 2008, também atuam nessa unidade duas enfermeiras sob contrato temporário e com carga horária de dez horas semanais. A referida unidade funciona em caráter diuturno e tem capacidade física para atender apenas um cliente por vez.

A “sala de plantão geral” localiza-se no 3º andar do hospital, o qual possui seis pavimentos. Os profissionais médicos e internos de medicina que lá atuam, além de atenderem aos casos descritos anteriormente, também assistem a demandas emergenciais de natureza variada das diversas clínicas médicas onde existem clientes internados, reavaliando o quadro de saúde da clientela, e às intercorrências. O horário de atendimento para essa atividade é das 16 horas até às 8 horas do dia seguinte, em dias úteis, e 24 horas, nos finais de semana e feriados.

O atendimento aos clientes em PCR nas enfermarias é realizado até às 16 horas, em dias úteis, pela equipe médica e pela equipe de enfermagem das unidades onde os clientes se encontram internados. Fora desse período, faz-se necessário acionar o serviço de plantão geral para o atendimento médico de emergência. Cabe à enfermagem acionar esse serviço através de dois ramais telefônicos.

Com relação ao atendimento de enfermagem na PCR, destaca-se que as unidades de clínica médica contam com o enfermeiro staff até às 13 horas, nos dias úteis, o que significa que os auxiliares de enfermagem respondem a uma coordenação direta de um chefe de unidade quando a parada cardiorrespiratória acontece nesses dias e horário. Vale mencionar que recentemente duas das quatro unidades de clínica médica possuem enfermeiros tardistas (13 às 19 horas) em dias úteis.

Informa-se que, nos finais de semana, feriados e nos serviços noturnos, há necessidade de acionar a supervisão de enfermagem para a demanda do atendimento ao cliente em PCR através de ramal telefônico ou de chamada pelo alto-falante do hospital, através do serviço de telefonia.

Quanto à problemática da aquisição, acondicionamento e utilização de materiais e equipamentos usados no atendimento das PCR, informa-se que o material específico para esta

emergência fica acondicionado em maletas (usadas em três das quatro clínicas médicas) ou em um carro de parada (utensílio só existente e improvisado em uma clínica médica). Como só uma enfermaria de clínica médica tem desfibrilador, faz-se necessário adquirir o desfibrilador em outros setores. Vaisman e Clare (2000) alertam que, na parada cardíaca súbita, no indivíduo adulto, o ritmo cardíaco anormal mais frequente é a fibrilação ventricular (FV). Quanto menor o intervalo de tempo entre o início da FV e a administração do primeiro choque, maior o percentual de sobrevivência dos indivíduos. Dessa forma, o desfibrilador é um item que deve estar disponível com alta prioridade (GOMES et al., 2003).

A PCR pode ocorrer de várias formas nos clientes que se encontram internados: o cliente gradativamente evolui para a piora do quadro clínico resultando na PCR; o cliente pode evoluir subitamente para a PCR; ou o cliente recém-admitido pode desenvolver uma PCR subitamente. Além disso, ressalta-se que mais de um cliente pode apresentar a PCR concomitantemente.

A pouca previsibilidade do evento, associada à falta de alguns recursos materiais ou poucos materiais sobressalentes para reposição imediata do material utilizado e, ainda, à presença de mais de um cliente grave na mesma enfermaria, pode resultar na não reposição imediata do material ou no não acesso aos materiais e equipamentos de forma completa e integral.

A problemática se agrava mais ainda quando não se é possível transferir o cliente pós-PCR para o CTI. Conforme apontam I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001), o cliente pós-PCR necessita de vigilância de parâmetros clínicos continuamente, até que tenha estabilizadas suas funções hemodinâmicas e respiratórias. E, nessas clínicas médicas não há material e pessoal suficientes para esse tipo de cuidado, ou seja, após a parada cardiorrespiratória revertida.

A clientela das referidas clínicas médicas é adulta e, com frequência, idosa. Assim, com frequência verifica-se a presença do acompanhante/familiar para os idosos e, na ocorrência da PCR, a equipe também tem que lidar com essa pessoa, tomando a atitude de afastá-la desse ambiente estressante e emocionalmente chocante. Ressalta-se ainda que o acompanhante/familiar pode apresentar diversas reações à situação vivenciada e demandar também assistência direta. Esta situação complica e aprofunda a problemática em questão.

No primeiro semestre de 2008, com o objetivo de acolher, sob alguns critérios, a clientela que apresenta problemas de saúde de natureza clínica, de maior complexidade, egressa das enfermarias, foi criada a Unidade Intermediária Clínica. No entanto, ainda não há dados científicos que apontem para uma melhora nesse tipo de atendimento, porém vale

ênfatizar que esse é um esforço gerencial no sentido de sistematizar a assistência a esse tipo de clientela.

No que diz respeito ao atendimento de clientes que evoluem para a PCR e considerando-se toda a problemática exposta até o momento, pode-se depreender a elevada carga emocional que vivenciam os trabalhadores de enfermagem, aludindo-se a sentimentos de insatisfação, angústia, ansiedade, irritabilidade. Sentimentos também vivenciados por mim, ao atuar na supervisão de enfermagem, quando muitas vezes tive a sensação de estar “apagando incêndio”, frente às necessidades emergenciais de provisão de recursos materiais e equipamentos para este tipo de atendimento.

Cabe inferir que todos estes determinantes do sofrimento psíquico e físico dos trabalhadores de enfermagem encontram-se circunscritos ao âmbito da organização e do processo de trabalho.

Considerando a natureza do objeto apresentado, optou-se por fundamentar essa pesquisa nos pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho. Trata-se de uma abordagem científica desenvolvida na França, na década de 80, pelo médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours. Essa abordagem foca o prazer e o sofrimento do trabalhador a partir da configuração da organização do trabalho, entre outras questões, as quais se encontram mais bem contextualizadas no capítulo do referencial teórico.

Quanto à organização do trabalho, Dejours (1992) a define como a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder e as questões de responsabilidade, entre outras. Para o autor, a condição de trabalho é determinada pelo ambiente físico, pelo ambiente químico, pelo ambiente biológico, pelas condições de higiene, de segurança e pelas características antropométricas do posto de trabalho. Assim, as condições de trabalho têm como alvo de interferência a dimensão biológica do trabalhador. Por sua vez, a organização do trabalho interfere, primordialmente, na dimensão psíquica deste trabalhador (DEJOURS, 1994).

“A psicodinâmica do trabalho estuda as condições de articulação das inteligências singulares, na coordenação de atividades, no nível da organização do trabalho como um todo ou de um segmento dessa organização” (DEJOURS, 1997, p. 57). Pitta (1994) infere que essa abordagem científica é direcionada para a interpretação dos conteúdos das vivências subjetivas dos trabalhadores nos seus ambientes laborais, não os considerando apenas como corpos biológicos submetidos a formas distintas de organização do trabalho, mas tratando-os como sujeitos pró-ativos em nível de produção e interação intersubjetiva, cujo universo do

trabalho costuma ocupar a maior parte de suas vidas. O sujeito, portanto, transforma e é transformado pelo trabalho.

Na atividade laboral, o trabalhador gere o seu próprio fazer, experiência que é carregada de prazer, satisfação e também sofrimento. A partir dessa perspectiva, o trabalho relaciona-se ao processo saúde-doença, compreendido como perfis de respostas/reações individuais no seio de um processo social (SANTOS-FILHO, 2007).

De acordo com Dejours (1994), a vivência cotidiana com atividades de trabalho que se traduzem em desprazer e/ou em tensão pode repercutir na saúde do trabalhador, resultando em distúrbios de ordem física e psíquica, que dão origem a doenças psicossomáticas.

Norteadada pela problemática apresentada e considerando as vivências do trabalhador de enfermagem envolvendo a situação de Parada Cardiorrespiratória, direcionou-se, então, o interesse desta pesquisa para as repercussões psicofísicas que seriam geradas no trabalhador de enfermagem decorrentes da atuação nessa situação de doença nas enfermarias de clínica médica.

Contextualização Teórica Inicial sobre o Objeto de Estudo

Na concepção de Marx (1971, p. 201), o trabalho pode ser entendido como “atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e serviços que asseguram a vida humana em sociedade”. Aguiar (2008) infere que o trabalho materializa-se através do processo de trabalho, que engloba as condições objetivas (os instrumentos e materiais utilizados) e as condições subjetivas (aspirações, desejos e possibilidades), exercidas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida.

Nesta linha de pensamento, Laurell e Noriega (1989, p.36) definem processo de trabalho como:

O processo através do qual o homem se apropria da natureza transformando-a e transformando a si mesmo [...] O processo de trabalho é ao mesmo tempo social e biopsíquico, ele é visto como um modo específico de trabalhar – desgasta-se como enfrentamento de classe em termos de estratégia de exploração e resistência, que, por sua vez, determinam padrões específicos de reprodução e geração de bens.

No processo de interação Homem-Trabalho há repercussão do trabalho na saúde deste indivíduo, seja favorecendo a saúde ou a doença (DEJOURS, 1992). Nesse processo, o trabalhador é exposto a riscos para a sua saúde e segurança. De acordo com o Ministério da

Saúde (2001), esses riscos podem ser classificados em cinco grandes grupos: físicos; químicos; biológicos; ergonômicos e psicossociais; mecânicos e de acidentes.

Os riscos ergonômicos e psicossociais são definidos como os elementos físicos e organizacionais que interferem no conforto da atividade laboral e, conseqüentemente, nas características psicofisiológicas do trabalhador. Sendo assim, em consonância com o objeto desse estudo, os riscos ergonômicos e psicossociais terão uma discussão mais aprofundada.

Ribeiro (2008) esclarece que, pelo fato dos riscos psicossociais não serem contemplados no mapa de riscos, são geralmente considerados inseridos no grupo de riscos ergonômicos. Essa autora considera que os riscos ergonômicos são oriundos da falta de adaptação do trabalho ao homem, resultando em sobrecarga nas estruturas músculo-esqueléticas através de esforço físico intenso, levantamento e transporte manual de peso, exigência de posturas inadequadas, trabalho em turno e noturno, entre outros. Tais ações podem dar origem à fadiga, lombalgia, doenças osteomusculares, entre outras.

Com relação aos riscos psicossociais, a mesma autora aponta que são resultantes das relações e organização do trabalho desfavoráveis ao trabalhador e geram sobrecarga psíquica, através da pressão da chefia, acúmulo de tarefas, grau de atenção exigido, entre outras. Essas ações podem dar origem a estresse, fadiga e sofrimento mental.

Ainda que existam algumas iniciativas relevantes em relação à avaliação e à valorização dos riscos psicossociais, como a da Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a da Organização Mundial da Saúde (OMS), esses riscos são os menos estudados e raramente considerados capazes de causar doenças ocupacionais ou relacionados com o trabalho. No entanto o desconhecimento e a desatenção com relação aos mesmos não reduzem os seus efeitos deletérios sobre o trabalhador e muito tem que ser feito para que a qualidade de vida no trabalho seja melhorada (GUIMARÃES, 2006).

Reportando-se ao trabalho em saúde, Santos-Filho (2007) destaca que atualmente ele se caracteriza pela crescente precarização no que se refere às condições laborais, com repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Dentre os problemas no “mundo do trabalho” em saúde atual, encontram-se a degeneração dos vínculos, incluindo a negação ou omissão quanto aos direitos constitucionais dos trabalhadores; a precarização dos ambientes e condições laborais e as dificuldades da organização e relações de trabalho em contexto de gestão ainda tradicional.

A atividade do trabalhador de saúde caracteriza-se como de risco elevado para a ocorrência de danos à sua saúde. No contexto do trabalho em saúde, o trabalho hospitalar

conta com algumas peculiaridades complexas que oferecem riscos à saúde daqueles que têm o hospital como seu cenário laboral, conforme exposto por Souza (2003, p.65):

O trabalho hospitalar traz uma problemática complexa, haja vista a multiplicidade de determinantes que o tornam peculiar: a diversidade de categorias profissionais e seus processos de trabalho que muitas vezes se sobrepõem; a incorporação de tecnologia de ponta impelindo os profissionais à capacitação ininterrupta; a característica do trabalho, por lidar com a dor, o sofrimento e a morte; e também se podem destacar as relações de poder que são extremamente tensas por força do caráter hegemônico milenarmente dominante.

De acordo com Spindola e Martins (2007, p. 215), “em geral, os trabalhadores de enfermagem estão expostos a uma elevada carga psíquica no desempenho de suas tarefas rotineiras, decorrentes do aspecto emocional pela convivência diária com a dor e o sofrimento alheios”. Dentre as situações nas quais os trabalhadores de enfermagem apresentam uma grande carga psíquica está a enfermidade do cliente, a dor, o morrer e a morte simultaneamente, destacando-se aqui a situação da parada cardiorrespiratória.

A parada cardiorrespiratória (PCR) traduz-se em uma "condição súbita e inesperada de deficiência absoluta de oxigenação tissular, seja por ineficiência circulatória ou por cessação da função respiratória" (ARAÚJO, I.E.M.; ARAÚJO, S., 2001, p. 323). Na concepção de Aehlert (2007, p. 23), “refere-se à ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apnéia ou respiração agônica”.

Independente da definição exata dada ao termo verifica-se que é uma situação de emergência, e como tal, requer intervenção imediata. Segundo I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001), a parada cardiorrespiratória representa a mais grave emergência clínica com a qual os profissionais de saúde podem se defrontar.

Mozachi e Souza (2005) destacam que o manejo dos clientes em parada cardiorrespiratória deve respeitar uma seqüência para que se atinja uma maior chance de sobrevivida, seguindo protocolos de atendimento básico e avançado. Renomados centros de estudos internacionais, juntamente com a Sociedade Americana de Cardiologia (American Heart Association-AHA), padronizaram um conjunto de manobras e técnicas com o objetivo de promover e restaurar as funções cardíaca e respiratória, denominados Suporte Básico de Vida (SBV) e Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC) - (SILVA, 2006).

A cada cinco anos a Sociedade Americana de Cardiologia se reúne nos Estados Unidos, para atualizar as diretrizes em relação à Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Os últimos encontros desta sociedade ocorreram entre 2004 e 2005, com participantes dos Estados Unidos em sua maioria e de outros países, o que gerou um novo documento de consenso internacional (LANE, 2007).

Nesse estudo, o tratamento da parada cardiorrespiratória recebeu a seguinte denominação: Ressuscitação Cardiopulmonar (RCP). Esta escolha foi realizada por esse termo ser um descritor na Biblioteca Virtual em Saúde e ser utilizado em publicações atualizadas como as da American Heart Association (2005) e as da Aehlert (2007). De acordo com Timerman et al. (1996), tal intervenção recebe diferentes denominações, todas consideradas corretas, ressuscitação cardiopulmonar, ressuscitação cardiorrespiratória, reanimação cardiorrespiratória, reanimação cardiopulmonar e reanimação cardiorrespiratória cerebral.

Diante da variedade de terminologias, optou-se por utilizar o termo “Ressuscitação Cardiopulmonar” em todo o estudo.

A Ressuscitação Cardiopulmonar consiste no atendimento ao cliente em PCR em várias fases integradas. A Ressuscitação cardiopulmonar precoce ou SBV refere-se “ao conjunto de procedimentos de emergência que pode ser executado por profissionais da área de saúde ou por leigos treinados, consistindo no reconhecimento de obstrução das vias aéreas, de parada respiratória e de parada cardíaca” e na aplicação da RCP através de seqüência de manobras para abertura de vias aéreas, ventilação e compressão torácica externa. (TIMERMAN et al., 1996, p. 378).

As atuais diretrizes da American Heart Association (2005) incluem o uso de desfibrilador externo automático no SBV. Já a RCP avançada ou SAVC, que só pode ser realizada por médico ou pessoal treinado e amparado pela lei, consiste no atendimento com uso de equipamento adicional ao usado no suporte básico e inclui ações de desfibrilação e monitorização cardíaca, posicionamento de marcapasso, utilização de equipamentos e técnicas para obtenção das vias aéreas e ventilação, obtenção de via venosa, administração de medicamentos e cuidados pós-ressuscitação (TIMERMAN et al., 1996).

Neste estudo, quando mencionadas as ações de RCP, far-se-á referência às ações recomendadas aos profissionais de saúde no ambiente hospitalar pelas diretrizes da AHA e por autores brasileiros que têm por base essas diretrizes para a clientela adulta, que a clientela atendida nas unidades de internação abordadas nesta pesquisa.

I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001) inferem que cabe à equipe de enfermagem assistir os clientes em PCR, oferecendo ventilação e circulação artificiais, até a chegada da equipe médica. Para essa finalidade, ela deve adquirir habilidades que a capacite a prestar de forma adequada o suporte básico e o avançado de vida. SILVA (1997) concorda com a necessidade de a equipe de enfermagem estar suficientemente treinada e atualizada sobre a temática e

ressalta que, como os integrantes da equipe de enfermagem é o grupo que permanece sempre à beira do leito, é frequente o fato de eles serem os primeiros a identificar uma parada cardiorrespiratória, sendo extremamente necessário que iniciem as manobras de ressuscitação.

Silva (2006) ilustra algumas necessidades para um bom desempenho durante o atendimento ao cliente em PCR. Em relação a toda equipe que realiza esse atendimento, salienta que é necessário que haja rapidez, eficiência, conhecimento técnico-científico e habilidade técnica. Ressalta que o sucesso do atendimento também dependerá da disponibilidade de recursos financeiros, humanos, de materiais e equipamentos e da determinação das funções de cada pessoa envolvida no processo.

Pelo que foi contextualizado até o momento, verifica-se que o sucesso do atendimento ao cliente em PCR depende primordialmente do conhecimento técnico-científico para exercer a atividade, das características individuais do trabalhador e da organização do trabalho.

Silva (2006, p.19) aponta que, para o trabalhador,

a PCR é uma situação de grande estresse, uma vez que a única chance de sobrevivência do paciente/cliente está vinculada à identificação precoce do episódio de PCR e à intervenção rápida e eficaz, a fim de possibilitar o retorno espontâneo da ventilação e da circulação, com o mínimo de sequelas.

Considerando a contextualização tecida neste espaço introdutório, infere-se que a atuação na parada cardiorrespiratória repercute na dimensão subjetiva do profissional, caracterizando-se como um fator gerador de carga psíquica para o trabalhador. Essa afirmação deve-se a alguns determinantes:

- a) natureza da atividade, que requer ações imediatas, sistematizadas, dependentes de recursos materiais, recursos humanos e da interação entre esses recursos;
- b) características do trabalhador, ou seja, seus recursos afetivos para o enfrentamento de situações limites, suas habilidades cognitivas, psicomotoras e suas limitações apresentadas para a realização da atividade; e
- c) características da organização do trabalho.

A atividade do trabalhador da saúde, como em qualquer outra atividade profissional, apresenta características estressantes e gratificantes. A interação entre o profissional e as características específicas da natureza e da organização do trabalho é que vai determinar o resultado final sobre a saúde deste trabalhador (MARTINS, 2006).

No cenário investigado é prática cotidiana entre as unidades a solicitação e o empréstimo de materiais e equipamentos indispensáveis à adequada atuação durante a PCR, os quais frequentemente estão indisponíveis nas unidades clínicas não especializadas. Tal situação, fora do ideal, pode gerar sofrimento psíquico no trabalhador, já que o atendimento

pode ser retardado, no que diz respeito principalmente ao suporte avançado de vida, ao volume e ao ritmo de trabalho aumentados devido à procura por insumos, que podem não ser obtidos a tempo de reverter a PCR. Assim, o insucesso da RCP poderá ser ocasionado não apenas pelas condições clínicas do cliente, ou pelas habilidades psicocognitivas e motoras dos trabalhadores, mas também pelos recursos não disponibilizados.

Palácios (2000) alerta que uma série de elementos da organização do trabalho em seu conjunto faz que os trabalhadores se sintam impotentes para intervir no processo de trabalho, o que os leva a considerar que, algumas vezes, o seu trabalho carece de sentido, deixando de associar trabalho e realização gratificante. Esses sentimentos contraditórios se traduzem em sofrimento.

O sofrimento é dinâmico e é um estado de luta do sujeito contra as forças ligadas à organização do trabalho, que o empurram em direção à doença mental. Neste sentido, permeia o campo divisor da saúde e da doença (DEJOURS; JAYET, 1994).

Dejours (1994, p.29) relaciona o sofrimento psíquico do trabalhador com as características da organização do trabalho, ao afirmar que

Quando o rearranjo da organização do trabalho não é mais possível, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, o sofrimento começa: a energia pulsional que não acha descarga no exercício do trabalho se acumulada no aparelho psíquico, ocasionando um sentimento de desprazer e tensão.

Lunardi Filho (1995) refere que o sofrimento psíquico de caráter patogênico acontece quando não há mais prazer no trabalho ou as situações de prazer são destacadamente menores que as de sofrimento e, assim, as defesas dos trabalhadores são anuladas ou insuficientes para conter o sofrimento, o estresse, vindo do ambiente laboral.

Vale destacar, fundamentando-se em Lisboa (1998), que, no trabalho da enfermeira, nem tudo é sofrimento, pois esses trabalhadores não se manteriam em seus trabalhos se eles fossem só fonte de sofrimento.

Diante do exposto, reafirmou-se o interesse em ter investigado o seguinte **objeto de estudo**: repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitações cardiopulmonares em enfermarias de clínica médica.

Com a finalidade de direcionar a investigação, estabeleceram-se as seguintes questões norteadoras:

- Quais as facilidades e as dificuldades que os trabalhadores de enfermagem vivenciam ao atuarem em ressuscitação cardiopulmonar?
- Que sentimentos emergem nos trabalhadores de enfermagem ao atuarem em ressuscitação cardiopulmonar?

- Quais as repercussões psicofísicas referidas pelos trabalhadores de enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar?

Traçaram-se os seguintes **objetivos**:

- Identificar os fatores facilitadores e dificultadores enfrentados pelos trabalhadores de enfermagem na atuação em ressuscitação cardiopulmonar.
- Discutir os sentimentos que emergem nos trabalhadores de enfermagem ao atuarem em ressuscitação cardiopulmonar.
- Analisar as repercussões psicofísicas na saúde dos trabalhadores de enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar.

Relevância e contribuição do estudo

O estudo coloca em destaque, para os trabalhadores de Enfermagem, a discussão acerca das repercussões psicofísicas decorrentes de suas atuações em paradas cardiorrespiratórias.

De acordo com Rosso (2002, p. 327), a intensidade do trabalho “é o esforço, físico, intelectual ou emocional empregado para executar uma quantidade de trabalho em uma unidade de tempo”. Souza e Lisboa (2005) inferem que o ritmo de trabalho intenso tem por objetivo elevar a produtividade, o que torna as atividades laborais mais densas e frenéticas. Nesse sentido, pode incidir negativamente sobre o trabalhador, devido ao desgaste vivenciado por ele a fim de dar conta das demandas da produtividade do capital.

Pela natureza da atividade emergencial em PCR, percebe-se que ela gera um ritmo de trabalho intenso. Palácios (2000) assinalou que, nas enfermarias, além de os auxiliares de enfermagem estarem submetidos a um ritmo intenso de trabalho por causa da escassez desse profissional na rede pública, esse ritmo é responsável pelo estreitamento do espaço de liberdade do trabalho, gerando, conseqüentemente, diminuição de seu poder de interferir no processo de trabalho, uma realidade que pode deflagrar sofrimento para o trabalhador, quando associada a outros fatores.

Além disso, quando essa autora analisou a incidência de sofrimento dos trabalhadores a partir da distribuição das categorias pelas áreas do hospital, constatou que, para os auxiliares de enfermagem, a maior frequência de sofrimento foi encontrada em enfermaria, quando comparada com outros locais.

Nessa linha de pensamento, inferiu-se que o ritmo de trabalho intenso para o atendimento em PCR nas enfermarias pode contribuir para o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem na realização da atividade.

Poucas pesquisas na área de enfermagem objetivam estudar a relação da atuação em ressuscitação cardiopulmonar com a saúde dos trabalhadores de enfermagem no cenário hospitalar. Geralmente os estudos são desenvolvidos com foco nas habilidades técnico-científicas exigidas para a atuação em tela. Esse fato foi constatado pelos resultados obtidos na busca bibliográfica no site da Biblioteca Virtual em Saúde, nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Base de Dados de Enfermagem (BDEnf) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), com os descritores no formulário avançado identificados como: ressuscitação cardiopulmonar, Enfermagem e saúde. Optou-se pela busca de produções em português, inglês e espanhol, sem limitação da data de publicação para as consultas realizadas, com exceção da MEDLINE. Nessa base de dados buscaram-se as publicações de 1997 a 2008, por serem publicações mais recentes, mas não foi evidenciada nenhuma produção relacionada a tais descritores. As consultas foram realizadas várias vezes, destacando-se a última busca, a qual se deu em março de 2008.

Na base de dados LILACS, no campo palavras, apresentaram-se 7 produções. No entanto, apenas a publicação de Santiago (2006) abordava as habilidades afetivas do trabalhador para a realização da ressuscitação cardiopulmonar, as outras 6 eram diretamente relacionadas às questões cognitivas da atuação.

Na base de dados SCIELO, utilizando-se os mesmos descritores, no campo todos os índices, não foram encontradas produções. E, na BDEnf, as 5 produções indicadas no campo palavras, já tinham sido encontradas na LILACS.

Uma segunda busca foi realizada no mesmo mês com os descritores parada cardiorrespiratória, Enfermagem e Saúde, no mesmo formulário avançado da base de dados LILACS, quando foram encontradas oito produções. Das oito, apenas Tacsí (2003) abordava as vivências da Enfermeira na atuação em PCR, as outras sete eram focadas nas questões técnicas de atuação. E, nas bases de dados SCIELO e MEDLINE, não foram encontradas produções com esses descritores.

Assim, diante da pouca produção científica relacionada à temática deste estudo, considera-se que ela possa contribuir para minimizar essa escassez, aumentando o conhecimento sobre o objeto em questão.

Considera-se que o indivíduo é único, bem como a organização do trabalho em que os trabalhadores estão inseridos. Nesse contexto, é de extrema relevância que estudos sejam

realizados no sentido de identificar a realidade apresentada por cada instituição e seus riscos para a saúde dos trabalhadores que nela atuam.

Lancman (2004) infere que entender a influência da organização do trabalho na saúde mental, na geração de sofrimento psíquico e no adoecimento dos trabalhadores, por exemplo, é relevante não somente para a compreensão e para a intervenção em situações de trabalho que possam gerar sofrimento, mas para a superação e a transformação dessas organizações.

De acordo com o Ministério da Saúde (2001),

Os trabalhadores, individual e coletivamente nas organizações, são considerados sujeitos e partícipes das ações de saúde, que incluem: o estudo das condições de trabalho, a identificação de mecanismos de intervenção técnica para sua melhoria e adequação e o controle dos serviços de saúde prestados (BRASIL, 2001, p. 17).

Este estudo poderá suscitar também a reflexão dos profissionais de enfermagem sobre a dinâmica de atuação em PCR e as repercussões sentidas sobre a saúde, de acordo com características subjetivas e organizacionais, favorecendo o despertar para aspectos da realidade que possam estar camuflados pela rotina diária de trabalho. Muitas vezes, o cotidiano de trabalho aliena os trabalhadores, e a exigência central está na produtividade, isso empurra a saúde dos trabalhadores ou para um segundo plano ou para o esquecimento no emaranhado de demandas do mercado e da produção.

No que se refere à ação transformadora do trabalhador, Lunardi Filho (1995, p.77) afirma que

Não se pode fugir da natureza de determinado tipo de trabalho, mas pode-se abandoná-lo ou tentar modificar suas condições e organização, de sorte a permitir ao trabalhador espaço para o exercício da atividade, transformando o sofrimento em sofrimento criativo e alcançando o prazer.

Este estudo poderá sensibilizar os trabalhadores de enfermagem a refletir sobre as condições de atuação em PCR, com vista à criação de estratégias para transformar as condições de trabalho e possibilitar melhor qualidade de vida no cenário laboral. Conseqüentemente, tal pesquisa poderá favorecer a atuação dos profissionais e dos demais profissionais em formação no campo, já que se trata de uma instituição de saúde, ensino e pesquisa.

Outra contribuição da pesquisa é que ela fortalecerá a produção científica da Linha de Pesquisa da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (FENF/UERJ) denominada “*O Trabalho e a Formação em Saúde e Enfermagem*”. Essa linha se propõe a estudar a formação e a saúde do trabalhador, assim como o processo de trabalho, em especial o trabalho de enfermagem, no contexto das políticas governamentais para os setores públicos e privados e o da organização dos sistemas de saúde, segurança e trabalho.

Esta pesquisa também poderá contribuir com o Núcleo de Pesquisa da FENF/UERJ, vinculado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem – Mestrado, parcialmente financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio de Janeiro (FAPERJ), intitulado “Cuidando de pessoas com doenças emergentes e reemergentes: práticas profissionais e organização do trabalho de enfermagem” e sua produção tem como objetivos descrever e analisar as representações sociais, práticas e a organização do trabalho no cuidado de enfermagem às pessoas atingidas pelas doenças emergentes e reemergentes nos serviços de atenção básica e hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) do município do Rio de Janeiro.

Além disso, o estudo é importante para o Serviço de Saúde do trabalhador (SST) da instituição em que se desenvolveu esta pesquisa, no intuito de auxiliar no direcionamento de programas de prevenção de riscos e de promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem, em parceria com os gerentes e líderes da instituição.

1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo objetivou subsidiar o processo de análise das informações coletadas e favorecer o conhecimento e compreensão de concepções e pressupostos relacionados ao objeto de estudo. Elaborou-se um referencial teórico com as seguintes temáticas: psicodinâmica do trabalho, interface da organização do trabalho e a saúde do trabalhador e a repercussão sobre o corpo do trabalhador de enfermagem advinda da atuação em ressuscitações cardiopulmonares.

Através da elaboração deste referencial teórico, pôde-se constatar a relevância do tema para a profissão de enfermagem e para o campo da saúde do trabalhador.

O presente capítulo foi dividido em três seções:

- psicodinâmica do trabalho como respaldo teórico para a discussão do sofrimento e prazer do trabalhador;
- organização do trabalho hospitalar e saúde dos trabalhadores;
- ressuscitação cardiopulmonar: fator de sofrimento criativo e patogênico para o trabalhador de Enfermagem.

1.1 Psicodinâmica do trabalho como respaldo teórico para a discussão do sofrimento e prazer do trabalhador

A Psicodinâmica do Trabalho é uma abordagem científica desenvolvida através de estudos na França, iniciados na década de 80, pelo médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista Christophe Dejours. Tornou-se difundida a partir da publicação em Paris, no ano de 1980, da obra *Travail: usure mentale; essai de psychopathologie du travail*, traduzida no Brasil como “A loucura do Trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho”. Obteve grande receptividade e tem sido um dos referenciais de apoio de inúmeros estudos e pesquisas brasileiras (JACQUES, 2003).

A Psicodinâmica do Trabalho interessa-se pelo prazer e sofrimento decorrentes da vivência laboral. Aprofunda-se no sujeito-trabalhador e nas características do trabalho, ou seja, investiga não apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos

detalhes de sua dinâmica interna e suas repercussões para o processo saúde-doença do trabalhador (DEJOURS, 2004).

De acordo com Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), no núcleo teórico da Psicopatologia do Trabalho encontram-se as concepções e pressupostos advindos da psicanálise, da psicossomática e da ergonomia situada. De acordo com Dejours (2004), as primeiras pesquisas em psicopatologia do trabalho revelaram um conflito central: o conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico.

Em relação ao funcionamento psíquico Dejours e Jayet (1994) discorrem, com base na teoria psicanalítica, que cada indivíduo é único, portador de desejos e projetos enraizados na sua história singular, que, de acordo com aquilo que caracteriza a organização de sua personalidade, apresenta reação de maneira estritamente original à realidade vivenciada

Quanto à organização do trabalho, esta é um compromisso negociado entre quem a organiza e quem a faz. Ela não é estática, desse modo evolui e se transforma, ou seja, as instalações mudam, o mercado muda, bem como o cliente e as relações de trabalho. “A organização do trabalho é uma relação social, é um compromisso entre objetivos e prescrições (procedimentos, maneira de organizar o trabalho, método) e as dificuldades reais para a realização do trabalho” (LANCMAN; UCHIDA, 2003, p.87).

Na relação homem-trabalho, um dos elementos essenciais para subsidiar a apreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade é a compreensão de que o trabalho real difere do trabalho prescrito. “Trabalho prescrito é o que é determinado, que é pré-prescrito para ser executado pelos trabalhadores, e trabalho real pode ser definido como o realmente executado. O trabalho pode ser prescrito verbalmente ou por escrito, por exemplo [...]” (OLIVEIRA, 2002 p.351).

O trabalho é composto por, no mínimo duas partes: uma chamada tarefa e outra chamada atividade. Dejours (1997, p. 39) infere, à luz da ergonomia, que “a tarefa é aquilo que se deseja obter ou aquilo que se deve fazer. A atividade é, em face da tarefa, aquilo que é realmente feito pelo operador para chegar o mais próximo possível dos objetivos fixados pela tarefa”. Desta forma, a tarefa está ligada ao trabalho prescrito e a atividade ao trabalho real.

Oliveira (2002) esclarece que a tarefa é composta por toda parte do trabalho que é constituída e determinada pela organização, como as condutas, os métodos de trabalho e as instruções, ou seja, tudo que é preciso realizar e como realizá-lo, além do conjunto de objetivos a serem atingidos, as especificações do resultado a obter, os meios oferecidos para a execução da tarefa e as condições necessárias para a execução do trabalho. A atividade pode ser entendida como o modo como o indivíduo, em uma situação de trabalho real, relaciona-se

com os objetivos propostos, a organização do trabalho e os meios fornecidos para realizá-los. Desse modo, é trabalho efetivamente realizado, englobando as dimensões físicas, mentais e pessoais.

Em estudos apoiados nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, Dejours (1994) identificou um distanciamento importante entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. E que, em muitas situações, a organização prescrita do trabalho mostra-se inaplicável.

Avançando na construção do conhecimento, Dejours (2004) revelou que, nas primeiras abordagens da disciplina psicopatologia do trabalho, vários autores polarizaram a pesquisa clínica entre a preocupação em identificar síndromes e doenças mentais decorrentes da relação homem-trabalho. No entanto, desde a primeira fase de sua pesquisa sobre o desenvolvimento da psicopatologia do trabalho, Dejours (2004, p.51) afirma que preferiu “não mais focalizar as doenças mentais, voltando a atenção para o sofrimento e as defesas contra o sofrimento, portanto para quem da doença mental descompensada”. Ao operar esta passagem da patologia à normalidade, propôs uma nova nomenclatura para designar essas pesquisas: Psicodinâmica do Trabalho.

Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004) asseveram que o objeto de pesquisa em psicodinâmica do trabalho é o sofrimento no trabalho. O grande questionamento é como os trabalhadores fazem para suportar e não adoecer devido às pressões psíquicas do trabalho, com a finalidade de se manterem no campo da normalidade. Esta normalidade é considerada um enigma e, em vez de ser interpretada como equilíbrio psicológico, é inteiramente atravessada (marcada) pelo sofrimento psíquico.

Dejours e Jayet (1994, p. 127) inferem que esse sofrimento é “compatível com a normalidade e com a salvaguarda do equilíbrio psíquico, mas que implica toda uma série de procedimentos de regulação”. De forma dinâmica, o sofrimento implicará um estado de luta do sujeito contra as forças (ligadas à organização do trabalho) que o empurram em direção à doença mental.

Dejours (1992, p.52) correlaciona sofrimento e organização do trabalho e defende que “quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo.” E isso levará ao aumento do sofrimento.

De acordo com Dejours (2004), o trabalhador sofre, mas sua liberdade pode ser exercida na construção de estratégias defensivas individuais ou coletivas. Dejours e Abdoucheli (1994) esclarecem que, de vítimas passivas, os trabalhadores posicionam-se como

agentes ativos de um desafio, de uma atitude provocadora ou de uma minimização diante da pressão patogênica do trabalho.

Essa operação, relacionada à elaboração de estratégias defensivas, leva à eufemização da percepção que os trabalhadores têm das situações causadoras de sofrimento. No entanto, não se pode afirmar que as estratégias defensivas estão presentes em todas as situações de trabalho.

Prazer e sofrimento são vivências subjetivas e, portanto, vividas de forma singular por cada indivíduo. Dessa forma percebe-se um paradoxo entre sofrimento individual e estratégia coletiva de defesa. Para Dejours e Abdoucheli (1994, p.128), “parece que vários sujeitos experimentando cada um por si um sofrimento único seriam contudo capazes de unir seus esforços para construir uma estratégia defensiva comum”. Estes mesmos autores ressaltam que

a diferença fundamental entre um mecanismo de defesa individual e uma estratégia coletiva de defesa é que o mecanismo de defesa está interiorizado (no sentido psicanalítico do termo), ou seja, ele persiste mesmo sem a presença física de outros, enquanto a estratégia coletiva de defesa não se sustenta a não ser por um consenso, dependendo assim, de condições externas (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 128-29).

De acordo com Pitta (1994, p.65), “os membros da organização desenvolvem mecanismos de defesas estruturados socialmente que tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e os antigos membros da instituição devem entrar em acordo”.

Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua incidindo e destruindo o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do trabalhador, levando-o a uma descompensação mental ou psicossomática, que o conduz à doença. Trata-se do sofrimento patogênico (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994). A Psicodinâmica do Trabalho refere-se não apenas ao sofrimento patogênico, mas também ao sofrimento criativo. O desafio real na prática, para a psicopatologia do trabalho, é

definir as ações suscetíveis de modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação (e não sua eliminação). Quando o sofrimento pode ser transformado em criatividade, ele traz uma contribuição que beneficia a identidade. Ele aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho funciona então como um mediador para a saúde (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 137).

Conforme afirma Dejours (1992, p.164), “o trabalho não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde”. Se o trabalho leva ao sofrimento, este mesmo trabalho pode ser fonte de prazer e de desenvolvimento do sujeito tanto quanto de doença. Dessa forma, o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser considerados com neutralidade subjetiva ou social (LANCMAN, 2004).

Na concepção de Dejours (1992, p.24), “o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”. Neves, Seligmann-Silva e Athayde (2004), com base na Psicodinâmica do Trabalho, ressaltam que o prazer no trabalho pode estar presente no sofrimento criativo, sendo essas variáveis sempre consideradas como decorrentes de um processo de conquista permanente. Além disso, alertam que sofrimento criativo não é sinônimo de prazer e que ele aparece quando é possível o exercício da capacidade de transformar o sofrimento em fator de criatividade.

Um objetivo da metodologia da Psicodinâmica do trabalho é a elaboração da vivência do sofrimento, no sentido de desvendar a vivência dos sujeitos em sua relação com a organização do trabalho e de perceber aquilo que, na organização do trabalho, é gerador de opressões, de dificuldades, de desafios, susceptíveis de gerar sofrimento, bem como prazer (DEJOURS; JAYET, 1994).

Outro objetivo da Psicodinâmica do trabalho, de acordo com esses autores, é fazer os sujeitos da pesquisa progredirem em suas interpretações da organização do trabalho. Acredita-se que a transformação da organização do trabalho perpassa pela mobilização da capacidade de análise dos sujeitos sobre suas relações com essa organização.

A Psicodinâmica do Trabalho propõe metodologias qualitativas, baseadas no método clínico e nos fundamentos da psicanálise, que lhe fornecem subsídios teóricos e epistemológicos (JACQUES, 2003). Dejours (1992) descreve a metodologia da Psicodinâmica do Trabalho em oito fases: a pesquisa inicial; a pesquisa propriamente dita; a solicitação, o grupo homogêneo e o coletivo; o material de pesquisa; a observação clínica; o método de interpretação; a validação e refutação dos dados e a metodologia e teoria em Psicodinâmica do trabalho.

A intervenção e a pesquisa em Psicodinâmica do Trabalho são práticas dos psicodinamistas do trabalho, que elegem essa teoria e método e as aplicam integralmente, como é descrita por Dejours e também por aqueles que buscam nesse referencial teórico algum subsídio para a sua prática e/ou reflexões teóricas (LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Verificou-se que a escolha da Psicodinâmica do Trabalho como respaldo teórico desta dissertação mostrou-se adequada para discutir as repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrente da atuação em paradas cardiorrespiratórias em enfermarias de clínica médica. Desse modo, possibilitou compreender a vivência dos trabalhadores de enfermagem em sua relação com a organização do trabalho no cenário de pesquisa, identificar o prazer-sofrimento oriundo da atuação em uma atividade de elevada carga psíquica, como a

ressuscitação cardiopulmonar, e deprender a elaboração de estratégias defensivas como enfrentamento da realidade de trabalho vivenciada.

1.2 Organização do trabalho hospitalar e saúde dos trabalhadores

Esta seção teórica objetivou refletir sobre a organização do trabalho no contexto hospitalar, contextualizando sua influência no processo saúde-doença dos trabalhadores, com enfoque nos trabalhadores de enfermagem.

De acordo com Antunes (2004), o trabalho é a condição básica essencial de toda a vida humana. Trata-se de uma atividade central no processo de sociabilidade e, mesmo, de emancipação do trabalhador. Por outro lado, com o advento do capitalismo, o trabalho sofreu alterações e se tornou complexo.

Em relação à sociabilidade, LANCMAN (2004, p.29) relata que

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

Esse mesmo autor destaca, ainda, a função psíquica do trabalho, já que “é um dos grandes alicerces de constituição do sujeito e de sua rede de significados”, uma vez que processos vivenciados no mundo do trabalho como reconhecimento, gratificação e mobilização da inteligência fazem parte da constituição da identidade e da subjetividade do trabalhador.

Considerando a subjetividade do trabalhador, Dejours (1994, p.24) ressalta que

O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais.

Aguiar (2008) infere que o trabalho materializa-se através do processo de trabalho, que engloba as condições objetivas (os instrumentos e materiais utilizados) e as condições subjetivas (aspirações, desejos e possibilidades) exercidas pelo trabalhador de acordo com o significado e o sentido que o trabalho adquire em sua vida.

No mundo do trabalho, dentre os fatores de risco a que se expõe o trabalhador, destacam-se os ergonômicos e psicossociais. Fatores como urgência de maior produtividade, redução contínua do contingente de trabalhadores, pressão do tempo, aumento da complexidade das tarefas, expectativas irrealizáveis e relações de trabalho tensas e precárias

podem ocasionar tensão, fadiga e esgotamento profissional, constituindo-se em fatores psicossociais responsáveis por situações de estresse relacionado com o trabalho (GUIMARÃES, 2006).

Ao abordar os transtornos mentais e de comportamento relacionados ao trabalho, o Ministério da Saúde (2001) afirma que eles resultam de contextos de trabalho em interação com o corpo e aparato psíquico dos trabalhadores, e não de fatores isolados. Assim, as ações implicadas no ato de trabalhar têm a possibilidade de repercutirem nos campos psíquico e físico dos trabalhadores. Elas podem atingir o corpo dos trabalhadores, gerando não só disfunções e lesões biológicas, mas também reações psíquicas às situações de trabalho patogênicas, além de poderem desencadear processos psicopatológicos especificamente relacionados às condições do trabalho desempenhado pelo trabalhador.

Oliveira e Camargo (2004) relatam que os impactos do ambiente de trabalho na saúde física e mental do trabalhador são conhecidos desde a antiguidade. Porém, somente a partir da metade do século passado, tornou-se efetiva a implementação de medidas “eficazes” na proteção dos trabalhadores e de prevenção dos agravos. Este fato ocorreu devido a fatores como o avanço da medicina preventiva, a conscientização dos envolvidos e a determinação de leis específicas de proteção à saúde ocupacional.

O Ministério da Saúde (2004, p. 6) destaca que, no mundo produtivo do país, há a “coexistência de processos de produção modernos com adoção de tecnologias e métodos gerenciais sofisticados ao lado e complementares a formas arcaicas artesanais que utilizam técnicas obsoletas”. Assim, essa realidade complexa e diversificada das condições e ambientes de trabalho dificulta a determinação de prioridades e o desenvolvimento de alternativas de eliminação e controle dos riscos sobre o trabalhador.

Em relação aos riscos psicossociais, a OMS destaca que o foco das ações organizacionais normalmente contempla aspectos preventivos em saúde e segurança relacionados à exposição dos trabalhadores aos riscos químicos, físicos e biológicos, negligenciando os riscos psicossociais. Fatores como a divisão entre as condições de trabalho e o ambiente de trabalho e a ausência de políticas de desenvolvimento que considerem este tipo de risco no ambiente de trabalho fazem que os riscos psicossociais sejam de difícil identificação pelos profissionais da área de Serviço de Segurança do Trabalho e dificulta a implementação de práticas efetivas de controle e a elaboração de estratégias para tal questão, por parte das empresas (FUNDACENTRO, 2007).

Marín (2000) menciona que, com a evolução do trabalho, as exigências físicas têm diminuído sobre os trabalhadores, já que em muitos casos têm sido substituídos por máquinas.

No entanto, essa evolução traz a exigência de adaptação por parte dos trabalhadores para os novos cenários laborais, nos quais a globalização, as novas tecnologias, os preceitos do neoliberalismo econômico têm modificado consideravelmente a organização do trabalho. Pode-se inferir que, devido aos novos conteúdos do trabalho, a aquisição de novas fontes de energia, ritmos acelerados, complexidade das tarefas, as relações intersubjetivas e subjetivas do trabalho geram significativa carga mental, que repercutem negativamente nos trabalhadores e em sua vida familiar e social.

Martins (2004) alerta que os aspectos organizacionais afetam a saúde física e mental dos trabalhadores e que também têm repercussões sobre a organização, através do absentismo, rotação, erros de desempenho, diminuição da qualidade e quantidade de serviços, entre outros e sobre a sociedade em geral.

Alguns aspectos devem ser analisados sistematicamente, em suas inter-relações e em seus impactos, para ser possível modificar e melhorar a organização do trabalho, no que se refere à saúde e bem-estar humano. Assim faz-se necessário “não somente conhecer as regras, normas de produção, o conteúdo previsto, mas conhecer igualmente todos os requisitos e condições de execução reais”. Para isso, é necessário compreender o trabalho real (PARAGUAY, 2003, p.812).

Situado como campo de trabalho em saúde, o hospital contemporâneo insere-se no sistema de saúde para a produção de cuidados individuais, centrados principalmente na recuperação da saúde. Nele, atividades são desenvolvidas por diversos profissionais, perpassando pelo diagnóstico, pela terapêutica das doenças e pelo cuidado aos clientes. Essa instituição social também pode ser local de desenvolvimento de ensino e pesquisa na área clínica de saúde (MUROFUSI, 2004).

Na caracterização do trabalho hospitalar, Pitta (1994, p.17) relata que

[...] o hospital tem sido um lugar nevrálgico de aglutinação de trabalhadores que inclui desde médicos, enfermeiros, auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas e auxiliares outros, numa extensa lista de profissões e ocupações. Do outro lado estão os usuários, freqüentemente em dramáticas situações de resolução dos seus processos de saúde/doença, dada a habitual complexidade dos serviços ali ofertados.

A enfermagem tem no hospital seu maior campo de trabalho e constitui um segmento significativo de trabalhadores na área da saúde que, devido às características específicas de sua prática assistencial, sofre exposição a diversos fatores de risco e agravos à saúde presentes no ambiente laboral (MUROFUSI, 2004).

“O trabalho de enfermagem possui como características: graus de responsabilidades diferenciados, em função da estratificação que lhe é peculiar e processos decisórios refletidos na priorização das ações muitas vezes realizadas sob imposição temporal” (PINHO, 2002,

p.15). A enfermagem, portanto, faz parte de uma equipe de saúde multiprofissional, estratificando-se, hierarquicamente, em enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem.

Ao abordar as características do trabalho de enfermagem, Pires, Gelbcke e Matos (2004, p. 318) destacam que, em sua maioria, elas reproduzem uma hierarquia rígida, com excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas e normas e acrescentam que

[...] em muitas instituições, a divisão do trabalho na equipe de enfermagem se dá segundo o modelo de divisão por tarefas, pelo qual cada trabalhador executa cuidados parcelares, ou seja, executa as mesmas tarefas específicas estabelecidas para aquele dia de trabalho para o conjunto dos usuários que têm essas atividades prescritas. Essa modalidade de prestação de 'cuidado por tarefa' fragmenta o trabalho e aproxima-se do modelo taylorista- fordista de organização do trabalho, dificultando a interação sujeito sujeito.

Palácios (2000), ao mencionar as tarefas atribuídas aos auxiliares de enfermagem, infere que, na divisão do trabalho, o auxiliar de enfermagem recebe tarefas menos qualificadas, que não requerem qualquer compreensão do processo como um todo. O nível de participação desses profissionais é muito pequeno em todas as esferas que envolvem o trabalho de enfermagem. E alerta que uma série de elementos da organização do trabalho combinados faz que os trabalhadores sejam impotentes para intervir no processo de trabalho, o que pode levá-los, algumas vezes, a não identificar nenhum sentido no trabalho que fazem, deixando de considerar o trabalho como sua realização. Esses sentimentos se traduzem em sofrimento.

Já com relação às enfermeiras, Lisboa (1998, p.02) aponta que

Muitas vezes as atividades de assistência prestadas pela enfermeira junto ao cliente são fragmentadas, incluindo apenas alguns procedimentos mais complexos como: curativos, passagem de sondas, cuidado com o corpo morto; ficando para ela muitas atividades administrativas hospitalares e de cuidado. Fragmentação esta determinada inclusive pela lei do exercício profissional que estabelece que as enfermeiras devem prestar assistência aos pacientes mais graves.

Vieira, Seligmann-Silva e Athayde (2004) destacam que o hospital é um espaço de hegemonia médica, em que o trabalho da enfermagem ainda é considerado como coadjuvante. Robbazi e Marziale (1999) esclarecem que, num contexto mais amplo e histórico, valores foram construídos ao longo da história sobre a hegemonia médica e a submissão da enfermagem e, em grande parte do país, a enfermagem encontra-se ainda submissa ao seu empregador que, em geral, espera que ela cumpra as ordens médicas, sem grandes questionamentos.

De acordo com Souza (2003), o trabalho hospitalar conta com algumas peculiaridades complexas que oferecem riscos à saúde daqueles que têm o hospital com seu cenário laboral. Souza e Lisboa (2002) apontam que condições adversas de trabalho nos hospitais, como falta de insumos e de pessoal, demandam nos trabalhadores de enfermagem adaptações às

infidelidades do meio, de maneira contínua, para desenvolverem suas atividades laborais. Desse processo desgastante, “advém a alteração da economia psicossomática¹, podendo também e, num somatório de fatores, determinar e /ou potencializar o adoecimento físico e psíquico dessas trabalhadoras” (SOUZA; LISBOA , 2002, p.429). Em consonância, Robazzi e Marziale (1999) destacam que é predominantemente nestes ambientes laborais, com condições precárias, que a Enfermagem exerce suas atividades de modo ininterrupto, em regime de turnos alternados, “cansando-se física e mentalmente, realizando horas extras, tendo perturbações em seu ritmo biológico, vivenciando condições angustiantes em decorrência de suas atividades, submetendo-se a riscos variados” (ROBAZZI; MARZIALE, 1999, p.333).

Corroborando essa realidade, Santos-Filho (2007) destaca que atualmente o trabalho em saúde se caracteriza com crescente precarização no que se refere às condições laborais e repercussões na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores. Dentre os problemas no “mundo do trabalho” em saúde atual, encontram-se a precarização dos ambientes e das condições laborais e as dificuldades no âmbito da organização e das relações de trabalho em contexto de gestão ainda tradicional.

Vieira, Seligmann-Silva e Athayde (2004) alertam que a crescente precarização e degradação do ambiente dos serviços públicos de saúde favorecem a violência sobre os profissionais de saúde, principalmente sobre os que têm contato mais direto com os usuários. Os autores esclarecem que “o sentimento de desamparo da população resvala sobre quem se encontra na “ponta” do sistema, na “linha de frente”, atendendo, cuidando, ainda que sobre eles não pese nenhuma responsabilidade na redução dos recursos da saúde” (VIEIRA; SELIGMANN-SILVA; ATHAYDE, 2004, p.149).

Na concepção de Pitta (1994), a natureza do trabalho hospitalar traduz-se pelo contato constante com pessoas doentes em diferentes níveis de gravidade, o qual impõe, com frequência, um fluxo contínuo de atividades envolvendo a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras, que requerem do trabalhador um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho de seu trabalho, na tentativa de evitar o adoecimento físico e/ou emocional.

¹ Por economia psicossomática, entendem-se as potencialidades funcionais e psíquicas de cada indivíduo, que podem ser consumidas em termos do substrato orgânico da mente e das energias do trabalhador resultando em desgaste físico e psíquico (DEJOURS , 1992 apud SOUZA; LISBOA , 2002, p. 435).

Essa mesma autora (1994) classifica as estratégias defensivas dos trabalhadores hospitalares em: fragmentação da relação técnico-cliente; despersonalização e negação da importância do indivíduo; distanciamento e negação de sentimentos; tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas e redução do peso da responsabilidade em função do parcelamento, fragmentação e supervisão das tarefas.

Pires, Gelbcke e Matos (2004), baseadas nos indicativos de trabalhadores de enfermagem, destacam alguns aspectos que devem ser considerados pelos gestores, com a finalidade de se repensar um novo modelo de organização do trabalho no hospital. São eles:

- envolvimento dos trabalhadores e usuários no planejamento global da assistência;
- adoção de mecanismos participativos de gestão nas instituições, substituindo as formas autoritárias de controle por espaços que permitam a manifestação da criatividade e iniciativa do trabalhador;
- definição de estruturas de educação continuada no trabalho que considerem o trabalhador de enfermagem nas dimensões pessoal, profissional e institucional, favorecendo o crescimento global do ser humano;
- condições de trabalho compatíveis com a atividade realizada, possibilitando uma assistência de qualidade, bem como visando à saúde do trabalhador. Tais condições estão relacionadas tanto à existência de infraestrutura adequada, quanto à de recursos materiais e humanos, em quantidade e qualidade para a atividade a ser desenvolvida;
- utilização de tecnologia apropriada ao trabalho, considerando as necessidades dos trabalhadores e a sua utilidade técnico-social;
- estabelecimento de relações de trabalho dialógicas, pautadas na ética, na solidariedade e no compromisso profissional, tanto entre os profissionais, quanto destes com os usuários;
- fortalecimento do trabalho numa amplitude interdisciplinar, de integração das ações e de assistência integral, com participação efetiva dos trabalhadores, independentemente de seu grau de formação;
- valorização dos profissionais, por meio de ações que favoreçam a humanização das relações interpessoais, já que o trabalhador de enfermagem também necessita ser cuidado, de ter seu valor reconhecido.

Diante dos fatores que caracterizam a organização do trabalho hospitalar e a organização do trabalho em enfermagem apontados nesta seção teórica, evidencia-se que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a riscos decorrentes da organização e gestão do trabalho, os quais

podem ter repercussões psicofísicas na sua saúde. De acordo com Dejours (1994), a vivência cotidiana com atividades de trabalho, que se traduzem em desprazer e/ou em tensão, pode repercutir na saúde do trabalhador, resultando em distúrbios de ordem física e psíquica, possibilitando o surgimento de doenças psicossomáticas.

Martins (2006) relata que existe uma alta prevalência de distúrbios emocionais em enfermeiros e médicos, por sua vez, Murofusi (2004) constatou que a equipe de Enfermagem estava sendo afetada por problemas de saúde em seus corpos e mentes decorrentes de doenças da modernidade como Lesões por Esforços Repetitivos e Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT), depressão, angústia, estresse, alcoolismo, hipertensão arterial, dentre outras. Além disso, observou que, no cenário de seu estudo, do ano de 2002, 54,9% dos atendimentos realizados pela divisão de assistência a saúde do trabalhador estavam relacionados a problemas psicológicos.

Dentre as múltiplas atividades que os trabalhadores de enfermagem precisam realizar e que podem repercutir na sua dimensão psicofísica está o atendimento ao cliente em parada cardiorrespiratória. Por isso, esse aspecto foi foco de atenção desse estudo e, por sua vez, da próxima seção deste referencial teórico.

1.3 Ressuscitação cardiopulmonar: fator de sofrimento criativo e patogênico para o trabalhador de enfermagem

Esta seção teórica buscou apresentar o trabalho prescrito para os trabalhadores de enfermagem referente às atividades de RCP na equipe multidisciplinar e no âmbito hospitalar, além dos possíveis fatores intervenientes apontados na literatura, que contribuem para a diferenciação entre o trabalho prescrito e o trabalho real realizado nestas atividades, incidindo na saúde desses trabalhadores.

A parada cardiorrespiratória (PCR) “refere-se à ausência de atividade mecânica cardíaca, confirmada pela ausência de pulso detectável, ausência de responsividade e apnéia ou respiração agônica” (AEHLERT, 2007, p. 23). Segundo I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001), a parada cardiorrespiratória representa a mais grave emergência clínica com que os profissionais de saúde podem se defrontar.

Estimulados pelo desafio de vencer a morte, pesquisadores e estudiosos, desde a antiguidade, dedicaram-se à investigação e experimentos, que culminaram na evolução do processo de atendimento em Parada Cardiorrespiratória. A história mostra esse desenvolvimento

em diversas etapas: ventilação boca a boca, circulação artificial, compressão torácica externa, desfibrilação e combinação de ventilação e compressão torácica (TIMERMAN et al., 2001).

Diretrizes foram construídas e atualizadas com a finalidade de subsidiar os profissionais de saúde e socorristas leigos na condução das ações nos casos de paradas cardiorrespiratórias nos ambientes intra- e extra-hospitalares, nas diferentes faixas etárias e atualmente estão amplamente veiculadas. Silva (2006) destaca que grandes centros de estudos internacionais, juntamente com a Sociedade Americana de Cardiologia (American Heart Association-AHA), padronizaram manobras e técnicas, denominadas Suporte Básico de Vida (SBV) e/o Suporte Avançado de Vida em Cardiologia (SAVC), com a finalidade de promover e restaurar as funções cardíaca e respiratória.

Vaisman e Clare (2000, p. 237) acrescentam que o objetivo principal das manobras de SBV e SAVC é “prevenir a interrupção ou inadequação da circulação e/ou respiração através do pronto reconhecimento e intervenção, além de dar suporte circulatório e respiratório aos clientes”.

As principais vertentes, modificadas entre 2004 e 2005, deram origem às atuais Diretrizes da AHA e dizem respeito a aspectos que eram considerados e realizados com eficácia pelos profissionais durante as manobras de RCP. A essência das alterações das Diretrizes atuais visa a “melhorar a sobrevivência após uma parada cardíaca, através do aumento do número de vítimas de parada cardíaca que recebem RCP rápida e de alta qualidade” (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005, p.2). E o objetivo final da dinâmica de ressuscitação é o retorno do cliente ao nível de funcionamento neurológico anterior ao evento de Parada Cardíaca (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2006).

J.A. Cooper, J.D. Cooper, e J.M., Cooper (2006) afirmam que investigações contínuas são necessárias para que se assegure a qualidade dos padrões para RCP e a aderência às diretrizes pelos profissionais. Através da combinação de novas técnicas e de estratégias de implementação o desenvolvimento da RCP é favorecido.

É imperativo que sejam utilizados pelos trabalhadores equipamentos de proteção individual e respeitadas as normas de biossegurança, para que fiquem protegidos da aquisição de doenças transmitidas pelos clientes através das manobras.

A seguir, no Quadro 1, encontra-se o resumo dos principais itens do atendimento do cliente adulto em parada cardiorrespiratória referente ao Suporte Básico de Vida por profissionais de saúde.

Este quadro foi adaptado da American Heart Association (2005), que trata do resumo das manobras do SBV.

MANOBRAS	VÍTIMAS ADULTAS
ACIONAR Serviço de Emergência	Acionar o socorro quando a vítima estiver sem responsividade. Se houver probabilidade de parada por asfixia, telefonar somente após aplicar 5 ciclos (cerca de 2 minutos) de RCP.
VIAS AÉREAS	Inclinação da cabeça – elevação do queixo. Em caso de suspeita de traumas, usar a técnica de elevação da mandíbula.
VENTILAÇÃO DE RESGATE (Inicial)	
VENTILAÇÕES DE RESGATE PARA RCP COM VIA AÉREA AVANÇADA	8 a 10 ventilações/min (aproximadamente 1 ventilação a cada 6 a 8 segundos).
CIRCULAÇÃO Verificar o pulso (≤ 10 seg).	Carótida.
COMPRESSÃO: Pontos de referência.	Centro do peito, entre os mamilos.
MÉTODO DE COMPRESSÃO (Compressão forte e rápida. Permitir o retorno total do tórax).	2 mãos: Região hipotenar de uma mão, outra mão por cima.
PROFUNDIDADE DA COMPRESSÃO	1 ½ a 2 polegadas = (3,81 a 5,08 cm)
FREQÜÊNCIA DE COMPRESSÃO	Aproximadamente 100/min.
RELAÇÃO COMPRESSÃO-VENTILAÇÃO	30:2 (1 ou 2 socorristas).
DESFIBRILAÇÃO	
Desfibrilador externo automático (DEA)	Para atendimentos fora do hospital, é possível realizar 5 ciclos / 2 minutos de RCP antes do choque, se a chegada ao local for > 4 a 5 minutos do chamado e a parada não tiver sido testemunhada.

Quadro 1 - Resumo das manobras SBV para adultos por profissionais de saúde

Fonte: Adaptada de AMERICAN HEART ASSOCIATION (2005, p. 15, Tabela 2).

Com a finalidade de prevenir a fadiga / exaustão dos profissionais na realização de compressões torácicas e também o conseqüente prejuízo na qualidade das compressões, recomenda-se que, quando houver mais de um profissional presente, eles devem se revezar no papel de “compressor”, aproximadamente a cada 2 minutos ou 5 ciclos de RCP (1 ciclo de RCP = 30 compressões e 2 ventilações de resgate). A conclusão do revezamento entre os profissionais deve ocorrer em 5 segundos ou menos (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2005).

Se a vítima permanecer em parada cardíaca/respiratória, após as etapas da RCP Precoce, deve ser iniciada rapidamente a abordagem Avançada. A aplicação do Suporte Avançado de Vida eficaz começa com o Suporte Básico de Vida de alta qualidade, conforme também destaca o autor anteriormente citado.

A RCP avançada ou SAVC só pode ser realizada por médico ou pessoal treinado e amparado pela lei (TIMERMAN et al., 1996). Assim como na Abordagem Precoce, as letras **A, B e C** da Abordagem Secundária referem-se a vias **A**éreas, **B**oa respiração e **C**irculação. Neste caso, devem-se aplicar dispositivos mais avançados para desobstruir as vias aéreas, garantir uma boa respiração e administrar medicações via intravenosa. A letra **D** dirige o profissional a realizar um **Diagnóstico Diferencial** para investigar, verificar e tratar as causas reversíveis da PCR (AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2006).

No cenário de estudo, o trabalho prescrito para a realização de RCP pelos trabalhadores médicos e de enfermagem contempla as diretrizes propostas pela American Heart Association. No entanto, o manual de normas e rotinas direcionado às ações e atribuições dos integrantes da equipe para o atendimento de PCR na instituição ainda está em fase de elaboração. Desse modo, apresentam-se a seguir algumas considerações sobre o posicionamento e atividades dos elementos durante a RCP recomendadas na literatura atual, para maior compreensão da dinâmica do trabalho prescrito na RCP.

Na ocorrência de PCR, algumas atividades podem ser realizadas por profissionais com treinamento em suporte básico de vida, enquanto outras exigem treinamento no suporte avançado de vida. A realização das manobras de ressuscitação consiste em quatro procedimentos fundamentais: manejo da via aérea; compressões torácicas; monitorização do eletrocardiograma e desfibrilação e acesso vascular e administração de medicação. O número de componentes e as habilidades de cada membro da equipe de ressuscitação podem variar. Se a equipe de atendimento possuir cinco indivíduos, cada um desses procedimentos é designado a um membro da equipe, e um líder coordena suas ações. Caso os papéis de cada membro ainda não tiverem sido atribuídos previamente, o líder deve designar essas tarefas, enquanto reúne os membros da equipe (AEHLERT, 2007).

Há necessidade também de ações de apoio em um trabalho de ressuscitação. Aehlert (2007) assevera que estas ações incluem manejo de suprimentos, assistência em procedimentos, registro do trabalho de ressuscitação, realização de contatos e controle da situação.

Costa, Quilici e Miyadahira (2005) propõem que a equipe da unidade para prestar a RCP seja composta de um médico, geralmente o líder da equipe e responsável pelas condutas terapêuticas, um enfermeiro e três técnicos de enfermagem. Quanto à distribuição da equipe de enfermagem para a realização de atividades, informam que esta é atribuição do enfermeiro e que deve ser realizada respeitando-se a disponibilidade de recursos humanos na unidade.

O Posicionamento e atividades dos elementos durante a RCP propostos por Costa, Quilici e Miyadahira (2005) são apresentados de maneira resumida a seguir:

- médico – posiciona-se à cabeceira do leito com a finalidade de avaliar a RCP, realizar a intubação traqueal e comandar o atendimento;
- enfermeiro – posiciona-se entre o tronco e a cabeceira, à direita do cliente, o que favorece a visualização de todo o atendimento de enfermagem. Desse modo, a sua ação de coordenação das ações de enfermagem é facilitada. O enfermeiro deve realizar as compressões torácicas e a desfibrilação, quando houver solicitação do líder, bem como posicionamento do marca-passo transcutâneo quando houver indicação médica;
- técnico de enfermagem (1º) – posiciona-se próximo à cabeceira e tem a incumbência de realizar as atividades relacionadas à manutenção das vias aéreas;
- técnico de enfermagem (2º) – posiciona-se na altura entre o tronco e o abdome do cliente, à esquerda, e responsabiliza-se pela obtenção dos acessos venosos, administração de medicamentos e colocação da tábua para compressão torácica;
- técnico de enfermagem (3º) – posiciona-se junto ao carro de emergência e inicialmente fornece os materiais de paramentação à equipe e outros materiais solicitados. Marca o horário de início do atendimento e começa o preparo dos medicamentos usados na RCP.

Na evolução do atendimento, outras atividades são realizadas e culminam com a reposição do carro de emergência e organização da unidade para o próximo atendimento.

A integração de esforços em uma equipe multiprofissional proporciona ao cliente uma qualidade de assistência na qual o papel do enfermeiro é imprescindível. Cabe ao enfermeiro, na ressuscitação cardiopulmonar, prestar cuidado ao cliente grave e dar o provimento de materiais e capacitação da equipe para a atuação, entre outras. O trabalho do enfermeiro perpassa todas as fases de atendimento no processo de ressuscitação cardiopulmonar. Interagir com a família do cliente com prontidão, sensibilidade e sinceridade também é uma atividade de que o enfermeiro deve participar com o médico, com a finalidade de fornecer informações sobre os cuidados, a rotina da unidade e os próximos trâmites de acordo com o resultado da RCP (COSTA; QUILICI; MIYADAHIRA, 2005).

Beck (2001) concorda com a necessidade da existência e utilização das normas e rotinas nas instituições hospitalares e ressalta que, se aplicadas com equilíbrio, são saudáveis, de forma a contribuir para a organização adequada do processo de trabalho. Isso nos remete para a

relação entre trabalho prescrito e real, que é uma nuance importante da vivência do trabalhador.

Dejours (1994) identificou um distanciamento importante entre a organização do trabalho prescrito e a organização do trabalho real. E que, em muitas situações, a organização prescrita do trabalho mostra-se inaplicável. Na RCP, pelo que já foi apresentado nesta fundamentação teórica, há variáveis no contexto do atendimento hospitalar que poderão contribuir para o distanciamento entre a tarefa proposta e a atividade realizada.

Dentre essas variáveis, está a precarização dos hospitais públicos no Brasil, que é uma realidade e que traz repercussões para a saúde dos trabalhadores (ROBAZZI; MARZIALE, 1999; SOUZA; LISBOA, 2002; SANTOS-FILHO 2007). Vieira, Seligmann-Silva e Athayde (2004) destacam que o trabalhador sofre, pois se vê sem os meios para dar o atendimento de que gostaria à população, que depende exclusivamente do serviço público para ser assistida em sua saúde.

Palácios (2000) alerta que, em várias situações, os trabalhadores sentem que o seu trabalho prescinde de algum tipo de retorno prazeroso. Tal sentimento se traduz em sofrimento. Pode-se relacionar essa situação descrita por Palácios à realidade vivenciada diante das condições precárias de trabalho. A frustração do trabalhador de enfermagem se manifesta, então, quando, cobrado pela organização prescrita do trabalho para prover materiais e insumos para um atendimento como o de RCP, não tem esses recursos disponíveis.

Além da possível condição precária para atuação em PCR relacionada à estrutura oferecida pela instituição, a Comissão de Ressuscitação Cardiopulmonar do Hospital Sírio-Libanês (2005) destaca outros possíveis transtornos durante o atendimento em situações emergenciais, decorrentes de falta de equilíbrio emocional (em especial do líder do grupo), desorganização do ambiente, falta de conhecimento e confiança nos recursos disponíveis, não priorização de alguns passos, insuficiência de pessoal ou seu excesso e erros na divisão de atividades entre os componentes da equipe que presta atendimento.

Na atuação em RCP, há possibilidade de se conseguir reverter o quadro ou do cliente evoluir para a morte. No que se refere à subjetividade do trabalhador relacionada ao lidar com a morte, Carvalho et al. (2006, p. 552) apontam que

os valores, crenças, vivências dos indivíduos influenciam a sua preparação para morrer ou para exacerbar a dificuldade de enfrentamento da morte. Contudo, essa incapacidade do ser humano em lidar com a morte originária no seu eu e na relação de alteridade é reforçada muitas vezes, no âmbito da saúde, como sinônimo de fracasso profissional, diante da recuperação não alcançada, o que representa a negação da finitude humana.

Esses autores também ressaltam que, as dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores durante esse processo podem estar relacionadas tanto ao despreparo individual para lidar com a morte como pelas poucas abordagens sobre o tema morte e morrer durante sua formação profissional (CARVALHO et al., 2006).

Além da variável relacionada ao enfrentamento da morte pelo profissional de enfermagem, devemos considerar a natureza estressante da atuação em PCR. De acordo com Timmerman et al.(2001), realizar um atendimento de emergência pode representar algo dramático para muitos profissionais. E especialmente em casos de PCR, diante da pressão sofrida pelo socorrista, a lembrança da seqüência correta do atendimento e as reais prioridades podem se perder. Considerando que as diretrizes para a RCP são revistas e atualizadas a cada cinco (5) anos, os trabalhadores têm que se manter atualizados tecnicamente e acompanhar as mudanças.

Atuar no limite da vida e da morte é um fator de forte desgaste psíquico, empreendendo sofrimento em grande parte dos trabalhadores de enfermagem. Mas o sofrimento tende a se transformar em algo criativo, caso, de acordo com as características da organização do trabalho, se respeite o quantitativo de pessoal de enfermagem preconizado para atuação numa unidade em que se evidenciam eventos de paradas cardiorrespiratórias, se atente para a necessidade de provimento de materiais e equipamentos, se capacite os trabalhadores para atuarem com segurança e habilidade, além de se assegurar apoio emocional ao trabalhador frente às situações de desgaste emocional. Pois, ao conseguir vencer as dificuldades e, possivelmente reverter a parada cardiorrespiratória, ou tendo-se certeza de que todo o procedimento desenvolveu-se como o prescrito, fica uma sensação de dever cumprido e de utilidade.

No entanto, quando a organização do trabalho não atende a tais questões e mostra-se pouco racional, existe um grande potencial para a instalação do sofrimento patogênico e para o adoecimento do trabalhador.

A partir da descrição da dinâmica de atuação dos trabalhadores de enfermagem no atendimento em RCP, constata-se a complexidade laboral que envolve esta atividade e as cargas de trabalho que estes trabalhadores estão expostos durante o exercício dessas atividades.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

2.1 Tipo do estudo

O estudo foi descritivo e com abordagem qualitativa, considerando-se as características do objeto, da natureza das questões norteadoras e dos objetivos.

Conforme fundamentado por Polit, Beck e Hungler (2004), o estudo descritivo objetiva captar informações para descrever as dimensões, as variações, a importância e os significados dos fenômenos de determinada realidade.

De acordo com Minayo (2000, p.21), a pesquisa qualitativa é um modo de obter resposta a questões muito particulares e lida com um nível de realidade que não tem possibilidade de ser quantificado. Assim, trabalha com um “universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”. Polit, Beck e Hungler (2004) inferem que a pesquisa qualitativa propicia a compreensão das percepções e subjetividades dos seres humanos, sob a narrativa de seus próprios atores. Por conseguinte, o método qualitativo do tipo descritivo apresenta-se adequado para a realização deste estudo, pois foram analisados aspectos subjetivos da saúde dos trabalhadores de enfermagem e suas interfaces com a organização do trabalho na qual estão inseridos.

2.2 Método do estudo

No processo de definição do objeto de estudo, pode-se perceber que ele se insere numa realidade onde coexistem variáveis psíquicas, físicas, sociais, econômicas, culturais e estruturais, de caráter dinâmico, contraditório e transformador, tanto para o sujeito, que é representado pelo trabalhador de enfermagem, quanto para a organização do trabalho. Para se compreenderem melhor o objeto de estudo e a realidade de saúde do trabalhador de enfermagem, elegeu-se o método dialético, que se embasa no materialismo histórico.

Minayo (1999, p.65) assevera que, “enquanto o materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real” e assinala que, no campo da saúde, a dialética é uma das principais tendências de interpretação, pois não é apenas uma possibilidade de análise, mas uma luta ideológica relacionada com a luta política mais ampla na sociedade.

Gil (1999, p.32) nos mostra que

a dialética fornece as bases para uma interpretação dinâmica e totalizante da realidade, já que estabelece que os fatos sociais não podem ser entendidos quando considerados isoladamente, abstraídos de suas influências políticas, econômicas, culturais, etc.

Konder (1992, p.9) complementa que o método dialético é “o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação”.

O método dialético pode ser entendido como um método de interpretação da realidade, que se fundamenta em três grandes princípios ou leis.

1ª. Passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa)

Esta lei considera que as coisas não possuem sempre o mesmo ritmo de mudança. “O processo de transformação por meio do qual elas existem passa por períodos lentos (nos quais se sucedem pequenas alterações quantitativas) e por períodos de aceleração (que precipitam alterações qualitativas, isto é, “saltos”, modificações radicais). (KONDER, 1992, p.58).

Uma exemplificação desse fenômeno é o processo de ebulição da água, que, a partir do seu aquecimento progressivo chega-se ao estado gasoso. Assim, a mudança quantitativa gradual, caracterizada por aumento dos graus de temperatura, gerou mudança qualitativa, com a transformação de um estado para outro (KONDER, 1992; LAKATOS; MARCONI, 2003).

Neste estudo, são exemplos desse processo de transformação as alterações que possam ocorrer na saúde do trabalhador decorrentes de problemas frequentes e cumulativos no processo de ressuscitação cardiopulmonar.

2ª. Interpenetração dos contrários ou de unidade e luta dos contrários

De acordo com Gil (1999, p.31), essa lei mostra que

Todos os objetos e fenômenos apresentam aspectos contraditórios, que são organicamente unidos e constituem a indissolúvel unidade dos opostos. Os opostos não se apresentam simplesmente lado a lado, mas num estado constante de luta entre si. A luta dos opostos constitui a fonte do desenvolvimento da realidade.

Konder (1992) nos lembra que tudo está relacionado com tudo, há o entrelaçamento dos diversos aspectos da realidade e, em níveis diferentes, dependentes uns dos outros. Assim, deve ser considerado que:

as coisas não podem ser compreendidas isoladamente, uma por uma, sem levarmos em conta a conexão que cada uma delas mantém com coisas diferentes. Conforme as conexões (quer dizer, conforme o contexto em que ela esteja situada), prevalece, na coisa, um lado ou outro da sua realidade (que é intrinsecamente contraditória)[...](KONDER, 1992, p.58).

Nesta pesquisa buscou-se conhecer o maior número de aspectos que auxiliassem a apreender o objeto de estudo e identificar contradições nos discursos dos sujeitos, as quais foram destacados no capítulo de análise.

3ª. Negação da negação

Segundo Lakatos e Marconi (2003), essa lei afirma que todo movimento, transformação ou desenvolvimento ocorre através das contradições ou mediante a negação de uma coisa e que essa negação está relacionada à transformação das coisas.

Konder (1992) assinala que o movimento geral da realidade faz sentido, ou seja, não se mostra absurdo, não se esgota em contradições irracionais ou ininteligíveis, nem se dissipa na repetição do conflito entre tese e antíteses, entre afirmações e negações. A afirmação produz necessariamente a sua negação, porém a negação não prevalece como tal: tanto a afirmação como a negação são superadas e o que acaba por prevalecer é uma síntese, é a negação da negação.

Como exemplo do processo de união dialética, Lakatos e Marconi (2003) tomam por base o processo de germinação do grão de trigo, onde a primeira negação ocorre quando o grão de trigo desaparece e se transforma em planta e a segunda negação dá-se quando a planta morre depois de produzir não somente o grão que a originou, mas também outros que podem ter outras qualidades.

Buscou-se conhecer as características da organização do trabalho nas enfermarias de clínica médica e sua influência sobre o trabalhador de enfermagem que atua na ressuscitação cardiopulmonar, ambos agentes de constante transformação e interação.

Uma das bases para o surgimento e fortalecimento do materialismo histórico e do método dialético foi a contemplação, observação e análise profunda do mundo do trabalho, com suas contradições, transformações, construções e novamente (re) construções. Pautou-se

também na historicidade do cenário social, econômico, político, cultural para apreender conceitos relevantes para o entendimento da categoria “trabalho” (KONDER, 1992).

Assim, pelo que foi exposto, considera-se apropriada a escolha do método dialético para o entendimento da dinâmica complexa que envolve o mundo do trabalho dos profissionais de Enfermagem, em sua especificidade na atuação em paradas cardiorrespiratórias. As contradições que possam vir a surgir da satisfação e insatisfação, do reconhecimento e não reconhecimento pelo trabalho desenvolvido, na dinâmica de perda da saúde e resgate da saúde de trabalhadores e clientes, nas transformações dinâmicas que se configuram em termos de conhecimento científico e aparato tecnológico, (re) constroem novas formas de lidar com a problemática da atuação em paradas cardiorrespiratórias.

2.3 Cenário do estudo

O estudo foi realizado em quatro (4) enfermarias de clínica médica de um hospital universitário de grande porte, da rede pública, localizado na cidade do Rio de Janeiro. Esse hospital é campo de ensino para programas de Residência em várias especialidades e categorias profissionais e de Internato dos alunos de graduação da Universidade a que está vinculado. Em agosto de 2007, o hospital contava com quinhentos e setenta (570) leitos e quinze (15) salas cirúrgicas em atividade, onde são realizadas internações e cirurgias em mais de sessenta (60) especialidades e subespecialidades da área da saúde. No seu prédio de ambulatorios, com 3000 m² de área, estão localizados cento e cinquenta (150) consultórios, que concentram o atendimento de todas as especialidades.

No organograma da instituição, a Direção de Enfermagem está estruturada a partir de uma Coordenadoria e quatro (4) Serviços de Enfermagem: da Mulher e da Criança, de Pacientes Externos, Enfermagem Cirúrgica e Enfermagem Clínica. Os serviços têm suas divisões em respectivas seções, que, por sua vez, se subdividem em setores.

Nas unidades de Clínica Médica, com capacidade média de 14 leitos ativos por unidade, na seguinte distribuição, enfermaria de clínica médica I (16 leitos); enfermaria de clínica médica II (12 leitos); enfermaria de clínica médica III (12 leitos) e enfermaria de clínica médica IV (14 leitos), a assistência é prestada a clientes portadores de diversas patologias, que necessitam de internação para investigação ou controle de afecções relacionadas principalmente aos sistemas linfático, endócrino, circulatório, digestivo, excretor

ou respiratório. As quatro enfermarias foram codificadas neste estudo em enfermarias de clínica médica de I a IV para preservar a identidade do hospital.

Para melhor entendimento do quadro funcional dos trabalhadores de enfermagem e administrativos, e como subsídio para avaliação da organização do trabalho no cenário de estudo, seguem algumas considerações.

A composição total da equipe de Enfermagem e da equipe administrativa das unidades de Clínica Médica é de 6 enfermeiros, 77 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de serviço de saúde (ASS) e 2 assistentes técnico-administrativos (ATA). O horário de trabalho dos auxiliares de Enfermagem é de 12h x 60h semanais; dos Enfermeiros de 6h, distribuídos pelo período da manhã ou da tarde, em dias úteis. Os ATA e ASS trabalham com distribuição variada no serviço diurno, mas precisam fazer 40 horas de trabalho semanais.

O quadro funcional de trabalhadores de Enfermagem e administrativos é composto por pessoal contratado e servidor público. Os contratados permanecem no hospital por um prazo de 2 anos, sendo possível a prorrogação do contrato por mais 1 ano. Assim, o período de contratação consecutiva não excede 3 anos de duração. Para voltar a compor o quadro de contratados, os trabalhadores têm que ter intervalo mínimo de 1 ano entre as contratações.

Compõem o quadro de profissionais de Enfermagem, as categorias de enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Esse quadro está em processo de reformulação para a inclusão da categoria de técnico de enfermagem. As unidades também contam com residentes de enfermagem do programa de clínica, que, nas atividades de educação em serviço, possuem carga horária teórica regular e cumprem carga horária prática nas unidades, que é distribuída em dias úteis de 8 horas (Manhã/Tarde) e em 2 plantões mensais em finais de semana.

A distribuição do quantitativo de profissionais de enfermagem e administrativos por clínica médica encontra-se exposto nos Quadros apresentados a seguir.

Membro da Equipe	Quantitativo	Vínculo empregatício		Turno de trabalho				
		Contratado	Servidor Público	M	T	M T	SD	SN
Enfermeiro	2	1	1	1	1	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	20	7	13	-	-	-	12	8
ASS	1	-	1	-	-	-	1	-
ATA	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	23	8	15	1	1	-	13	8

Quadro 2 - Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica I

Fonte: Escala de serviço de agosto de 2008 da enfermaria de clínica médica I

O Quadro 2 mostra que 65,2% dos trabalhadores da enfermaria de clínica médica I são servidores públicos. No período da manhã (M), o único enfermeiro é o Chefe da Unidade e, no serviço noturno (SN), não há enfermeiro lotado na unidade. Além disso, ainda possui um profissional da categoria de auxiliar de serviço de saúde (ASS), com formação em auxiliar de enfermagem.

Membro da Equipe	Quantitativo	Vínculo empregatício		Turno de trabalho				
		Contratado	Servidor Público	M	T	M T	SD	SN
Enfermeiro	1	-	1	1	-	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	17	7	10	-	-	-	10	7
ATA	1	-	1	-	-	1	-	-
Total	19	7	12	1	-	1	10	7

Quadro 3 - Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica II

Fonte: Escala de serviço de agosto de 2008 da enfermaria de clínica médica II.

Podemos observar no Quadro 3 que, nos períodos da tarde (T) e noturno, não há enfermeiro na unidade e, no período da manhã, há apenas o enfermeiro Chefe da Unidade.

Membro da Equipe	Quantitativo	Vínculo empregatício		Turno de trabalho				
		Contratado	Servidor Público	M	T	M T	SD	SN
Enfermeiro	1	-	1	1	-	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	20	11	9	1	-	-	9	10
ATA	1	-	1	-	-	1	-	-
Total	22	11	11	2	-	1	9	10

Quadro 4 - Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica III

Fonte: Escala de serviço de agosto de 2008 da enfermaria de clínica médica III.

O Quadro anterior mostra que o quantitativo de servidores e contratados da Enfermaria de clínica médica III é igual e que, como a enfermaria de clínica médica II, nos períodos da tarde (T) e noturno, não há enfermeiro na unidade, no período da manhã, há apenas o enfermeiro Chefe da Unidade.

Membro da Equipe	Quantitativo	Vínculo empregatício		Turno de trabalho				
		Contratado	Servidor Público	M	T	M T	SD	SN
Enfermeiro	2	-	2	1	1	-	-	-
Auxiliar de Enfermagem	20	11	9	-	-	-	11	9
ASS	1	-	01	-	1	-	-	-
ATA	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	23	11	12	1	2	-	11	9

Quadro 5 - Alocação dos trabalhadores de Enfermagem e administrativos na enfermaria de clínica médica IV

Fonte: Escala de serviço de agosto de 2008 da enfermaria de clínica médica IV.

Na enfermaria de clínica médica IV não há ATA, sendo as funções pertinentes a essa categoria incorporadas pelos trabalhadores de Enfermagem nos serviços diurnos e noturnos.

A escolha das quatro (4) enfermarias de clínica médica para este estudo se justificou não só pelo fato de serem os locais onde existe a maior incidência de clientes que, dependendo do quadro clínico, evoluem para PCR, fora das unidades intensivas, de acordo com os dados estatísticos do hospital; do conhecimento prévio sobre a dinâmica laboral nas unidades, possibilitado pelo meu exercício profissional na instituição como também por ter

sido neste cenário onde emergiram as inquietações e questionamentos que culminaram na investigação realizada.

2.4 Sujeitos do estudo

O quantitativo total de sujeitos do estudo foi de dezessete (17) trabalhadores de enfermagem atuantes nas enfermarias de clínica médica.

Foram entrevistados somente trabalhadores de enfermagem que já atuavam em enfermaria de clínica médica por um período igual ou superior a dois anos. A delimitação do tempo de atuação como critério de inclusão dos sujeitos no estudo justificou-se pela possibilidade de o maior tempo de atividade na unidade favorecer a ambientação desses profissionais com a dinâmica da organização laboral, oferecendo maiores oportunidades de atuação em eventos de ressuscitações cardiopulmonares.

Foram excluídos os enfermeiros residentes porque realizavam atividades com rodízio entre as enfermarias de clínica médica e suas especialidades, o que talvez não favorecesse uma maior apreensão do processo de trabalho nesses locais. Soma-se a isso o fato de, em sua maioria, serem recém-formados e em processo de aperfeiçoamento profissional, o que possivelmente direcionaria a avaliação deles sobre o processo de reanimação cardiopulmonar principalmente para as questões técnico-científicas, e não para as relativas à saúde do trabalhador.

A determinação da quantidade dos sujeitos foi embasada no critério de saturação das informações. Assim, quando começou a ocorrer a repetitividade das informações coletadas, foi o sinal para se finalizarem as entrevistas (LIEHR; MARCUS, 2001).

2.5 Técnica de coleta de dados

A fim de possibilitar a coleta de dados e dar conta da especificidade do objeto e dos objetivos do estudo, utilizou-se a técnica de entrevista. Essa técnica se mostra um instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais, pois possibilita que a fala seja reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e ao mesmo

tempo tem a magia de transmitir as representações de grupos determinados, em contextos históricos, sócio-econômicos e culturais específicos (MINAYO, 1999).

Dentre as diferentes formas de entrevistas, optou-se por trabalhar com a semiestruturada, que viabiliza a combinação de perguntas fechadas e abertas, o que também possibilita ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem utilizar respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, conforme assevera Minayo. Dessa forma, a fim de se possibilitarem a expressão da subjetividade dos entrevistados e um diálogo direcionado à captação do objeto de estudo, elaborou-se um roteiro de entrevista semiestruturado (APÊNDICE A).

O roteiro de entrevista foi composto por duas partes: a primeira possibilitou a coleta de dados sócio demográficos de identificação dos sujeitos, através da busca de informações acerca da idade, formação profissional e do trabalho; a segunda estruturou-se em cinco questões abertas, diretamente formuladas no intuito de possibilitar que os sujeitos expressassem suas vivências relacionadas à ressuscitação cardiopulmonar com vista a atender aos objetivos do estudo. Duas dessas questões foram relacionadas às repercussões sentidas pelos sujeitos do estudo sobre seus corpos. Nesses questionamentos, informou-se que o corpo deveria ser considerado pelos sujeitos numa dimensão psicofísica, baseada na concepção de Figueiredo e Carvalho (1999), de que o corpo precisa ser entendido holisticamente, ou seja, por completo e não separado numa parte física e a outra mental.

Foram realizados três (3) testes-piloto no mês de abril de 2008, com auxiliares de enfermagem que não estavam nos critérios de inclusão da pesquisa, por atuarem em outra enfermaria e terem menos de dois anos de atuação no setor. Não realizei teste-piloto com enfermeiros porque, ao contatar dois destes profissionais, tive dificuldades, pois se sentiram pouco à vontade com a gravação da entrevista. Assim, apliquei o teste apenas aos auxiliares. Através do procedimento verificou-se que o instrumento estava adequado à captação do objeto do estudo e que a delimitação do tempo de atuação dos sujeitos de no mínimo dois (2) anos no cenário encontrava-se apropriada para atender aos objetivos do estudo.

Realizaram-se as entrevistas, que foram gravadas, com anuência dos participantes, no espaço destinado à copa das próprias enfermarias, no período de junho a setembro de 2008. Por não haver outro espaço acessível mais reservado, antes do início das entrevistas, solicitou-se autorização aos componentes da equipe para se utilizar privativamente o local no período das entrevistas.

Optou-se, em comum acordo com os sujeitos, por se realizar a coleta de dados no período da visita, devido à menor demanda de trabalho nesse horário (das 15h às 16h). Os

sujeitos que trabalham no serviço noturno também foram entrevistados no mesmo período, quando estavam no serviço diurno, substituindo outros profissionais de enfermagem. A média de duração das entrevistas foi de dez minutos.

2.6 Aspectos éticos da pesquisa

Conforme determinado pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), no que se refere à pesquisa envolvendo seres humanos, antes do início das entrevistas solicitou-se a cada sujeito que lesse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e que o assinasse, caso concordasse com o conteúdo nele apresentado. Foi entregue aos entrevistados a cópia desse Termo devidamente assinada pela pesquisadora. Ao se realizarem os testes-piloto, informou-se aos trabalhadores de enfermagem que participaram dessa etapa que suas informações não seriam utilizadas na pesquisa (BRASIL, 1996).

Ressalta-se que as entrevistas foram realizadas após o recebimento do parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da própria instituição (ANEXO) autorizando a coleta de dados.

Para preservar o anonimato da instituição, omitiram-se, no estudo, o endereço e o telefone do Comitê de Ética em Pesquisa, que constaram no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) e nos dados de identificação da instituição presentes no parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO).

Com o objetivo de possibilitar um maior conhecimento da gerência da instituição sobre a pesquisa, foi encaminhada cópia do projeto, à época da coleta, à chefia de serviço de Enfermagem Clínica da instituição.

Ainda em conformidade com os preceitos éticos, foi garantido o anonimato da identidade dos sujeitos do estudo através da determinação de código composto por letras e números, onde a letra “E” referia-se à categoria enfermeiro e as letras, “AE” relacionavam-se à categoria Auxiliar de Enfermagem. As letras foram seguidas por números, que identificavam a seqüência na entrevista. Assim, o primeiro enfermeiro recebeu o código de E1, por exemplo. As entrevistas foram apresentadas no estudo parcialmente através de recortes das falas.

2.7 Método de análise dos dados coletados

Optou-se pela técnica de análise de conteúdo para tratamento dos dados, a qual é definida por Bardin (1977, p.42) como:

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

Minayo (1999, p.200) esclarece que a análise de conteúdo é “caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo”. Triviños (1992) assinala que esse tipo de análise pode subsidiar instrumentos de pesquisa de caráter mais profundo e complexo, como o é, por exemplo, o método dialético. Pelas características do método e tipo de estudo utilizados, considerou-se que a análise de conteúdo mostrou-se adequada à apreensão do objeto.

Com base na sistemática da análise de conteúdo de Bardin (1977), após a transcrição das entrevistas, realizaram-se leitura e releitura de seus conteúdos (pré-análise) e buscou-se a identificação de significados, a partir da problematização contida nas falas dos sujeitos. Destacaram-se as unidades de registro (UR) associadas ao objeto de estudo e pôde-se ter uma visão global dos relatos e seus significados. Em seguida, quantificaram-se os temas, através do agrupamento das unidades de registro e da similaridade de seus conteúdos. Agruparam-se os temas em três categorias, apresentadas a seguir.

- 1^a. organização do trabalho e seus reflexos sobre a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar;
- 2^a. vivências referentes à atuação em ressuscitação cardiopulmonar;
- 3^a. implicações na saúde dos trabalhadores de Enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar.

A organização em categorias possibilitou analisar os dados separadamente à luz da dialética e do referencial teórico do estudo, que se fundamentou nos estudos de especialistas das áreas da psicodinâmica do trabalho, saúde do trabalhador e de ressuscitação cardiopulmonar.

3 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo destina-se a analisar as informações coletadas a partir das entrevistas realizadas com os sujeitos da pesquisa. Esta etapa deu vida aos sentimentos e percepções dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, possibilitando apreender as dificuldades e facilidades vivenciadas por eles, discutir os sentimentos que emergem dos trabalhadores na atuação em ressuscitação cardiopulmonar e analisar as repercussões psicofísicas nos seus corpos decorrentes deste processo, além de favorecer uma melhor compreensão da organização laboral da instituição hospitalar.

Inicialmente, com a finalidade de caracterizar os sujeitos do estudo, apresentam-se dados referentes à seção denominada “identificação dos sujeitos” no roteiro de entrevista, ou seja, informações sobre o sexo, faixa etária, tempo de formado, tipo de vínculo empregatício no cenário de estudo, número total de empregos e maior grau de formação profissional.

3.1 Caracterização dos sujeitos do estudo

Do quantitativo total de sujeitos do estudo, cinco (5) eram enfermeiros e doze (12) auxiliares de enfermagem. Três enfermeiros atuavam no turno da manhã (no período das sete da manhã às treze horas, nos dias úteis) e desempenhavam a função de chefe de unidade; outro sujeito foi chefe de uma enfermaria de clínica médica até um mês antes da entrevista e o quinto sujeito era supervisor de Enfermagem do serviço de clínica médica, com escala de 24 horas semanais. Dos auxiliares de enfermagem, um atuava no período da manhã; oito atuavam em regime de plantão 12x60 horas semanais no período diurno (das sete às dezenove horas) e três estavam lotados no serviço noturno em regime de plantão (das dezenove horas às sete da manhã).

Quanto à lotação dos sujeitos nas enfermarias, 5 eram da enfermaria de clínica médica I; as enfermarias de clínica médica II e III foram representadas por 4 sujeitos cada; 3 eram da enfermaria de clínica médica IV; e 1 era da supervisão de Enfermagem dessas quatro enfermarias e de outras nove enfermarias do serviço de clínica.

Dos dezessete entrevistados, dez (58,8%) eram do sexo feminino e sete (41,2%) do sexo masculino. O resultado da distribuição do grupo de profissionais participantes do estudo por faixa etária encontra-se retratado na tabela a seguir:

Tabela 1- Perfil dos trabalhadores de enfermagem em relação à faixa etária

Faixa Etária	Nº de Auxiliares de enfermagem (n)	%	Nº de enfermeiros (n)	%
30 - 40 anos	4	33,3	2	40,0
40 - 50 anos	5	41,7	2	40,0
50 - 60 anos	2	16,7	1	20,0
60 - 70 anos	1	8,3	-	-
TOTAL	12	100	5	100

Evidenciou-se que a maioria dos profissionais de enfermagem encontra-se na faixa etária de 30 a 59 anos (94,1%) e que o grupo de auxiliares de enfermagem estudado tem um integrante (8,3%) com mais de 60 anos trabalhando na unidade de internação.

Em relação ao perfil dos trabalhadores de enfermagem e em relação ao tempo de formação, os resultados estão apresentados na tabela a seguir:

Tabela 2- Perfil dos trabalhadores de enfermagem em relação ao tempo de formação

Tempo de Formação	Nº de Auxiliares de enfermagem (n)	%	Nº de enfermeiros (n)	%
5 - 10 anos	2	16,7	1	20,0
10 - 15 anos	1	8,3	1	20,0
15 - 20 anos	3	25,0	1	20,0
20 - 25 anos	3	25,0	1	20,0
25 - 30 anos	2	16,7	1	20,0
30 - 35 anos	-	-	-	-
35 - 40 anos	1	8,3	-	-
TOTAL	12	100	05	100

A tabela 2 revela o perfil dos trabalhadores de enfermagem em relação ao tempo de formação, evidenciando que o grupo de auxiliares de enfermagem acumula um *know-how* em sua área de atuação, já que a maioria se concentra entre 10 a 29 anos de exercício profissional (75,0%). O grupo de enfermeiros distribui-se de forma homogênea entre 5 a 29 anos de atuação na categoria de enfermagem (100,0%) conforme se pode constatar pela tabela.

Todos os enfermeiros entrevistados tinham vínculo estatutário (100%) e, dos auxiliares de enfermagem, oito (66,7%) eram estatutários e quatro (33,3%) tinham vínculo de

contrato temporário. Verificou-se também que doze dos sujeitos (70,59%) tinham dois ou três vínculos empregatícios e cinco (29,41%) trabalhavam apenas no cenário estudado.

Quanto à caracterização dos sujeitos pelo maior grau de formação profissional, vale ressaltar que compõem o quadro de trabalhadores de Enfermagem as categorias de enfermeiro e auxiliar de enfermagem. Este quadro está em processo de reformulação para a inclusão da categoria de técnico de enfermagem. Evidenciou-se que, dos doze auxiliares de enfermagem, dez (83,3%) também possuem a formação de técnico de enfermagem. Dos que têm a formação de técnico de enfermagem, dois (20,0%) são acadêmicos de enfermagem e outros dois (20,0%) possuem curso de graduação incompleto em outra área profissional. Quanto aos 5 enfermeiros, dois (40,0%) concluíram algum programa de Residência em Enfermagem, um (20,0%) é mestre em Enfermagem, um (20,0%) possui pós-graduação *Lato sensu* e um (20,0%) não tem especialização.

3.2 Organização do trabalho e seus reflexos sobre a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar

Nessa categoria identificaram-se fatores relacionados à organização do trabalho que interferiam na atuação dos profissionais de enfermagem no processo de RCP.

Para facilitar o processo de discussão e de forma a apresentá-lo com clareza didática, dividiu-se a categoria em duas subcategorias denominadas atuação dos trabalhadores de Enfermagem em RCP e fatores dificultadores e facilitadores para a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em RCP.

Considerou-se apropriada a realização da discussão dos dados, articulando as falas dos enfermeiros e auxiliares de enfermagem, uma vez que houve grande similaridade entre os conteúdos das entrevistas. Porém, nos momentos em que emergiram informações diferentes ou distanciadas, elas foram apresentadas e comentadas em separado.

3.2.1 Atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar

Investigou-se nessa subcategoria a dinâmica da atuação dos profissionais de enfermagem na RCP, em unidades de clínica médica, a partir do relato dos sujeitos e compará-la com o referencial teórico adotado. Considerou-se que essa forma de análise das informações possibilitou apreender as características do trabalho prescrito e do trabalho real na atividade de RCP. Uma discussão mais aprofundada sobre a organização do trabalho e seus reflexos sobre a atuação dos trabalhadores na ressuscitação cardiopulmonar será realizada na subcategoria “fatores dificultadores e facilitadores para a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em RCP”.

Aehlert (2007) identifica sete fases do atendimento de emergência em RCP, a saber, antecipação, entrada, ressuscitação, manutenção, notificação da família, transferência e crítica.

A fase de antecipação é a etapa antes da ocorrência de uma PCR. Costa, Quilici e Miyadahira (2005), ao discorrerem sobre a atuação da Enfermagem em RCP ponderam que, em qualquer lugar onde se exerça atividade deve-se estar pronto para atender a uma PCR. A adequação de recursos materiais, humanos e treinamento continuado é função do enfermeiro.

O número de componentes da equipe de profissionais para realizar a RCP pode variar. No entanto, o papel de cada membro deve ser designado previamente ao atendimento ou enquanto se reúnem os membros da equipe (AEHLERT, 2007). Costa, Quilici e Miyadahira (2005) propõem que a equipe da unidade para prestar a RCP seja composta de um médico, geralmente o líder da equipe e responsável pelas condutas terapêuticas, um enfermeiro e três técnicos de enfermagem.

A fase de entrada é a fase de chegada ao local do evento de PCR e/ou identificação da ocorrência. Segundo Costa, Quilici e Miyadahira (2005) é nesta fase que se busca informações relacionadas à PCR, posiciona-se o cliente, inicia-se a RCP de acordo com avaliação, aciona-se a equipe e o material de RCP, priorizando o acesso ao desfibrilador. O primeiro membro da equipe a chegar no local deve responsabilizar-se pelo início das atividades citadas e, assim que o líder estiver presente, deve assumir o comando no atendimento.

A fase de ressuscitação se caracteriza pelo processo de ressuscitação propriamente dito, os elementos da equipe se posicionam e iniciam as suas ações (COSTA; QUILICI; MIYADAHIRA, 2005). Além da coordenação da equipe e da realização dos procedimentos

eminentemente técnicos de manejo da via aérea; compressões torácicas; monitorização do eletrocardiograma e desfibrilação; acesso vascular e administração de medicação há necessidade de ações de apoio em um trabalho de ressuscitação cardiopulmonar. Aehlert (2007) assevera que estas ações incluem manejo de suprimentos, assistência em procedimentos, registro do trabalho de ressuscitação, realização de contatos e controle da situação.

A quarta fase é a de manutenção, o pulso retornou ou os sinais vitais do cliente estabilizaram-se. O trabalho da equipe de ressuscitação deverá direcionar-se para ações como antever e prevenir a deteriorização da condição do cliente, manter seguros dispositivos instalados, manter os sinais vitais estáveis, resolver problemas pendentes, preparar o cliente para transporte/transferência e coletar amostras de sangue para análise laboratorial (AEHLERT, 2007).

A fase seguinte é a de notificação da família. Esta atividade deve ser realizada pelo enfermeiro e o médico, juntos. A comunicação deve ser feita de maneira sincera, honesta e com sensibilidade, orientando os familiares acerca dos cuidados, os próximos trâmites e as rotinas da unidade (COSTA; QUILICI; MIYADAHIRA, 2005). Aehlert (2007) recomenda que se fale em tom de voz calmo e se utilizem termos simples, para facilitar a compreensão da família.

A etapa de transferência refere-se à continuidade de cuidados, através da gerência de todas as informações de maneira organizada, concisa e completa e da assistência ao cliente até a transferência para uma unidade e/ou equipe de igual ou maior especialização (AEHLERT, 2007). Esse tipo de transferência assemelha-se à transferência de um cliente grave entre unidades de diferentes complexidades, como da clínica médica para o CTI.

De acordo com a mesma autora, a última fase é a de crítica. Refere-se à avaliação crítica do trabalho realizado pela equipe. Trata-se de uma oportunidade de aprendizagem e avaliação do processo de trabalho para melhorias.

A integração de esforços em uma equipe multiprofissional proporciona ao cliente uma qualidade de assistência na qual o papel do enfermeiro é imprescindível. O trabalho do enfermeiro perpassa todas as fases de atendimento no processo de ressuscitação cardiopulmonar (COSTA; QUILICI; MIYADAHIRA, 2005). Pela divisão do trabalho recomendada para o atendimento em RCP, percebe-se que o processo de ressuscitação caracteriza-se pela fragmentação das tarefas.

Não foi objetivo deste estudo apresentar a seqüência exata das ações realizadas pela equipe de enfermagem na ressuscitação cardiopulmonar e compará-la com as recomendações

de especialistas da área de atendimento em PCR, portanto avaliar-se-á a natureza das ações mencionadas pelos sujeitos do estudo e não especificamente a seqüência dessas ações.

Dois enfermeiros e um auxiliar de enfermagem apontaram que as atividades desenvolvidas por eles no processo de ressuscitação cardiopulmonar são dependentes do quantitativo de profissionais disponíveis para atuar.

[...] porque já aconteceu de só ter eu como enfermeira na unidade e o paciente parar inesperadamente. Então, eu que faço todos esses procedimentos invasivos e aí eu já me reporto pra uma outra posição. Enquanto eu fico fazendo os procedimentos invasivos, o auxiliar de enfermagem fica administrando as medicações que os médicos ficam pedindo, preparando. (E 3)

“[...] e vamos nos dividindo, dependendo de quantos tem na equipe, você se divide... umas ficam no suporte ... na massagem, na ventilação e na medicação. E quem sobra fica dando suporte de equipamentos. O que é solicitado e que não tem.... Que a gente não tem no momento. (AE 4)

Costa, Quilici e Miyadahira (2005) informam que a distribuição da equipe de enfermagem para a realização de atividades é atribuição do enfermeiro e que deve ser realizada respeitando-se a disponibilidade de recursos humanos na unidade.

Através das falas de nove auxiliares de enfermagem, pôde-se evidenciar que eles atuam no processo de ressuscitação cardiopulmonar tanto na função de apoio como na separação e teste de materiais e equipamentos.

[...] seleciono, testo as lâminas, se elas estão funcionantes ou não e fico na parte de suporte [...]. (AE3)

[...] apanho o material. Separo o material. Vejo outros materiais que não tem no setor[...]. (AE6)

[...] arruma a caixa de parada, aspira a medicação... aspirador. Deixa tudo arrumado, a mão, para quando eles [médicos] chegarem. (AE5)

Uma ação mencionada por quatro auxiliares de enfermagem, que é realizada na ocorrência de parada cardiorrespiratória, foi a de buscar materiais para serem utilizados na RCP em outros setores.

[...] às vezes se faltar material tem que ir lá embaixo buscar medicação, se não conseguir nos vizinhos, vai ter que ir lá embaixo. Lá na farmácia. E às vezes é demorado [...]. (AE 11)

Através da análise dessa fala verifica-se que, por vezes, os medicamentos indicados para administração durante o processo de RCP nem sempre estão facilmente disponíveis à equipe.

Conforme ressaltam Gomes et al.(2003), os materiais e equipamentos recomendados para utilização em situações de emergência, isto é, os classificados como essenciais devem estar disponíveis imediatamente e os altamente recomendados devem estar disponíveis, no máximo em 15 minutos para utilização. Caso as medicações e os equipamentos classificados

como altamente recomendados não possam estar disponíveis na unidade para acesso em até 15 minutos, devem permanecer nos carros de emergência. Os medicamentos como atropina, adrenalina, amiodarona e lidocaína devem estar disponíveis imediatamente, por outro lado, a dobutamina e dopamina, devem estar disponíveis em até 15 minutos.

Pela falta de materiais e equipamentos necessários no processo de ressuscitação cardiopulmonar, os auxiliares de enfermagem deslocam-se até a central de material do hospital para adquiri-los, como o ventilador artificial, ou procuram materiais que não estão disponíveis no local do evento da PCR em outras enfermarias. Desse modo, interrompem atividades no setor, como atendimento aos demais clientes, para realizar uma atividade de busca de materiais que deveriam facilmente estar disponíveis no setor.

É... busca de equipamentos que são solicitados... respirador, já que a gente não tem esse equipamento na enfermaria. (AE 4)

[...] tem que sair por aí [pelo hospital] procurando, acionar a supervisão [...]. (AE 5)

[...] separo o material. Vejo outros materiais que não tem no setor. Vou em outro setor. Vou até na central de material. Acho que só. (AE 6)

Segundo a fala de um supervisor de enfermagem, há falta regular de materiais nas enfermarias:

[...] então, a gente precisa estar sempre provendo, né? , as unidades com material que falta, verificando se está tudo direitinho. Normalmente sempre falta alguma coisa [...]. (E 5)

De acordo com Silva (2006), a ação do enfermeiro durante a PCR inicia-se no diagnóstico, continua na implementação das condutas de RCP e na organização da equipe de Enfermagem, do ambiente de trabalho e dos recursos materiais a serem utilizados.

I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001) alertam que o carro de emergência deve ser regularmente revisado/completado pelo enfermeiro e, imediatamente, após seu uso, a fim de prevenir maiores transtornos no momento do atendimento emergencial.

Pelo exposto até o momento, constatou-se que há falta de insumos materiais para o atendimento em PCR e, portanto, uma desarticulação da teoria com a prática. Paraguay (2003, p.812) assevera que “em todo trabalho humano há uma parte prevista, proposta, oficial, projetada para aquele trabalho, e outra parte ou versão mais concreta, do como ele é feito na prática- no cotidiano- que nem sempre coincide com a primeira”. Trata-se do trabalho prescrito e do trabalho real respectivamente.

Verifica-se, que o processo de atuação em ressuscitações cardiopulmonares encontra-se distanciado do prescrito, evidenciando-se a necessidade de os trabalhadores fazerem ajustes e regulações em suas atividades a fim de dar conta da tarefa. Dejours (1994) infere que,

quanto maior for a distância entre o trabalho prescrito e o trabalho real, maior é o potencial para o sofrimento psíquico do trabalhador e, portanto, maiores e mais prejudiciais são as repercussões psicofísicas.

A lei 7498, de 25 de junho de 1986, no artigo 11, estabelece que cabe ao Enfermeiro o “planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem” (BRASIL, 1986). Em seus relatos, quatro enfermeiros verbalizaram que a atividade de coordenação da equipe de enfermagem na reanimação cardiopulmonar é exercida por eles:

No geral, eu, como chefe da unidade, com uma visão ampla dos passos a serem seguidos, eu geralmente atuo na função mais de coordenador, de quem direciona [...].(E 2)

[...] na realidade... eu faço... eu faço tudo... eu coordeno. Por exemplo: Vejo que faltou a medicação. Aí eu falo com o auxiliar: “pega tanto, aspira tanto, identifica [...]”. (E 1)

[...] é... então, a atuação basicamente é essa, de verificar o material, as condições do paciente, se tem gente suficiente para o atendimento, especialmente médico, que nem sempre tem médico na enfermaria nos horários das paradas, à tarde ou à noite, que a enfermaria está mais vazia.(E5)

Oito auxiliares de enfermagem informaram atividades relacionadas à assistência direta ao cliente durante a RCP e desenvolvidas através da prestação de cuidado direto ao cliente, como administração de medicações, realização de massagem cardíaca, ventilação artificial e punção venosa. Os recortes de algumas descrições ilustram essas atividades.

Normalmente, eu atuo medicando, mediante a solicitação médica, o que eu achar correto também, eu faço, fora isso, não. A não ser que me convença que está cientificamente correto [...]. (AE 1)

[...] às vezes só tem um médico, você tem que ambusar enquanto ele massageia, que a noite ocorre muito. (AE 9)

Bom... primeiro você tem que verificar se o paciente está realmente parado [...]. (AE 7)

Essas falas apontam que os auxiliares de enfermagem também atuam não só no auxílio ao Suporte Avançado de Vida em Cardiologia, como também na administração de medicações e punção venosa. Os auxiliares de enfermagem referem ter iniciativa, além do provimento de materiais, na certificação de que o cliente está realmente em PCR e na avaliação da indicação da medicação prescrita pelo médico.

Na assistência direta de enfermagem ao cliente em processo de reanimação cardiopulmonar, três enfermeiros informaram que exerciam atividades de ventilação, compressão torácica, procedimentos invasivos, administração de medicações, fixação de tubo traqueal, instalação e/ou teste do ventilador mecânico artificial, atividades, em sua maioria, do Suporte Avançado de Vida em Cardiologia. Eles mencionaram essas atividades da seguinte forma:

Administro medicações. Instalo oxigenioterapia. Instado a prótese ventilatória. Testo. É... esse tipo de coisa. Se necessário massageio [...]. (E 1)

[...] a minha atuação normalmente nas reanimações que tem aqui, eu fico mais com a parte das medicações. Sou eu que fico responsável por administrar as medicações, preparar os drippings, enquanto os outros [auxiliares] ficam fazendo tudo que não estava se esperando [...]. (E 3)

[...] mas, geralmente eu fico mais na cabeceira. Posso assumir a parte ventilatória, oambu, a parte de cuidados com o tubo: fixar o tubo, aspirar o tubo, ventilar. Geralmente é isso. Eu evito mais, até por uma limitação física, a parte de massagem, porque é mais esforçado pra mim. (E 2)

De acordo com I.E.M. Araújo e S. Araújo (2001), o evento de parada cardiorrespiratória representa a mais grave das emergências clínicas. O cuidado de enfermagem a este tipo de cliente é privativo do Enfermeiro, conforme disposto na lei 7498, de 25 de junho de 1986, no artigo 11, que dispõe que cabe ao Enfermeiro prestar “cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas” e “cuidados diretos de enfermagem a clientes graves com risco de vida” (BRASIL, 1986).

No entanto, ao analisar o quantitativo de enfermeiros lotados nas enfermarias (conforme demonstrado nos quadros dois a cinco), observa-se que, principalmente fora dos dias úteis e no serviço noturno, a assistência prestada aos clientes das enfermarias fica a cargo dos auxiliares de enfermagem.

O recorte da fala a seguir mostra que o supervisor de enfermagem pode ser acionado para este tipo de atendimento.

Bom, como a minha função não é estar na clínica e sim estar na supervisão, esse atendimento ele já começa um pouco tardio, porque primeiro as pessoas ligam ou para dizer que parou, pra pedir ajuda ou no momento em que as coisas começam a se complicar, que precisa de material de emergência. (E 5)

SILVA (1997) informa que, nas instituições hospitalares, os integrantes da equipe de enfermagem é o grupo que permanece sempre à beira do leito. São eles os primeiros que, frequentemente, identificam uma parada cardiorrespiratória, iniciando as manobras de ressuscitação.

De acordo com a American Heart Association (2005), uma das ações recomendadas aos profissionais de saúde após a identificação da PCR, e sob a consideração de sua provável causa, é acionar o sistema de atendimento de emergência. Cinco auxiliares de enfermagem apontaram a ação de chamar o médico na ocorrência de parada cardiorrespiratória:

[...] e corro e aviso ao plantão. (AE 12)

[...] você primeiro solicita um médico ou daqui ou da sala de plantão. (AE 9)

A gente bota oxigênio, solicita o plantão [...]. (AE 5)

Pela organização do serviço médico para atendimento às emergências nas enfermarias e pelas falas apontadas, uma vez identificado o evento de PCR pela equipe de enfermagem, há necessidade de acionar o médico, que poderá ser da própria enfermaria ou deverá ser acionado no serviço de plantão, através de dois ramais telefônicos, para a instituição do SAVC no horário das 16 horas às 8 horas.

3.2.2 Fatores dificultadores e facilitadores para a atuação dos trabalhadores de Enfermagem em ressuscitação cardiopulmonar

Buscou-se nessa subcategoria discutir os fatores percebidos pelos trabalhadores de Enfermagem como dificultadores e facilitadores de sua atuação no processo de RCP. Ressalta-se que os fatores dificultadores foram qualitativa e quantitativamente maiores, evidenciando a situação de precariedade das condições de trabalho. Verificaram-se insuficiência qualitativa e quantitativa de materiais e equipamentos e carência de profissionais – por falta de capacitação de alguns trabalhadores para atuarem em PCR –, dentre outras situações, revelando a situação difícil de atuação em ressuscitação cardiorrespiratória.

Em seus relatos, onze auxiliares de enfermagem informaram ter dificuldades para atuação em RCP devido a fatores individuais, coletivos e da indisponibilidade e/ou precariedade de recursos materiais e estruturais para o atendimento.

Robbazi e Marziale (1999) mencionam as condições insalubres e a falta de recursos humanos e materiais nos hospitais da rede pública. Destacam que são utilizadas tecnologias sofisticadas ao lado de assistência precária aos clientes, o que pode ser evidenciado pela deficiência de roupas para cobri-los, falta de medicamentos para serem administrados e indisponibilidade de instrumentos para ausculta e aferição de dados vitais, por exemplo.

Dez auxiliares de enfermagem apontaram dificuldades relacionadas a recursos materiais e estruturais, selecionaram-se três falas para caracterizar tal situação:

Medicação, ambu, que às vezes está com defeito, laringo. Vai pegar em outra enfermaria. A pior fase da parada é essa. Porque nunca tem tudo na unidade. Aí tem que sair por aí procurando, acionar a supervisão. Bomba tá com defeito... porque aí entram logo as drogas, né? A dificuldade toda é essa. (AE 5)

Bom, todas as dificuldades que a gente já encontrou aqui, geralmente são falta de material. Às vezes um ambu que não está, às vezes é alguma medicação que ele pediu e não tem ali, você tem que sair correndo para pegar.(AE 7)

Mais a falta de material mesmo. Material pra gente poder trabalhar. Uns, às vezes, tem e não funciona direito. Pega um fluxômetro. Não funciona. Você tem que pegar outro. Torna-se muito cansativo, que pega uma coisa, não funciona, tem que procurar outra. E procura, procura e não acha. Aí tem que procurar em outro lugar. Ou ficar ligando pra alguém trazer. Mais falta de material mesmo. (AE 11)

O campo de estudo, como uma instituição pública, sofre os reflexos das circunstâncias políticas, as quais, como retratadas por Araújo et al. (2004, p.148), são um campo desfavorável para os trabalhadores de saúde:

[...] o ambiente de serviços público de saúde cuja precarização e degradação vem se aprofundando nos últimos tempos (e que perdura no Brasil, no início deste novo milênio), em função de constantes cortes nos recursos destinados à saúde, corrupção, formas de gestão equivocadas e manipulação eleitoreira, vem criando um solo desfavorável sobre os/as profissionais de saúde[...].

Em seu estudo, Souza (2003, p. 254-255) reporta-se às atividades das Enfermeiras e infere que a falta de material adequado impede que os profissionais ofereçam a assistência almejada para o cliente, exercendo impacto sobre a subjetividade dos trabalhadores, quer no processo laboral quer na saúde.

[...] o planejamento laboral precisa ser todo modificado devido à insuficiência de insumos básicos para o atendimento de enfermagem, alterando também o ritmo de trabalho, porque se necessita incorporar outras atribuições como: improvisar, adaptar, ou mesmo realizar escambo de material com outras unidades. E isso parece uma avalanche que não para nunca, incidindo sobre a subjetividade das enfermeiras, ocasionando sofrimento psíquico.

Os auxiliares de enfermagem e os cinco enfermeiros apontaram a insuficiência de insumos e as estratégias realizadas pelos trabalhadores para atender ao trabalho prescrito, como improvisação e escambo de material:

[...] Só o que dificulta o sucesso da operação são os materiais. Que às vezes ou estão estragados ou são ultrapassados ou não tem. Que às vezes quer botar um dripping, não tem a bomba infusora, você precisa conectar o respirador, os respiradores não funcionam. Os... circuitos também estão velhos, estão quebrados e estão, como se diz na gíria, “cheios de gatos”, entendeu ? Isso dificulta a parada cardiorrespiratória na Enfermaria. (AE 3)

Falta de material. A gente não tem um carrinho de parada. Na realidade, eu improvisei um. Fiz um, mas não é o ideal. A gente não tem um desfibrilador. Tem que pegar em outra enfermaria. Então, esse tipo de coisa é o que atrapalha e muito. É a falta de material adequado. (E 1)

Existe uma carência, que é institucional mesmo, de recursos materiais. Terambu adequado, em boas condições. Laringoscópio sobressalente, laringoscópio em boas condições. É... fonte de alimentação da unidade do paciente adequada, com oxigênio funcionando. Vácuo funcionando adequadamente. O ideal é que a gente tivesse já em todas as unidades, todos os fluxômetros preparados, prontos para a eventualidade da parada. Mas isso a gente não tem [...]. (E 2)

Para qualquer atividade em saúde é imperativo que se tenham os materiais necessários para o atendimento, principalmente quando se trata de uma atividade em que o tempo é

fundamental e pode definir entre a vida e a morte, como no evento de PCR. Conforme exposto por Gomes et al. (2008), materiais citados pelos sujeitos como desfibrilador e bolsa-valva (ambu) devem estar disponíveis e funcionantes imediatamente para uso como um dos requisitos para o sucesso do atendimento de um cliente em parada cardiorrespiratória. No entanto, pela fala dos sujeitos, constatou-se que as dificuldades de recursos materiais contribuem para o distanciamento evidente entre a tarefa prescrita e a atividade executada.

A improvisação também foi apontada pelos sujeitos, como na fala de um dos auxiliares (AE 3) sobre um ajuste que teve de fazer nos circuitos do ventilador, o que poderia colocar em risco a segurança e a assistência ao cliente. Outro exemplo é o relato de um enfermeiro (E1) acerca da improvisação do carro de parada, que, conforme destacam Costa, Quilici e Miyadahira (2005), é um equipamento que não pode ser improvisado, para que se tenha preservada a mobilidade fácil e segura para o transporte rápido.

A improvisação é referida por Dejours e Jayet (1994, p.101) como “quebra-galho”, “um dos mecanismos fundamentais de regulação e de negociação da organização prescrita do trabalho”. Esses autores inferem ainda que não é uma atividade fácil, pois oferece riscos de duas ordens: técnicos, que podem gerar conseqüências nocivas para a segurança das pessoas e das instalações e legais, pois o trabalhador coloca-se “fora da lei”, ou seja, “o quebra-galho enquanto tal não pode ser prescrito”, não pode ser constituído e determinado pela organização. A execução de “quebra-galho” pelo trabalhador tem natureza paradoxal e pode gerar também sofrimento para ele:

Se quebro-galhos, corro o risco de ser punido; se não o faço, corro o risco de ser acusado de falta de iniciativa. É exatamente esta a injunção paradoxal que é: causa de sofrimento, causa de mal-entendidos, causa de sonegação e má circulação de informações, causa de fechamento sobre si mesmo e de desconfiança individual, causa de sentimento de injustiça, causa de fechamento de coletivos face a outros coletivos e de constituição de antagonismos e conflitos inter-equipes (DEJOURS; JAYET, 1994, p.102).

Ao abordar as dificuldades vivenciadas em relação a recursos materiais e estruturais, os enfermeiros mencionaram causas institucionais e também a falta de conferência, de disponibilidade e de funcionalidade do material/equipamento para uso em RCP pela equipe de enfermagem:

Manter o material... Por que que eu digo tem que ter como alvo? Por que infelizmente nem sempre isso acontece. Alguém dá um mole, deixa passar um dia sem conferir. Às vezes falta um ambu. Quando eu vou ver não tem ambu. Mandaram todos para esterilizar.” (E 2)

[...] muitas vezes, aqui nós temos o hábito de lacrar as malas seguindo todo um roteiro do que tem que ter dentro dessas malas. E acontece da pessoa que lacrou a mala não colocar tudo que é preciso para atuar na parada [...]. (E 3)

[...] a lâmpada do laringo que não foi testada, o laringo que está sem lâmpada, o material que não é apropriado, o ambu que está furado ou não está funcionando ou a máscara não está funcionando ou falta borracha para conectar ao oxigênio, foi que aconteceu outro dia [...]. (E 5)

A falta de materiais ou em quantitativo insuficiente foi amplamente mencionada pelos sujeitos do estudo. Vale ressaltar que, dos três depoentes apresentados, emergiu a crítica de que a falta de conferência, de disponibilidade e de funcionalidade do material/equipamento para uso em RCP pela equipe de enfermagem também contribui para dificultar o atendimento, e não somente a falta de insumos hospitalares.

Costa, Quilici e Miyadahira (2005) afirmam que cabe ao enfermeiro encarregar-se de organizar uma rotina de checagem do carro de emergência em que contemple um impresso próprio contendo data, número de laque, nome do profissional que conferiu os dados, assim como seu número do Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Assim, conforme o relato da enfermeira (E3), embora tenha sido adotada a rotina de laque de maletas no sistema de conferência dos materiais para reverter a PCR, ainda há problema na periodicidade da conferência tanto em relação à disponibilidade quanto em relação à funcionalidade dos materiais.

A responsabilidade da conferência não foi investigada neste estudo, mas faz-se necessário reavaliar o processo de trabalho nas enfermarias, para que seja definido quem fará (enfermeiro e/ou auxiliar) a conferência desse material de maneira mais apropriada, considerando-se que não há enfermeiro atuando integralmente nelas.

É necessário também o estabelecimento de estratégias a fim de desenvolver maior conscientização e responsabilização dos profissionais quanto à importância das ações de conferência, reposição de materiais disponíveis na instituição e testagem de equipamentos, como medidas preventivas que favoreçam tempo hábil para que os recursos sejam providenciados e seus déficits comunicados às gerências.

Um dos enfermeiros realça a necessidade e o esforço de manter pelo menos os materiais mínimos para a RCP organizados e disponíveis para facilitar o processo de RCP.

[...] às vezes isso não é possível, mas pelo menos o material mínimo, elementar, pra se iniciar o atendimento, a gente tem, busca tê-lo organizado. Acho que isso é fundamental [...] ter o material à mão, acho que ajuda muito, é um facilitador. (E 2)

Foi apresentada por um auxiliar de enfermagem a modificação do espaço físico e a aquisição de novas camas, proporcionando melhora no atendimento ao cliente em RCP.

Facilidades? Hoje é o espaço físico. O espaço físico... ficou legal. Depois que melhorou essas divisórias, agora ficou legal. Antes era mais complicado. As divisórias caíam, não podiam encostar. E a cama também. Mudou a cama melhorou bastante. A cabeceira já sai. São dificuldades que melhoraram. (AE 1).

Essa fala menciona um fator que contribuiu como facilitador no atendimento em PCR na unidade de atuação. Trata-se de uma melhora pontual, a partir da estrutura e mobiliário, que pode ter ocorrido pela aquisição de recursos pela direção ou por esforços de profissionais

das enfermarias para a obtenção de recursos através de projetos de pesquisa e de outras iniciativas. Este fato contribuiu para que, no mesmo campo de estudo, as enfermarias tenham características estruturais e de recursos materiais diferentes.

Três depoentes destacaram o fato de chamar o médico do plantão geral como fator dificultador para a RCP. E foi apontado o fato de, no plantão noturno, ter-se sempre de acionar o plantão médico, já que não há trabalhador médico no setor.

A dificuldade é até de pessoal. Você não tem um médico ali, na tua mão. Ali, a tempo, 24 horas ali perto de você. Você tem que ainda providenciar um atendimento médico, né? Que é o plantão que desce pra atender na maioria das vezes... Se acontece em uma hora que não tem um residente aqui na enfermaria, tá? [...]. (AE 8)

Sim. À noite é mais complicado. Porque não é [sic] as pessoas da enfermaria. É o plantão, aí funciona diferente. (AE 5)

[...] pra chamar o médico, ligar para a sala de plantão, é tudo longe. Acho que não tem facilidade nenhuma. (E 5)

Um auxiliar de enfermagem declarou que a presença do médico na enfermaria é um fator facilitador para a RCP, por causa de mais agilidade no atendimento.

[...] o médico tá logo ali, então a gente ganha no tempo e na agilidade no atendimento. Então, acho que isso facilita, quando os médicos estão perto [...]. (AE 7)

Sete sujeitos do estudo verbalizaram que a relação de auxiliares de enfermagem e outros trabalhadores da equipe de saúde, durante a RCP, acontece, às vezes, de maneira conflituosa:

Há umas duas semanas mesmo, teve praticamente briga aí [...]. Tipo um grita que quer isso, o outro “vai fazer aquilo”, você sai para fazer... Tipo assim, a insegurança do outro, acaba a pessoa querendo que você faça duas, três coisas ao mesmo tempo. Coisa que não dá, né? Sempre tem que se priorizar o que é mais necessário. Aí fica difícil. Acho que a tensão às vezes complica. (AE 9)

[...] essa insegurança acaba atrapalhando um pouco às vezes o atendimento. E então, acha que não funciona... é sempre a mesma desculpa que a lâmina não ascendeu... [...] A inexperiência [...], ela pesa pro Enfermeiro. Se o enfermeiro for experiente também. Porque você acaba tendo que ver tudo. O que não está funcionando... aí eles acham que o oxigênio não está funcionando, acha que o aspirador não está funcionando e está funcionando [...]. (E 1)

A principal dificuldade é essa confusão que surge de todo mundo. [...] É... todos confusos em relação a que decisão tomar, que papel assumir [...]. Uma confusão danada [...]. (E2)

Estas falas reportam para características do cenário de estudo, em relação a ser um campo de formação de estudantes e aperfeiçoamento de residentes médicos e das áreas da saúde. Oliveira et al. (2004), ao abordarem o despreparo dos profissionais das equipes de

saúde ainda em formação para atuarem em situações críticas, assinalam que, ainda que apresentem motivação, disposição para o trabalho e conhecimentos teóricos recentes e atualizados, necessitam de supervisão permanente, pois possuem pouca experiência prática e destreza manual para aplicarem adequadamente os conhecimentos teóricos, o que favorece alguns desacertos nos serviços e compromete a eficácia assistencial.

Pode-se exemplificar como desacerto no atendimento em RCP, a pouca experiência em termos de liderança identificada pelos sujeitos do estudo. Toda ressuscitação deve ter um profissional que desempenhe a função de líder da equipe. Embora o líder seja responsável por dirigir as ações da equipe como um todo, o esforço para ressuscitação requer trabalho em equipe. Cada componente da equipe deve conhecer suas responsabilidades e ser capaz de prever as instruções do líder (AEHLERT, 2007). Quando várias pessoas mandam ao mesmo tempo, e há indefinição dos papéis de cada um, surgem a confusão no atendimento e os conflitos entre os integrantes.

Kurcgant e Ciampone (2005), ao discutirem o gerenciamento de conflitos nas organizações, referem que existem diferentes paradigmas para percepção dos conflitos e diferentes formas de administração dos mesmos. Os conflitos podem ser administrados por, pelo menos, quatro estratégias distintas: busca da harmonia na situação através do encobrimento dos problemas; exercício autoritário do poder; concessões de parte a parte, a fim de resolver o conflito; e busca de solução que vise a satisfazer as exigências de ambas as partes, através de soluções alternativas. Entende-se que a flexibilidade no processo de negociação do conflito é fundamental para um bom desempenho nos acordos a serem firmados.

Segundo a American Heart Association (2006), a emergência pode provocar fortes reações emocionais nos trabalhadores e pessoas leigas que atuam ou presenciam o evento. Falhas no atendimento da ressuscitação podem causar maior estresse ainda entre os socorristas, o que pode gerar uma variedade de reações emocionais e sintomas físicos, os quais podem permanecer após a emergência. Uma das técnicas indicadas por psicólogos para prevenir e reduzir o estresse após RCP é a análise crítica da ocorrência, através de discussão com pessoas que também estavam envolvidas neste processo.

O enfermeiro, quando presente ao atendimento, deve mostrar-se pró-ativo em relação à ansiedade da equipe médica e de Enfermagem, o que redefine as atividades que esse trabalhador realizará no processo de RCP. De acordo com Costa, Quilici e Miyadahira (2005), durante o processo de RCP espera-se do Enfermeiro um pleno controle de suas emoções em relação à manutenção da harmonia e diminuição do estresse de sua equipe. A fala de dois

enfermeiros nos remete à existência de sinais de ansiedade demonstrados pelos profissionais médicos, motivados principalmente pela incerteza de disponibilidade de materiais e equipamentos necessários na RCP. Assim, eles descrevem como atuam nessa situação:

[...] direcionando a equipe de enfermagem e acalmando os médicos em relação aos passos obrigatórios a serem seguidos no atendimento [...]. E eu percebo que a ansiedade deles é também, receio de não ser atendido no que eles pedem. Então acalmar mesmo: tranquilizar. “Tá sendo atendido no que você está pedindo. Tá aqui tudo a mão, o que você precisa. A seqüência pode ser feita tranquilamente, porque está tudo aqui, a gente tá aqui. [...]” (E 2)

[...]aí você tem que se posicionar e dizer “olha: eu sou enfermeira, que estou atuando na parada, não precisa você gritar, não precisa você se estressar. O que você pedir eu vou te fornecer. O que eu não conseguir fornecer eu vou pedir para alguma pessoa providenciar. Não precisa ter todo esse estresse durante uma parada [...]”. (E 3)

Hardt e Negri (2001, p. 311) afirmam que, quando “a produção de serviços não resulta em bem material e durável, definimos o trabalho nessa produção como trabalho imaterial, ou seja, trabalho que produz um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação”. Nas situações acima relatadas, a atuação do enfermeiro, como mediador da harmonia da equipe na ressuscitação cardiopulmonar, exemplifica, com clareza, o ponto de vista dos dois autores.

Antunes (2006) esclarece que a mercadoria produzida pelo trabalho imaterial não se destrói no ato do consumo. Dessa forma, o trabalho imaterial não produz mercadorias propriamente ditas, destinadas diretamente ao consumido pela sociedade, mas caracteriza-se por um processo produtivo que converte o trabalhador num sujeito pró-ativo, com raciocínio analítico, que deixa de ser um comandado e faz parte do processo decisivo, oferecendo alternativas frente a ocorrências inesperadas. Destacar para os outros trabalhadores quem está no comando de sua equipe, e, através de comunicação não-verbal ou para-verbal, tranquilizar a equipe e equilibrar o ambiente são condutas e comportamentos que não podem ser mensurados, que não estão prescritas nos manuais, o Capital não paga por elas.

O papel da comunicação não verbal ou para-verbal é extremamente importante na produção desse valor imaterial do trabalho. A comunicação não-verbal presentifica-se na expressão facial, na expressão corporal, nos gestos e nos toques, por sua vez, a comunicação para-verbal pode ser exemplificada pelo tom de voz, pelo ritmo, suspiros e entonação que damos às palavras, quando as verbalizamos (MATHEUS; JÚNIOR, 2007). Ambas demarcam um lugar de liderança e apaziguamento no cenário por vezes conflituoso da RCP.

Pode-se notar pelas falas a seguir que, na presença de materiais e com equipe médica que se apresente mais tranqüila, há mais facilidade para atuar em RCP:

Facilidades? Bom, quando a equipe de médicos é tranqüila, que faz com calma, pede as coisas. Solicita assim, com calma. Tendo já no carrinho.... quando o carrinho está montado. Então fica mais fácil trabalhar. (AE 11)

[...] se você atua numa parada com um médico, no caso, experiente, você vê que funciona bem diferente. Melhor e diferente. Geralmente não tem todo aquele estresse, a coisa fica mais fácil e mutuamente o respeito existe.” (AE 9)

Quando tem tudo e o médico está perto, tem tudo para dar certo. (AE 7).

Como forma de ampliar a concepção e os objetos das equipes de saúde, Santos-Filho (2007, p.89) sugere que tais equipes discutam de forma sistemática, o seu próprio trabalho e suas vivências:

[..] olhando “para dentro”, sobre o seu processo e suas condições de trabalho, tomando-os como objeto e constituindo uma microrrede permanente de análise, negociações e intervenções, partindo da realidade cotidiana. O gestor local assume papel fundamental nesse terreno, fomentando e sustentando tal rede, aprendendo a praticar gestão compartilhada.

Ao abordar a cooperação entre trabalhadores Dejours (1997, p.94) assevera que

A cooperação funciona sem idealização do operador humano. Ela é imanente. Constitui, por outro lado, o nível humano de integração das diferenças entre as pessoas e funciona precisamente como articulação de talentos específicos de cada sujeito. A cooperação é o nível de conjugação das qualidades singulares e de compensação das falhas singulares. É graças à eficiência do coletivo de trabalho que “erros humanos” podem ser minimizados.

Com a cooperação entre os membros da equipe, flexibilidade da liderança e reflexão sobre a realidade do trabalho realizado pelos trabalhadores envolvidos no processo de RCP, os problemas poderiam ser discutidos e articulações e estratégias construídas para a melhoria das relações de trabalho e da organização do trabalho.

Dois auxiliares de enfermagem que atuam no serviço diurno mencionaram também como fator dificultador o quantitativo de auxiliares de enfermagem por plantão.

O quantitativo de funcionários é muito complicado também, né? Porque às vezes você tá dando um banho, está preso num banho ou num chuveiro com o paciente. [...] Quando não é você que percebe a parada, pra você sair da onde você está para ajudar o colega ou o médico fica difícil com o quantitativo de funcionários. (AE 1)

Tem havido uma dificuldade de pessoal [...]. (AE 4)

Um enfermeiro também menciona o déficit de pessoal de enfermagem, porém no período noturno:

[...] a dificuldade de recursos humanos, muitas vezes não acontecia pela parte da manhã. Agora com a parte do serviço noturno, eu acredito que poderia ser muito mais difícil porque a quantidade de profissional era bem menor. (E 4)

Um auxiliar de enfermagem também destaca o maior quantitativo de profissionais médicos e de enfermagem no serviço diurno e declara que, embora tenha dificuldade de

recursos materiais, essa é minimizada pelo maior quantitativo de profissionais para realizar o trabalho real no período.

Quando é de dia, as coisas funcionam diferentes. É tudo fácil. Tudo calmo. Vem os médicos da Enfermaria. A gente arruma tudo, bota biombo e aí começam as manobras. Então, não tem quase dificuldade. Por quê? Eu acho que tem mais gente pra trabalhar. Por que aí se faltar alguma coisa, as outras pessoas saem procurando. E a gente fica só ali, a disposição da parada. De dia é bem diferente. (AE 5)

Pelos quatro depoimentos, pode-se apreender que o cenário de estudo apresenta características diversificadas quanto ao quantitativo de trabalhadores atuantes entre os turnos. Comparando as escalas das enfermarias (Quadros 2 a 5, folhas 50 e 51), pode-se constatar a distribuição dos trabalhadores pelos turnos. Além desses, podem atuar também nestas enfermarias durante o serviço diurno, profissionais em treinamento profissional e alunos, os quais assumem algumas atividades, diminuindo o ritmo laboral e o volume de trabalho durante o período.

Os quadros 2 a 5 também mostram que o quantitativo de trabalhadores sob contrato administrativo é grande (42,52%) nestas enfermarias, principalmente de auxiliares de enfermagem. Atualmente o período máximo de contrato no cenário deste estudo é de três anos consecutivos. Kreischer (2007), em estudo em um hospital universitário, infere que a rotatividade de trabalhadores contratados a cada dois anos demanda um período de adaptação dos trabalhadores recém-ingressos na instituição, gerando lentidão nas atividades e necessidade de capacitação e treinamento desse pessoal.

Agravando a situação de precariedade, ressalta-se que o quadro de pessoal contratado sofre oscilação, dependendo da disponibilidade de orçamento destinado para este fim, o que gera incerteza na substituição de contratos com períodos a expirar. A problemática que envolve os trabalhadores contratados repercute na dinâmica do trabalho e na percepção das cargas psíquicas, o que se agudiza, quando se trata de eventos estressantes, como no caso das paradas cardiorrespiratórias.

Outro aspecto abordado por uma auxiliar de enfermagem diz respeito a pouca habilidade psicomotora para realizar procedimentos rapidamente.

É de... É que eles pedem tudo muito rápido, muito assim... uma coisa atrás da outra. Então, a dificuldade é de não ter essa prática de... rápida... de coisar rápido... de pegar tudo rápido, de aspirar tudo rápido. É essa a dificuldade. (AE 6)

O evento de ressuscitação cardiopulmonar caracteriza-se por ser a “emergência das emergências”, em qualquer setor hospitalar, assim, rapidez, capacitação técnica e conhecimento científico são o diferencial desse atendimento (GRASSIA, 2007).

De acordo com Duarte, Mussi e Zanei (2007, p. 147), a habilidade psicomotora é um instrumento básico de Enfermagem. O desenvolvimento adequado de uma atividade que implique movimento físico, como na prestação de cuidados, relaciona-se à capacidade nata do indivíduo, desenvolvida por um processo de aprendizagem. “Fazer Enfermagem implica o uso das capacidades perceptivo-motoras para o desenvolvimento das habilidades psicomotoras que são aprendidas e, podem ser continuamente melhoradas para um atendimento eficaz e eficiente”.

Outros dois auxiliares referiram ter dificuldades em manejar o ventilador.

Ah... eu sinto dificuldade assim em mexer com o bird, essas coisas assim, mais parte médica mesmo, né? [...]. (AE 2)

[...] Essa parte. Só do bird , a montagem do bird até aquela montagem toda do respirador, aquilo ali me deixa um pouco ansiosa. Até mesmo porque às vezes tem uma peça e não tem outra. [...]Mas, isso me deixa apavorada. O bird, a montagem do bird. Apesar de eu não saber muito bem. Acho que por causa deste motivo, também me deixa apavorada também. (AE 10)

Os auxiliares apontam a dificuldade de manejar o bird, que é o ventilador mecânico ciclado à pressão e utilizado amplamente nas enfermarias, quando prescrita ventilação mecânica artificial. Percebem-se sentimentos de ansiedade e angústia, devido às dificuldades já mencionadas em relação à falta de conservação de materiais para RCP e falta de capacitação para manipular este dispositivo. No entanto, cabe destacar que essa não é uma atribuição do auxiliar de enfermagem, e, sim, do enfermeiro, médico ou fisioterapeuta.

Cabe ao enfermeiro o treinamento de sua equipe. Diante da inexperiência da equipe de enfermagem para realizar procedimentos rapidamente e outros déficits de habilidades e competências para realização do atendimento de RCP, os enfermeiros apontam estratégias, que podem ser enquadradas como trabalho imaterial:

Quando acontece de eu ter algum profissional, que ele não está conseguindo lidar com essa situação, normalmente eu retiro ele daquela atuação e coloco ele ... ele fica no posto atendendo as intercorrências e deixa que a gente toma conta do processo todo de tentar reanimar o paciente. (E 3)

Porque eu sempre procurei mesclar a experiência com a juventude das pessoas que estavam começando. Eu nunca deixava dentro da enfermaria um profissional recém-formado sozinho. Eu sempre mesclava um funcionário antigo, que já tivesse passado por mais de um treinamento, junto com alguém que tivesse em contrato atual, que viesse com pouca experiência. (E 4)

E dois enfermeiros também mostram uma atitude crítico-reflexiva sobre o processo de trabalho, com sugestões e ações para melhoria no atendimento:

[...] procuro fazer uma avaliação imediatamente após [o atendimento] com a equipe de Enfermagem. [...]. Eu chamo a minha equipe e peço pra gente fazer uma breve avaliação de como foi o atendimento. Até emocionalmente mesmo. [...]. (E 2)

[...] agora, se eu perceber que o resultado não foi satisfatório, do atendimento, por conta de um mau atendimento, aí eu me transformo. Aí eu chamo a atenção. Eu reclamo. Chamo a equipe para rever o que aconteceu. Busco responsáveis porque se de repente faltou o ambulância para parada, alguém tem que se responsabilizar. [...]. Buscando responsáveis para perceber a responsabilidade deles e também ao mesmo tempo buscando corrigir. Aprender com o que aconteceu para não deixar acontecer de novo [...]. (E 2)

[...] Eu vejo isso com muita frequência aqui. É mais comum a gente verificar que a enfermagem atue fazendo técnicas, tipo puncionar uma veia, preparar aspiração, pegar material. Uma coisa bem básica assim. Mas atuar mesmo, saber as medicações, por que, quanto, se tá na hora, se faz, se não tem acesso, se faz pelo tubo, se não faz, o quê que faz. Isso eu quase não vejo aqui [...]. (E 5)

Foram apontados por 3 enfermeiros e 1 auxiliar de enfermagem fatores facilitadores para o atendimento relacionados à capacitação e à experiência profissional apresentada pelos próprios sujeitos e equipe de trabalhadores. No entanto, são destacadas também as interferências de fatores dificultadores, diante das facilidades.

[...] o conhecimento do profissional. Que tanto o profissional de medicina quanto o de Enfermagem já estão bem capacitados. Fica fácil, né, você atuar com pessoas que sabem. Só que o nervosismo decorrente da falta de material, faz com que dificulte o procedimento.” (AE 3)

A facilidade individual é o meu conhecimento a respeito do assunto. Sem conhecimento, sem segurança do que se está fazendo, você está propenso a esse desespero, a essa ansiedade. Individualmente eu tenho essa facilidade [...]. (E 2)

O conhecimento individual. Porque dentro da equipe da enfermagem, a qual está sendo citada, nós tínhamos outros profissionais. Eu tinha uma técnica de Enfermagem que era médica, 4 técnicos de Enfermagem que são enfermeiros. Tenho uma técnica de Enfermagem que é nutricionista, 1 técnica em contrato que era Assistente Social. Então, você tinha um nível de conhecimento, superior à média que acontece dentro das enfermarias. Por isso seria um grande facilitador no momento da atuação. (E 4)

No processo de apreensão das informações e análise desta categoria, constatou-se que, no processo de RCP, os sujeitos do estudo exercem atividades de assistência direta ao cliente e relacionadas à disponibilização de materiais para o atendimento proposto. Os enfermeiros exercem a função de líderes da equipe de enfermagem para o atendimento, através da coordenação das atividades, que, para serem distribuídas entre os componentes da equipe, dependerá do quantitativo disponível de profissionais para atuação. No entanto, não há enfermeiro lotado nas enfermarias nas 24 horas, o que faz que os auxiliares atuem sob a orientação do supervisor de enfermagem, quando acionado ou somente com trabalhadores médicos, principalmente no período noturno.

Percebeu-se que há conflito entre auxiliares de Enfermagem e outros trabalhadores da equipe de saúde durante a RCP, principalmente devido a problemas de liderança na condução das atividades e de dificuldades técnicas e de habilidades psicomotoras vivenciadas pela equipe para a atuação em RCP.

A atuação dos trabalhadores na atividade em tela fica dificultada porque falta infraestrutura, o que pode ser caracterizado pelos seguintes fatores: indisponibilidade de materiais e equipamentos, instabilidade de recursos financeiros, déficit de trabalhadores principalmente no serviço noturno e relações conflituosas entre trabalhadores.

Destaca-se também que a equipe de enfermagem, em especial o enfermeiro, faz muitas atividades que estão no âmbito do trabalho imaterial a fim de harmonizar a equipe ou garantir o sucesso da atuação. Ressalta-se também o distanciamento do trabalho prescrito do trabalho real, evidenciando regulações e ajustes que a equipe de enfermagem precisa fazer para dar conta da tarefa, como adaptações e improvisações, escambo de material, gatilhos em equipamentos, enfim, uma variedade de práticas para garantir o atendimento na PCR.

Mencionaram-se como fatores facilitadores no atendimento em PCR o conhecimento técnico das equipes, as mudanças estruturais na enfermaria e a aquisição de novas camas e divisórias, a presença do médico na enfermaria quando ocorre a PCR, a capacitação adequada e a experiência profissional.

No entanto, a vivência de facilidades se interpenetra e se articula estreitamente com as dificuldades. Ou seja, na ausência de falta de experiência e de habilidade profissional, então se destaca uma facilidade; quando se tem o médico da unidade próximo. Ao se identificar, por conseguinte, uma facilidade, remete-se dialética e contraditoriamente ao seu contrário, leva à dificuldade. Essa questão dialética remete a situação em que os pares existem em contraposição, questão que é característica ao mundo do trabalho: prazer e sofrimento coexistindo articuladamente.

Diante desse contexto de facilidades e dificuldades, no qual as dificuldades foram muito mais mencionadas, tanto quantitativa quanto qualitativamente, de que as supostas facilidades, verificaram-se repercussões na dimensão subjetiva dos trabalhadores que serão discutidas na próxima categoria.

3.3 Vivências referentes à atuação em ressuscitação cardiopulmonar

Buscou-se nesta categoria analisar os sentimentos que emergem nos trabalhadores, quando aludem a atuações em ressuscitação cardiopulmonar mediante a influência da organização e do processo de trabalho.

Os depoentes, quando questionados a respeito de alguma repercussão em seus corpos decorrente do atendimento de ressuscitação cardiopulmonar, referiram primeiramente, e em sua maioria, que ocorriam mais alterações na dimensão emocional do que na dimensão física.

Para facilitar o processo de discussão e de forma a apresentá-lo didaticamente, decidiu-se discutir primeiramente as repercussões na dimensão emocional referidas pelos sujeitos. As repercussões psicofísicas serão abordadas na terceira categoria de discussão. No entanto, considera-se que o corpo precisa ser entendido holisticamente, ou seja, como um todo indissociado, não o separando em parte física e mental, conforme a concepção de Figueiredo e Carvalho (1999).

“Todo e qualquer trabalho é potencialmente capaz de gerar prazer ou sofrimento [...]”. No entanto, “o trabalho tem sido percebido e tido como gerador de sofrimento mais do que como fonte de prazer pela maioria das pessoas, em decorrência, principalmente, de sua forma de organização e condições de realização” (LUNARDI FILHO, 1995, p. 77). Assim, no presente estudo, emergiram dos trabalhadores sentimentos contraditórios relacionados ao desfecho que pode ter o processo de RCP, ou seja, se foi possível reverter ou não a PCR, à subjetividade do trabalhador e à organização do trabalho.

Considerando a subjetividade, Dimenstein (2000, p. 116) assevera que é:

Uma forma particular de se colocar, de ver e estar no mundo que não se reduz a uma dimensão individual. A subjetividade é um fato social construído a partir de processos de subjetivação, o qual é engendrado por determinantes sociais – históricos, políticos, ideológicos de gênero, de religião, conscientes ou não. Dessa forma, em diferentes contextos culturais, diferentes subjetividades são produzidas.

A partir desse pressuposto e da concepção de que cada ser é único em relação às suas vivências, questionou-se aos depoentes sobre possíveis repercussões em seus corpos decorrentes do atendimento de ressuscitação cardiopulmonar. Emergiram dos trabalhadores relatos de alterações na dimensão emocional como tristeza, ansiedade e medo de errar no procedimento:

Olha... causa muita tristeza, né? Porque apesar da a gente estar tentando salvar a pessoa, é um ser humano. É sentimento, né? Eu me vejo como se fosse eu, entendeu?(AE 12)

Ah,... sinto a vontade de que o paciente volte realmente, né? Fica naquela ansiedade, aqueles minutos, pra que aquela massagem dê certo. O que realmente todo mundo sente, né? quando faz uma massagem, é querer voltar...e tal. (AE 2)

[...] desde a tensão, com medo de não ser bem sucedido, o medo também de errar no procedimento, em alguma coisa. A ansiedade para aquilo termine, que se concretize [...]. (AE3)

De acordo com Timerman et al. (2001), realizar um atendimento de emergência pode representar algo dramático para muitos profissionais. E, especialmente em casos de PCR, diante da pressão sofrida pelo socorrista, a lembrança da seqüência correta do atendimento e as reais prioridades podem se perder.

Outro sentimento que emergiu destes trabalhadores foi o fato de não acharem a morte como algo natural, o que incide como fonte de sofrimento psíquico para os depoentes. Como se pode perceber pelos relatos a seguir:

[...] a tensão ela existe. Ela está ali em todo mundo. Porque não é uma situação fácil, comum. Não é todo dia que você vê isso [PCR]. Vê com certa frequência, mas não é todo dia. Então, morte pra mim não é natural, não passou a ser natural e certamente não passará a ser. Então é sempre estressante, tanto mentalmente quanto fisicamente [...]. (E 1)

Eu fico muito triste. Porque eu não gosto de morte. Eu tenho medo. Morre alguém eu fico muito chateada. Primeiro porque você tem um trabalho imenso na parada, depois porque o trabalho foi todo por água abaixo. Medo da morte? Você sabe o que é a morte? É o fim de tudo. De toda uma vida, né? Eu fiquei assim, depois que eu perdi meu marido. (AE 5)

Carvalho et al. (2006, p. 552), ao abordarem os fatores que interferem na concepção e no enfrentamento da morte pelo trabalhador da saúde no seu cotidiano, inferem que:

os valores, crenças, vivências dos indivíduos influenciam a sua preparação para morrer ou para exacerbar a dificuldade de enfrentamento da morte. Contudo, essa incapacidade do ser humano em lidar com a morte originária no seu eu e na relação de alteridade é reforçada muitas vezes, no âmbito da saúde, como sinônimo de fracasso profissional, diante da recuperação não alcançada, o que representa a negação da finitude humana.

Em relação à postura dos profissionais da saúde a respeito da morte e do processo de morrer, Souza e Boemer (2007, p.52) fazem a seguinte análise:

A nossa experiência com as situações de morte e morrer advém da morte do outro, que nos remete à percepção de que também somos seres para a morte e que, em algum momento de nossa existência, passaremos pelo processo do morrer.

Na concepção de Pitta (1994), a natureza do trabalho hospitalar traduz-se pelo contato constante com pessoas doentes em diferentes níveis de gravidade, o que impõe, com frequência, um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas ou aterrorizadoras, requerendo do trabalhador um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho de seu trabalho, na tentativa de evitar o adoecimento físico e/ou emocional.

Na fala a seguir, constata-se a utilização dessa estratégia defensiva por uma auxiliar de enfermagem, possibilitada pela fragmentação da tarefa na RCP. Assim, atuando na assistência indireta ao cliente, ela fica “circulando”, como uma tentativa de fuga da assistência direta ao cliente e de enfrentamento do objeto de sofrimento psíquico: a morte.

Porque eu não sei lidar com a morte. Eu trabalho no hospital, mas não sei lidar com a morte. Se tiver em óbito ali, eu peço pra um colega fazer pra mim. Nesses vinte e tantos anos que eu tenho de Enfermagem, eu nunca fiz um corpo. Eu fiz um corpo, minto, eu fiz um, pra nunca mais. Mas sei lidar até o último minuto, entendeu? Mas , na parada se eu puder ficar circulando, pra mim é melhor. Eu fico muito nervosa, ansiosa. Tenho pânico da morte, de ver a morte. Talvez seja por isso que eu fique circulando. [...]. (AE 10)

Os sujeitos comportam-se, de acordo com a sua subjetividade, sua concepção e atitude diante do iminente fim da vida do paciente, de suas crenças e valores, apegando-se à religião como forma de lidar com a morte:

Ah.... Infelizmente a gente tem que se conformar.....porque chegou a hora....fizemos de tudo, entendeu? Infelizmente não deu mais, ia ficar sofrendo....melhor ter ido... Quer dizer, o nosso papel é feito... né? Mas tem horas que tudo não depende da gente, mas sim de Deus. É a chamada, né? (AE 2)

É um desgaste também pela perda. Perder pelo menos para mim, eu nunca gostei de perder. É... principalmente quando se perde uma vida. Isso deixa uma sensação que você não teve uma boa atuação, que houve alguma falha. Muitas vezes é lógico, o doente é terminal. Muitas vezes não tem como recuperar o doente. E você tem que acreditar que você não é Deus [...]. (E 4)

É. Quando dá em óbito, é muito chato. Eu sou uma pessoa muito emocional, muito sentimental. Ainda mais quando eu conheço, o paciente ficou muito tempo na enfermaria , a gente se acostuma ao doente, realmente se sente. Aí eu faço uma oraçãozinha do Pai Nosso. Muito difícil de um doente que tenha partido sem eu rezar o Pai Nosso, sabe? [...]. (AE 2)

O tempo prolongado de internação nas enfermarias de clínica médica, muitas vezes necessário para estabilização do quadro clínico ou investigação para definição de diagnóstico médico, possibilita interação maior entre os trabalhadores de enfermagem, os clientes sob seus cuidados e seus familiares. Os sujeitos a seguir relataram que estabelecem um vínculo com os clientes, assim, a ocorrência de PCR pode incidir com mais intensidade na dimensão subjetiva deles.

Quando o paciente vem a óbito... aí a gente sente uma certa tristeza, ainda mais que em clínica médica geralmente você tem o paciente já há vários dias, às vezes até meses, né? Aí, é uma perda e seu corpo já não fica a mesma coisa. Entendeu?(AE 9)

[...]. Então se for um paciente que já está internado durante muito tempo e ele evoluiu para uma parada, o meu emocional ele fica abalado porque eu quero de todas as formas tentar reverter aquele quadro junto com a equipe médica, para que aquele paciente possa ser bem assistido. [...] Não por eu não ter um vínculo eu não vou ficar com meu emocional abalado, mas eu percebo que fica menos abalado do que o dos pacientes que eu tenho maior vínculo [...].(E 3)

[...] então, são pacientes que vão e vem diariamente. Chamam a gente pelo nome, conhece a gente no corredor, traz família. Já encontrei gente fora daqui. No SESC, com a minha família. De repente, “ah! [ênfase] Você não é Enfermeira? Minha mãe estava lá. Você cuidou da minha mãe.” Mas aí, nessas horas no final, a gente fica, “pô! [ênfase] Será o que vai acontecer daqui pra frente com o paciente? Será que sobrevive disso tudo, sobrevive no final?”. (AE 11)

Considerando a faixa etária do cliente que tenha evoluído para óbito, dois trabalhadores de Enfermagem informaram que ela interfere no enfrentamento da morte pelo próprio profissional ou pelo familiar do cliente.

Evoluindo para óbito continua a sensação de estresse físico e emocional, porque tem todo um procedimento que tem que ser feito, não só de conversar com familiar... Embora seja o médico que converse, mas muitas vezes esses pacientes eles tem acompanhantes ou os familiares já estão sabendo que o quadro estava se agravando. Então, às vezes eles ficam por ali pelo hospital. Então eu já sei que vai ter todo um estresse. Às vezes os familiares não esperavam que o paciente fosse a óbito. Às vezes é um paciente muito jovem [...]. (E 3)

Se for um paciente jovem, a gente fica mais traumatizado, né? Poxa, poderia ser eu ali[...].(AE6)

Nesta linha de pensamento, Lunardi-Filho e Lunardi (1997) inferem que a morte é percebida como mais traumatizante, quanto menor a idade do cliente. Por conseguinte, é muito mais traumatizante, ainda, em se tratando de crianças. Em se tratando de idoso, a sua idade parece constituir-se atenuante a tal percepção.

Costa, Quilici e Miyadahira (2005) asseveram que, independentemente do resultado da ressuscitação, os profissionais devem ser sinceros, informando os familiares com honestidade, prontidão e sensibilidade sobre os acontecimentos, numa atividade da qual o enfermeiro deve participar juntamente com o médico.

Face à realidade apresentada pelos sujeitos do estudo, torna-se mister o estabelecimento de estratégias na organização do trabalho para discussão entre os trabalhadores de Enfermagem sobre o processo de morte e morrer e que os cursos de formação em enfermagem incorporem tais discussões, com a finalidade de preparar o futuro profissional para lidar com o humano no seu processo de vida e morte (CARVALHO et al., 2006).

Em alguns depoimentos, os trabalhadores citaram situações de elevada carga psíquica, diretamente relacionadas com a organização do trabalho, as quais geram sensação de desrespeito e de impotência diante de determinados obstáculos no atendimento na RCP, levando-os a vivenciar agonia, ansiedade e tensão:

Nós tivemos que ir numa outra enfermaria. Isso tudo correndo. E isso estressa. Aí estressa. Aí você fica ... você chega a um nível de estresse assim... porque na hora você não pode ficar pensando muito, né? você tem que agir. E o médico fica pedindo as coisas e você tem que providenciar. Então, nesse caso, estressa bastante. Você fica muito... Depois daquilo que você consiga acalmar... é difícil... [...]. (AE 7)

Acho que na hora.... eu fico mais tensa....talvez na hora do bird. Naquela montagem do bird...Não sei se é por causa do material,né? Que não é legal. E sempre fica faltando uma peça. Isso me dá uma agonia. Essa parte. Só do bird , a montagem do bird até aquela montagem toda do respirador, aquilo ali me deixa um pouco ansiosa. Até mesmo porque às vezes tem uma peça e não tem outra. [...]. (AE 10) E

[...] mas já tive que resolver briga [...] porque durante um falou uma coisa que o outro não queria ouvir ou falou uma gracinha ou desrespeitou ou chamou de incompetente. Mas, na verdade eu vejo isso como uma repercussão do estresse, né?[...]. (E 5)

De acordo com Dejourns (1994), a carga psíquica de trabalho é inversamente proporcional à liberdade de organização do trabalho. Essa carga é o eco da pressão que constitui a organização do trabalho. Segundo o autor, existe correlação entre satisfação e organização do trabalho, uma vez que “quanto mais a organização do trabalho é rígida, mais a divisão do trabalho é acentuada, menor é o conteúdo significativo do trabalho e menores são as possibilidades de mudá-lo.”, o que acarretará aumento do sofrimento (DEJOURS, 1992, p.52). O depoimento seguinte ilustra o sofrimento psíquico gerado por dificuldades vivenciadas regularmente e que, por esse motivo, já é “previsto” pelo trabalhador, diante da falta de controle sobre o processo de trabalho.

[...] além disso, pra mim, a situação de parada é uma situação de estresse porque a gente já sabe que vão pedir muitas coisas. Muitos procedimentos vão ser pedidos. Muitos drippings vão ser pedidos. Muitas medicações serão solicitadas. Muitas vezes eu não tenho secretária para ir buscar e aí eu tenho que tirar o auxiliar que está atuando na parada para ir buscar e tudo isso pra mim gera muito estresse emocional. Porque que eu já sei que se o paciente já está chegando parado ou vai evoluir para uma parada. Tá descompensando ... “Vai parar. Vai parar.” Tudo isso para o meu emocional, causa um estresse porque eu já sei o que vai acontecer. Já sei das dificuldades que eu enfrento durante uma parada, de poder aquele material não atender às exigências que o médico quer ou ele me pedir alguma coisa que não tenha, não faça parte do nosso protocolo de atendimento da enfermaria. E aí eu tenho que desviar um funcionário da função pra ir buscar. E às vezes o aspirador ... eu fico já na preocupação do aspirador . “O aspirador vai funcionar? Será que o aspirador daquele leito vai funcionar? Será que o respirador vai contemplar as exigências quando ele for instalado?”. Que acontece de a gente colocar o respirador num determinado leito e ele não funcionar. E aí eu tenho que chamar o funcionário da oxigenioterapia com urgência para vir aqui e aí eu tenho que tirar o paciente daquele leito, mudar para um outro leito. Então tudo isso no meu emocional já começa a ficar trabalhando só com a hipótese de ter uma parada. (E 3)

A enfermeira “E 3”, além de verbalizar num discurso longo as dificuldades vivenciadas no processo de RCP, expressou toda carga psíquica através de gestos, suspiros e de fala rápida e mais intensa, à medida que prosseguia no discurso. Essas evidências foram captadas por meio da comunicação não-verbal e paraverbal, já que envolvem a postura, os

suspiros, tremores na voz, forma de respirar durante a expressão verbal, enfim, o que está nas entrelinhas da comunicação verbal.

Na fala de “E 3”, pode-se perceber a angústia vivenciada nas fases de antecipação e da RCP propriamente dita, quando se deve ter todo o material organizado e disponível para pronto uso. No entanto, a realidade de dificuldades mostra-se previsível frente aos problemas enfrentados, como em relação à rede de gases (oxigênio, vácuo) e todas as outras demandas geradas na realização da RCP.

A vivência da enfermeira expressa uma dificuldade para atender as exigências que são consideradas responsabilidade do enfermeiro, as quais envolvem o provimento de materiais para a assistência ao cliente. No entanto, para realização desta atividade faz-se necessário infraestrutura da organização do trabalho a fim de que através de uma gerência eficaz, se tenham recursos disponíveis facilmente para este e outros atendimentos no ambiente laboral. Verifica-se, então, que a situação gera nos trabalhadores de enfermagem um sentimento de impotência para reverter o quadro de precariedade.

Palácios (2000), ao abordar a falta de reconhecimento do trabalho que os auxiliares de enfermagem realizam, tanto por parte dos médicos quanto por parte dos clientes, infere que a divisão do trabalho atribui tarefas pouco valorizadas e reconhecidas socialmente aos auxiliares, não exigindo que eles tenham compreensão de todo o processo de trabalho. Ele é o executor de ordens que podem até não ser compreendidas por eles. O nível de participação desses trabalhadores é muito pequeno em todos os níveis, a começar pela estrutura organizacional do hospital. Um depoente ilustrou sua pouca participação no processo de trabalho em RCP, o que repercute negativamente na sua dimensão psíquica:

[...] mas, tem situações que nem chega próximo, dá até para se envolver, dizer, dar opinião, e tem médicos que não aceitam isso. Então, às vezes isso aí chateia também. Assim, vamos supor: “vamos tentar de novo, não tem mais nada o que fazer”. Então, às vezes já foi a óbito eu falo “chega. Não tem mais nada”. Eles não aceitam bem. Acho que eles não têm muita combinação com a gente. Entendeu? Só entre eles. Essa combinação entre a gente não tem.
(AE 6)

Quando acaba o processo de RCP, o cliente pode ter evoluído para óbito ou ter tido seu quadro de PCR revertido. Os dois estágios demandam vários desdobramentos em atividades para os trabalhadores de enfermagem. Nesse momento, ainda permeiam fatores de desgaste emocional para os trabalhadores de enfermagem.

[...] então, ao mesmo tempo que eu me sinto relaxada por esse paciente ter melhorado, há o estresse. É temporário... Eu fico relaxada, mas ao mesmo tempo tem um outro fator de estresse. Porque eu tenho que ver se a equipe está completa; eu tenho que ver se tem enfermeiro; eu tenho que esquematizar como que vai ser a assistência para esse paciente, que

é uma assistência diferenciada. Tem uma série de cuidados que ele vai ter que o outro acamado ou que deambula não vai precisar. Então ao mesmo tempo que eu relaxo eu continuo estressada, mas não é o estresse como o estresse do óbito, é um estresse mais em relação ao que eu fazer para conseguir manter uma equipe que consiga prestar uma assistência de qualidade para aquele paciente, mesmo na ausência de um enfermeiro. (E 3)

[...] ainda tem toda a burocracia de ter que ir lá embaixo no setor de internação e alta; comunicar o óbito; comunicar para a supervisão e aí voltar para a enfermaria ; a equipe preparar o corpo; ter que chamar a zeladoria. Às vezes ficar esperando horas para a zeladoria vir buscar o corpo e outra enfermaria ou o plantão geral ficar em cima da gente cobrando que esse leito seja limpo já para internar um outro paciente que está fora de clínica. Então tudo isso continua sendo um fator de estresse mesmo após a evolução do paciente para óbito [...]. (E 3)

Fora o serviço que eu vou ter dos outros pacientes, que , quando eu estou atuando na parada, eu estou deixando de atender muitos outros, né? Que na clínica você é responsável por vários pacientes. E lava aquela coisa toda. Geralmente você tem muito trabalho. (AE 9)

Estas falas retratam que a atuação da Enfermagem não acaba quando todos os esforços foram realizados para reverter a PCR. Quando a PCR é revertida, trata-se de um cliente grave e que demanda cuidados intensivos em uma enfermaria. E, conforme destacam Lisboa e Souza (2005), com a piora do quadro clínico do cliente, ele necessita de um quantitativo cada vez maior e mais complexo de cuidados, da administração de variados tipos de exames e de procedimentos terapêuticos que demandam pessoal, material, energia e tempo com maior cadência. Então, a enfermeira tem de reavaliar o quantitativo de trabalhadores sob sua gerência e tentar conseguir redistribuir a escala de serviço através de inúmeras estratégias, recorrendo inclusive à chefia imediata.

O cuidado intensivo ao cliente que sofreu a PCR deverá ser realizado até a transferência do mesmo para uma unidade de tratamento intensivo ou semi-intensivo, o que pode demorar horas ou dias, dependendo da disponibilidade de vagas. Além do cuidado a esse cliente e aos outros internados, a enfermagem terá que dar conta da organização de todos os materiais utilizados, da reposição e do encaminhamento para desinfecção/esterilização. Vale lembrar que, neste contexto de trabalho, não há um profissional específico para desempenhar tal atividade na maioria das enfermarias e/ou em todos os turnos.

Outra demanda administrativa é em caso de óbito, quando se tem de realizar comunicações e registros a outros setores. Além disso, o cuidado de Enfermagem continua com o preparo do corpo morto e da orientação aos familiares, que podem estar presentes na enfermaria no momento da ocorrência ou chegar após solicitação de comparecimento ao hospital.

Emergiram dos trabalhadores de enfermagem vários sentimentos que se traduzem em sofrimento psíquico diante de suas vivências no atendimento ao cliente em PCR. No entanto,

algumas falas também apontaram distanciamento e negação de sentimentos na atividade em tela.

Ah, eu fico atenta, né? A tudo que acontece. Nessa altura do campeonato eu acho que não tenho mais emoção, não. (AE 5)

Ao longo do tempo vai aprendendo a vivenciar a relação com essas possibilidades, né? A gente vai se posicionando. Já fiquei nervoso diante disso. Uma tensão controlável, dentro do comportamento profissional. Eu aprendi a... me condicionei aaté por acreditar que a gente faz a nossa parte e o resto a gente não tem controle no que vai acontecer. Mas, houve época, eu diria que no início ... a gente com a maturidade profissional a gente vai aprendendo a lidar melhor com aquela situação. (AE 4)

[...] eu me concentro ao máximo e evito ser dominado pela emoção da cena. Do que está acontecendo. Naquele momento eu consigo dividir completamente a emoção da razão. E fico realmente focado no evento. Durante a parada eu não me envolvo muito emocionalmente. Não percebo, se acontece, eu não percebo, nenhuma alteração mentalmente ou fisicamente [...] (E 2)

Tomando-se por base Pitta (1994), pela análise dos quatro depoimentos anteriores, pode-se inferir que os trabalhadores utilizam a estratégia defensiva de distanciamento e negação de sentimentos através do controle. Para a autora, o trabalhador constrói uma “courage”, a fim de não soçobrar diante do quadro: “Os sentimentos têm que ser controlados, o envolvimento refreado, as identificações perturbadoras evitadas. Para isso a redução das diferenças individuais exerce um importante papel no desenvolvimento desta necessária courage” (PITTA, 1994, p.66).

Evidenciou-se que a vivência do atendimento em PCR pode ser fonte de sofrimento para o trabalhador de enfermagem, mas também pode ser de prazer. De acordo com Dejours (1994, p. 24), “o prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho”. Os sentimentos de alívio, contentamento, são decorrentes não da natureza do evento e sim do desfecho positivo que este tenha para o cliente. Assim, nessa atividade o prazer deu-se pela recuperação do cliente, da sensação de dever cumprido.

[...] eu acho que tem situações em que a gente vê o paciente sair e que você fica assim : “pô, valeu a pena tanto ...” É... acho que a gente diz para a cabeça e para o corpo assim: “olha, valeu a pena tanto sacrifício, então tá doendo aqui, tá doendo ali, mas o doente saiu [...] (E 5)

Bom, se consegui reverter dá um alívio! [ênfase] Profundo. Parece que a gente, assim... Conseguiu vencer uma corrida. Você fica assim... “Ai! Graças a Deus! [ênfase]. “Aí, tá. Tudo bem. Aí a gente começa a arrumar as coisas [...] (AE 7)

[...] se conseguir fica mais satisfatório, mais positivo ainda. Porque valeu a pena aquele esforço todo. Ter corrido atrás. Ter ido batalhar o material e tal. E no final a paciente está sobrevivendo [...]. (AE 11)

Os sujeitos do estudo informaram alívio, sensação de dever cumprido e satisfação diante da recuperação do cliente. Ou seja, sentiram-se satisfeitos e felizes quando se obteve a reversão da PCR, mesmo diante das dificuldades vivenciadas.

Vale trazer para a reflexão a situação em que todos os cuidados e providências foram tomados com elevado padrão técnico e científico, mas, pelas características do quadro clínico do cliente, não foi possível reverter a PCR. Nessa situação, os trabalhadores de enfermagem devem ter clareza da finitude da vida e que a morte e o processo de morrer fazem parte do processo de trabalho em saúde. Assim, a certeza de que tudo foi feito com profissionalismo também deveria remeter a sentimentos de satisfação e dever cumprido. No entanto, tal questão não foi mencionada nas entrevistas.

De acordo com Lisboa (1998), o prazer no trabalho está dialeticamente interligado ao conceito de sofrimento. Em consonância com tal concepção, apreendeu-se, pelas falas dos enfermeiros e também dos auxiliares, que, nas vivências relatadas de prazer na atividade de RCP, o sofrimento também está presente.

Pôde-se analisar nesta seção que há um bombardeamento de emoções, que em sua maioria incidem negativamente na dimensão subjetiva dos trabalhadores de enfermagem decorrentes da atuação em RCP e que podem ter nexos causais com o severo distanciamento entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Os sentimentos referidos foram perda, tristeza, ansiedade, agonia, tensão, desrespeito e impotência.

Pela falas dos sujeitos apresentadas na análise dos dados, pôde-se apreender a dimensão da atuação da enfermagem na RCP e principalmente a vivência de dificuldades e sentimentos negativos que perpassam as fases do atendimento em RCP.

3.4 Implicações na saúde dos trabalhadores de Enfermagem decorrentes da atuação em ressuscitação cardiopulmonar

Os depoentes, quando questionados sobre alguma repercussão em seus corpos decorrente do atendimento de ressuscitação cardiopulmonar, referiram primeiramente e em sua maioria, mais alterações na dimensão emocional do que alterações na dimensão física. Busca-se, agora, analisar as implicações físicas referidas pelos trabalhadores como decorrentes de sua atuação, uma vez que, na categoria anterior, evidenciaram-se as

repercussões psíquicas do atendimento, através da expressão de sentimentos negativos que foram relatados e analisados.

A saúde dos trabalhadores é condicionada por fatores sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais, que estão relacionados ao perfil de produção e consumo, além de fatores de risco de diferentes naturezas presentes nos processos de trabalho particulares (BRASIL, 2004).

De acordo com Dejours (1994), a vivência cotidiana em atividades laborais que se traduzem em desprazer e/ou em tensão pode repercutir na saúde do trabalhador, resultando em distúrbios de ordem física e psíquica, o que possibilita a origem de doenças psicossomáticas. Este mesmo autor ilustra tal pressuposto ao mencionar que sentimentos como medo, a angústia, frustração e agressividade no trabalho podem aumentar as cargas cardiovasculares, musculares, digestivas, entre outras.

A partir do turbilhonamento de sentimentos que emerge no atendimento em PCR, os depoentes referiram manifestações psicofísicas como tensão na região cervical, rigidez muscular, cefaléia e hipertensão.

Eu acho que é um momento de tensão tanto mental quanto de trabalho físico também de se deslocar às vezes [...] Da tensão, e isso acaba repercutindo no corpo também, né? Depois a gente sai com dor “não sei aonde”, o corpo rígido ,é...cansada ou com fome ou enfim....chateado.Eu me lembro que a gente não sai bem, né?[...].(E 5)

[...] eu fico com muita tensão na região da cervical. Normalmente em situações de estresse eu fico com o corpo muito tenso. A coluna muito tensa, a região da cervical muito tensa e cefaléia [...]. (E 3)

Você até acostuma com isso. Você passa a sentir menos. Momentaneamente você não sente aquela coisa que você já sentia quando você começa numa profissão, como a nossa. Mas, você sabe que aquilo está te fazendo mal, mas você não sente momentaneamente, mas com o tempo você vai sentir uma série de sintomas que nós sabemos quais são. Aquelas coisas toda de insônia e humor meio instável, né? E o físico, com certeza fica abalado. [...]. (AE 8)

[...] uma hora dessas [no atendimento em PCR], se eu fosse verificar minha pressão ia ta lá em cima. Mas, é claro que eu não vou verificar. (AE 7)

Para a realização das atividades para o atendimento ao cliente em PCR, são necessários deslocamentos entre os setores para buscar materiais e medicamentos e até às vezes mudança do cliente de leito para melhor atendimento. Essas atividades oferecem riscos à saúde do trabalhador e podem ser enquadradas como riscos ergonômicos.

Nos depoimentos que se seguem, há exemplos claros da exposição dos trabalhadores de enfermagem aos riscos ergonômicos, e sua repercussão no físico, que pode ser causada pelas características não ergonômicas do mobiliário, pela mobilização de clientes com peso

elevado e pela necessidade de realização de movimentos repetitivos na aplicação de manobras de compressão torácica externa e ventilação com ambu (bolsa-valva).

[...]agora, geralmente, está doendo as pernas, as costas, né? E uma certa tensão. Uma leve dor de cabeça, às vezes não. Varia muito, né? Nem sempre os mesmos sintomas. O mais comum mesmo é dor nas pernas e nas costas. Como já disse, as camas não são bem preparadas, não são adaptadas para esse tipo de coisa. Tem que curvar muito. Às vezes é muito apertado, então você esbarra muito. Machuca muito. (AE 3)

[...] e fisicamente, dependendo do paciente e como as coisas transcorram a minha coluna se acaba. A minha coluna fica bastante... eu sinto muito. E às vezes, dependendo eu tomo até anti- inflamatório depois de uma situação dessa. Não é sempre. Não é o comum. Mas às vezes é preciso por conta da tensão, da rotação que você faz e da extensão e você não pensa. Enquanto você está fazendo você não pensa. Você faz. Você quer resolver a situação. Mas depois sempre dá uma tensão a mais e a musculatura sente. A coluna também. (E 1)

[...] primeira a física: se eu estivesse atuando fazendo massagem, o desgaste físico é muito grande. O desgaste físico é grande porque é um trabalho mecânico fazer a massagem no esterno. O ambu dói muito a mão [...]. (E 4)

Pelo exposto, constata-se que as implicações físicas referidas pelos trabalhadores como decorrentes de suas atuações em ressuscitações cardiopulmonares manifestam-se através de sinais como tensão na região cervical, rigidez muscular, cefaléia e hipertensão, que podem ser relacionados ao bombardeamento de sentimentos emergentes, incidindo negativamente na subjetividade do trabalhador e no seu corpo. Além desses sinais, os sujeitos do estudo referiram dores nas mãos, nas pernas e lombalgia, decorrentes do exercício laboral em condições não favoráveis às necessidades ergonômicas para realização da atividade.

Pode-se interpretar a realidade referida pelos trabalhadores de Enfermagem sob a lógica do método dialético, através da lei da passagem da quantidade à qualidade (e vice-versa). Nessa perspectiva, cito o exemplo do processo de transformação que pode ocorrer na saúde do trabalhador decorrente de problemas frequentes e cumulativos no processo de atendimento em ressuscitação cardiopulmonar. Ou seja, a vivência cotidiana de dificuldades na implementação do processo de trabalho, tanto por condições relacionadas à organização laboral como por características intrínsecas do trabalhador de Enfermagem, incide gradualmente no seu corpo, o que, ao longo do tempo, pode provocar modificações radicais na sua dimensão psicofísica.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os objetivos deste estudo foram identificar os fatores facilitadores e dificultadores vivenciados pelos trabalhadores de enfermagem na atuação em ressuscitação cardiopulmonar, discutir os sentimentos que emergem neles nesta atuação e analisar as repercussões psicofísicas na saúde dos sujeitos do estudo decorrentes desta atuação, o cenário foram as clínicas médicas de um hospital universitário. Os objetivos da pesquisa foram atingidos, possibilitando tecer algumas considerações, as quais serão apresentadas neste capítulo.

O estudo evidenciou que os trabalhadores de enfermagem realizam a atividade de ressuscitação cardiorrespiratória em condições de precariedade e, devido às características da organização laboral na qual estão inseridos, apresentam repercussões psicofísicas. Além disso, por causa da especificidade do evento, situação limite entre a vida e a morte, potencializam-se essas repercussões.

Os fatores dificultadores enfrentados pelos trabalhadores de enfermagem na atuação em ressuscitação cardiopulmonar foram relacionados à falta de infra-estrutura da organização do trabalho, que pode ser caracterizada assim:

- indisponibilidade de materiais e equipamentos;
- déficit de trabalhadores principalmente no serviço noturno;
- capacitação e experiência profissional deficitárias; e
- relações conflituosas entre os profissionais de saúde.

Evidenciou-se um significativo distanciamento entre o trabalho prescrito e o real para o atendimento em RCP, o qual acarreta percepção marcadamente maior de dificuldades do que de facilidades na atuação dos trabalhadores de enfermagem durante as ressuscitações cardiorrespiratórias, levando a mais relatos de sofrimento do que de prazer. Desta forma, verificaram-se sentimentos como perda, tristeza, ansiedade, agonia, tensão, medo, desrespeito e impotência.

A realidade cotidiana de trabalho, na percepção dos trabalhadores de enfermagem, revelou que, diante escassez de recursos materiais para o atendimento em RCP, torna-se imprescindível a aquisição de materiais e equipamentos em quantidade e qualidade para serem utilizados no processo de RCP, além da sua manutenção preventiva. Pôde-se constatar a utilização de improvisação de materiais e escambo entre as unidades como forma de contornar as dificuldades. O déficit de materiais é vivido por todos os profissionais de saúde,

mas, para o trabalhador de enfermagem, a tarefa de prover materiais é prescrita como de sua responsabilidade. E, por esse motivo, a carga psíquica diante da falta de materiais incide duplamente sobre eles, causando sofrimento psíquico.

Existem fatores que facilitam o atendimento em PCR, como o conhecimento técnico das equipes, mudanças estruturais na enfermaria e aquisição de novas camas e divisórias e presença do médico na enfermaria quando ocorre a PCR. No entanto, a vivência de facilidades coexiste com a das dificuldades, as quais são reafirmadas como marcadamente maiores. Diante disso, apreendeu-se uma série de repercussões psicofísicas, primeiramente sentidas ou predominantemente manifestadas na dimensão psíquica do trabalhador, com implicações na dimensão física destes trabalhadores.

Diante da vivência do sofrimento, os trabalhadores lançam mão de estratégias para minimizar a sua percepção, como:

- distanciamento e negação de sentimentos;
- tentativa de eliminar decisões pelo ritual de desempenho das tarefas;
- redução do peso da responsabilidade em função do parcelamento, fragmentação e supervisão das tarefas.

O prazer na atividade deu-se pela melhora do cliente, pela sensação de dever cumprido e pelo sentimento de que se venceram as dificuldades. Porém, apreendeu-se que esse sentimento de prazer é infinitamente menor do que a percepção do sofrimento. Assim, constatou-se que, diante das situações dificultadoras, os trabalhadores sentem angústia, irritabilidade, nervosismo, ansiedade, entre outros sentimentos negativos e prejudiciais para a sua saúde.

As implicações físicas referidas pelos trabalhadores como decorrentes da atuação em parada cardiorrespiratória foram tensão na região cervical, rigidez muscular, cefaléia e hipertensão, que podem ser relacionadas ao bombardeamento de sentimentos emergentes, incidindo negativamente na subjetividade deste trabalhador. Além dessas queixas, os trabalhadores referiram dores nas mãos, nas pernas e lombalgia, decorrentes do trabalho em condições não favoráveis às necessidades ergonômicas.

Há necessidade de discussão do processo de trabalho na atividade de RCP nas esferas gerencial, assistencial e multidisciplinar, considerando-se as características da organização do trabalho do cenário de atuação. Desse modo, recomenda-se o desenvolvimento de atividades de capacitação para os profissionais de enfermagem e de saúde através do treinamento técnico das condutas recomendadas para a RCP.

No entanto, como apontado no estudo, é imperativo que paralelamente a essas atividades sejam realizadas discussões entre as equipes que atuam em RCP para definição de papéis dos membros, avaliação do sistema de conferência de materiais e equipamentos, elaboração de estratégias de melhoria e adequação das condições vivenciadas com o preconizado pela organização para tal atendimento. Ressalta-se a relevância de que sejam trabalhados com a equipe aspectos relacionados à liderança do atendimento em PCR.

Considera-se que tais medidas favorecerão maior articulação entre os trabalhadores médicos e de enfermagem, residentes e internos, uma vez que a melhoria das condições e das relações de trabalho repercutirá em mudanças favoráveis à saúde do trabalhador e à assistência ao cliente em PCR. Uma sugestão que poderia servir de mola propulsora para mudanças seria a inserção de um enfermeiro com papel definido no atendimento, que fosse acionado na necessidade de RCP nas enfermarias, para compor a equipe de atendimento com os integrantes do plantão geral, embora se saiba que o recomendado seria a presença de enfermeiro 24 horas nas enfermarias para atuar diretamente na assistência a esses clientes graves.

Deve-se considerar a natureza do atendimento em PCR, que perpassa questões da morte e morrer e pode suscitar diferentes reações e atitudes pelos trabalhadores que atuam diretamente nesta atividade. Conforme evidenciado no estudo, o lidar com o cliente em risco iminente de morte é fonte de sofrimento psíquico para alguns profissionais, levando-se em conta também sua subjetividade. Diante dessa realidade, recomendam-se formação e manutenção de grupos de reflexão com os profissionais de saúde para ajudá-los a lidar com a morte e compreendê-la como um segmento do processo de trabalho em saúde.

De acordo com Mauro et al. (2004, p.342), as ações na área da saúde do trabalhador têm como objetivo principal “mudanças nos processos de trabalho que contemplem, em toda sua dimensão, as relações saúde-trabalho, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial”. Acredita-se que, através de avaliações e intervenções sobre o processo de trabalho na RCP, partindo-se do saber prático dos trabalhadores e com a participação do serviço de saúde do trabalhador e da gerência, deve ser incentivada uma atitude em que os trabalhadores sejam agentes de mudança de uma realidade que não favorece a saúde.

Os dados discutidos neste estudo foram obtidos através de entrevista. A natureza do objeto e a indisponibilidade de a autora presenciar os eventos diretamente nas enfermarias de clínica não favoreceram a associação da técnica de observação sistemática à coleta dos dados. Considera-se que essa associação seria muito rica no sentido de captar realidades não

declaradas, contribuindo para melhor compreensão de características da organização do trabalho e da dinâmica real da atividade em estudo. Deste modo, sugere-se que novos estudos sejam realizados por pesquisadores que tenham disponibilidade para serem acionados ou estarem presentes em eventos de PCR.

Pôde-se apreender a dimensão da atuação da enfermagem na RCP e, principalmente, a vivência de dificuldades e sentimentos relacionados que perpassa pelas fases do atendimento em RCP. Sugerem-se também novos estudos, que tenham como objeto a atuação da enfermagem na RCP nas fases pós-retorno dos sinais vitais do cliente, quando os integrantes da equipe de ressuscitação deixam suas posições, e a observação do local e das atividades da enfermagem, que permanece prestando cuidados e atendendo a todas as demandas assistenciais e administrativas. Essas sugestões contribuirão para o grupo de pesquisa a que este estudo está vinculado e para outros pesquisadores interessados na temática da saúde do trabalhador.

REFERÊNCIAS

AEHLERT, B. **ACLS: Emergências em Cardiologia: um guia para estudo**. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007. 591 p.

AGUIAR, Z.N. O processo de trabalho e algumas implicações para a saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.). **Enfermagem e trabalho: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores**. São Paulo: Martini, 2008. cap.1, p.13-27.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Aspectos mais relevantes das Diretrizes da American Heart Association sobre Ressuscitação Cardiopulmonar e Atendimento Cardiovascular de Emergência. **Currents in Emergency Cardiovascular Care**, São Paulo, v. 16, n. 4, p. 1-26, dez2005/fev2006. Disponível em:
<<http://www.americanheart.org/downloadable/heart/1141072864029CurrentsPortugueseWinter2005-2006.pdf>>. Acesso em: 31 jul. 2007.

AMERICAN HEART ASSOCIATION. **SAVC Manual para provedores-atualizado em 2004**. São Paulo, 2006.

ANTUNES, R. (Org.). **A dialética do trabalho: escritos de Marx e Engels**. São Paulo: Ed. Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, R. **Adeus ao Trabalho?** Ensaio sobre as Metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 11. ed. Campinas (SP): Ed. Universidade Estadual de Campinas, 2006. 200p.

ARAÚJO, I. E. M; ARAÚJO, S. Ressuscitação Cardiorrespiratória. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V.M.; NUNES, W. A. **Assistência de Enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2001. cap. 18.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977. 225 p.

BECK, C. L. C. **Da banalização à sua re-significação ética na organização do trabalho**. Florianópolis: UFSC, 2001. 199 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador**. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<http://www.mpas.gov.br/docs/pdf/pnsst_CNPS.pdf>. Acesso em: 16 ago.2007.

_____. _____. Organização Pan-Americana da Saúde. Doenças relacionadas ao trabalho. Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde. Série A. **Normas e Manuais Técnicos**. n.114. Brasília, DF,2001. Disponível em:
<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/doencas_trabalho1.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2007.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: sobre pesquisa envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, v.4, n.2, Suplemento, 1996.

BRASIL. Lei nº. 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 jun.1986. Seção 1, p.9273- 9275. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=22§ionID=35>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. Disponível em: <<http://www.bireme.br/php/index.php>>. Acesso em: 20 fev. 2008.

CARVALHO, L.S. et al. A morte e o morrer no cotidiano de estudantes de Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 551-557, out./dez. 2006.

COMISSÃO DE RESSUSCITAÇÃO CARDIOPULMONAR DO HSL. **Diretrizes Assistenciais do Hospital Sírio-Libanês**: Padronização do atendimento à Parada Cardiorrespiratória no Hospital Sírio-Libanês. São Paulo, 2005. Disponível em <http://www.hospitalsiriolibanes.org.br/medicos_profissionais_saude/manuais_guias/pdf/guia_manualpcr.pdf>. Acesso em: 15 março 2007.

COOPER, J. A.; COOPER, J. D.; COOPER, J.M. Cardiopulmonary resuscitation: history, current practice and future direction. **Circulation**, v. 114, p. 2839-2849, 2006. Disponível em: <<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/content/full/114/25/2839>>. Acesso em: 14 out. 2008.

COSTA, M.P.F.; QUILICI, A. P.; MIYADAHIRA, A. M.K. Ressuscitação Cardiopulmonar: Aspectos de Enfermagem. In: GUIMARÃES, H. P.; LOPES, R. D; LOPES, A. C. **Parada Cardiorrespiratória**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 14, p.123-140.

DEJOURS, C. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. Cap. 1, p. 47-104.

_____. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: Ed. Fundação Getúlio Vargas, 1997. 104 p.

_____. A Carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. cap.1, p.21-32.

_____. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.168 p. apud SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de janeiro, v.6, n.3, p. 425-435, dez. 2002.

_____; ABDOUCHELI, E. Itinerário teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C . **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. cap.5. p. 119-143.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C . **Psicodinâmica do trabalho**: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. cap.4, p. 68-118.

DIMENSTEIN, M. A cultura profissional do psicólogo e o ideário individualista: implicações para a prática no campo da assistência pública à saúde. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.5, n.1, p. 95-12, 2000.

DUARTE, Y.A.O.; MUSSI, F.C.; ZANEI, S.S.V. Destreza manual & habilidade psicomotora – um instrumento básico de Enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2007.

FIGUEIREDO, N.M.A.; CARVALHO, W. **O Corpo da Enfermeira como Instrumento do Cuidado**. Rio de Janeiro: Revinter, 1999. 161 p.

FUNDACENTRO. **OMS coloca o estresse ocupacional como um fator social**. Jul. 2007.

Disponível em:

http://www.fetecsp.org.br/index.php?Itemid=181&id=32493&option=com_content&task=view. Acesso em: 2 fev. 2009.

GUIMARÃES, L.A.M. **Fatores Psicossociais de risco no trabalho**. Disponível em:

http://www.prt18.mpt.gov.br/eventos/2006/saude_mental/anais/artigos/Liliana_A.M.Guimaraes.pdf. Acesso em: 2 fev. 2009.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOMES, A. G. et al . Diretriz de apoio ao suporte avançado de vida em cardiologia - Código Azul - Registro de ressuscitação normatização do carro de emergência. **Arq. Bras. Cardiol.** , São Paulo, v.81, out. 2003. Suplemento 4. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2003001800001&script=sci_arttext&lng=pt>. Acesso em: 15 nov. 2008.

GRASSIA, R. C. F. Reanimação Cardiopulmonar-cerebral. In: CALIL, A. M.; PARANHOS, W.Y. **O Enfermeiro e as situações de emergência**. São Paulo: Atheneu, 2007. Cap. 37, p. 495-511.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império**. 4. ed. Rio de Janeiro: Record, 2001.

JACQUES, M.da G. C. Abordagens teórico-metodológicas em saúde/ doença mental & trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Rio Grande do Sul, v.15, n. 1, p. 97- 116, jan./jun. 2003. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822003000100006&lng=en&nrm=iso >. Acesso em: 31 jul. 2007.

KONDER, L. **O que é Dialética**. 23. ed. São Paulo: Brasiliense, 1992.

KURCGANT, P.; CIAMPONE, M.H.T. Gerenciamento de conflitos e negociação. In: KURCGANT, P.(Org.). **Gerenciamento em Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

KREISCHER, E. D. **A Percepção dos Enfermeiros sobre a Organização do Trabalho no Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário**. 2007. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos da metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2003. 311 p.

LANCMAN, S. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I. (Orgs.). **Christophe Dejours** : Da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004, p. 23-34.

LANCMAN, S.; UCHIDA, S. Trabalho e Subjetividade: o olhar da Psicodinâmica do Trabalho. **Cad. psicol. soc.trab.**, São Paulo, v.6, p.79-90, dez. 2003. Disponível em: <http://pepsic.bvspsi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151637172003000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 jul. 2007.

LANE, J. C. Novas diretrizes de reanimação cardiorrespiratória cerebral da Sociedade Americana de Cardiologia (2005-2006). **Arq. Bras. de Cardiol.**, São Paulo, v.89, n.2, p. e-17 - e-18, ago 2007. Disponível em: <<http://www.arquivosonline.com.br/2007/8902/pdf/8902017.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2007.

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

LIEHR, P.R.; MARCUS, M.T. Abordagens da Pesquisa Qualitativa. In: HABER, J.; LOBIONDO-WOOD, G. **Pesquisa em Enfermagem – Métodos, Avaliação Crítica e Utilização**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. Cap. 9.

LISBOA, M. T. L. **As Representações Sociais do Sofrimento e do Prazer da Enfermeira Assistencial no seu cotidiano de trabalho**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

LISBOA, M.T.L.; SOUZA, N.V.D. O Ritmo de trabalho: fator de desgaste psíquico da Enfermeira. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 229-236, ago. 2005.

LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L. A morte do idoso: um fato natural e aceitável? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.6, n.2, p. 322-329, 1997.

LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da Enfermagem**. 1995. Dissertação (Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

MARÍN, M. J. C. El Trabajo y la salud. In: MORENO, A. S. et al. **Enfermería comunitaria : concepto de salud y factores**. Madrid: Mc Graw-hill/ Interamericana, 2000. cap. 15.

MARTINS, M.C.A. Fatores de risco psicossociais para a saúde mental. **Millenium – Revista do ISPV**, n.29, p. 255-268, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millenium/Millenium29/default.htm>>. Acesso em: 02 fev. 2009.

MARTINS, L. A. N. Sofrimento psíquico e estresse ocupacional em estudantes e profissionais de saúde. In: DINIZ, D. P.; SCHOR, N. **Guia de qualidade de vida**. SP: Manole, 2006. cap. 13.

MARX, K. **O Capital** - Crítica da Economia Política, vol 1: O Processo de Produção do capital. Tradução de Reginaldo Sant'anna. 2. ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1971. p. 201-203

MATHEUS, M.C.C.; JÚNIOR, A.B. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T.I. (Org.). **Instrumentos básicos para o cuidar**: Um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2007.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p.338-345, set./dez., 2004.

MINAYO, M.C. S. Ciência, técnica e arte: desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M.C. de S.(org.). **Pesquisa Social**: Teoria, método e criatividade. 15. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2000.80 p.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo : HUCITEC-ABRASCO, 1999. 269 p.

MOZACHI, N.; SOUZA, V. H. S. de. **O hospital**: manual do ambiente hospitalar. Curitiba: Manual Real, 2005. 816 p.

MURAFUSE, N.T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22132/tde-18082004-103448/>> Acessado em: 10 nov 2008.

MURTA, S. G.; TROCCOLI, B. T. Evaluation of occupational stress intervention. **Psic.: Teor. e Pesq.** , Brasília, v. 20, n. 1, 2004. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010237722004000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 4 Aug 2007.

NEVES, M.Y.; SELIGMANN-SILVA, E. ; ATHAYDE, M. Saúde mental e trabalho: um campo de estudo em construção. In: ARAÚJO, A. et al. **Cenários de Trabalho**: Subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP & A editora, 2004. cap. 1.

OLIVEIRA, E. B. et al . A Inserção do Acadêmico de Enfermagem em uma Unidade de Emergência: a Psicodinâmica do Trabalho. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n.2, p. 179-85, maio/ago 2004.

OLIVEIRA, P.A.B. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Dicionário Crítico Sobre Trabalho e Tecnologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 350-52.

PALÁCIOS, M. A. Saúde Mental de quem trabalha em Saúde: O caso de um Hospital Geral do Rio de Janeiro. In: Organização do trabalho e Saúde Mental. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, n.2, p. 52-66, 2000.

PARAGUAY, A. I. B. B. **Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores**. In: MENDES, R. Patologia do Trabalho: Atualizada e Ampliada. 2. ed.. São Paulo: Atheneu, 2003. cap. 17.

PIRES, D., GELBCKE, F.L., MATOS, E. Organização do trabalho em Enfermagem: Implicações no fazer e viver dos trabalhadores de níveis médio. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, set. 2004. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=84> > Acesso em: 31 out. 2008.

PINHO, D.L.M. **O trabalho da enfermagem e a gestão da informação**: uma análise ergonômica das atividades das enfermeiras no contexto hospitalar. 2002. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Distrito Federal, 2002.

PITTA, A.M.F. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Métodos, Avaliação e Utilização**. 5 ed. Rio de Janeiro: Artmed, 2004. 487 p.

PORTO, M. A. **A Qualidade de vida no trabalho do Servidor público da administração estadual e o papel do gerente de recursos humanos**. São Paulo, 2006. Disponível em: <www.recursoshumanos.sp.gov.br/qualidadedevida/artigos> Acesso em: 31 jul. 2007.

RIBEIRO, M.C.S. A nocividade do trabalho: os riscos à saúde do trabalhador. In: RIBEIRO, M.C.S. (Org.). **Enfermagem e trabalho**: fundamentos para a atenção à saúde dos trabalhadores. São Paulo: Martini, 2008. cap.3.

ROBAZZI, M. L. C. C.; MARZIALE, M.H.P. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 52, n. 3, p. 331-38, jul./set. 1999.

ROSSO, S. D. Tempo de Trabalho. In: CATTANI, A. D. (Org.). **Dicionário Crítico Sobre Trabalho e Tecnologia**. 4.ed. Petrópolis: Vozes; 2002. p. 326-35

SANTIAGO, P.S.N. **Reanimação Cardiopulmonar**: habilidades afetivas da equipe de Enfermagem. 2006. 108 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SANTOS-FILHO, S. B. Um olhar sobre o Trabalho em Saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do HUMANIZASUS : o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M.E. B. (Orgs) . **Trabalhador de saúde**: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Rio Grande do Sul: Unijuí, 2007. cap. 3.

SILVA, Â. R. **Parada cardiorrespiratória em unidades de internação**. 2006.196 f.Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SILVA, L.D. Reanimação cardio-respiratória e cerebral: protocolos de Enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.5, n.2, p. 461-467, dez. 1997.

SOUZA, L.G.A.; BOEMER, M.R. O cuidar em situações de morte: algumas reflexões. **Medicina – Ribeirão Preto**, São Paulo, v.38, n.1, p. 49-54, 2005. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2005/vol38n1/7_o_cuidar_situacao_morte.pdf> Acesso em: 02 fev. 2009.

SOUZA, N.V.D.O.; LISBOA, M.T.L. Compreendendo as estratégias coletivas de defesa das trabalhadoras de Enfermagem na prática hospitalar. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.6, n.3, p. 425-435, dez. 2002.

SOUZA, N. V. D. O. **Dimensão Subjetiva das Enfermeiras Frente à Organização e ao Processo de Trabalho em um Hospital universitário**. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

SPÍNDOLA, T.; MARTINS, E. R. C. O estresse e a Enfermagem – a percepção das auxiliares de Enfermagem de uma instituição pública. **Esc. Anna Nery R. Enferm.**, Rio de Janeiro, v.11, n.2, p. 212-219, jun. 2007.

TACSI, Y.R.C. **Vivências da Enfermeira na assistência à criança em situação de emergência – parada cardiorrespiratória**. 2003. 126 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-10102003-140459/>> Acesso em: 31 jul. 2007.

TIMMERMAN, A. et al. A essência do SAVC. In: TIMMERMAN, A. et al. **Novas Diretrizes em Emergências Cardiovasculares**, v.1. São Paulo: Lemos Editorial & Gráficos, 2001.

TIMERMAN, A. et al. (Coord.). Consenso Nacional de Ressuscitação Cardiorrespiratória. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v.66, n.6, p. 375-402, Jun. 1996. Disponível em: <<http://publicacoes.cardiol.br/abc/1996/6606/66060010.pdf>> Acesso em: 31 jul. 2007.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução á Pesquisa em Ciências Sociais**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1992, 175 p.

VAISMAN, M.; CLARE, C. M. Parada Cardiorrespiratória. In: MESQUITA, E. T. **Emergências Clínico-Cardiológicas: 40 anos de experiência do hospital Pró-Cardíaco**. Rio de Janeiro: Revinter, 2000. cap.24.

VIEIRA, S. B.; SELIGMANN-SILVA, E. ; ATHAYDE, M. Dimensões ocultas no hospital: o “trabalho sentimental” e as violências presentes na relação de serviço. In: ARAÚJO, A. et al. **Cenários de Trabalho: Subjetividade, movimento e enigma**. Rio de Janeiro: DP & A editora, 2004. cap. 6.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

Este instrumento de pesquisa destina-se a coletar informações para o desenvolvimento do estudo que está sendo realizado nas enfermarias de clínica médica desta Instituição, com o objetivo de discutir as repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrentes da atuação em paradas cardiorrespiratórias.

Código: _____ Enfermaria: _____ Data: ___/___/___

A- IDENTIFICAÇÃO DOS SUJEITOS:

1. Idade: ____ 2. Sexo: F () M () 3. Cargo: Enfermeiro (a) () Auxiliar de Enf ()
4. Turno de Trabalho: _____
5. Maior grau de formação profissional:

6. Tempo de Exercício profissional (anos) na categoria de Enfermagem: _____
7. Tipo de vínculo empregatício nesta instituição: contrato () estatutário ()
8. Possui outro(s) vínculo (s) empregatício (s)? Não () Sim (). Quantos? _____

B- ENTREVISTA:

Pense nas paradas cardiorrespiratórias que você vivenciou nesta unidade de internação:

1. Descreva como você atua no atendimento ao cliente em parada cardiorrespiratória.
2. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória, que dificuldades você vivencia ao atuar?
3. Na ocorrência de parada cardiorrespiratória, que facilidades você vivencia ao atuar?
4. Pense em você durante a atuação em paradas cardiorrespiratórias. Que repercussões você sente no seu corpo durante esse atendimento?
5. Pense em você após a atuação em paradas cardiorrespiratórias. Que repercussões você sente no seu corpo após esse atendimento?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO BIOMÉDICO
FACULDADE DE ENFERMAGEM



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você foi selecionado (a) e está sendo convidado para participar da pesquisa intitulada ***“Paradas Cardiorrespiratórias em Unidades de Clínica: Repercussões Psicofísicas no Trabalhador de Enfermagem”***, que tem como objetivos Identificar as facilidades e as dificuldades que o trabalhador de Enfermagem vivencia ao atuar em uma parada cardiorrespiratória, discutir os sentimentos que emergem neste trabalhador e analisar as repercussões psicofísicas no trabalhador de enfermagem decorrentes de sua atuação em situação de parada cardiorrespiratória. A pesquisa terá duração de 11 meses.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo, sendo utilizado um pseudônimo que assegure o sigilo da sua identidade. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você pode recusar-se em responder qualquer pergunta ou desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder uma entrevista com oito perguntas fechadas e cinco perguntas abertas, que será gravada em arquivos de MP3 para melhor registro do conteúdo. Após 5 anos do término da pesquisa os arquivos de MP3 gravados serão destruídos.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras, nem qualquer risco. Participando da pesquisa, você estará contribuindo para o desenvolvimento de estudo científico para reflexão da prática de Enfermagem e suas repercussões no trabalhador.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o endereço/ telefone/ e-mail institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Enfermeira Mestranda Cláudia Maria da Silva Sá

Tel.: 2473-3486/9163-4556

E-mail: cmss1@terra.com.br

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Norma Valéria D. de O. Souza

Tel.: 3393-9856/9994-4690

E-mail: normadsouza@terra.com.br

Declaro estar ciente do inteiro teor deste **TERMO DE CONSENTIMENTO** e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer tipo de punição ou constrangimento.

Rio de Janeiro, ____/____/____.

Assinatura do Entrevistado

ANEXO – Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

Rio de Janeiro, 12 de março de 2008

Do: Comitê de Ética em Pesquisa
Profª. _____
Para: Aut. Cláudia Maria da Silva Sá
Orient. Profª. Norma Valéria de Oliveira Souza

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário _____, após avaliação, considerou o projeto (2076-CEP/_____) "PARADAS CARDIORRESPIRATÓRIAS EM UNIDADES DE CLÍNICA MÉDICA: REPERCUSSÕES PSICOFÍSICAS NO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM" aprovado, encontrando-se este dentro dos padrões éticos da pesquisa em seres humanos, conforme Resolução n.º196 sobre pesquisa envolvendo seres humanos de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, bem como o consentimento livre e esclarecido.

O pesquisador deverá informar ao Comitê de Ética qualquer acontecimento ocorrido no decorrer da pesquisa.

O Comitê de Ética solicita a V. Sª., que ao término da pesquisa encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto.

Membro do Comitê de Ética em Pesquisa