



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Élissa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz

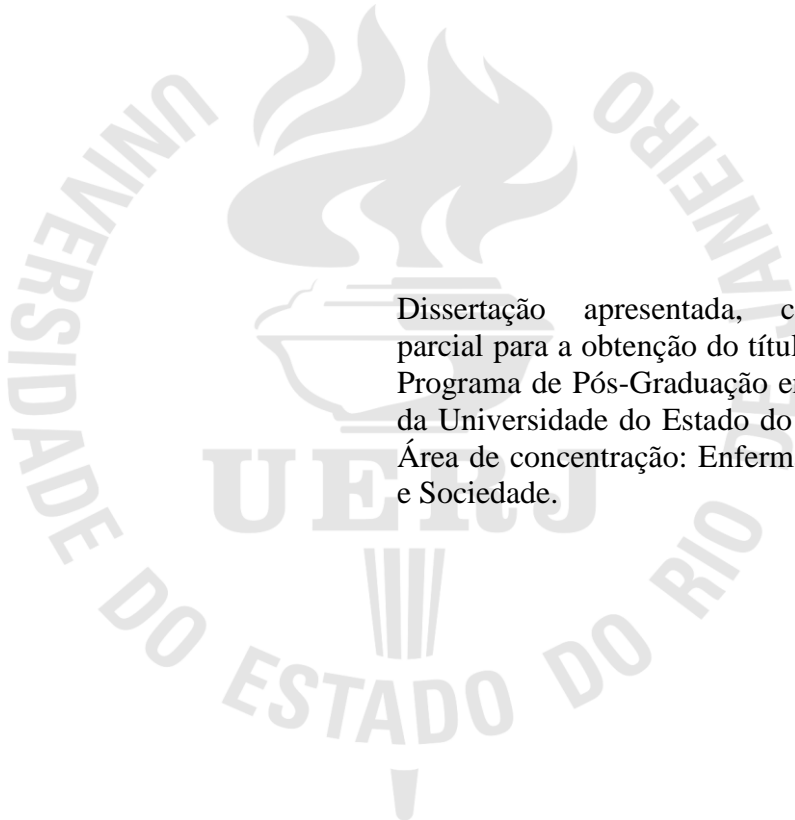
**Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em Terapia  
Intensiva**

Rio de Janeiro

2009

Élissa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz

**Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em Terapia Intensiva**



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

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

C957	<p>Cruz, Elissa Jôse Erhardt Rollemberg. Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em terapia intensiva / Elissa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz. – 2009. 97 f.</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 de tratamento intensivo. 3 . Resiliência (Traço da personalidade). I. Souza, Norma Valéria Dantas de Oliveira. 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

Élissa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz

**Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em Terapia Intensiva**

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

Aprovada em 25 de março de 2009.

Banca examinadora:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza (Orientadora)  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Marcia Tereza Luz Lisboa  
Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Helena Maria Scherlowski Leal David  
Faculdade de Enfermagem da UERJ

Rio de Janeiro

2009

## DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Élisson José e Elda, por todo o amor que dedicam a mim, pelas palavras e gestos de incentivo... por serem meus pais, amigos e cúmplices nesta caminhada.

À minha irmã e amiga, Elaine, por sua paciência, seu carinho e cuidado constantes comigo; por sua alegria contagiante, sempre me animando a seguir em frente.

Amo muito vocês!

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, minha fortaleza interior, que iluminava meus passos e me encorajava na travessia deste caminho tão cheio de obstáculos, permitindo que eu superasse as dificuldades e chegasse até aqui.

À minha querida orientadora Prof.<sup>a</sup> Dra. Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, por acreditar em mim, por sua dedicação e paciência, por sua contribuição inestimável no processo de construção desta dissertação, e principalmente, por sua amizade.

Aos enfermeiros que participaram deste estudo por sua colaboração, interesse e disponibilidade em partilhar suas vivências.

A todos os amigos e parentes que, com paciência e carinho, entenderam a necessidade da minha ausência em alguns momentos importantes de suas vidas.

Nada é mais importante do que criar um ambiente no qual as pessoas sintam que fazem uma diferença. Não há como se sentir bem em relação ao que você está fazendo sem acreditar que está fazendo uma diferença.

*Jack Stack*

## RESUMO

CRUZ, ÉliSSa Jôse Erhardt Rollemberg. **Resiliência da enfermeira diante da variabilidade do trabalho em terapia intensiva**. 2009. 97f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O objeto de investigação deste estudo é a resiliência da enfermeira intensivista frente a situações de variabilidade do trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). Os objetivos foram: caracterizar o entendimento das enfermeiras intensivistas sobre sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva; discutir os fatores motivadores da permanência das enfermeiras intensivistas no trabalho em Terapia Intensiva; e analisar os fatores protetores relacionados à resiliência das enfermeiras intensivistas os quais favorecem a manutenção da saúde diante do contexto da Terapia Intensiva. Como suporte teórico foram abordados conceitos e pressupostos relacionados à variabilidade e à resiliência, contextualizando-os no mundo do trabalho da Terapia Intensiva. O estudo apoiou-se nas concepções de psicodinâmica do trabalho desenvolvidas por Dejours, buscando compreender dialeticamente as vivências do sofrimento-prazer advindos do trabalho, assim como os fatores construtores da resiliência. Pesquisa qualitativa e descritiva, com abordagem dialética, desenvolvida num Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um hospital da rede privada de saúde no município do Rio de Janeiro, após aprovação por seu Comitê de Ética em Pesquisa. Os sujeitos foram 10 enfermeiras intensivistas em atuação neste CTI há pelo menos um ano. Os instrumentos de coleta foram entrevista semi-estruturada, diário de campo e Escala de Resiliência, aplicados entre Junho/2008 e Agosto/2008, com assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O método de análise caracterizou-se na análise de conteúdo, evidenciando três categorias: perfil das enfermeiras no cenário da Terapia Intensiva; do sofrimento ao prazer: o sentimento dialético da enfermeira intensivista; e a resiliência da enfermeira intensivista: fatores protetores da saúde. Os resultados evidenciaram que as enfermeiras intensivistas apresentam um perfil de afinidade com situações limite, gostam de desafios e superá-los resulta em prazer. São dinâmicas, sentem-se satisfeitas ao lidarem com aparatos tecnológicos, gostam de estudar, aprender e ensinar. Estas profissionais possuem, também, uma auto-estima elevada por estarem inseridas no contexto da Terapia Intensiva. Verificou-se que os fatores determinantes do prazer e da satisfação vivenciados pelas enfermeiras também proporcionam o sofrimento e o desgaste, reforçando as múltiplas situações dialéticas que envolvem o mundo do trabalho. Constatou-se que as enfermeiras são resilientes frente às características das UTIs, destacando-se a variabilidade inerente deste ambiente de trabalho. Alguns fatores protetores foram apreendidos, os quais ajudam a garantir a resiliência das enfermeiras, destacando-se à prática de esporte, lazer regular, convívio com amigos e familiares, bom relacionamento com os colegas de trabalho, alimentação adequada, atenção aos aspectos espirituais, além de estarem inseridas numa organização de trabalho que valoriza a dimensão subjetiva do trabalhador e reconhece o esforço do mesmo. Com isto, considera-se que o objeto de estudo foi apreendido e que os objetivos foram atingidos. Sugerem-se novas pesquisas que tenham como objeto, por exemplo, a correlação entre fatores de risco, fatores protetores da resiliência frente à variabilidade, ampliando o foco de investigação para toda a equipe de enfermagem.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador. Trabalho de enfermagem. Resiliência. Variabilidade. Unidades de Terapia Intensiva.



## ABSTRACT

The object of inquiry of this study is the resilience of the intensive nurse front the situations of variability of the work in Intensive Care Unit. The delimited objectives had been: to characterize the agreement of the intensive nurses on its relation with the work in the scene of the Intensive Care; to argue the factors motivators of the permanence of the intensive nurses in the work in Intensive Care; and to analyze the related protective factors to the resilience of the intensive nurses which ahead favor the maintenance of the health of the context of the Intensive Care. As it has supported theoretician had been boarded concepts and presupposes related to the variability and the resilience, contextualizing them in the world of the work of the Intensive Care. The study it was supported in the conceptions of psychodynamic of the work developed by Dejours, searching dialectically to understand the experiences happened of the suffering-pleasure of the work, as well as the construction factors of the resilience. Qualitative and descriptive research, with boarding dialectic, developed in a Intensive Care Unit of a hospital of the private net of health in the city of Rio de Janeiro, after approval for its Committee of Ethics in Research. The citizens had been 10 intensive nurses in performance in this Intensive Care Unit have at least one year. The collection instruments had been half-structuralized interview, daily of field and Scale of Resilience, applied between June/2008 and August/2008, with previous signature of the Term of Free and Clarified Assent. The analysis method characterized in the content analysis, evidencing three categories: profile of the nurses in the scene of the Intensive Care; of the suffering to the pleasure: the dialectic feeling of the intensives nurse; and the resilience of the intensive nurse: protective factors of the health. The results had evidenced that the intensive nurses present a profile of affinity with situations limits, like challenges and to surpass them results in pleasure. They are dynamic, they are felt satisfied to they deal it with technological apparatuses, they like to study, to learn and to teach. These professionals have, also, auto-esteem high for being inserted in the context of the Intensive Care. One verified that the determinative factors of the pleasure and the satisfaction lived deeply by the nurses also provide to the suffering and the consuming, strengthening the multiple situations dialectics that involve the world of the work. It was evidenced that the nurses are resilient front to the characteristics of the Intensive Care Unit, being distinguished inherent variability of this environment of work. Some protective factors had been apprehended, which help to assurance the resilience of the sport nurses, being distinguished it the practical one, regular leisure, conviviality with familiar friends and, good relationship with the fellow workers, adjusted feeding, attention to the aspects spirituals, beyond being inserted in a work organization that values the subjective dimension of the worker and recognizes the effort of the same. With this, it is considered that the study object was apprehended and that the objectives had been reached. New research is suggested that has as object, for example, the protective correlation between risk factors, factors of the resilience front to the variability, extending the focus of inquiry for all the nursing team.

Keywords: Occupational health. Work of nursing. Resilience. Variability. Intensive Care Unit.

## SUMÁRIO

	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS</b> .....	10
1	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	19
1.1	<b>A Ergonomia e o conceito de variabilidade</b> .....	19
1.2	<b>O trabalho em Terapia Intensiva e suas repercussões para a saúde do trabalhador</b> .....	24
1.3	<b>Resiliência</b> .....	35
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	45
2.1	<b>Tipo de estudo</b> .....	45
2.2	<b>Concepção teórica</b> .....	45
2.3	<b>Cenário de estudo</b> .....	47
2.4	<b>Sujeitos do estudo</b> .....	49
2.5	<b>Procedimentos éticos</b> .....	50
2.6	<b>Técnicas e instrumentos para coleta de dados</b> .....	51
2.7	<b>Operacionalização da coleta de dados</b> .....	53
2.8	<b>Análise dos dados coletados</b> .....	54
3	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS</b> .....	56
3.1	<b>Perfil das enfermeiras no cenário da Terapia Intensiva</b> .....	56
3.2	<b>Do sofrimento ao prazer: o sentimento dialético da enfermeira intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva</b> .....	61
3.3	<b>A resiliência da enfermeira intensivista: fatores protetores da saúde</b> .....	69
4	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	79
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	82
	<b>APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b> .....	89
	<b>APÊNDICE B – Roteiro para entrevista semi-estruturada com as enfermeiras</b> ..	91
	<b>APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para testagem do instrumento</b> .....	92
	<b>APÊNDICE D – Diário de campo</b> .....	94
	<b>ANEXO A– Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa</b> .....	95
	<b>ANEXO B- Escala de Resiliência</b> .....	96

## CONSIDERAÇÕES INICIAIS

### O objeto e sua contextualização

O objeto deste estudo é **a resiliência da enfermeira intensivista frente a situações de variabilidade do trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI).**

Durante a graduação de enfermagem, ao desenvolver aulas práticas no cenário da terapia intensiva de um hospital da rede pública de saúde, pude observar, empiricamente, diversas situações que se distanciavam do previsto e do esperado para aquela dinâmica laboral. Estas situações levavam os profissionais de enfermagem a fazerem ajustes e regulações na execução de suas atividades, gerando então situações de variabilidade que, na minha percepção inicial, influenciavam de algum modo na organização e no processo de trabalho.

Este fato me sensibilizou de tal forma que despertou o interesse pela área da saúde do trabalhador e me levou a desenvolver um trabalho de conclusão de curso de graduação que teve como objeto de pesquisa a influência da variabilidade na dinâmica de trabalho e na saúde da enfermeira intensivista. Com essa pesquisa, constatei que a existência da variabilidade na terapia intensiva era frequente e repercutia negativamente na saúde da enfermeira intensivista. Percebi, durante o desenvolvimento dessa pesquisa, que o profissional de enfermagem necessita estar instrumentalizado para lidar com as situações de variabilidade e, dessa forma, diminuir as consequências biopsicossociais no processo saúde-doença desse trabalhador (CRUZ, 2006).

“Trabalho” é uma atividade específica inerente à “vida ativa”, caracterizada por sua finalidade, apresentando um caráter duplo: pessoal e socioeconômico. É fator marcante na formação e transformação do indivíduo e dos que estão ao seu redor, sendo de grande importância na vida das pessoas, pois com ele o homem consegue seu sustento e o de sua família, além de obter a satisfação em realizá-lo com seu próprio esforço físico e mental (MAZZILLI; LUNARDI FILHO, 1996).

Liedke (2002, p.341) define trabalho como “atividade resultante do dispêndio de energia física e mental, direta ou indiretamente voltada à produção de bens e de serviços, contribuindo, assim, para a reprodução da vida humana, individual e coletiva”. Porém, conforme Souza (2003), além desta visão, neste estudo a categoria analítica denominada “trabalho” engloba, também, a inventividade, a capacidade de avaliação e julgamento, as

mobilizações subjetivas para a realização da tarefa, conjugando-se potencialidades cognitivas, motoras e psicológicas num processo contínuo e dinâmico.

Atualmente, o estresse profissional é uma realidade observada em diversas áreas e setores de trabalho, não sendo exclusividade daqueles profissionais que exercem altos cargos numa instituição de grande porte, sendo indiferente o nível hierárquico em que se encontram. Isso porque o estresse ocupacional está diretamente relacionado às responsabilidades, cobranças, pressão laboral, competitividade, jornada de trabalho estafante, dentre outras características da globalização (D'AURIA, 2006).

Em UTIs, setor destinado ao atendimento de pacientes em estado grave de saúde, mesmo havendo a centralização de recursos materiais e humanos com elevados padrões de qualidade que permitam um atendimento pronto e eficaz, o estresse está presente na enfermeira. Isto porque esta profissional encontra na realização de suas atividades uma constante expectativa quanto às situações de emergência, vivenciando frequentemente situações de trabalho marcadas por imprevistos e incertezas (BARCELOS; GOMES; LACERDA, 2003). Com isso, para que a meta do trabalho seja alcançada, é necessário que se façam regulações na execução das tarefas, adaptando-se às condições reais de trabalho.

É inegável que entre o trabalho prescrito (tarefa) e o trabalho real (atividade de trabalho) existe um distanciamento, que é causado pelas situações que fogem do normal, do esperado, pois são imprevistas ou não previstas pela organização do trabalho. Esse distanciamento define-se como 'variabilidade', termo que vem sendo descrito pelos ergonomistas como um conjunto de variações que podem ocorrer, normal ou incidentalmente, aleatoriamente ou não, tanto na produção, no fornecimento dos serviços quanto entre os trabalhadores (ABRAHÃO, 2000; GUÉRIN et al., 2001).

O trabalho é objeto de diferentes abordagens. As diversas linhas científicas que o estudam constituíram-se a partir de pontos de vista específicos, havendo uma multiplicidade de disciplinas que o investiga, cada uma abordando, com sua competência, essa realidade complexa, sem ignorar que a dimensão do trabalho pela qual se interessam não é independente das outras (GUÉRIN et al., 2001). Entre as disciplinas que ajudam a compreender a complexidade do mundo do trabalho estão a sociologia, a antropologia, a psicologia e a ergonomia.

A ergonomia é considerada por alguns autores como ciência, já que geradora de conhecimentos, enquanto outros autores a enquadram como tecnologia, devido ao seu caráter aplicativo, de transformação. Mas, apesar das divergências conceituais, alguns aspectos da

ergonomia são comuns às várias definições existentes, como sua natureza multidisciplinar (com o uso de conhecimentos de várias disciplinas), o fundamento nas ciências, sua aplicabilidade e seu objeto de observação (a concepção do trabalho).

A ergonomia aplica teorias, princípios, dados e métodos no planejamento, projeto e avaliação da organização do trabalho, das tarefas, dos postos, dos ambientes e sistemas de trabalho, a fim de torná-los compatíveis com as necessidades, habilidades e limitações das pessoas. Assim, possibilita otimizar o bem-estar humano e o desempenho global do sistema (VIDAL, 2002).

Os ergonomistas utilizam conceitos próprios acerca do conceito de “trabalho”: um conjunto que integra a atividade (ou processo de trabalho), as condições desta atividade e os resultados da mesma, interrelacionando-os de forma dinâmica (GUÉRIN et al., 2001). Esta interrelação dinâmica constitui a organização do trabalho.

Liedke (2002, p. 248) define o processo de trabalho como “a atividade voltada para a produção de valores de uso para satisfação de necessidades humanas, independente das formas sociais que assumam e das relações sociais de produção”. Este processo é unidirecional (sujeito-objeto), mas com comunicação multidirecional e, na relação do homem com a natureza e com sua cultura, todo processo de trabalho pressupõe alguma forma de comunicação com o veículo, comunicação essa imprescindível para realização plena do sujeito que opera a ação (FARIA, 1999).

Segundo Faria (1999), o processo de trabalho é composto pela atividade adequada para um fim (o trabalho propriamente dito), o objeto de trabalho (a matéria sobre a qual se aplica o trabalho) e os meios de trabalho (instrumentos utilizados). Ampliando essa composição, verificou-se que a organização do trabalho perpassa pela divisão das tarefas assim como pela divisão dos homens. Isto porque, com a divisão das tarefas, se prescrevem as cadências, as repartições de atividades e ações, enfim, o modo operatório, originando as hierarquias, os comandos, as relações de poder, as responsabilidades, caracterizando então, a divisão dos homens (DEJOURS, 1993).

Dejours (1992, p. 25) esclarece que a organização do trabalho pode ser mais bem analisada se levarmos em consideração o conceito de condições de trabalho, definindo-as como:

O ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaça etc.), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho.

O processo de trabalho não se restringe aos elementos concretos ou estruturais. É preciso ver qualificações, função, cooperação, hierarquia, sociabilidade, disciplina. Também é necessário atentar para a relação entre um trabalhador e outro, tanto no que se refere aos objetivos do trabalho como à possibilidade do “papo camarada”, da sociabilidade civil, leiga. Há de se investigar igualmente a hierarquia, ou seja, a correia de transmissão das ordens: interesse econômico se transformando em norma, orientação técnica e disciplina. No processo laboral, é relevante ver a acumulação de competência humana em relação à máquina, transformando trabalhador em fiscal de visores, alavancas, tomadas, botões. E, finalmente, é preciso ver o ajuste do trabalhador a cada tarefa (CODO; SAMPAIO, 1995).

A tarefa é o resultado antecipado fixado em condições determinadas, é o que se espera da atividade realizada, é o trabalho prescrito. A atividade de trabalho é a realização da tarefa, sujeita a adaptações por influências diversas, é o trabalho real (CODO; SAMPAIO, 1995). Acerca deste conceito, Guérin et al. (2001, p. 15) afirmam que:

A tarefa não é o trabalho, mas o que é prescrito pela empresa ao operador. Essa prescrição é imposta ao operador: ela lhe é portanto exterior, determina e constrange sua atividade. Mas, ao mesmo tempo, ela é um quadro indispensável para que ele possa operar: ao determinar sua atividade, ela o autoriza.

As situações de trabalho em geral são marcadas por imprevistos e incertezas, tornando inexistente a simples relação homem-tarefa, na qual a obediência restrita às normas estabelecidas pela organização prescrita do trabalho asseguraria a almejada confiabilidade do serviço realizado. Com isso, para que o objetivo do trabalho seja alcançado, frequentemente é necessário que se façam adaptações à tarefa prescrita, tornando mais dinâmico e eficiente a execução do trabalho. Essas adaptações são identificadas como o trabalho real (DEJOURS, 1994).

Para uma melhor compreensão da relação homem-tarefa e suas consequências para a saúde do trabalhador e para a produtividade, a ergonomia elaborou o conceito denominado variabilidade.

As situações de variabilidade no trabalho da enfermeira intensivista são muitas e estão relacionadas às seguintes situações: a interdependência do trabalho da enfermeira com a conduta do médico; o agravamento do quadro clínico dos clientes; a necessidade de

providenciar e operacionalizar exames diagnósticos a clientes que alteram seus quadros de saúde; a pouca eficácia na forma como se institui a comunicação entre os profissionais que compõem a equipe multiprofissional; a introdução constante de novas tecnologias na UTI; e a tarefa mediadora da enfermeira entre médicos, clientes e equipe de técnicos de enfermagem (CRUZ, 2006).

Observa-se que a existência dessa variabilidade conduz a uma ruptura súbita das atividades consideradas rotineiras ou habituais para a dinâmica laboral, alterando o processo de trabalho e conduzindo esta trabalhadora a mobilizar potencialidades psicocognitivas que, em última instância, podem afetá-la emocional e fisicamente (BARCELOS; GOMES; LACERDA, 2003).

Com isto, a variabilidade altera negativamente o processo saúde-doença das enfermeiras intensivistas, resultando em irritabilidade, elevação da pressão arterial, cansaço, dores, tensão muscular, envelhecimento precoce e estresse (CRUZ, 2006). Todavia, apesar das repercussões negativas em sua saúde, a enfermeira intensivista se mantém ativa no ambiente de trabalho.

Para que haja menos doenças e/ou menos sofrimento psíquico, assim como mais desenvolvimento pessoal ou subjetivo, é preciso que o indivíduo desenvolva a capacidade de se recuperar e se moldar frente aos obstáculos. Ou seja, ele precisa ter sua resiliência construída.

A resiliência é “a capacidade humana para enfrentar, vencer e ser fortalecido ou transformado por experiências de adversidade” (GROTBERG, 2005, p.15). É uma variação individual em resposta a situações de estresse, que não deve ser tida como uma característica fixa do indivíduo, pois se apresenta de acordo com as circunstâncias (YUNES, 2003). De forma mais ampla, a resiliência pode ser definida como um “fenômeno de superação de estresse e adversidades” (RUTTER, 1999 apud YUNES, 2003, p.79).

A origem etimológica da palavra resiliência é o “latim *resiliens*, que significa saltar pra trás, voltar, ser impelido, recuar, encolher-se, romper. Pela origem inglesa, *resilient* remete à ideia de elasticidade e capacidade rápida de recuperação” (PINHEIRO, 2004, p.68).

Yunes (2003, p.76) refere que em dicionário da língua inglesa encontram-se duas explicações para o termo: a primeira utiliza-se da Psicologia, referindo-se à resiliência de seres humanos, “habilidade de voltar rapidamente para o seu usual estado de saúde ou de espírito depois de passar por doenças, dificuldades etc.: resiliência de caráter”; a segunda utiliza-se da Física, referindo-se à resiliência de materiais, “habilidade de uma substância retornar à sua forma original quando a pressão é removida: flexibilidade”.

Na língua portuguesa, encontra-se no *Novo Dicionário Aurélio*, de Ferreira (1999), a definição do termo referindo-se apenas à resiliência de materiais. Todavia, segundo Pinheiro (2004, p.68), no *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*, de 2001, o verbete contempla tanto o sentido da Física quanto o sentido figurado, remetendo a elementos humanos: ‘capacidade de se recobrar facilmente ou se adaptar à má sorte ou às mudanças’.

O estudo da resiliência tem como precursoras as disciplinas da Física e da Engenharia. Ao longo das três últimas décadas, desenvolveram-se muitas linhas de estudo sobre resiliência. Nas Ciências Sociais e Humanas, o uso do termo é relativamente recente e tem sido considerado nos últimos anos como um conceito operativo no campo da saúde (YUNES, 2003). O campo das Ciências Sociais gerou teorias a partir de pesquisas sobre estresse, introduzindo conceitos como “senso de coerência” e “controle de vida”. A Psicologia tem como conceitos centrais o “fazer frente às dificuldades (*coping*)” e “resiliência”, descrevendo os mecanismos que permitem às pessoas se comportarem ou se desenvolverem normalmente sob condições adversas, com o estudo de “importantes eventos de vida” (LINDSTRÖM, 2001, p. 133-134).

Segundo Sória (2006a), no Brasil, o conceito de resiliência e seus significados têm sido pouco difundidos em estudos ou produções acadêmicas. No exterior, principalmente nos EUA e no Reino Unido, vários autores têm desenvolvido pesquisas sobre resiliência, sendo a maioria voltada para crianças e adolescentes em situações de risco, focando traços e disposições pessoais. A autora (op. cit.) refere que estudos mais recentes revelaram que:

a resiliência não é um dom inato de certas pessoas especiais. Ela é, na verdade, um tipo de competência pessoal e social, que pode ser aprendida, promovida e desenvolvida nas pessoas, nas organizações, nas comunidades e, até mesmo na vida social mais ampla (SÓRIA, 2006a, p. 13).

Sória (2006b) realizou um estudo na modalidade de revisão sistemática em bases de dados, tendo como descritores Resiliência e Enfermagem. A partir de um levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados BDENF, LILACS, MEDLINE, PUBMED, SCIELO, constatou que a abordagem da resiliência inicia-se a partir da década de 90, com maior enfoque nos periódicos americanos e europeus. Na busca em periódicos latino-americanos, o maior enfoque se deu na área das Ciências Sociais, com destaque para o estudo da resiliência vinculado à situação de pobreza relacionando a infância e a educação. Além disso, a autora (op. cit.) analisa que a representatividade da abordagem da resiliência na enfermagem ainda apresenta pouca expressão (6% do total dos estudos encontrados). Dos 122



estudos analisados disponíveis nas bases de dados pesquisadas, não foi encontrado nenhum estudo que relacionasse este conceito ao cenário da UTI.

No contexto da Terapia Intensiva, onde se evidencia um caráter complexo, dinâmico e variável, que acarreta a necessidade constante de a enfermeira se readaptar e superar tantas adversidades e, na busca de correlacionar vivências profissionais e acadêmicas com os conceitos anteriormente apontados nesta contextualização, elaborou-se o problema de pesquisa: **Como se caracteriza a resiliência das enfermeiras intensivistas frente às situações de variabilidade no trabalho em Unidade de Terapia Intensiva?**

A fim de guiar o estudo e permitir a apropriação do objeto, foram elaboradas três **questões norteadoras**:

- Como as enfermeiras intensivistas entendem sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva?
- Quais são os fatores que motivam as enfermeiras a permanecerem trabalhando no cenário da Terapia Intensiva?
- Que fatores protetores relacionados à resiliência mantêm as enfermeiras supostamente sadias diante do contexto da Terapia Intensiva?

Esta pesquisa será desenvolvida com vistas ao alcance dos seguintes **objetivos**:

- Caracterizar o entendimento das enfermeiras intensivistas sobre sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva;
- Discutir fatores motivadores da permanência das enfermeiras intensivistas no trabalho em Terapia Intensiva;
- Analisar os fatores protetores relacionados à resiliência das enfermeiras intensivistas os quais favorecem a manutenção da saúde diante do contexto da Terapia Intensiva.

### **Relevância e contribuição do estudo**

O estudo do fenômeno da resiliência é relativamente recente nas ciências humanas, sociais e da saúde. Sua definição ainda não é clara, tampouco precisa, haja vista a complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos (YUNES, 2003).

Existe uma lacuna no que tange à utilização do conceito na área da Enfermagem Latino-Americana, fato que valoriza e torna relevante o estudo proposto, principalmente se se considera a inexistência da relação da resiliência com o cenário da UTI (SÓRIA, 2006b).

Investigar a resiliência no trabalho da enfermeira intensivista envolve compreender também a dimensão subjetiva que perpassa a realização da tarefa dessa profissional. De acordo com Oliveira e Lisboa (2004), as pesquisas na área da subjetividade e do trabalho da enfermagem ainda são consideradas incipientes. Portanto, este estudo busca contribuir com o crescimento e o fortalecimento do conhecimento que envolve a relação trabalho e subjetividade. Tais conhecimentos ainda são pouco socializados na Enfermagem. Sendo um estudo pioneiro nesse tipo de abordagem, considera-se que esta pesquisa irá contribuir para ampliar o campo teórico-conceitual na análise dos processos e condições de trabalho da enfermagem, difundindo junto aos profissionais de enfermagem um conteúdo relevante, alargando possibilidades de pesquisas, apontando outros objetos de estudo e auxiliando na construção de saberes ligados a linha da saúde do trabalhador.

Com isto, considera-se que a relevância desse estudo reside em poder compreender os fatores relacionados à resiliência da enfermeira frente à variabilidade na dinâmica do trabalho em Terapia Intensiva e seus desdobramentos para a promoção da saúde e prevenção de agravos para o trabalhador. Assim, a apreensão do objeto em tela possibilitará reunir dados que ajudem a pensar uma estratégia de construção e desenvolvimento da resiliência, contribuindo para evitar agravos à saúde do trabalhador.

Este trabalho, também contribuirá para o ensino, pois trará a possibilidade de despertar nos alunos o interesse por disciplinas pouco trabalhadas no curso de graduação, como a ergonomia, e conteúdos ligados à área da subjetividade e trabalho. Além disso, com a apreensão de tais conteúdos, contribui-se para a formação de profissionais mais críticos e reflexivos, preocupados com suas condições de trabalho, com a organização do trabalho na qual estarão inseridos e com o processo de trabalho da enfermagem.

Cabe ressaltar que este estudo está vinculado à linha de pesquisa “O trabalho e a formação em saúde e Enfermagem”, ao grupo de pesquisa “Os paradigmas de enfermagem no contexto da Saúde do Trabalhador”, assim como tem filiação ao núcleo de pesquisa “Cuidando de pessoas com doenças emergentes e reemergentes: práticas profissionais e organização do trabalho de enfermagem”, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Sendo assim, considera-se que os resultados desse estudo irão contribuir no sentido de fortalecer e consolidar a Linha de Pesquisa, como também o Grupo e o Núcleo de Pesquisas a ela vinculadas.

O conhecimento dos fatores relacionados à resiliência fornecerá subsídios aos profissionais de enfermagem para entender os determinantes e os fatores que podem fortalecer as suas próprias resiliências; desse modo, soma-se mais esse resultado na luta pela saúde dos trabalhadores de enfermagem. As mudanças desejadas são favorecidas pelo somatório de pequenas ações e pequenas construções de saberes, as quais possibilitam a transformação de realidades obsoletas ou inadequadas aos anseios da maioria. É a mudança propiciada pela lei da dialética denominada lei da passagem da quantidade para a qualidade. Busca-se a transformação para o alcance da qualidade das condições de trabalho, da organização laboral, da saúde dos trabalhadores e da qualidade de vida.

## 1 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo destina-se a aprofundar as discussões sobre temas relevantes para apreensão do objeto de estudo. Sendo assim, serão abordados conceitos e pressupostos relacionados à variabilidade e à resiliência, contextualizando-os com o mundo do trabalho na terapia intensiva. Esse conteúdo teórico busca dar sustentação ao processo de análise e discussão das informações coletadas e assim, atingir os objetivos da pesquisa.

### 1.1 A Ergonomia e o conceito de variabilidade

A ergonomia, segundo Alain Wisner, nasceu da necessidade de responder a questões importantes levantadas por situações de trabalho insatisfatórias. Essa disciplina apresentou, por muito tempo, respostas baseadas nas experiências empíricas, haja vista a falta de conhecimentos que eram necessários para um entendimento científico de problemáticas envolvendo as múltiplas características e condições laborais (ALVES, 1995).

Atualmente a ergonomia é caracterizada como um conjunto de conhecimentos científicos relativos ao homem e necessários à concepção de instrumentos, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto e eficácia, na perspectiva de melhor adaptação de métodos, meios e ambientes de trabalho às especificidades do trabalhador (WISNER, 1972 apud [www.ergonomia.com.br](http://www.ergonomia.com.br), 2006).

A ergonomia tem como objetivo produzir e aplicar conhecimentos específicos sobre a atividade do trabalho humano, apreendendo as cargas as quais os trabalhadores estão expostos e os possíveis riscos a saúde dos mesmos na perspectiva de transformação de uma realidade laboral que prejudica à saúde e à produtividade (VIDAL, 2002). A saúde e o conforto das pessoas envolvidas com a dinâmica laboral, a eficiência dos serviços e a segurança das instalações estarão, a partir daí, sendo efetivamente incorporadas à vida das organizações.

Vidal (2002, p.14) reproduz a definição internacional de ergonomia aprovada pelo conselho científico da *International Ergonomics Association*, em San Diego, USA, 2000:

Ergonomia (ou Fatores Humanos) é a disciplina científica que trata da compreensão das interações entre os seres humanos e outros elementos de um sistema, e a profissão que aplica teorias, princípios, dados e métodos, a projetos que visam otimizar o bem-estar humano e a performance global dos sistemas.

A transformação do trabalho é a principal finalidade da ação ergonômica e deve ser realizada de forma que contribua para a concepção de situações de trabalho que não alterem a

saúde dos trabalhadores e nas quais esses possam exercer ao mesmo tempo suas competências num plano individual e coletivo. Além disso, a ergonomia também tem como finalidade a busca pela valorização das potencialidades psicocognitivas e motoras dos trabalhadores, assim como o alcance dos objetivos econômicos determinados pela empresa, em função dos investimentos realizados ou futuros (GUÉRIN et al., 2001).

Tendo a ergonomia o trabalho como objeto de sua ação, faz-se necessário reconhecer a abrangência do conceito “trabalho”. Na língua portuguesa, a palavra trabalho remete a diferentes significados, podendo ser utilizada para designar a própria atividade de trabalho, as condições de trabalho, ou ainda o resultado do trabalho, conforme podemos verificar na descrição de Ferreira (1993, p. 310-11) contida no Mini-dicionário da Língua Portuguesa:

**Trabalho** sm. 1. Aplicação das forças e faculdades humanas para alcançar um determinado fim. 2. Atividade coordenada de caráter físico e/ou intelectual, necessária à realização de qualquer tarefa, serviço ou empreendimento. 3. Trabalho (2) remunerado ou assalariado; serviço, emprego. 4. Local onde se exerce essa atividade. 5. Qualquer obra realizada. 6. Lida, labuta.

Conforme se pode apreender, trabalho é tanto o esforço, o processo e a ação, quanto o seu resultado, a obra concluída. Essas realidades perpassam-se e se complementam constituindo a unidade do trabalho, complexa e indissolúvel, sob o olhar da ergonomia. Isto porque, dentro deste contexto multifatorial, é indispensável uma transformação eficaz da produção e da aplicação dos conhecimentos do trabalho humano. Também é indispensável que o trabalho seja considerado em sua totalidade e abordado de maneira global, de modo que não privilegie unilateralmente os aspectos econômicos, sociológicos ou biológicos (GUÉRIN et al., 2001).

Outro conceito importante na ergonomia envolve a noção de tarefa. Para os ergonomistas, a tarefa mantém uma relação estreita com o trabalho através das condições e dos resultados deste. Porém, ela está voltada para os objetivos a serem alcançados e não para a realidade, e por isso, não deve ter seu significado confundido com o do trabalho. Pode-se distinguir a tarefa como o resultado antecipado fixado em determinadas condições.

A tarefa corresponde, em primeiro lugar, a um conjunto de objetivos dado aos operadores, e a um conjunto de prescrições definidas externamente para atingir esses objetivos particulares. Conforme o caso, ela integra em maior ou menor grau a definição de modos operatórios, instruções e normas de segurança. Ela especifica as características do dispositivo técnico, do produto a transformar, ou do serviço a prestar, o conjunto dos elementos a levar em conta para atingir os objetivos fixados (GUÉRIN et al., 2001, p.25).

Outra realidade a distinguir é a atividade de trabalho, que deve ser entendida como o modo através do qual os resultados são obtidos e os meios são utilizados na realização da tarefa. Ela é o elemento central que unifica a situação de trabalho, organizando e estruturando seus componentes. A atividade é

uma resposta aos constrangimentos determinados exteriormente ao trabalhador, e ao mesmo tempo é capaz de transformá-los (...). As dimensões técnicas, econômicas, sociais do trabalho só existem efetivamente em função da atividade que as põe em ação e as organiza (GUÉRIN et al., 2001, p.26).

Duarte e Vidal (2000, p. 91), ao discutirem a relação entre confiabilidade e o modo de funcionamento de sistemas complexos de produção do ponto de vista da ergonomia, fazem uma importante inferência acerca do distanciamento que pode ocorrer entre tarefa e atividade:

As situações de trabalho em geral, e particularmente nos processos contínuos, são marcadas por imprevistos e incertezas. Não existe uma relação simples homem-tarefa, em que a confiabilidade seria assegurada pela obediência restrita às normas estabelecidas pela organização prescrita do trabalho.

Os mesmos autores (op. cit., p. 91) continuam discorrendo acerca da “ineficiência relativa dos procedimentos prescritos (tarefa) e da impossibilidade de um domínio técnico perfeito do processo” que levam os operadores a elaborar modos operatórios originais que constituem a “organização real do trabalho” (atividade).

Deste modo, pode-se dizer que o trabalhador desenvolve sua atividade de trabalho em tempo real em função de uma situação apresentada. Ou seja, a tarefa constitui o trabalho prescrito e a atividade de trabalho constitui o trabalho real, que se interrelacionam sofrendo influências bidirecionais para o alcance do seu objetivo, o produto final. “A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato do trabalho, entre ‘o que é pedido’ e ‘o que a coisa pede’” (GUÉRIN et al., 2001, p.13).

Para uma melhor compreensão da relação homem-tarefa e suas implicações para a saúde do trabalhador e para a produtividade, a ergonomia vem investigando esse distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e neste caminho criou-se um conceito denominado variabilidade.

A “variabilidade” deve ser entendida como o conjunto de situações ocorridas em qualquer momento do processo de trabalho, com qualquer fator envolvido neste, que diferem do planejado e que, de alguma forma, alteram a execução da tarefa determinando o trabalho real (ABRAHÃO, 2000; GUÉRIN et al., 2001).

Habitualmente, as instituições se organizam de modo a limitar os fatores aleatórios / variáveis da produção ou no fornecimento de serviços quando define os meios técnicos e organizacionais para atingir seus objetivos de produção. Mas na realidade, sempre subsiste uma variabilidade importante (GUÉRIN et al., 2001).

Guérin et al. (2001) distinguem duas grandes categorias de variabilidade: uma considerada normal decorrente do próprio tipo de trabalho efetuado, por exemplo, os pedidos dos clientes numa loja que variam a todo instante. O outro tipo de variabilidade é a incidental, representada como “uma peça mal fixada que não se encaixa, uma ferramenta que quebra, um dossiê incompleto” (GUÉRIN et al., 2001, p.48).

Uma parte da variabilidade normal é previsível e, pelo menos parcialmente controlada; por exemplo, as variações das matérias-primas decorrentes de diferentes fornecedores. Pode-se citar outra característica envolvendo a variabilidade: num serviço de atendimento hospitalar, o período da manhã poderá ser reservado para atender os pacientes, e o da tarde para marcar as consultas por telefone. Esta se caracteriza em variabilidade periódica.

Essas variações podem ser programadas pela empresa. Porém, sua ocorrência junto aos trabalhadores pode ser mais ou menos esperada, mais ou menos brutal, e suas consequências para as operações de produção mais ou menos previsíveis (GUÉRIN et al., 2001).

Outra parte da variabilidade, tanto normal quanto incidental, da produção é aleatória. Por exemplo: as variações instantâneas da demanda, em natureza e volume, nos serviços de contato com a clientela, como no pronto-socorro de um hospital; os incidentes que ocorrem num dispositivo técnico (pane ou desajuste de uma máquina, mau funcionamento de um sensor); as variações do ambiente, como a meteorologia (GUÉRIN et al., 2001).

Ainda que o momento e a forma precisa dessas variações sejam imprevisíveis, certos elementos dessa variabilidade são do conhecimento do trabalhador que espera uma frequência mais elevada de certos incidentes em alguns momentos (GUÉRIN et al., 2001).

Tomando-se por base estas duas categorias de variabilidade, verifica-se que o trabalho da enfermeira intensivista é permeado por situações de variabilidade normal, como é o caso de um paciente que ficou acamado muito tempo, restrito ao leito e após deambular, “emboliza”<sup>1</sup> e agrava o estado de saúde. Ressalta-se que não se espera que todo paciente restrito ao leito “embolize”, mas existe um percentual que pode ter este tipo de complicação,

---

<sup>1</sup> Termo derivado de embolia, que se caracteriza pela oclusão de um vaso sanguíneo decorrente de um fragmento de substância estranha à corrente sanguínea, como um coágulo sanguíneo, resultando em diversas síndromes mais ou menos graves (OSOL, 1992).

portanto é uma variação do estado de saúde que pode ocorrer. No entanto, quando ocorre esta complicação e a organização do trabalho não está preparada para atuar em tal situação, seja por falta da medicação que trata da embolia ou por despreparo técnico-científico da equipe, então, esta é uma situação de variabilidade incidental.

As situações também variam devido às singularidades dos trabalhadores, caracterizadas por diferenças individuais frente aos mesmos objetivos e meios de trabalho, porque essas se configuram pela existência do indivíduo que carrega consigo suas experiências, sua história de vida e formação profissional. Ou seja, as situações de variabilidade são permeadas pelas especificidades dos indivíduos, pelos objetivos da produção e pelo meio social e tecnológico que lhe é oferecido para a consecução desses objetivos (ABRAHÃO, 2000).

Guérin et al. (2001) discorrem sobre a “diversidade e variabilidade dos indivíduos”. Definem a diversidade interindividual como a interferência das características físicas e psíquicas do trabalhador na tarefa a ser realizada. Assim, a mesma tarefa pode gerar atividades de trabalho diversas que vão variar de acordo com as características individuais do trabalhador que a executará. E descrevem a variação intraindividual como a variação do estado de cada trabalhador, que ocorrem, ao mesmo tempo, em escala diária (efeitos do ritmo biológico, por exemplo, a fadiga), semanal e trimestral (acúmulo de fadiga) e ao longo dos anos (envelhecimento), e que modificam a sua atitude diante de uma mesma situação de trabalho.

Neste sentido, pode-se concluir que o “trabalhador médio” descrito por Taylor não existe, uma vez que cada indivíduo terá experiências tanto negativas quanto positivas, fora e dentro de seu ambiente de trabalho, que o torna singular, fazendo com que ele imponha um modo peculiar de executar a atividade, imputando um modo operatório que lhe é próprio (CHIAVENATO, 1990). Assim, parece ilógico tentar buscar uma homogeneização sobre a forma como se desenvolve o trabalho, haja vista as variações individuais, organizacionais e da demanda de produção. Desta forma, por mais que exista a prescrição da tarefa a fim de atingir os objetivos de determinada organização, sempre há um certo distanciamento dessa prescrição diante do que se encontra no plano do trabalho real, considerando a variabilidade própria da dinâmica do trabalho e do trabalhador.



## 1.2 O trabalho em Terapia Intensiva e suas repercussões para a saúde do trabalhador

Florence Nightingale, durante a guerra da Crimeia no século XIX, preocupada em atender as necessidades de saúde dos pacientes cujo estado crítico exigiam assistência contínua de enfermeiras e médicos, procurou selecionar os indivíduos mais graves, acomodando-os de forma a favorecer o cuidado imediato. Este foi o primeiro passo para a criação das Unidades de Terapia Intensiva (UTIs).

Outro fato especial registrado como relevante para a formação das UTIs se caracterizou na percepção dos profissionais da saúde, especialmente das enfermeiras, de que se fazia mister criar um espaço especializado para o atendimento de pacientes em situação crítica, mas tido como recuperáveis. Pois se observou que esses pacientes precisavam de assistência constante e da capacitação técnica-científica diferenciada dos profissionais, assim como da necessidade do emprego de tecnologia avançada, haja vista a complexidade do estado de saúde da clientela que era o alvo das preocupações naquele momento (VILLA; ROSSI, 2002 apud VARGAS; BRAGA, 2006).

Segundo Shoemaker et al. (1989 apud JANUÁRIO, 2005), a criação da primeira UTI ocorreu nos EUA, na década de 1920. A partir de então, a enfermeira foi inserida no contexto da terapia intensiva, tendo a responsabilidade pela observação direta e pela assistência ao cliente de alto risco (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2003 apud JANUÁRIO, 2005).

No Brasil, as UTIs surgiram na década de 1970, gerando a necessidade de formar profissionais de enfermagem qualificados e especializados para lidar com os aparatos tecnológicos neste setor (BUB, 1992 apud CORRÊA, 2006).

Conforme Barcelos, Gomes e Lacerda (2003), uma das principais características das UTIs é a de ser um espaço de trabalho dinâmico para os que nela atuam, com grande circulação de pessoal, emprego de tecnologia de ponta (o que impõe ao trabalhador a necessidade contínua de capacitação a fim de dar conta do elevado grau de conhecimento circulante) e uso de novos equipamentos, que constantemente são empregados na assistência a clientela em estado crítico. Além dessas características, verifica-se um ritmo de trabalho intenso, um ambiente que concentra uma significativa carga psíquica, pois lida com a possibilidade constante da morte ou de permanente situação de emergências. Assim, as UTIs centralizam recursos materiais e humanos que permitem a atuação da equipe multidisciplinar em prol de um atendimento pronto e eficaz, objetivando a recuperação da pessoa enferma.

Corrêa (2006, p. 25), investigando medidas de biossegurança empregadas nas UTIs, traz uma importante contribuição que auxilia na caracterização desse ambiente de trabalho:

Em virtude da constante expectativa de situações de emergências neste setor de alta complexidade tecnológica, com expressiva concentração de clientes sujeitos as mudanças súbitas no estado de saúde, Leite e Vila (2005) caracterizam a UTI como um ambiente estressor, capaz de gerar uma atmosfera emocionalmente comprometida, uma vez que requer a utilização constante de recursos tecnológicos apropriados para a observação, monitorização contínua das condições vitais do cliente e intervenção em situações emergenciais.

Vargas e Braga (2006) discorrem sobre o papel da enfermeira em uma UTI, afirmando que é de sua competência (a) a realização da anamnese e do exame físico, (b) a execução do tratamento, (c) o aconselhamento e o treinamento da equipe de enfermagem para o melhor atendimento das necessidades de saúde da clientela, (d) a orientação dos pacientes e familiares para a continuidade do tratamento, (e) a coordenação da equipe de enfermagem e (f) a administração da unidade. Porém, isto não deve significar a simples distribuição de tarefas e sim o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe e dos pacientes.

As enfermeiras das UTIs devem ainda, associar a uma ótima fundamentação teórica a liderança, o trabalho, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional. Além disso, também precisam ter como característica a tranquilidade, agilidade, raciocínio rápido para adaptação imediata às situações que se apresentarem, visto que devem sempre estar preparados para o enfrentamento das intercorrências emergentes com conhecimento científico e competência clínica (experiência) (HUDAK; GALLO, 1997 apud VARGAS; BRAGA, 2006).

Outros aspectos a considerar quando se pretende aprofundar o conhecimento acerca da dinâmica do trabalho em UTIs estão as questões relacionadas ao planejamento e à organização da unidade no que tange à área física, recursos materiais e humanos adequados à garantia de um cuidado de qualidade. Nesse sentido, para projetar ou modificar uma UTI, há que se ter conhecimento das normas dos agentes reguladores e a experiência dos profissionais de terapia intensiva, como as enfermeiras, que estão familiarizados com as necessidades específicas dos pacientes, sempre havendo reavaliação periódica à medida que a prática da UTI evolui. O planejamento e o projeto devem ser baseados em padrões de admissão de pacientes, fluxo de visitantes e funcionários e na necessidade de instalações de apoio e serviços que são peculiares à instituição (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

Cintra, Nishide e Nunes (2000, p. 14-15) enumeram os objetivos da organização físico-funcional de uma UTI de acordo com as normas para projetos físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde (EAS – 1995):

Proporcionar condições de internar pacientes críticos em ambientes individuais e/ou coletivos conforme o grau de risco, faixa etária, patologia e requisitos de privacidade; executar e registrar assistência médica e de enfermagem intensiva; prestar apoio diagnóstico-laboratorial, de imagem e terapêutico ininterruptamente durante 24 horas; manter condições de monitoramento e assistência respiratória contínua; prestar assistência nutricional e distribuir alimentos aos pacientes; manter pacientes com morte encefálica nas condições de permitir a retirada de órgãos para transplantes, quando consentida.

Na planta física, devem estar contemplados os seguintes itens: localização e número de leitos; forma da unidade; áreas de pacientes; posto de enfermagem; sala de utensílios limpos e sujos; banheiro de pacientes; copa de pacientes; sala de serviços gerais; sala de procedimentos especiais; armazenamento de equipamentos; laboratório; sala de reuniões; área de descanso dos funcionários; conforto médico; sala de estudos; recepção da UTI; sala de espera de visitantes; rota de transporte de pacientes; corredores de suprimento e serviço; secretaria administrativa; módulo de pacientes; utilidades; energia elétrica; iluminação; abastecimento de água; sistema de gases e vácuo; renovação de ar em áreas críticas (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000). Para o cumprimento dessas exigências, deve-se ter a participação da engenharia biomédico-clínica e de um profissional especializado em ergonomia.

Acerca dos recursos materiais, é importante atentar para alguns pontos na escolha do equipamento: investigação acerca de seu desempenho em condições reais de funcionamento em outras unidades; avaliação prévia pela equipe na própria unidade; eficiência associada à fácil operação; adequação aos fins da unidade; segurança na assistência ao paciente; a padronização; o espaço físico disponível para alocá-lo; a vida útil estimada; possibilidade de assistência técnica contínua; o treinamento da equipe na instalação do equipamento (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

Neste âmbito, ainda deve haver atenção quanto à monitorização à beira do leito e de uma central de monitorização, informatização, relação de equipamentos, acessórios e medicamentos mínimos e essenciais à atividade no setor e seu *check list* periódico, além dos serviços de suporte, apoio diagnóstico e terapêutico.

Quanto aos recursos humanos, um dos maiores desafios administrativos é a alocação de pessoal, tanto no que tange à adequação da quantidade de pessoal à demanda do setor, quanto à lotação do indivíduo no lugar certo, propiciando um ambiente favorável ao desenvolvimento da criatividade, do talento, da motivação e da satisfação no trabalho. Tais cuidados vão resultar no aumento da produtividade e na proteção da saúde do trabalhador.

Kurcgant (1991, p. 96) define o dimensionamento de pessoal de enfermagem como a “etapa inicial do processo de provimento de pessoal, que tem por finalidade a previsão da

quantidade e da qualidade por categoria (enfermeira, técnica, auxiliar) requerida para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela”.

O método proposto para o dimensionamento do pessoal de enfermagem compreende: reconhecimento da situação, cálculo de pessoal, distribuição do pessoal, avaliação. Porém, por ser um processo dinâmico, deve ser modificado de acordo com a experiência prática e relacionado às necessidades de assistência de enfermagem da clientela.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) fixa e estabelece, por meio da Resolução 293/2004, parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados. Segundo essa Resolução, o dimensionamento e a adequação quanti-qualitativa do quadro de profissionais de enfermagem devem basear-se em características relativas à instituição (missão, porte, metodologia, estrutura física e organizacional), ao serviço de enfermagem (fundamentação legal do exercício profissional, código de ética dos profissionais de enfermagem, dinâmica de funcionamento das unidades nos diferentes turnos, modelo assistencial, jornada de trabalho, carga horária semanal, taxa de absenteísmo, proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio) e à clientela (sistema de classificação de pacientes, realidade socioeconômica e cultural).

O cálculo para definição do quantitativo de pessoal necessário para a assistência deve ser feito a partir da seguinte fórmula:  $QP = Km \times H \times Tp$  (onde: Km= constante de Marinho, que varia de acordo com a jornada de trabalho; H= horas de enfermagem, que varia de acordo com a classificação dos pacientes conforme a intensidade dos cuidados; Tp= total de pacientes).

A distribuição do quantitativo de pessoal é feita de acordo com a predominância do cuidado prestado à clientela classificada conforme sua intensidade para atendimento das necessidades humanas básicas. É importante ressaltar que em qualquer unidade de Terapia Intensiva deve haver no mínimo *seis* enfermeiras atuantes.

Com essa resolução, o COFEn também garante a autonomia da enfermeira nas unidades assistenciais para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem.

O índice de absenteísmo é utilizado para identificar e monitorar as ausências ocasionadas por faltas, licenças, férias, folgas e vagas por demissões. É o nível de ausência ao trabalho ocasionada por impedimento ou desinteresse. Pode ser calculado pela seguinte fórmula:  $TA = [Ad + (Ap \times Fm)] \times 100 / Du \times Ts$ ; onde: Ad = ausência de diarista, Ap = ausência de plantonista, Fm = Fator Marinho (Fm = 2 para jornada de 30 horas, Fm = 1,71 para jornada de 36 horas, Fm = 1,5 para jornada de 40 horas), Du = total de dias de trabalho,

Ts = total de servidores. Com base nesse índice, pode-se calcular o número de funcionários necessários para cobrir a carga total de horas de trabalho.

A meta relacionada ao cuidado do paciente crítico deve estar em conformidade com o objetivo geral da instituição. Numa UTI com níveis complexos de cuidados, que requer enfermeiras especializadas, médicos treinados, equipamentos sofisticados, avaliação clínica contínua e compromisso adicional com educação e pesquisa nessas áreas, a proporção mínima de enfermagem/paciente deve ser de 1:2, com capacidade de aumento para 1:1 ou 2:1, se a gravidade dos casos assim exigir (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

Para que o atendimento desse paciente seja integral e que sua família também receba suporte adequado, é necessária uma equipe multidisciplinar na unidade, composta por fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, farmacêutico, engenheiro clínico,<sup>2</sup> capelão e pessoal administrativo, além dos médicos e da equipe de enfermagem, que juntos detêm a maior parcela de responsabilidade e autoridade na manutenção da vida desta clientela. (CINTRA; NISHIDE; NUNES, 2000).

Segundo Cintra, Nishide e Nunes (2000), a equipe de enfermagem tem a seguinte composição:

- Diretor: responsável pelo planejamento e análise das atividades do Serviço de Enfermagem nos seus aspectos técnicos, administrativos e educativos;
- Supervisor: quem orienta e coordena a equipe de enfermagem na assistência direta aos pacientes;
- Educador: aquele que treina, capacita e recicla dando apoio técnico à equipe de enfermagem;
- Enfermeira: a líder da equipe de trabalho, responsável pelos cuidados de enfermagem sistematizados, visando à prevenção da doença e à manutenção da saúde;
- Técnica/ Auxiliar de Enfermagem: aquela quem presta cuidados aos pacientes, de acordo com a sistematização da assistência planejada pela enfermeira, seguindo as normas e rotinas estabelecidas na instituição.

Tanto as enfermeiras quanto as auxiliares e técnicas de enfermagem intensivista também assumem a responsabilidade de cuidar de todos os pacientes, independentemente de

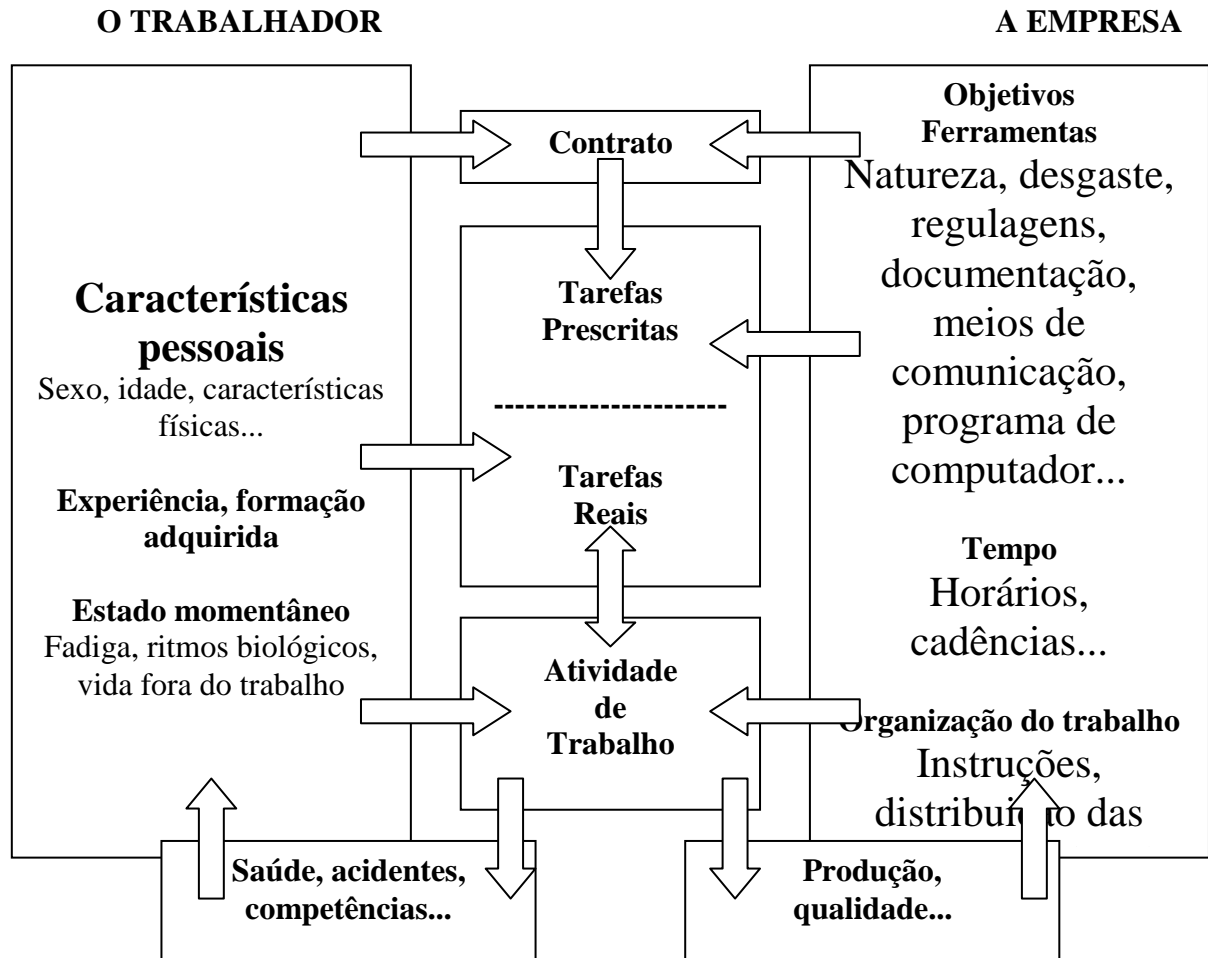
---

<sup>2</sup> Conforme definição do *American College of Clinical Engineering* (ACCE), “O Engenheiro Clínico é aquele profissional que aplica e desenvolve os conhecimentos de engenharia e práticas gerenciais às tecnologias de saúde, para proporcionar uma melhoria nos cuidados dispensados ao paciente.” (A ENGENHARIA..., 2009, p.2).

sua patologia, de ser um estado emergencial ou de manutenção da saúde; e para isso ser realizado a contento, é exigida uma ampla base de conhecimentos científicos e de especializações que integrem suas habilidades técnicas e intelectuais à prática diária. Por isso se faz necessária a educação continuada em serviço, além do Programa de Treinamento para admissão.

Devido às características do trabalho no cenário de UTI, verifica-se que a organização laboral coloca a enfermeira em situações de variabilidade, as quais podem ser encaradas como fatores de risco à saúde, pois diante dessas situações imprevistas ou que variam da normalidade rotineira, essas trabalhadoras precisam lançar mão continuamente de potencialidades psicocognitivas e motoras para regular a atividade e dar conta da tarefa. A mobilização contínua dessas potencialidades acaba por gerar um desgaste no corpo do trabalhador, resultando no acúmulo de reações que se traduzem em riscos à sua saúde (SELIGMANN-SILVA, 1994). Neste sentido, a enfermeira deve estar atenta e cuidar não somente do paciente internado, mas também de si própria e de sua equipe, pois o resultado do trabalho depende da equipe como um todo (SILVA, 2000).

Para uma melhor compreensão desta rede de ações que compõe o trabalho e a inserção da variabilidade nesta trama, reproduziu-se o diagrama intitulado por Guérin et al. (2001) “Figura 08” pertencente ao capítulo “Trabalho, tarefa, atividade” do seu livro *Compreendendo o trabalho para transformá-lo*.



Fonte: Guérin et al. (2001, p.27).

A condição de saúde de um trabalhador está estreitamente vinculada a sua atividade laboral. Ressalta-se que as relações de trabalho e de saúde são complexas e invariavelmente interferem no processo saúde-doença do trabalhador (DEJOURS, 1993). A partir dessa inferência, verifica-se a importância de se refletir sobre o elo entre três realidades: a atividade de trabalho, o desempenho do trabalhador na atividade e a sua saúde.

Entre os determinantes que interferem na saúde dos trabalhadores estão compreendidos os condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais responsáveis pelas condições da vida. Verifica-se também que a exposição aos riscos ocupacionais – físicos, químicos, biológicos, ergonômicos, psicossociais e de acidentes – enfim, riscos decorrentes da forma como estão instituídos a organização e o processo de trabalho, pode aumentar a probabilidade de deterioração da saúde dos trabalhadores.

Ainda que nas UTIs estejam reunidos recursos materiais e humanos específicos e com elevados padrões de qualidade para o atendimento pronto e eficaz das necessidades da clientela criticamente enferma, a enfermeira vivencia variações na sua rotina laboral. Essas

variações constituem a variabilidade e são consideradas pelas enfermeiras intensivistas como inerente à dinâmica de trabalho e consequência natural do processo de trabalho instituído neste setor, levando-se em consideração as características da clientela e da assistência prestada (CRUZ, 2006).

Assim, para executar suas atividades e dar conta do trabalho prescrito, a enfermeira intensivista se utiliza do replanejamento, na alteração adaptativa do processo de trabalho, conduzindo-a a mobilizar suas potencialidades psicocognitivas constantemente (CRUZ, 2006).

Januário (2005), em seu estudo sobre o trabalho da enfermeira intensivista, infere que se adaptar para conviver com situações adversas parece ser uma estratégia para “suportar” um trabalho estressante, ao qual nem sempre o corpo responde da forma esperada. E essa capacidade de suportar ou não, de conviver ou não com variações, tem como base um princípio chamado de “limites da tolerância”.

A autora (op. cit.) continua sua análise acrescentando que, no ambiente de trabalho, algumas pessoas toleram as mudanças, outras não. Todavia, mesmo em ambientes adversos, a enfermeira consegue ou é compelido a empenhar-se em suas funções e faz o melhor que pode, às vezes até a exaustão, para atingir as metas propostas pela organização prescrita do trabalho.

Devido às características do trabalho no cenário de Terapia Intensiva, as enfermeiras intensivistas precisam ter como característica a tranquilidade, agilidade e raciocínio rápido para adaptação imediata diante das situações imprevistas ou que variam da normalidade ou do esperado. (HUDAK; GALLO, 1997 apud VARGAS; BRAGA, 2006).

Uma das principais características da UTI é de ser uma área de grande dinamismo para aqueles que ali atuam, a constante circulação de pessoal e a solicitação frequente de exames (BARCELOS; GOMES; LACERDA, 2003).

A presença de outros sujeitos no espaço de cuidar além da equipe de enfermagem, principalmente os médicos, causa uma aparente (des)organização, mediada pelas relações estabelecidas neste espaço, sendo mais uma tarefa da enfermeira intensivista mediar estas relações com calma e tolerância (CRUZ, 2006).

Para que haja o atendimento integral das necessidades da clientela assistida numa UTI, é indispensável uma equipe multidisciplinar na unidade, incluindo os médicos e a equipe de enfermagem, e que esta estabeleça uma comunicação efetiva e uma cooperação mútua a fim de que o trabalho flua sem tantas intercorrências e momentos de tensão.

Isto porque, apenas ter a presença de uma equipe multidisciplinar não se faz suficiente. É necessário que os diversos profissionais estejam interados com a dinâmica laboral, que as



equipes estejam integradas, para que as ações sejam articuladas, possibilitando tornar a assistência mais completa e contínua, criando ambientes laborais com menos riscos à saúde dos trabalhadores.

Numa equipe multidisciplinar, estão presentes diferentes processos de trabalho e a desigualdade de valor atribuído aos distintos trabalhos das equipes leva às “tensões entre as diversas concepções e os exercícios de autonomia técnica, bem como entre as concepções quanto à independência dos trabalhos especializados ou a sua complementariedade objetiva” (PEDUZZI, 2001, p. 106).

Peduzzi (2001) retrata a comunicação como o meio que possibilita a articulação das ações, a coordenação, a integração dos saberes e a interação dos agentes, sendo o denominador-comum do trabalho em equipe.

Vargas e Braga (2006) afirmam que uma das competências da enfermeira em uma UTI é a coordenação da equipe de enfermagem, a liderança. Devendo desempenhar tal função indo além da simples distribuição de tarefas e buscando o conhecimento de si mesmo e das individualidades de cada um dos componentes da equipe e dos pacientes. Segundo Galvão (1990 apud GALVÃO et al., 2000, p.34):

é através da liderança que o enfermeiro tenta conciliar os objetivos organizacionais com os objetivos do grupo da enfermagem, buscando o aprimoramento da prática profissional e principalmente o alcance de uma assistência de enfermagem adequada.

E, no âmago da liderança está a capacidade de comunicar, sendo a comunicação fundamental para o exercício da influência, para a coordenação das atividades grupais e, portanto, para a efetivação do processo de liderança (TREVIZAN et al., 1998).

Uma das maneiras de coordenar as atividades do grupo é delegando tarefas, distribuindo afazeres entre os membros da equipe, visando o atendimento das necessidades reais do paciente. Contudo, quando a comunicação entre os membros da equipe é ineficaz, a gerência exercida pela enfermeira não é capaz de organizar as atividades desenvolvidas no setor, causando o não atendimento das demandas da clientela, gerando conflitos e insatisfações na equipe, elementos que gradativamente vão deteriorando a saúde dos trabalhadores.

Devido à função de liderança, a enfermeira sente-se responsável por resolver tudo, pelas ações dos outros componentes da equipe de enfermagem, além de dar conta das próprias atividades (JANUÁRIO, 2005). Esse sentimento de extrema responsabilidade pode levar o indivíduo a tomar para si, mesmo que inconscientemente, atribuições além das

predeterminadas para seu cargo ou função, pois a organização do trabalho cobra das enfermeiras a responsabilidade pela segurança do cliente e pelo cumprimento das atividades propostas para a equipe.

Outro fator vinculado a situações de variabilidade na Terapia Intensiva é a introdução constante de novas tecnologias a fim de dar suporte à assistência ao cliente e facilitar a informatização das ações administrativas.

Conforme Barcelos, Gomes e Lacerda (2003), é característica das UTIs o emprego de tecnologia de ponta, impondo ao trabalhador a necessidade contínua de capacitação, buscando dar conta do elevado grau de conhecimento circulante e de novos equipamentos que constantemente são empregados na assistência a clientela em estado crítico. Os mesmos autores (op. cit., p. 24) afirmam que “há um grande desafio na assistência de enfermagem na Terapia Intensiva: acompanhar o avanço científico e tecnológico sem dissociar de sua prática a valorização dos cuidados de enfermagem”.

De acordo com Gratton (2000, apud VARGAS; BRAGA, 2006) a tecnologia pode ser copiada, logo, o grande diferencial no mercado competitivo são as pessoas. E assim, o preparo adequado do profissional e a boa adaptação do trabalho ao profissional fazem-se instrumentos indispensáveis para o sucesso e a qualidade do cuidado prestado na UTI. Até porque se a enfermeira encontra-se sobrecarregada de atividades, aflita com o volume de trabalho, insatisfeita com o seu trabalho, poderá haver repercussões tanto para a produtividade quanto para quem viabiliza esta produtividade, ou seja, a saúde do trabalhador poderá estar em risco.

As situações de variabilidade são diversas, isto é, ligadas à complementaridade com o trabalho médico, com as dificuldades de comunicação, com a alteração do quadro de saúde da clientela e os exames por ele demandados, vinculados também à introdução de novas tecnologias e à tarefa mediadora da enfermeira. Todos estes determinantes conduzem a alterações na dinâmica do trabalho da enfermeira, repercutindo de alguma forma na produtividade (CRUZ, 2006).

É uma influência sem dúvida negativa na saúde da enfermeira a sobrecarga física, intelectual e psíquica decorrente da necessidade de adaptação frente à vivência constante de situações adversas ao seu planejamento diário para realização de tarefas. Com isso, a motivação e a disposição para a realização das atividades tendem a diminuir, podendo trazer repercussões negativas inclusive para a produtividade (CRUZ, 2006).

Dejours (1992 apud JANUÁRIO, 2005, p.27) afirma que

[...] a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, cujo impacto é o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperança e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esse sofrimento, de natureza mental, começa quando o homem, no trabalho, já não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa no sentido de torná-la mais conforme as suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos – isso é, quando a relação homem-trabalho é bloqueada.

De acordo com Januário (2005), é necessário o equilíbrio entre, de um lado, as pressões enfrentadas pela organização, pelo grupo e pelo indivíduo e, de outro, a capacidade que esses têm de conviver com elas, pois a falta de combinação em qualquer nível resulta em estresse.

Segundo Ballone (2005, apud JANUÁRIO, 2005), o processo do estresse envolve todo o organismo, que assume uma determinada postura diante de estímulos gerados pela vida. Seu desencadeamento é sempre determinado por razões de ordem subjetiva e pessoal, tendo início quando o indivíduo percebe ou entende uma situação, pessoa, acontecimento ou objeto como sendo um “estímulo inadequado” no ambiente em que se está inserido.

O autor (op. cit.) apresenta ainda os quatro principais fatores que contribuem para a demanda excessiva de agentes estressores no trabalho: (a) urgência de tempo, (b) responsabilidade excessiva, (c) falta de apoio, e (d) expectativas excessivas de nós mesmos e daqueles que nos cercam. Fatores estes relacionados ao ambiente da Terapia Intensiva, como vimos anteriormente.

Numa UTI, a equipe envolvida requer profissionais com características distintas como força física, pensamento crítico, agilidade e conhecimento científico (JANUÁRIO, 2005). Diante das situações de variabilidade, tais características serão cobradas e utilizadas de modo intenso, associando-se aos fatores estressores previamente descritos, gerando uma sobrecarga física e psicocognitiva nos trabalhadores.

As repercussões à saúde da enfermeira aqui analisadas referem-se às características do trabalho da enfermeira, as quais são complexas, fragmentadas, intensas e de grande tensão emocional (SOUZA, 2003). No entanto, quando adicionada à variabilidade inerente do trabalho em UTIs, essa problemática torna-se mais intensa e aguda, decorrendo em padecimento físico e mental dos profissionais de enfermagem.

De acordo com Januário (2005, p. 104), “os sinais e sintomas marcados no corpo das enfermeiras são fisio-psico-biológicos e são indícios de que o trabalho de enfermagem é cansativo e estressante”.

A vivência da variabilidade na Terapia Intensiva implica em diversas alterações na saúde da enfermeira intensivista, manifestando-se através de vários sinais e sintomas, que

podem limitá-la no desempenho e no melhor desenvolvimento de suas tarefas, levando a um surgimento ainda maior de situações de variabilidade. Esta problemática pode resultar num círculo vicioso em que mais situações de variabilidade resultam em mais padecimento psicofísico, que por sua vez, geram novo círculo até que a energia psicossomática do trabalhador tenha sofrido uma grande perda e os danos à saúde sejam significativos.

Considerando-se os aspectos estressores às situações de variabilidade a que estão submetidos os profissionais de enfermagem atuantes na terapia intensiva, lançamos mão do conceito de resiliência, para entender quais são as formas de enfrentamento dos profissionais nestas situações.

### **1.3 Resiliência**

O conceito de resiliência encontra-se em fase de construção. Diversas áreas do conhecimento estão se apropriando desse tema e debatendo-o através de estudos científicos a melhor definição para o construto e aplicabilidade deste termo.

Originalmente, a noção de resiliência vem da Física e da Engenharia, tendo como um dos precursores “o cientista inglês Thomas Young, que em 1807 introduz pela primeira vez a noção de módulo de elasticidade, considerando a tensão e compressão em seus experimentos com barras”. Seus estudos eram descritos buscando “a relação entre a força que era aplicada num corpo e a deformação que essa força produzia”. Assim, “este cientista também foi o pioneiro na análise dos estresses causados pelo impacto, elaborando um método para o cálculo dessas forças” (TIMOSHEIBO, 1983 apud YUNES; SZYMANSKI, 2002, p.15). Com isso, na Física e na Engenharia, a resiliência refere-se à “capacidade de um material absorver energia sem sofrer deformação plástica ou permanente” (YUNES; SZYMANSKI, 2002, p. 15). Ou seja, é “a qualidade de resistência de um material ao choque, à tensão, à pressão, a qual lhe permite voltar, sempre que é forçado ou violentado, à sua forma ou posição inicial” (PINHEIRO, 2004, p. 69).

O estudo da resiliência nas Ciências Humanas e Sociais é relativamente recente. Pinheiro (2004, p.69) refere que em 1966 este termo começou a ser utilizado para descrever “as forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar com sucesso as mudanças na vida”. O indivíduo resiliente é aquele que “possui habilidade para reconhecer a dor, perceber seu sentido e tolerá-la até resolver os conflitos de forma construtiva”.

Há trinta anos esse conceito ainda estava relacionado às “condições inatas para resistir e ter imunidade aos estressores e não se tornar vítima” (GRÜNSPUN, 2003 apud SAPIENZA;

PEDROMÔNICO, 2005, p.213). Segundo Yunes (2003), os precursores do termo resiliência na Psicologia são termos como invencibilidade ou invulnerabilidade, que ainda são referidos na literatura, sugerindo existir uma imunidade às adversidades. A autora (op. cit.) diz que, segundo Rutter (1993), um dos pioneiros no estudo da resiliência na Psicologia, invulnerabilidade remete a uma ideia de resistência absoluta ao estresse, característica imutável que nos tornaria intocáveis e capazes de suportar o sofrimento de forma ilimitada.

Rutter (1993 apud PINHEIRO, 2004) rediscute o termo invulnerabilidade, afirmando que pesquisas recentes demonstraram que a resiliência não é apenas um caráter individual, como entendido na invulnerabilidade, mas inclui, além das bases constitucionais, também as ambientais, bem como a variação do grau de resiliência de acordo com as circunstâncias. Assim, por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. Já a resiliência entende-se como a predisposição individual para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente (PESCE et al., 2004). Logo, enquanto a invulnerabilidade é considerada uma característica extrínseca do indivíduo, com o avanço dos estudos nesse campo, tem-se verificado que a resiliência ou resistência ao estresse é relativa, relacionada ao uso de recursos pessoais e contextuais pelo indivíduo. Ou seja, suas bases são tanto constitucionais quanto ambientais, não havendo uma quantidade fixa, e sim variável de acordo com as circunstâncias. Assim, é possível se superar as dificuldades (ser resiliente), porém sem ser intocável (invulnerável ou invencível) (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005; YUNES, 2003).

Na área da saúde, a resiliência ainda encontra-se em fase de construção, reflexão e debate por ter sido incorporado recentemente em seus estudos científicos e, principalmente, por ainda não existir um consenso em relação à definição do termo. Contudo, nesse campo do conhecimento, entende-se por resiliência o conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilitam o desenvolvimento saudável do indivíduo, mesmo este vivenciando experiências desfavoráveis (PESCE et al., 2005).

Muñoz, Vélez e Vélez (2005) classificam sob três enfoques as tendências que os estudos realizados nos últimos anos mostraram sobre a resiliência. São elas: a anglo-saxônica, a europeia e a latino-americana. Entre elas existem diferenças conceituais acerca dos termos vulnerabilidade, risco e adversidade, o que tem tido como consequência as diferenças no entendimento da resiliência.

O enfoque anglo-saxônico, também é conhecido como enfoque psicobiológico da resiliência, situa o indivíduo como referência de um sistema de interações favoráveis ou

desfavoráveis ao seu desenvolvimento e organização, destacando a interação entre o indivíduo e o ambiente, e as diferentes maneiras com que os indivíduos respondem às adversidades do meio. Desse enfoque surgiram duas gerações de pesquisadores. A primeira, geneticista e individualista, surgiu no início dos anos de 1970 e teve seu marco com um estudo em que se organizaram as características individuais consideradas como fatores resilientes em um modelo composto pela tríade: atributos individuais, características familiares e condições socioambientais. A segunda geração de pesquisadores, relacionada ao enfoque psicobiológico, se divide em três orientações: a de Rutter, que enfatiza a identificação dos mecanismos protetores mais que os fatores de risco; a de Grotberg, que concebe a resiliência como a interação entre fatores de suporte social (eu tenho), habilidades pessoais (eu posso) e as fortalezas individuais (eu sou e eu estou); e a representada por Luthar e Cushing, Masten, Kaplane Bernard, os quais retornam ao modelo ecológico-transacional do desenvolvimento humano, que o considera como uma consequência da interação dos fatores individuais com os familiares, sociais e culturais (MUNÓZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

O enfoque europeu trouxe a visão da resiliência como uma resposta construída a partir de processos psíquicos de forma dinâmica pelo indivíduo, transcendendo o meio, estando ligada intimamente com a própria identidade do indivíduo. Os elementos derivam do meio em que se desenvolvem as pessoas, os fatores protetores, são integrados pelo sujeito em uma trama de significações que lhe permitem outorgar sentido a sua existência em meio à adversidade (MUNÓZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

Por último, o enfoque latino-americano de base antropológica que surge por volta de 1995, entendendo a resiliência como comunitária, produto das interações sociais, a qual se faz evidente nos esforços coletivos de alguns povos no enfrentamento de situações de emergência. Esse enfoque se enraíza na epidemiologia social que entende o processo saúde-doença como uma situação coletiva causada pela estrutura social e características do processo social. Assim, a resiliência comunitária desfaz a base epistemológica do conceito inicial, modificando o objeto de estudo, a postura do observador/pesquisador e a validação do fenômeno. Seus pilares fundamentais são: a autoestima coletiva (satisfação em pertencer a sua comunidade), a identidade cultural (incorporação de costumes, valores e outras características que se convertem em componentes inerentes do grupo), o humor social (capacidade de expressar com elementos cômicos as situações estressantes causando um efeito tranquilizador) e a honestidade coletiva e estatal (manejo decente e transparente dos assuntos públicos) (MUNÓZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

Muñoz, Vélez e Vélez (2005) ressaltam que a resiliência individual e coletiva são as duas faces de uma moeda, e a capacidade de enfrentar as adversidades e sair fortalecido implica respostas que podem tanto se dar de maneira individual como coletiva. O indivíduo se reconhece como parte de um grupo e reconhece que necessita dele para seu desenvolvimento em uma relação de mútua influência.

Cada um destes enfoques expostos contribui para ampliar a compreensão do fenômeno da resiliência, enriquecendo a discussão dos diferentes determinantes da resiliência, na tentativa de avançar neste construto de forma mais integradora. Enfim, os conceitos de resiliência reafirmam o indivíduo resiliente como aquele capaz de superar adversidades e situações potencialmente traumáticas. Porém, os autores apresentam divergências no entendimento sobre a origem da resiliência e sua real aplicabilidade. Alguns acreditam que a flexibilidade e versatilidade são características da pessoa resiliente, outros apontam a resiliência como traço da personalidade ou temperamento. Há controvérsias também quanto ao fato da resiliência ser um atributo individual ou fruto da interação com o ambiente (SÓRIA, 2006).

Ao contrário do que acontece na Física e na Engenharia, a definição do termo resiliência pelas Ciências Humanas, Sociais e Biomédicas, não é clara, nem tampouco precisa. E nem poderia sê-lo, pois existe uma complexidade e multiplicidade de fatores e variáveis que devem ser levados em conta no estudo dos fenômenos humanos (YUNES, 2003). Em medicina, significa a “capacidade de um sujeito resistir a uma doença, a uma infecção, a uma intervenção por si próprio ou com a ajuda de medicamentos” (TAVARES, 2002, p. 45).

Junqueira e Deslandes (2003) verificaram, a partir de uma revisão crítica das publicações sobre resiliência da última década, que ainda não há uma definição consensual do conceito e que ele vem sendo tratado mais em termos operacionais do que descritivo. Defendendo ainda que o termo resiliência traduz a possibilidade de superação num sentido dialético, representando não uma eliminação, mas sim uma re-significação do problema/adversidade.

Slap (2001) infere que, aparentemente, é mais fácil concordar sobre o que resiliência não significa do que sobre o que a palavra significa. Não sendo nem o oposto de risco, nem o sinônimo de algum fator de proteção, resiliência implica em uma abordagem universal à saúde e ao comportamento do indivíduo, na perspectiva de ser um recurso a ser desenvolvido por todos.

Assim, a resiliência não deve ser entendida como um atributo físico do indivíduo, pois de acordo com as circunstâncias, a resiliência se altera. Ela é uma variação individual ao

risco. Um mesmo fator estressor pode ser experienciado de maneira diferente por diferentes pessoas e, também, pelo mesmo indivíduo em épocas diferentes. A resiliência é algo mais amplo, é um fenômeno de superação de estresse e adversidades, de caráter processual (RUTTER, 1987 apud YUNES, 2003).

Comumente, a resiliência é definida como a capacidade de o indivíduo, família ou grupo, enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, conseguindo superá-las (PINHEIRO, 2004). Ela também pode ser entendida como resultado da união de quatro componentes: fatores individuais, contexto ambiental, acontecimentos ao longo da vida e fatores de proteção, que formam um banco de recursos capazes de proteger o indivíduo contra danos e promover o bem-estar geral. Contudo, o valor destes recursos está na maneira como é utilizado (SLAP, 2001).

Tavares (2002, p.46) sugere que

Ser resiliente, para o homem da sociedade emergente, seria desenvolver capacidades físicas ou fisiológicas conducentes a determinados níveis de “endurance” física, biológica ou psicológica e até a uma certa imunidade que lhe possibilite a aquisição de novas competências de ação que lhes permitam adaptar-se melhor a uma realidade cada vez mais imprevisível e agir adequada e rapidamente sobre ela, resolvendo os problemas que esta lhe coloca.

Junqueira e Deslandes (2003, p. 231) fazem uma reflexão crítica sobre o conceito de resiliência:

O conceito de resiliência, uma vez lido como a capacidade de “superar fatores de risco e desenvolver comportamentos adequados” (GARCIA, 2001, p. 128), pode se transformar num terreno de múltiplas e moveidias interpretações. A leitura “adaptativa” pode significar duas coisas: (a) conformidade diante da violência; (b) perspectiva individualista de lidar com o problema. A capacidade de “adaptação” do indivíduo ao meio social, na visão funcionalista, indica sua adesão e um certo grau de conformidade às regras estabelecidas. Já a “acomodação” é um processo que pode se dar por coerção, compromisso, arbitragem, tolerância ou conciliação visando diminuir uma situação de conflito entre indivíduos ou grupos. Funciona como uma espécie de ajuste a um *modus vivendi*, garantindo a convivência e a ordem social estabelecidas (LAKATOS, 1990).

Faz-se necessário enfatizar que a resiliência não é um processo estanque nem linear, e sim algo dinâmico e processual. Nesse sentido, há de se ter cuidado ao definir um indivíduo como resiliente, pois sua reação diante das adversidades ocorrerá de acordo com o contexto em que se apresentar. Assim, a resiliência deve ser considerada uma característica relacionada apenas a um determinado acontecimento, pois se trata de uma capacidade do sujeito de, em determinado momento perante determinadas circunstâncias, lidar com a adversidade, não sucumbindo a ela (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).



A resiliência pode ainda ser vista como estigmatizadora se for considerada como uma capacidade desenvolvida somente pelos mais competentes, mais fortes, recaindo sobre os demais o rótulo de “não-resiliente” (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003).

Segundo Lindström (2001), nas pesquisas sobre resiliência há três perspectivas principais que vêm sendo estudadas: fatores relacionados ao indivíduo (genética, idade, sexo, fase do desenvolvimento, histórico de vida, constituição), o contexto (suporte social, classe social, cultura, ambiente), e a quantidade e qualidade do evento de vida (se desejável, se controlável, sua magnitude, duração no tempo e efeitos em longo prazo). Além disso, há uma quarta dimensão, relacionada com os chamados fatores de proteção.

Os termos mais utilizados para tratar a adversidade são fatores de risco, eventos de vida ou estressores, enquanto os fatores de proteção são usualmente nomeados como mediadores (buffers) (PESCE et al., 2004).

Sapienza e Pedromônico (2005) asseveram que a definição de fator de risco é um consenso entre os pesquisadores, sendo uma variável que aumenta a probabilidade do indivíduo adquirir determinado efeito negativo sobre a saúde quando exposto a ela. Não obstante, quando se fala em fatores de proteção e resiliência, os conceitos ainda se misturam e confundem.

Inicialmente, o conceito de risco, ou fator de risco, estava associado ao modelo biomédico, sendo frequentemente relacionado ao termo mortalidade. Foi a partir da década de 1980, com a publicação de diversas pesquisas, que o termo foi associado aos estudos sobre o desenvolvimento humano, uma vez que o risco também tem origem no contexto social e a adversidade nem sempre se traduz em mortalidade (SÓRIA, 2006). Nessa época também proliferaram os estudos sobre resiliência, os quais passaram a focalizar o risco para desenvolvimento de programas de prevenção e intervenção baseados não apenas em indicadores isolados, mas em mecanismos que ligam múltiplas variáveis. A partir daí, o efeito cumulativo das adversidades tornou-se o futuro dos estudos em situação de risco (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Segundo Rutter (1981 apud SÓRIA, 2006), a combinação de dois ou mais estressores pode diminuir a possibilidade de consequências positivas no desenvolvimento, ou seja, estressores adicionais aumentam o impacto de outros estressores presentes.

Risco implica em resultados negativos e indesejáveis no desenvolvimento dos indivíduos, tradicionalmente definidos por termos estáticos como estressor. Porém, hoje os estudiosos do tema atentam para a importância de analisar os fatores de risco enquanto processo (GARCIA, 2001).

Eventos considerados como risco são obstáculos individuais ou ambientais que aumentariam a vulnerabilidade do indivíduo para resultados negativos. Análises mais recentes sugerem que o risco é um processo e que, mais importantes do que uma única exposição grave é o número total de fatores de risco a que se expõe, o período de tempo, o momento da exposição ao risco e o seu contexto (PESCE et al., 2004).

Yunes e Szymanski (2002) destacam a questão dos níveis de exposição e dos limites individuais de cada um, considerando que as experiências de vida negativas são inevitáveis para qualquer indivíduo. Assim, a visão subjetiva de um indivíduo a determinada situação (ou seja, sua percepção, interpretação e sentido atribuído ao evento estressor) é que o classificará ou não como em condição de estresse. Com isto, entende-se que um evento pode ser enfrentado como perigo por um indivíduo e para outro, ser apenas um desafio.

Segundo Pesce et al. (2004, p. 136), também não há um consenso quanto ao número de eventos de vida negativos necessários para afetar a capacidade de resiliência do indivíduo. “A hipótese de que um indivíduo poderia sofrer apenas um evento de risco sucumbiria perante a interseção existente entre os fenômenos na vida cotidiana.” Porém, outra discussão refere-se ao fato de que “o acúmulo de fatores de risco poderia predizer a resiliência, já que todo ser humano possui um limite para lidar com o estresse”.

Os estudos sobre estresse também foram fundamentais para a compreensão do risco e da resiliência. Com seus resultados, foram desenvolvidos modelos que incluem os fatores de proteção como redutores das possíveis disfunções ou desordens que poderiam ser consequências da presença da vulnerabilidade e/ou de experiências de vida estressantes. Assim, sabe-se que há uma relação entre eventos estressantes e doença, porém essa relação ainda é difícil de ser identificada. O que já se tem certeza é que alguns indivíduos são mais suscetíveis ou vulneráveis a esses eventos, quando comparados a outros na mesma situação de risco, seja por diferenças fisiológicas, psicológicas ou sociais (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005). Segundo Garcia (2001, p. 128), “a vulnerabilidade aumenta a probabilidade de um resultado negativo na presença de risco”.

Yunes e Szymanski (2002, p.24) asseveram que os fatores de risco sempre devem ser pensados como processo e não como variável em si, relacionando os fatores de risco com “toda a sorte de eventos negativos de vida, os quais, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, sociais ou emocionais”.

Pesce et al. (2004, p. 136) referem que

Para Kaplan (1999), é “a combinação entre a natureza, a quantidade e a intensidade dos fatores de risco o que define o contexto da adversidade necessária para a resiliência”. Para Rutter (1987), a proximidade entre fatores de risco e proteção merece ser prioridade. Sugere que se use o termo risco sob a ótica de um mecanismo e não de um fator, uma vez que risco numa determinada situação pode ser proteção em outra. Alerta para o perigo em definir de forma arbitrária eventos isolados como fatores de risco, dando importância à idéia de equilíbrio entre risco e proteção, de forma que os primeiros sejam moderados pelos segundos, proporcionando como resultado uma atitude positiva frente à adversidade da vida.

Sapienza e Pedromônico (2005, p.215) inferem que “raramente os estressores ou riscos são eventos isolados. Normalmente fazem parte de um ambiente complexo e, quando interligados, constituem-se em um mecanismo que age influenciando o indivíduo”.

Os eventos traumáticos de vida não estão relacionados com características de um indivíduo resiliente. Acerca disto, Pesce et al. (2004, p. 139) referem que

Não se pode afirmar que ter vivenciado um tipo de evento ou várias experiências negativas contribui para a capacidade de lidar com a adversidade. Esses achados, ainda preliminares, estão de acordo com a teoria que não encontra relação direta entre risco e resiliência, pois há que se considerar o processamento da experiência negativa como fator importante para a resiliência.

“A proteção seria o conjunto de influências que modificam e melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo” (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003, p.229).

Os fatores de proteção são descritos como “recursos pessoais ou sociais que atenuam ou neutralizam o impacto do risco”. Mais difícil do que identificar a relação entre risco e desenvolvimento é a identificação e a descrição de como atuam os mecanismos de proteção nesta relação. Atenta-se para o fato de que alguns indivíduos expostos às adversidades, devido à ação de algum fator protetor individual ou do ambiente, desenvolvem-se adequadamente (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Segundo Pesce et al. (2004), os processos de proteção têm a característica essencial de otimizar e provocar uma resposta mais rápida do indivíduo aos processos de risco. Citando Rutter (1987), as autoras (op. cit.) referem que

os processos de proteção possuem quatro principais funções: (1) reduzir o impacto dos riscos, fato que altera a exposição da pessoa à situação adversa; (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco; (3) estabelecer e manter a auto-estima e auto-eficácia, através de estabelecimento de relações de apego seguras e o cumprimento de tarefas com sucesso; (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (PESCE et al., 2004, p.137).

O suporte social e um autoconceito positivo podem servir de proteção contra os efeitos de experiências estressantes. Essas duas variáveis (suporte social e autoconceito positivo)

costumam estar correlacionadas, o que indica a existência de um mecanismo através do qual múltiplos fatores protetores promovem a resiliência (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Pesce et al. (2004) relatam que ainda há divergências na literatura sobre a capacidade de esses fatores protetores predizerem efetivamente a resiliência. Para uns autores, apenas os fatores de proteção são preditivos de resiliência, enquanto os fatores de risco não possuem tal capacidade. Para outros, a resiliência é o produto final da combinação e acúmulo dos fatores de proteção.

Segundo Sapienza e Pedromônico (2005), a possibilidade de enfrentar fatores de risco e de aproveitar os fatores protetores torna o indivíduo resiliente. Na medida em que o resiliente lança mão de seus recursos positivos para enfrentar as adversidades, a resiliência pode ser considerada fator de proteção para a adaptação do indivíduo às exigências cotidianas.

Um conceito importante para se compreender a capacidade de resiliência do indivíduo é o de *coping*. A palavra *coping* é geralmente utilizada no original em inglês para referir-se a “esforços cognitivos e comportamentais para lidar com demandas específicas de situações adversas e avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos pessoais” (YUNES, 2003, p. 79). Podem estar direcionados para a emoção (esforço para regular o estado emocional associado ao estresse) ou ser focalizado no problema (esforço para agir na origem do estresse, tentando modificá-lo). Assim, as estratégias de *coping* mais voltadas para o enfrentamento direto dos problemas ou a elaboração das dificuldades são mais encontradas em indivíduos resilientes, podendo moderar o efeito das adversidades, tornando-se um fator protetivo. Nos indivíduos resilientes há menor utilização de estratégias de *coping* de evitação dos problemas (PESCE et al., 2004).

Segundo Junqueira e Deslandes (2003, p. 229), “a resiliência funciona como fator protetivo sem ser, necessariamente, uma experiência agradável”.

De acordo com Tavares (2002), a resiliência não deve ser apenas vista de forma individual, pois também pode estar presente nas instituições/organizações, gerando uma sociedade mais resiliente. Assim, as organizações mais inteligentes, reflexivas, onde as pessoas são inteligentes, responsáveis, competentes, e que funcionam numa relação de confiança, empatia e solidariedade, caracterizam-se como organizações mais “vivas, dialéticas e dinâmicas, cujo funcionamento tende a imitar o do próprio cérebro que é altamente democrático e resiliente” (TAVARES, 2002, p. 60).

Flash (1991 apud PINHEIRO, 2004, p. 69) desenvolveu raciocínio semelhante discutindo a ideia de ambientes facilitadores de resiliência, os quais apresentam como características: “estruturas coerentes e flexíveis; respeito; reconhecimento; garantia de

privacidade; tolerância às mudanças; limites de comportamento definidos e realistas; comunicação aberta; tolerância aos conflitos; busca de reconciliação; sentido de comunidade; empatia”.

Pesce et al. (2004) inferem que o conceito de resiliência tem sido fundamental no campo de desenvolvimento e da saúde humana. Ressaltam ainda que os conceitos de risco e proteção não devem ser considerados homogêneos, sendo necessária uma análise discriminada que aponte a possibilidade de diferentes grupos de eventos de vida adversos proporcionarem efeitos de qualidades distintas na vida do indivíduo, assim como os fatores de proteção devem ser entendidos tanto isoladamente como em conjunto com outros fatores e com o próprio risco.

A definição de resiliência ainda não possui uma definição única nem um parâmetro inquestionável ou medida uniforme (SLAP, 2001).

Yunes (2003) destaca a importância de pensar a questão da resiliência em crianças, adolescentes, adultos, idosos ou grupos, tendo-se em mente as controvérsias que envolvem o uso deste termo. A autora afirma que é interessante a pesquisa acerca desse conceito, principalmente por trazer o desafio para a construção de linhas de pesquisa voltadas para um conhecimento que justifique os aspectos da saúde da condição humana se que se incorra em classificações ou rotulações ideologicamente determinadas.

O ambiente da terapia intensiva oferece condições que podem se constituir em fator de risco para os profissionais de enfermagem pelas situações de estresse vivenciadas pelos mesmos no seu dia-a-dia, dentre tantos outros riscos ocupacionais.

Dessa forma, acredita-se que, dado seu potencial, a resiliência é um conceito que pode ser significativo para o redimensionamento das pesquisas em Enfermagem, contribuindo para reflexões na área do ensino, com enfoque na formação de profissionais com competências e habilidades compatíveis a este cenário de alta mutabilidade que é o de Terapia Intensiva, visando à prevenção de agravos e promoção da saúde destes profissionais.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa teve uma natureza qualitativa e descritiva, com abordagem dialética. Segundo Minayo (2001), as pesquisas qualitativas preocupam-se com um nível de realidade que não pode ser quantificada, aprofundando-se no mundo dos significados, das ações e das relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas.

Complementando, Lüdke e André (1986) salientam que a pesquisa qualitativa ilumina o dinamismo interno das situações, propiciando o conhecimento de como um problema se manifesta nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas. Permite ainda conhecer o que pensam os indivíduos sobre suas experiências, suas vidas e seus projetos, privilegiando o conteúdo da percepção e do individual.

Avançando na proposta metodológica, verifica-se que a pesquisa descritiva ajuda a compreender a realidade estudada, pois, de acordo com Triviños (1987), a descrição tem por objetivo aprofundar determinada realidade, descrevendo com exatidão os fatos e fenômenos do que se deseja investigar. Gil (1999) confirma essa posição ao afirmar que o estudo descritivo objetiva captar informações “do que existe”, a fim de descrever e interpretar o que realmente acontece entre o ambiente, o pesquisador e seus sujeitos.

### 2.2 Concepção teórica

Na dialética buscou-se a fundamentação metodológica necessária para embasamento e realização deste estudo.

O conceito de dialética é bastante antigo, sendo utilizado por Platão, significando a arte do diálogo, e na Antiguidade e Idade Média para significar simplesmente lógica. No entanto, a concepção moderna de dialética fundamenta-se em Hegel. “Para esse filósofo, a lógica e a história da humanidade seguem uma trajetória dialética, nas quais as contradições se transcendem, mas dão origem a novas contradições que passam a requerer solução” (GIL, 1999, p. 31).

A dialética, de acordo com Leopardi (2002), fundamenta-se na concepção de que o pensamento é o reflexo da realidade e da lei dos processos que se passa no mundo objetivo, os quais não dependem do pensamento para existirem, mas da ação humana, em muitas circunstâncias.

Assim, pela lógica dialética, a realidade está sempre em tensão dialética, podendo ter diversas interpretações a depender do posto de referência sob o qual está sendo analisada, relativa ao contexto e ao tempo. Por isso é preciso superar o imediato para buscar o conjunto das particularidades, constituindo a totalidade visível, mais próxima da verdade absoluta que se deseja alcançar.

Em contrapartida a esta concepção hegeliana da dialética, que é de natureza idealista e admite a hegemonia das ideias sobre a matéria, Karl Marx e Frederich Engels apresentaram-na em bases materialistas, admitindo a hegemonia da matéria em relação às ideias (GIL, 1999).

Segundo Triviños (1987, p. 51), o materialismo dialético é

a base filosófica do marxismo e como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para os fenômenos da natureza da sociedade e do pensamento, enriquecida com a prática social da humanidade.

Neste sentido, Gil (1999) infere que o materialismo dialético pode ser entendido como um método de interpretação da realidade.

Com base nessas considerações, este estudo buscou manter um olhar crítico, compreendendo que a realidade é contraditória e está em permanente transformação, segundo as leis da dialética.

Pode-se entender por “Lei” uma ligação necessária geral, interativa ou estável. Essa ligação deve ser interna ou essencial e, dadas certas condições, demonstra o caráter de desenvolvimento do fenômeno. As leis não constituem um estudo separado, salvo algumas delas, porque seus conteúdos estão incluídos na análise das categorias. Essas categorias são mais ricas em conteúdo do que as leis, visto que as categorias refletem também as propriedades e os aspectos universais da realidade objetiva. As leis da dialética foram concebidas por Hegel e são extraídas da natureza, assim como da história da sociedade humana (TRIVIÑOS, 1987).

As três leis fundamentais da dialética são:

- a) *Lei da unidade e da luta dos opostos. Lei da contradição*: essa lei se apresenta na realidade objetiva. Ela reflete e fixa o fato de que há uma luta constante entre dois pólos contraditórios que se excluem e estão unidas ao mesmo tempo, já que um lado inexistente sem o outro. Essa contradição é a origem do movimento do desenvolvimento. A luta dos opostos é a fonte do desenvolvimento da realidade (GIL, 1999).

- b) *Lei da passagem da quantidade para a qualidade*: A passagem das mudanças quantitativas às qualitativas é uma lei geral do desenvolvimento do mundo material. Essas mudanças se realizam quando se rompem os limites da medida (TRIVIÑOS, 1987). A partir da compreensão de que a qualidade consiste na propriedade essencial do sistema material, entende-se que no processo de desenvolvimento, as mudanças quantitativas graduais geram mudanças qualitativas. Assim, a quantidade e a qualidade são características iminentes a todos os objetos e fenômenos e estão inter-relacionados (GIL, 1999).
- c) *Lei da negação da negação*: a qualidade decorrente da transformação nega e supera o que é mudado e o resultado, embora preservando aspectos da matéria anterior, por sua vez, também será negado. Porém, esta negação conduz a um desenvolvimento e não a um retorno ao que era antes (GIL, 1999).

Gil (1999, p. 32) infere 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.”

Essa associação pode evidenciar as relações no mundo do trabalho na UTI, enquanto produção-reprodução das condições materiais e das relações sociais que permeiam a existência humana, inclusive a relação trabalho-saúde-doença. A abordagem dialética permitiu a discussão dos resultados a partir da negação dos mesmos, num movimento de teses-antíteses-sínteses, porém sem a exclusão total nem parcial dos achados, haja vista que estes fazem parte da construção do objeto cognoscente com um todo.

### **2.3 Cenário de estudo**

Utilizou-se como cenário de estudo um Centro de Terapia Intensiva (CTI) de um Hospital da rede privada de saúde, situado no município do Rio de Janeiro. Faz-se relevante dizer que este foi o mesmo cenário em que desenvolvi o trabalho de conclusão de curso de graduação, o qual gerou os questionamentos que impulsionaram o desenvolvimento da presente pesquisa.



O critério de escolha desse cenário deveu-se ao fato da necessidade de coletar informações em um local que estivesse dentro dos padrões preconizados pelo Ministério da Saúde (MS). Dessa forma, informa-se que o CTI escolhido é reconhecido nacionalmente pela excelência no atendimento aos seus clientes e pela realização de pesquisas inovadoras de grande interesse à comunidade científica. Assim, a escolha por esse CTI foi proposital, pois, era relevante coletar as informações num local onde as situações de variabilidade fossem de fato decorrentes da forma como se institui a organização e o processo de trabalho, e não por questões de infraestrutura.

O ambiente físico desse CTI é composto por um posto de enfermagem, um expurgo, três banheiros, uma sala de repouso dos médicos e das enfermeiras, uma sala da chefia, uma copa, uma secretaria comum e um vestiário. O local de descanso das técnicas de enfermagem situa-se fora da planta física destinada ao CTI. O cenário de pesquisa é constituído por 15 leitos destinados ao atendimento de pacientes que estejam apresentando-se instáveis dentro do seu quadro patológico.

Essa unidade mantém taxa de ocupação de 100% dos leitos. A maioria da clientela assistida tem como motivo de internação o diagnóstico de sepse hospitalar, e permanece sob cuidados na unidade por um tempo médio de 06 a 10 dias. A taxa de óbito é baixa, utilizando-se como referencial o índice APACHE II<sup>3</sup>, que se tem mantido em torno de vinte. Para o atendimento das necessidades da clientela, possui recursos materiais de tecnologia avançada, com quantidade suficiente para atendê-la e em bom estado de conservação.

A equipe de saúde que presta assistência nesta unidade é composta por 33 enfermeiras, sendo 32 divididos em regime de plantão e um chefe de unidade com escala de trabalho caracterizada como diarista. Existem quarenta técnicos de enfermagem, 14 médicos plantonistas, três médicos da rotina e um médico na chefia, um fisioterapeuta por plantão, e dois nutricionistas (um responsável pela dieta enteral e outro pela dieta oral) e sete secretárias. O regime de plantão da equipe de enfermagem, exceto a enfermeira chefe, é 12 x 60, ou seja, trabalha 12 horas e folga 60. Porém, a equipe de enfermagem faz mais três complementações mensais na escala de serviço, perfazendo um total de 12 horas de trabalho adicionais para cada um trabalhador dessa equipe, atingindo a carga horária expressa no contrato de trabalho (40 horas semanais).

---

<sup>3</sup> índice prognóstico habitualmente utilizado nas primeiras 24 horas de internação na UTI para quantificar a severidade de uma condição patológica em pacientes adultos. É calculado pelo somatório de escores numéricos que correspondem às alterações clínicas/laboratoriais do paciente ou pelo tipo e/ou quantidade de procedimentos a que ele foi submetido (KNOBEL, 1998; BRASIL, 1998).

## 2.4 Sujeitos do estudo

Os sujeitos da pesquisa foram dez enfermeiras(os) intensivistas, em pleno exercício das atividades laborais, com atuação nesse CTI há pelo menos um ano. O critério de escolha sobre o tempo de atuação dos sujeitos embasou-se na preocupação de que eles já tivessem apreendido a realidade laboral que os cercava, tendo uma visão concreta da organização e do processo de trabalho. Também foi um critério de conformação dos sujeitos sociais o aspecto do voluntariado, sua aceitação livre e espontânea e a disponibilidade de tempo para fornecer as informações (CABRAL; TYRRELL, 1998).

O quantitativo de sujeitos que participou do estudo embasou-se no critério de reincidência das informações, ou seja, quando o conteúdo do material coletado começou a se repetir, isso foi um indicativo de que a coleta de dados poderia terminar (MINAYO, 1993). Minayo (1993) salienta que o critério numérico dos sujeitos da pesquisa, numa busca qualitativa, se torna uma preocupação menor, porque o que é de relevância é a qualidade dos informantes e não precisamente a quantidade. A amostragem ideal é aquela capaz de refletir a totalidade do objeto de estudo nas suas múltiplas dimensões.

A seguir, apresenta-se um quadro descritivo do perfil dos sujeitos do estudo quanto ao sexo e tempo de atuação na Terapia Intensiva como enfermeira(o).

<b>SUJEITOS</b>	<b>SEXO</b>	<b>TEMPO DE ATUAÇÃO COMO ENFERMEIRA(O) INTENSIVISTA</b>
01	Masculino	3 anos
02	Feminino	13 anos
03	Feminino	3 anos
04	Feminino	18 anos
05	Masculino	10 anos
06	Masculino	11 anos
07	Feminino	4 anos
08	Feminino	5 anos
09	Feminino	17 anos
10	Feminino	19 anos

Quadro 1 – Perfil dos sujeitos do estudo segundo sexo e tempo de atuação como enfermeira(o) intensivista. Rio de Janeiro, RJ, 2008.

## 2.5 Procedimentos éticos

Atendendo as exigências éticas, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital onde a pesquisa se desenvolveu. Esse procedimento foi efetuado após a aprovação da banca examinadora do projeto de pesquisa e da chefia de enfermagem do cenário de estudo, com o cuidado de anexar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi aprovado e cadastrado sob o número 255 no referido CEP (Anexo A).

Para garantir os preceitos éticos, cada participante desta pesquisa, incluindo sujeitos e instituição, assinaram previa e individualmente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A), que estabelecia condições para que eles manifestassem sua aceitação ou recusa em participar da pesquisa, sem que pairassem dúvidas que a recusa não lhes traria quaisquer prejuízos no relacionamento profissional. Esse Termo também assegurou o anonimato, a liberdade e o sigilo nas informações a serem divulgadas por meio deste trabalho.

Esse consentimento, de acordo com Fortes (1998), deve ser livre, esclarecido, renovável e revogável. Livre de restrições internas, causadas por distúrbios psicológicos, e externas, por pressões de familiares, amigos e principalmente dos profissionais de saúde; esclarecido, com adequadas informações, que sejam compreendidas pelos sujeitos da pesquisa; renovado, quando ocorrerem significativas modificações no panorama do caso, que se diferencia do momento e das circunstâncias nos quais foi obtido o consentimento inicial; e revogável, sendo o consentimento mutável, modificado a qualquer instante, por decisão livre e esclarecida, sem que ao sujeito sejam imputadas sanções morais ou administrativas.

A Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/MS indica que o consentimento deva ser expresso por escrito, assinado pela pessoa autônoma ou por seu protetor legal, no caso das pessoas com autonomia reduzida. Os profissionais que participaram da pesquisa foram esclarecidos que as informações coletadas seriam empregadas exclusivamente para fins acadêmicos, preservando-se a liberdade, o sigilo e o anonimato dos sujeitos. Assim como, lhes foi garantido o direito ao esclarecimento de todas as dúvidas e a interrupção no processo de participação na pesquisa a qualquer momento, sem que isto lhes trouxesse prejuízos.

Para manter o anonimato, preservando a privacidade dos sujeitos, utilizou-se uma codificação para cada entrevista, objetivando impedir qualquer tipo de ligação entre o conteúdo das entrevistas e os sujeitos nas descrições dos relatos contidos nos resultados. Portanto, à medida que eram transcritas as entrevistas, elas recebiam o código de *E1*, *E2*, *E3* e assim sucessivamente, obedecendo a uma ordem cronológica de realização das transcrições

das entrevistas. Da mesma forma, garantiu-se o anonimato da instituição retirando quaisquer menções a ela tanto dos depoimentos dos sujeitos quanto do documento de aprovação da pesquisa pelo CEP apresentados neste trabalho.

A privacidade é um princípio derivado da autonomia, e engloba a intimidade, a vida privada, a honra e a imagem das pessoas (...). O ser autônomo deve ter liberdade de guardar para si mesmo fatos pessoais que não deseja serem revelados a outras pessoas. (FORTES, 1998, p.73).

## 2.6 Técnicas e instrumentos para coleta de dados

Considerando a especificidade do objeto de estudo e o caminho metodológico traçado, optou-se por trabalhar com as seguintes técnicas de coleta de informações: a entrevista semiestruturada, o diário de campo e a escala de resiliência.

Na entrevista semiestruturada, o investigador está presente e o informante tem todas as perspectivas possíveis de responder a questionamentos básicos com liberdade e espontaneidade. Além disso, ela também propicia o estreitamento dos laços e da confiabilidade entre entrevistador e entrevistado, o que reverte na captação de informações relevantes ao desenvolvimento do estudo. Triviños (1987, p. 146), ao analisar as vantagens da entrevista na abordagem qualitativa, infere que

Podemos entender por entrevista semi-estruturada, em geral, aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferece amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências, dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa.

A entrevista foi norteada por sete perguntas básicas (Apêndice B). Realizou-se a testagem desse instrumento com duas enfermeiras que atuavam em um Centro de Terapia Intensiva diferente do escolhido para ser o cenário de desenvolvimento da pesquisa. Com o primeiro teste do roteiro de entrevista identificou-se a necessidade de inserir mais uma pergunta que abordasse a questão do adoecimento, verificando a existência de licenças médicas e doenças relacionadas ao trabalho durante o tempo de atuação dos sujeitos em Terapia Intensiva. Assim, seria possível melhor investigar a resiliência das enfermeiras intensivistas sob o ponto-de-vista do processo saúde-doença dos sujeitos. O segundo teste possibilitou a certificação de que as perguntas contidas na entrevista propiciariam o alcance dos objetivos.

No momento da testagem do roteiro de entrevista, informou-se às enfermeiras que se disponibilizaram para essa atividade que suas informações não seriam utilizadas na pesquisa. Para tanto, também expressaram sua autorização num Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), o qual foi adaptado a fim de expressar a não-utilização dessas informações na pesquisa.

Segundo Minayo (2006, p.194), o diário de campo é um instrumento onde se registra toda observação do campo, ou seja, as informações que não sejam os registros das entrevistas formais. Isto é, “observações sobre conversas informais, comportamentos, crenças, festas, instituições, gestos, expressões que digam respeito ao tema da pesquisa”.

Todavia, é necessário que o diário de campo seja uma técnica que expresse a descrição do fato ocorrido de forma detalhada, precisa, extensiva e sistemática do contexto observado, para que possa ser fidedigno e confiável.

Neste estudo, o diário de campo (Apêndice D) foi utilizado de forma complementar na coleta das informações, contemplando o descritivo, incluindo aí todos os aspectos observados, desde o ambiente físico até a expressão facial dos sujeitos e o reflexivo, onde o pesquisador deixa suas impressões.

Essa escolha possibilitou investigar também a linguagem não-verbal e para-verbal dos sujeitos. Entende-se por linguagem não-verbal aquela que vem do corpo, da expressão facial, da postura, dos gestos e do toque. É relevante sua investigação porque complementa ou rejeita informações advindas da linguagem verbal, isto é, contradizendo, enfatizando, substituindo, oferecendo indícios de emoções e dos sentimentos. A linguagem para-verbal refere-se ao tom de voz, ao ritmo, aos suspiros, aos períodos de silêncio e entonação que se dão as palavras num diálogo (CIANCIARULLO, 2002). Assim, a atenção voltada a esses dois tipos de comunicação foi relevante para a apreensão do objeto desse estudo, já que ele se insere na dimensão subjetiva e a riqueza de informações aponta para a qualidade dos resultados da pesquisa.

Ressalta-se que após a realização da entrevista semiestruturada e aplicação do diário de campo para coleta de informações, utilizou-se a escala da resiliência (Anexo B) para avaliação dos sujeitos desta pesquisa. Trata-se de uma escala modelo para mensuração da resiliência nos seres humanos. Esse instrumento já foi aplicado, utilizando como depoentes enfermeiras americanas atuantes em centros cirúrgicos, considerando que esse cenário é altamente estressante, exigindo das enfermeiras o desenvolvimento de atitudes resilientes (WAGNILD; YOUNG, 1993).

A escala de resiliência desenvolvida por Wagnild e Young (1993) é um dos poucos instrumentos usados para medir níveis de adaptação psicossocial positiva em face de eventos de vida importantes. Possui 25 itens descritos de forma positiva com resposta tipo *likert* variando de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente). Os escores da escala oscilam de 25 a 175 pontos, com valores altos indicando elevada resiliência. Estudos iniciais obtiveram bons indicativos de confiabilidade e validade desse instrumento (WAGNILD; YOUNG, 1993).

No Brasil, a referida escala já teve sua adaptação transcultural e versão para a língua portuguesa aprovadas, concluindo-se que a escala de resiliência possui, *a priori*, validade de conteúdo, pois seus itens refletem a aceitação geral das definições de resiliência, tendo sido publicada no Brasil, no Caderno de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública (PESCE et al., 2005).

Para a utilização da escala de resiliência na versão da língua portuguesa foi requerida permissão aos autores desta escala através da página oficial na internet (<http://www.resiliencescale.com>), realizando preenchimento *on-line* de um questionário com dados do autor e da pesquisa a ser desenvolvida.

Cabe ressaltar que a utilização da escala de resiliência neste estudo não tem como objetivo uma análise quantitativa dos dados obtidos. Sua finalidade é avaliar os níveis de resiliência dos sujeitos para aprofundar e respaldar a discussão dos resultados advindos da entrevista semiestruturada e do diário de campo, através da análise qualitativa dos itens mais significativos para a definição da classificação dos sujeitos quanto à resiliência.

Assim, com a associação destas três técnicas de coletas de dados, objetivou-se uma apropriação o mais fidedigna possível do objeto de estudo em questão.

## **2.7 Operacionalização da coleta de dados**

A coleta de dados foi realizada no período de junho a agosto de 2008, após a autorização pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição pesquisada em junho de 2008.

Com a colaboração da chefia de enfermagem do campo de estudo, as(os) enfermeiras(os) da equipe de enfermagem do setor que se enquadravam nos critérios de inclusão dos sujeitos foram convidadas a participar do estudo.

Ao concordar, os participantes foram encaminhados individualmente, um após o outro, para uma sala reservada, onde foram dadas as orientações quanto aos objetivos do estudo e

quanto às técnicas de coleta de dados, sendo solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para controle, foi feita uma listagem nominal dos participantes e ao lado de cada nome foi dado um número, conforme ordem de participação. Este número foi escrito nos instrumentos de coleta de dados.

As entrevistas foram gravadas em gravador portátil de fita microcassete. Durante a realização da entrevista foram feitas as anotações no diário de campo referente à expressão facial, postura, gestos, períodos de silêncio, ritmo, tom de voz, ênfases e entonações na fala, assim como emoções e sentimentos aparentes. Por último, foi aplicada a escala de resiliência com os próprios sujeitos lendo e assinalando as questões.

Faz-se relevante destacar três situações que dificultaram o desenvolvimento da coleta de dados. A primeira situação foi o retardo em obter do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição que foi o cenário deste estudo a liberação para realizar o estudo. A outra situação foi referente à dificuldade em entrar no campo para coleta de dados devido à restrição de horário imposta pela chefia de enfermagem para a abordagem dos sujeitos, pois deveria respeitar os pequenos intervalos que existiam na sua rotina assistencial a fim de não interferir na dinâmica laboral. A terceira situação dificultadora da coleta foi o momento institucional de implementação de novos procedimentos técnicos e administrativos que exigiam treinamento dos funcionários, restringindo assim, o tempo livre dos possíveis sujeitos.

Mas, mesmo com estas situações de “variabilidade” que permearam o desenvolvimento da pesquisa, considera-se que a fase de coleta foi efetuada e os objetivos do estudo puderam ser alcançados.

## **2.8 Análise dos dados coletados**

As informações coletadas foram analisadas e interpretadas à luz da análise de conteúdo, que se caracteriza pela organização das informações por meio de fases ou etapas, conduzindo a um resultado estruturado e organizado do conteúdo. Esta técnica tem como função “a verificação de hipóteses e/ou questões (...) e a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, indo além das aparências do que está sendo comunicado” (MINAYO, 2001, p.74).

Após a transcrição e leitura das respostas, com a identificação dos significados, procedeu-se à codificação das unidades de registro visando identificar e problematizar as

temáticas contidas nos registros para a construção do arcabouço lógico do pensamento do sujeito.

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo presta-se à compreensão do sentido da comunicação, mas também desvia o olhar analiticamente para outra significação, outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira, que pode ser de natureza psicológica, sociológica, política e histórica.

Dessa forma, a escolha de tal método propiciou uma análise mais ampla, porém profunda do material coletado, já que ele busca apreender toda a complexidade envolvida nas falas dos informantes.

Assim, sua aplicabilidade resultou na construção de três categorias de análise, as quais tiveram as seguintes denominações:

- Perfil das enfermeiras no cenário da Terapia Intensiva;
- Do sofrimento ao prazer: o sentimento dialético da enfermeira intensivista;
- A resiliência da enfermeira intensivista: fatores protetores da saúde.



### 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES COLETADAS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos a partir das análises dos dados coletados, os quais foram organizados de acordo com as categorias de análise mencionadas no capítulo anterior.

#### 3.1 Perfil das enfermeiras no cenário da Terapia Intensiva

Nesta categoria estão discutidos os aspectos relacionados ao perfil inerente da enfermeira intensivista, diante dos requisitos provenientes de sua dinâmica laboral, a qual é permeada de situações de variabilidade, que exigem deste profissional a mobilização constante de suas potencialidades psicocognitivas na execução de suas atividades.

Um grande desafio da administração de recursos humanos é a alocação dos indivíduos em setores cuja demanda psicocognitiva do serviço seja compatível com as características e anseios pessoais e profissionais do trabalhador. Tal ação se faz importante devido à necessidade da manutenção de um ambiente laboral saudável, que favoreça o desenvolvimento da criatividade, do talento, da motivação e da satisfação no trabalho. Resultando, também, na melhoria da produtividade, da qualidade do cuidado realizado e da promoção da saúde do trabalhador. Nesta perspectiva, apreendeu-se dos discursos dos sujeitos um perfil pessoal e profissional da enfermeira intensivista, conforme apresentado a seguir:

Talvez seja porque eu goste tanto disso. Talvez o pessoal de uma outra unidade de internação ache que: não, aqui é melhor, porque no CTI tem aqueles pacientes graves, com aqueles monitores... (E6)

São perfis diferentes, né! Acho que tem muito perfil. Tem gente que não tem perfil pra isso! [...] você faz o que você gosta, verdadeiramente, porque você gosta, principalmente aqui na Terapia Intensiva que tem muito essa questão [...](E8)

Eu gosto muito dessa relação com o doente grave. (E3)

Existe um requisito básico claro para manutenção do trabalhador em um posto de trabalho, o prazer, o gostar daquilo que desenvolve, a identificação com a tarefa e a atividade executada (CODD; SAMPAIO, 1995). A questão econômica é fato em uma sociedade como na que estamos inseridas – capitalista, mas verifica-se que aquilo que assegura a permanência do trabalhador em um determinado ambiente de trabalho, perpassa muito mais pela dimensão subjetiva, ou seja, apesar da atividade ser estressante e ser desenvolvida sob pressão, como na

UTI investigada, as enfermeiras mostram extrair prazer da atuação neste contexto e não desejam sair da Unidade.

As UTIs foram criadas visando suprir as necessidades dos clientes cujo estado crítico exigia observação e cuidados assistenciais contínuos de médicos e enfermeiras. Assim, o trabalho nestas Unidades é complexo e intenso, exigindo da enfermeira estar preparada para atender pacientes com alterações hemodinâmicas importantes, que requerem conhecimento específico e grande habilidade para tomada de decisão e implementação de ações em tempo hábil a qualquer instante (VARGAS; BRAGA, 2006).

Numa realidade dicotômica do contexto brasileiro de assistência à saúde onde se convive com extremos de condições socioeconômicas limítrofes, as UTI também sofre influência. Ainda que seja um setor da assistência para onde se destina grande parte dos recursos humanos e materiais para poder proporcionar melhores condições para o atendimento ao paciente com alto grau de complexidade, sua realidade refletirá as condições estruturais da instituição hospitalar em que se insere.

Tais fatos requerem que as enfermeiras estejam constantemente se capacitando, atualizando e, por vezes, adaptando seus conhecimentos teórico-científicos e práticos para se inserirem, se adequarem e se manterem na realidade da assistência a ser prestada (SÓRIA, 2006a).

Estas características, como o dinamismo e a complexidade das atividades realizadas, a assistência direta ao paciente, o lidar com aparato tecnológico, assim como a necessidade e a possibilidade de constante aprendizado, se apresentam nas falas dos sujeitos como justificativa para sua inserção nesse ambiente de trabalho, de acordo com seus interesses e características pessoais e profissionais.

Eu gostei mais dessa coisa do paciente mais grave. Já no estágio eu sabia que não queria trabalhar em enfermaria. (E4)

Eu tenho um temperamento mais ativo e gosto de tecnologia e aprendizado, coisas mais difíceis. Eu gosto disso! (E9)

Então, na realidade, eu gosto de ter controle do paciente! (E10)

A gente tem muito conhecimento, a gente tem que estudar muito, a gente tem que entender um pouco as necessidades daquele que não fala, mas transmite pra gente sinais ou sons, quando ele consegue, senão só sinais: uma frequência alterada, uma sudorese... ver o que tudo isso significa. (E6)

E, normalmente, o enfermeiro de CTI gosta de dinâmica, gosta de plantão trabalhoso mesmo! (E8)

A tecnologia em saúde compreende saberes específicos, procedimentos técnicos, equipamentos e instrumentos, materiais ou imateriais, utilizados nas práticas de saúde. Os avanços tecnológicos influenciam, direta ou indiretamente, a organização do serviço de saúde, assim como a prática profissional das equipes neste contexto de trabalho. Na Terapia Intensiva, a evolução tecnológica é constante e exige uma formação e atualização profissional contínua, especializada e familiarizada com os aparatos tecnológicos existentes nestas unidades. Além disso, exige-se conhecimento aprofundado acerca das patologias mais comumente associadas à clientela assistida, isto para que seja possível a assistência integral e intensiva dos pacientes (SILVA; FERREIRA, 2007).

Com o avanço científico, tecnológico e a modernização de procedimentos vinculados à necessidade de estabelecer mais controle sobre o estado de saúde do paciente, cada vez mais se vê o paciente perder sua identidade e condição de sujeito, tornando-se um objeto receptor de determinações e ações de cuidado de enfermagem (SILVA; FERREIRA, 2007). O que configura uma transformação na forma do cuidar de enfermagem.

Se por um lado toda essa tecnologia otimizou o cuidado de enfermagem e permitiu que um mesmo número de enfermeiras atendesse a um quantitativo maior de pacientes, por outro lado aumentou o peso das responsabilidades, pois além do número maior de pacientes também é grande o número de máquinas a serem controladas e as exigências por produtividade com maior qualidade e resolutibilidade. Com isto, cada vez mais a enfermeira se envolve em mais questões burocráticas, se afasta do cuidado direto com o paciente e, conseqüentemente, diminui o tempo disponível para desenvolver uma assistência voltada para a escuta e respaldada na consolidação da relação de ajuda (SILVA; FERREIRA, 2007). E, considerando-se que na Terapia Intensiva grande parte dos pacientes encontra-se em situação de coma ou sedação, esta situação se intensifica.

Isto traz uma reflexão acerca da bioética do cuidado de enfermagem. Como tem se configurado o cuidar de enfermagem diante da evolução e expansão tecnológica no setor saúde? Quais princípios vêm norteando o cuidar de enfermagem na Terapia Intensiva, na atualidade, diante do perfil tecnológico do cuidado intensivista?

O ideal dessas profissionais de trabalhar próximo ao paciente prestando uma assistência direta no enfrentamento de situações complexas, variáveis e imprevisíveis, lidando com os limites entre a vida e a morte, é reafirmado quando se tem a possibilidade de atuar numa instituição onde há condições de trabalho e incentivos infraestruturais favoráveis para o desenvolvimento das atividades laborais com qualidade.

Eu aprendi tudo o que eu aprendi aqui. A minha escola foi aqui.[...] eu me apaixonei. Me apaixonei, porque é difícil não se apaixonar por este hospital. (E2)

Complementa-se essa fala reafirmando que os sujeitos relataram que a instituição investe na capacitação contínua dos trabalhadores e que existem recursos material e humano adequados ao desenvolvimento da tarefa prescrito. Enfim, é uma Instituição que investe no trabalhador, diferente das que eles já tiveram ou têm contato. As falas a seguir exemplificam esta análise:

Eu fiquei muito encantada com as coisas, com a liberdade que a gente tem aqui, com a relação que a gente tem com os médicos, com essa questão da gente poder dar nossa opinião, fazer nossa avaliação, eles escutarem, dar valor ao que a gente estudou... Aqui é uma realidade que não está aí fora. (E3)

Olha a diferença de você trabalhar aqui no CTI e no CTI de um hospital público... Sem condições! (E1)

A tecnologia, aqui você tem muitos recursos. O conhecimento que é renovado a todo instante. A todo instante você tem informações novas, coisas atuais que as pessoas ainda não ouviram falar e aqui as coisas chegam muito rápido. Tem muita coisa científica aqui pra gente aprender. (E4)

Diante das características inerentes da UTI, o trabalho em equipe torna-se crucial. Assim, além da função de coordenador da dinâmica laboral da Unidade, a enfermeira assume o papel de elo entre o paciente e a equipe multiprofissional, de mediadora das relações interpessoais no ambiente de trabalho. E, com isto, torna-se importante que tenha consigo, além da imprescindível fundamentação teórica, a capacidade de liderança, o discernimento, a iniciativa, a habilidade de ensino, a maturidade e a estabilidade emocional (VARGAS; BRAGA, 2006).

Mesmo sendo enfermeira plantonista, a gente comanda uma equipe. Então a gente tem algumas responsabilidades, com os meninos, com os técnicos, a questão da autoridade... A gente precisa fazer isso pra manter a organização, pra manter uma ordem, né. (E3)

[...] quando tem duas internações ao mesmo tempo e você quer resolver, dar conta do recado, que você tem que dar conta mesmo.(E5)

Então, você trabalha muito assim na dependência do outro, dependendo da função do outro, profissionalmente. Então, eu vejo assim, talvez o enfermeiro como piloto, o técnico como co-piloto e os médicos como controladores de voo. Eles controlam e nós que tocamos. (E10)

Essa última fala caracteriza uma visão de equipe, em que os papéis dos profissionais envolvidos diretamente com a assistência se completam e um não é mais que o outro, ambos são indispensáveis para assegurar a qualidade do serviço prestado. Mostra também uma visão aproximada do trabalho prescrito, pois o que se dita de um trabalho em UTI é a necessidade

de que seja interdisciplinar. Nessa perspectiva, evidenciam-se mais um dado que reforça o prazer das enfermeiras: trabalho prescrito aproximado do trabalho real.

Além do conhecimento de sua equipe e da visão de que a equipe é constituída de seres humanos com fraquezas, angústias, limitações, potencialidades, aspirações e desejos, é papel da enfermeira intensivista estabelecer programas de educação continuada de sua equipe a fim de minimizar as defasagem e reafirmar ou elevar as características positivas para o desenvolvimento do trabalho.

A instrumentalização técnico-científica é indispensável para o desenvolvimento das ações de cuidado em ambiente de Terapia Intensiva. Assim, uma estrutura de ensino e treinamento em serviço também é fator primordial para o desenvolvimento profissional, garantindo a qualidade do cuidado prestado aos pacientes críticos (SÓRIA, 2006a).

Sendo assim, associado ao aspecto da liderança, o perfil para a docência também se faz presente neste conjunto e aparece nos depoimentos, como no seguinte trecho da fala de um dos sujeitos deste estudo:

No segundo ano que eu entrei aqui, eu já fui convidada pela Educação Continuada, porque eu já tinha um aspecto de liderança nato meu. Trilhei esse caminho do ensino dentro da prática, que me fez estudar bastante, que me faz ainda estudar bastante! Tem uma busca ainda, claro que em menor intensidade do que quando você é mais nova. O que é natural. (E9)

No que se refere à educação, a enfermeira intensivista deve ter o compromisso contínuo com seu próprio desenvolvimento profissional, além de ser capaz de atuar nos processos educativos dos demais profissionais da equipe de saúde, favorecendo o benefício mútuo entre profissionais. Adicionado a isto, deve responsabilizar-se ainda pelo processo de educação em saúde dos indivíduos e familiares sob seus cuidados, contribuindo com a qualificação da prática profissional, construindo novos hábitos e desmitificando os conceitos inadequados atribuídos a UTI (VARGAS; BRAGA, 2006).

A gente trabalha e tem que continuar trabalhando em casa, estudando. (E5)

Um dado que surge das informações coletadas é a mudança que vem ocorrendo no perfil das “novas enfermeiras”. Os sujeitos percebem um despreparo profissional referentes a conhecimentos específicos da área advindos da sua graduação em enfermagem. Assim como, um descomprometimento com a instituição hospitalar em que se insere e com a assistência prestada, talvez relacionada à imaturidade pela pouca vivência pessoal e profissional das enfermeiras, cada vez mais jovens, que se lançam no mercado de trabalho.

Você vê algumas pessoas chegando, você sente uma diferença. Não tem tanto comprometimento no ambiente de trabalho. Não sei... Eu acho que a base está ficando muito ruim. Isso influencia o trabalho... [...] quando eu cheguei aqui eu era tão diferente das pessoas que estão chegando... (E4)

Pra isso que a gente tá aqui. Pra internar, pra dar lucro pra casa, pra gente ter salário no final do mês. Tá vazio, está ótimo... Não! Se está vazio, está horrível! Porque se não tiver paciente, não tem salário! A clínica fecha! As pessoas não enxergam. Ah, está vazio, está tranqüilo, bom que eu não tenho serviço... Aí a vigilância cai, as coisas acontecem, os indicadores começam a cair... Porque todo mundo acha que tá calmo, que não tem que ficar vendo nada, não tem que estar fazendo nada. (E6)

Tais informações coletadas conformam um perfil de qualidades e competências diferenciais da profissional enfermeira, que reforçam as características específicas e indissociáveis da dinâmica laboral na Terapia Intensiva, como: dinamismo, inteligência, disponibilidade para o aprendizado e para o ensino, liderança, perfeccionismo e comprometimento.

Ao reportarmos-nos ao conjunto das atividades desenvolvidas pelas enfermeiras intensivistas, é possível perceber que existem exigências profissionais que envolvem atividades assistenciais, educativas e administrativas. Por um lado, isso remete ao pensamento de que tais características da dinâmica laboral, permeada de situações complexas e de variabilidade, poderiam gerar danos à saúde desta trabalhadora. A necessidade da mobilização contínua de suas capacidades psicocognitivas e motoras seria fator de carga de trabalho elevada e, portanto, de desgaste psicofísico. Todavia, foi possível apreender que são estas mesmas situações consideradas desgastantes que estas enfermeiras identificam como sendo características que favorecem sua realização profissional, ao serem compatíveis com sua identidade pessoal e profissional, ou seja, são fatores que dão prazer e satisfação.

Essa situação dialética envolvendo características do contexto de trabalho na UTI, com fatores de risco para o padecimento psicofísico dos trabalhadores e o perfil profissional e pessoal das enfermeiras, que conseguem extrair prazer de uma atividade que tem alto potencial para o sofrimento, será abordada na categoria a seguir.

### **3.2 Do sofrimento ao prazer: o sentimento dialético da enfermeira intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva**

Essa categoria de análise discute a relação da enfermeira com sua realidade laborativa em UTI, enfatizando a dialética do prazer-sofrimento existente nas situações de trabalho, conforme aponta a Psicodinâmica do Trabalho.

A tríade prazer-sofrimento-trabalho está articulada à variável organização do trabalho, caracterizada pelo ambiente de trabalho, tarefas e relações interpessoais, a qual repercute no funcionamento psíquico do trabalhador, gerando prazer-sofrimento “dependendo do quanto a tarefa é significativa para o trabalhador e se as relações com colegas e chefias são ou não de reconhecimento, cooperação, confiança e solidariedade” (MENDES; TAMAYO, 2001, p. 41).

O prazer-sofrimento resulta da relação subjetiva do trabalhador com seu trabalho, assim como da intersubjetividade vivenciada nos relacionamentos interpessoais, sendo os valores organizacionais os responsáveis por definirem formas específicas do trabalhador vivenciar sua tarefa e compartilhar suas relações sociais, afetivas e profissionais no contexto organizacional (MENDES; TAMAYO, 2001).

Dejours (1992) afirma que o trabalho prazeroso é aquele em que o trabalhador tem parte importante na sua realização. Por outro lado, o sofrimento está ligado a sentimentos de indignidade, inutilidade e desqualificação vividos pelos trabalhadores na execução de tarefas aquém de sua capacidade inventiva.

Dentre as muitas situações existentes no ambiente de trabalho hospitalar, o trabalhador da saúde, de forma geral, lida com as limitações humanas, a impotência, a evidência de que não se pode ser um deus, vivencia situações de morte e do processo de morrer, experiencia a doença e a dor. Além disso, trabalha em ambientes que oferecem os mais diversos riscos ocupacionais, os quais afetam aspectos físicos, psíquicos e sociais do trabalhador. Estas situações demandam, muitas vezes, apoio especializado, formação continuada, entre outras questões que envolvem condições de trabalho (CAMPOS, 2007b).

Na Terapia Intensiva, o trabalho da enfermeira é permeado de situações complexas, advindas das características inerentes a este cenário. Sendo a UTI um espaço de trabalho dinâmico para os que nela atuam, com grande circulação de pessoal, emprego de tecnologia de ponta, elevado grau de conhecimento circulante, ritmo de trabalho intenso e possibilidade constante de lidar com situações de emergência e morte. A organização laboral coloca a enfermeira em situações de variabilidade que demandam a mobilização contínua de potencialidades psicocognitivas e motoras para a regulação da atividade visando a concretude da tarefa. Assim, este cenário se configura como um ambiente que concentra uma carga psíquica significativa (CRUZ, 2006).

Essa complexidade específica da Terapia Intensiva aparece nos relatos das enfermeiras intensivistas como geradora de estresse e desgaste psicofísico. Além disso, ao fazer parte de uma instituição de caráter privado de saúde, implica em exigências e cobranças maiores. Isto porque está inserida numa rede comercial, onde a demanda que procura o serviço paga por ele

e exige a qualidade na assistência recebida, assim como é necessário prestar contas aos planos de saúde, sendo cobrada das enfermeiras, pela instituição, a produtividade com qualidade e controle administrativos dos recursos materiais e humanos utilizados. Sendo assim, a organização prescrita do trabalho acredita que a lucratividade do “negócio saúde” está garantido.

O ambiente da Terapia Intensiva é um ambiente muito estressante? É! [...] Os equipamentos que chegam e do nada você tem que entender daquilo tudo... [...] É um ambiente pesado, é um ambiente estressante. (E6)

Todo esse estresse que a gente passa no CTI ajuda a acabar com a saúde mental. E a saúde de uma forma geral. (E8)

A Terapia Intensiva estressa muito, as pessoas, a equipe, a exigência... ah, é muita exigência!... o grau de responsabilidade que a gente assume, você acaba assumindo e quando vê assumiu uma série de coisas que você abraçou e aí a sua saúde vai indo, vai indo, vai indo. Aqui são muitas tarefas, são muitas coisas! Cada dia aumenta um ponto, vamos dizer assim, o grau de responsabilidade! A gente vê quase que tudo ao mesmo tempo! (E9)

[...] é uma instituição particular, onde tudo é muito mais exigido. É um trabalho muito difícil. (E3)

O trabalho é mecanicista. É mecanicista só que você tem que usar muito o intelectual, você tem que estar ativo o tempo todo, prestando atenção o tempo todo e associando as coisas o tempo todo. (E2)

Essa última fala alude claramente à questão dialética que perpassa as situações de trabalho, pois um trabalho intelectual não deve ser mecanicista. No entanto, isto é possível, uma vez que há uma repetitividade dos procedimentos de saúde e de enfermagem, mas também há a necessidade de correlacionar o conhecimento, os saberes e as práticas frente às situações inusitadas, de variabilidade. Então estes dois opostos – trabalho mecanicista e trabalho intelectual – convivem e se interpenetram na prática da enfermeira intensivista.

Outra questão que emergiu das informações coletadas foi a ética/bioética na assistência prestada pelas enfermeiras intensivistas diante das mudanças, avanços e inovações tecnológicas do cuidar no ambiente da Terapia Intensiva.

A enfermeira de uma UTI tem como responsabilidade o cuidado do paciente tanto nos casos emergenciais como nos casos de apoio à vida. Para isto, este profissional precisa estar apto a cuidar de todos os doentes, independentes do seu diagnóstico e contexto clínico, de forma ampla, integrada e contínua com os membros da equipe de saúde, utilizando-se do pensamento crítico, analisando os problemas e encontrando soluções para os mesmos. Essa conduta assegura uma prática dentro dos princípios éticos e bioéticos da sua profissão. Assim, a enfermeira deve avaliar, sistematizar e decidir sobre o uso apropriado de recursos humanos,



físicos, materiais e de informação no cuidado ao paciente crítico, visando o trabalho em equipe, a eficácia e custo-efetividade (VARGAS; BRAGA, 2006).

Tal responsabilidade traz consigo a angústia e o sofrimento no trabalho como aparecem no trecho de um dos depoimentos apresentado a seguir, no qual o sujeito do estudo revela de forma emocionada a aflição que sente na realização do seu trabalho.

As pessoas estão ficando mais velhas, mais doentes, o tratamento se prolonga... [...] a gente nunca sabe o que é que a gente está fazendo. Se a gente está fazendo uma distanásia, prolongando o sofrimento da pessoa. Se a gente está fazendo coisas, trabalhando feito uma louca durante o dia pra no final do dia o paciente morrer e tudo aquilo foi em vão. Ou, se realmente tem que ser feito, se vale a pena, se é nisso mesmo que tem que investir, entendeu? Tem esses dois lados. Isso é um questionamento meu e que de que eu participo no meu dia-a-dia. Hoje em dia eu penso assim. [...] a gente vê que pela idade, pelas comorbidades, que tudo o que a gente ta fazendo ali é... desnecessário! Isso é realmente uma angústia. (E2)

Aprofundando a análise dessa fala, também é possível apreender outra questão dialética que envolve o trabalho na UTI, pois ao mesmo tempo em que o aparato tecnológico fascina e estimula a permanência das enfermeiras neste ambiente, e dá prazer, também é motivo de dúvida e desgaste psicológico, uma vez que surge a inquietação sobre sua correta aplicabilidade.

A UTI foi criada e desenvolvida para assistir pacientes em estado crítico de saúde e oferecer a eles um cuidado imediato, intensivo e integral que possibilitasse o restabelecimento da saúde destes pacientes, salvando suas vidas (VARGAS; BRAGA, 2006). Todavia, ainda que na UTI estejam disponíveis recursos tecnológicos relacionados ao suporte avançado de vida, nem sempre é possível o alcance desse objetivo maior, que é salvar vidas. A morte pode ser retardada, mas ela é inevitável e, logo, ocorrerá.

Alguns profissionais podem se iludir com o avanço tecnológico do cuidar, perdendo o senso crítico, o que resulta em prolongamento do sofrimento do paciente, dos familiares e até do próprio profissional, que se frustra devido ao alto nível de expectativa decorrente, talvez, de sua onipotência. Quando o resultado de um tratamento prolongado é positivo para a recuperação do paciente, continuar este cuidado é louvável, porém, se seu resultado é fraco, a decisão pela sua continuidade é questionável (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

A vida tem um limite e, num determinado momento, a morte desafia o saber humano e vence. Ao se deparar com o seu limite no cuidar do outro, onde todo o aparato tecnológico disponível não é suficiente para impedir o processo de morte, o profissional de enfermagem se sente impotente e inconformado diante da finitude da vida. Isto gera sofrimento, que por sua constância e repetição, pode repercutir negativamente na saúde deste trabalhador (GUTIERREZ; CIAMPONE, 2006).

A visão holística do cuidado vem sendo discutida há tempos e traz consigo a recomendação da atenção ao outro como um todo. É a integralidade do cuidado de enfermagem. Contudo, se o sujeito do cuidar de enfermagem não for visto com todas as suas possibilidades, inclusive a de morrer, este discurso não alcançará seu objetivo. É preciso entender que a assistência de enfermagem ao paciente em processo de morte também faz parte do cuidado em Terapia Intensiva, assim como em qualquer outra unidade assistencial.

O trabalho é uma expressão de liberdade, de humanidade e, portanto, origem de muitas realizações. Ao ser entendido somente como amostra da produtividade e de benefício para a organização, o trabalhador degrada-se, por não se satisfazer, passando a ter um desgaste contínuo com possibilidades de ter mais sofrimento do que prazer em suas atividades (MARTINS; ROBAZZI, 2006).

A demanda do serviço é grande pelo que o enfermeiro faz. Falta o tapinha nas costas... pra agradecer! É muita cobrança, mas estão esquecendo de agradecer. Isso eu acho que é o ponto mais triste. Agradecer as 12 horas que você fez e deu conta do recado. Mas se em algum momento tiver algum defeito seu, neste mesmo momento você é ligado e: Por que você esqueceu isso? Mas ninguém para pra analisar como é que foi o seu plantão. Eu vejo isso em geral, de uma forma geral. (E6)

Tem dias em que você chega e o cansaço físico junta com todos esses fatores, você chega muito cansado! E você fica se questionando porque que escolheu ser enfermeiro, o enfermeiro paga por todas as coisas, tudo é o enfermeiro... mas é normal do ser humano! (E8)

Todavia, o trabalhador não é mera vítima que sucumbe às sistemáticas tentativas de desqualificação/expropriação. O trabalho desempenha função importante na promoção da saúde do trabalhador, na medida em que, sendo invenção, (re)existe, (re)criando o trabalhador e o próprio processo de trabalho. E, assim, desfazer a relação sofrimento-trabalho passa a ser um desafio a ser enfrentado com os trabalhadores (BARROS; BARROS, 2007).

Do sofrimento ao prazer no trabalho, anuncia-se um plano em que a criação é experiência coletiva porque implica o encontro consigo e com o outro. Trata-se de tomar o trabalho como atividade humana que, sobretudo, se faz num processo contínuo de renormatização, de invenção de novas regras, de novos problemas (BARROS; BARROS, 2007).

Barros e Barros (2007, p. 70) inferem que

Aumentar o grau de autonomia dos trabalhadores nos processos de pensar-fazer seu trabalho, ampliar o grau de abertura aos processos de criação sustentando a indissociabilidade entre atenção e gestão, no caso do processo de trabalho em saúde, permite, ao nosso ver, transitar da dor ao prazer no trabalho sem que com isso caiamos na banalização do sofrimento ou na idealização do prazer.

Dialeticamente aos sentimentos de sofrimento, estão as situações que geram prazer nas enfermeiras, como a possibilidade de intervenção e promoção da recuperação do paciente, o constante aprendizado, a valorização profissional e reconhecimento institucional.

O meu trabalho me dá prazer. Eu sinto prazer no que eu faço! (E7)

Esse trabalho tem um significado grande! Porque você lidar com um paciente crítico e ver esse paciente sair assim... lúcido... um paciente estava todo invadido... e esse paciente começar a conversar com você... é um retorno muito grande que você tem! [...] uma grande parte deles sai e sai até agradecendo a gente! Isso é muito gratificante! (E1)

[...] pelo fato de ser prazeroso, quando você vê aquele doente extremamente grave chegar, você cuidar dele, sai da Terapia Intensiva, vai pra Semi-Intensiva, depois ele vai embora e volta pra dizer que ele foi salvo. Olha, é um significado muito grande pra mim. Vou pra minha casa satisfeito quando eu vejo que tudo aquilo que eu fiz aqui deu resultado positivo pro doente. (E5)

o paciente grave é gostoso! É como se você brigasse o tempo todo com as forças divinas que diz que está na hora dele, mas você prova que não, que ele ainda pode fazer um pouco mais. (E6)

Eu acho que o mais importante pra maioria dos enfermeiros é essa questão do gostar de cuidar. A gente gosta muito de cuidar! Às vezes, o paciente morrendo, a gente faz tudo por ele, às vezes faz ressuscitação, acontecem várias coisas e a gente invade o paciente todo, e depois o paciente volta pra te trazer chocolate, te agradecendo, super feliz da vida, porque viu a morte e agora está bem e graças a vocês. Isso é maravilhoso! Melhor que qualquer outra coisa! (E8)

O significado da terapia intensiva pra mim... é... aprendizado. Renovação o tempo todo. Estou falando em relação à questão profissional. Assim... Como é que eu digo... assim... Com relação a conhecimento. Acho que é renovação o tempo todo. Isso é bom. (E2)

Spíndola (1992, p.56-67) em seu estudo sobre o cenário da Terapia Intensiva, infere que os profissionais percebem a UTI “como um local onde se adquire experiência, se desenvolvem atividades complexas e diferenciadas; o que contribui para diferenciar seus profissionais na instituição hospitalar”.

As enfermeiras intensivistas se sentem mais valorizadas que as demais enfermeiras, devido à oportunidade de exercerem o cuidado direto aos pacientes e de poderem manipular a tecnologia específica deste cenário (SÓRIA, 2006a). A veiculação cultural e científica de que estas profissionais dominam o aparato tecnológico, têm formação diferenciada e capacitação contínua, podem prestar o cuidado direto ao paciente, trabalham em local que fornece recursos materiais, além de sentirem que dominam as “forças divinas”, traduz-se em uma autoestima elevada, portanto, este é um contexto que possibilita o surgimento do prazer.

Nos relatos a seguir é possível evidenciar esta análise:

Na terapia intensiva é onde eu me sinto mais enfermeira. Eu acho que o cuidado é mais perto do doente. Eu acho que a gente faz melhor as nossas funções, desempenha melhor o nosso papel. Eu gosto muito de ficar perto do doente. Gosto muito de doente grave. E as coisas da terapia intensiva, esses respiradores, as milhares de medicações, a instabilidade, a gravidade

do doente, e a recuperação dele. Aqui é onde eu me sinto realizada profissionalmente. É aqui que eu me sinto enfermeira de verdade. (E3)

Eu sempre achei que: Ah... Aqui o trabalho é muito melhor! Eu achava que a enfermeira aqui na Terapia Intensiva era muito mais enfermeira do que numa unidade clínica! Uma unidade clínica era uma coisa mais burocrática... Hoje eu já até mudei um pouco essa minha opinião. As enfermeiras das unidades clínicas também são muito enfermeiras também. Não são só da Terapia Intensiva. Na Terapia Intensiva eu achava que ali era muito mais completo o trabalho da enfermeira do que numa unidade clínica, numa enfermaria. (E4)

No que se refere ao *status* das enfermeiras intensivistas e sua autoestima elevada, deve-se considerar também a proximidade com o saber/fazer médico. As enfermeiras nas UTIs ganharam *status* pela acumulação de saber e habilidades que eram exclusivos da profissão médica. Apesar da hierarquia hospitalar entre médicos e enfermeiras não ter mudado, as enfermeiras intensivistas adquiriram um *status* diferencial em relação às outras enfermeiras alocadas em unidades abertas (SÓRIA, 2006a).

a valorização que a empresa... quanto estar nessa empresa, quanto estar ainda dentro de uma Terapia Intensiva, a história não para aqui dentro... Há valorização como técnico, como enfermeiro. Há oportunidade de eu me mostrar fora daqui. (E6)

Por ser um setor hospitalar de atendimento a pacientes graves, a UTI é dotada de recursos humanos e materiais adequados à garantia de uma assistência de qualidade. A alta tecnologia e a complexidade das situações clínicas inerentes à Terapia Intensiva corroboram a necessidade da realização contínua de atualização e capacitação das enfermeiras. Assim, estando no setor hospitalar em que se detêm as melhores ferramentas de trabalho, as enfermeiras intensivistas representam a imagem da “verdadeira enfermagem”.

aqui é um local limpo, assiado, onde as coisas são feitas da melhor forma possível, com todos os materiais à sua mão, as coisas mais modernas... Quem é que não vai gostar? Não só disso! Também estou falando do trato com as pessoas. Como a chefe que nós temos, que vê muito o nosso lado, que valoriza a gente. Nosso chefe médico que valoriza a gente. Então, o ambiente de trabalho é excelente! Não tem como não gostar! (E2)

Pra mim foi muito significante trabalhar numa UTI de nome, num lugar bom do Rio de Janeiro, de bom padrão, que visa um atendimento de qualidade. Eu sempre vi o hospital dessa forma. Então, pra mim, significava muito poder exercer a minha profissão de uma forma CORRETA [grifo da pesquisadora]. (E9)

A análise dos relatos expostos acima revela que essa instituição preocupa-se com o trabalhador em muitos aspectos: ambiente físico de trabalho agradável, recursos materiais disponíveis, acesso a tecnologia de ponta, bom relacionamento interpessoal entre médico e enfermeira e enfermeira-líder e enfermeira-chefe, além do sentimento de orgulho de fazer parte de um hospital reconhecido por sua excelência no cuidado em saúde. Tais questões são reconhecidamente características de uma organização do trabalho que valoriza o trabalhador

e, por isso, tem potencial para fazer emergir o prazer pelo trabalho desenvolvido. Vale ressaltar que esta situação não é comum de ser encontrada na maioria das instituições de saúde tanto públicas como privadas (SANTOS-FILHO, 2007).

Todo trabalho é geralmente fruto de esforços que exigem concentração, gasto de energia e investimento pessoal. Para produzir algo, o trabalhador deve se sentir bem pessoal e profissionalmente. Portanto, é necessário que o trabalhador seja valorizado e reconhecido ao desempenhar suas atividades laborais (MARTINS; ROBAZZI, 2006).

Pode-se dizer que o reconhecimento “é condição indispensável no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, desempenhando um papel fundamental na possibilidade de transformar o sofrimento em prazer” (MERLO et al., 2003, p. 125-126).

Ainda que o trabalho provoque desgaste, se os esforços despendidos são reconhecidos e valorizados, o trabalhador compreende que seu esforço não foi em vão, e acredita na sua contribuição para a organização, assim como, para si próprio. Caso isso não seja percebido pelos outros, pode então ser desencadeado o sentimento de sofrimento ao invés de sentimento de prazer (MARTINS; ROBAZZI, 2006).

“O sentimento de valorização não acontece somente pelas manifestações positivas das colegas, mas especialmente pelo prazer que a execução do trabalho gera para aquele que o realiza e também para a profissão” (MARTINS; ROBAZZI, 2006, p. 187).

Ao sentir-se valorizado, o trabalhador considera seu trabalho importante para si mesmo, para a instituição e a sociedade, favorecendo uma auto-imagem positiva, à medida que ela está relacionada ao orgulho pelo seu trabalho, à realização profissional, ao sentir-se útil e produtivo. Esses sentimentos de orgulho e utilidade estão na base da valorização (MENDES; TAMAYO, 2001).

O reconhecimento pode significar que as relações socioprofissionais são razoáveis, que existem de forma moderada relações de boa convivência com as chefias e os colegas de equipe, bem como o espaço para construir um coletivo de trabalho no qual estão presentes as margens de liberdade para ajustar as suas necessidades à tarefa (MENDES; TAMAYO, 2001).

O trecho a seguir da fala de um dos sujeitos demonstra que com a ajuda da organização do trabalho é possível driblar as situações de variabilidade e tornar o trabalho na Terapia Intensiva uma fonte de prazer intensa, inebriante e inesgotável.

E parece cachaça: quando você gosta não quer fazer outra coisa. [...] Quem gosta de CTI costuma falar que isso aqui é minha cachaça. (E8)

As enfermeiras intensivistas, sujeitos deste estudo, vivenciam o prazer em suas atividades laborais uma vez que estabelecem relações significativas com sua tarefa e com os colegas de equipe e chefias. A instituição oferece uma organização do trabalho que dispõe das condições necessárias para o trabalho ser fonte de prazer, ainda que o sofrimento não esteja completamente ausente.

Os resultados em relação ao sofrimento indicam uma sensação de desgaste moderada, o que pode ter explicação no tipo de tarefas realizadas, com atividades cansativas, repetitivas, com sobrecarga psicocognitiva e motora, o que gera desmotivação e insatisfação.

O predomínio do prazer pode ter fundamento na concepção de que o trabalho é lugar de realização, de identidade, valorização e reconhecimento, sendo a busca do prazer uma constante para todos os trabalhadores na direção de manter o seu equilíbrio psíquico, tendo o sofrimento um lugar que surge a partir das imposições que as condições externas às situações de trabalho impõem aos trabalhadores (MENDES; TAMAYO, 2001, p.46).

Ao refletirem sobre o significado da sua prática profissional na Terapia Intensiva, as enfermeiras apresentaram falas contraditórias. As mesmas características apontadas como fatores precursores do sofrimento relacionado ao trabalho foram também apontadas como justificativa para o alcance do prazer. Através do método dialético, destacando-se a lei da contradição, podemos inferir que a realidade possui diversas faces, as quais permanecem entrelaçadas e, ainda que pareçam estar em movimentos opostos, elas não se excluem. Ao contrário, fortalecem o desenvolvimento da realidade.

Assim, o prazer e o sofrimento, a frustração e a alegria, a motivação e desmotivação, a satisfação e insatisfação encontram-se unidos como as duas faces de uma mesma moeda, de modo que um inexistente sem o outro, sendo estas contradições importantes para a manutenção da integridade psíquica das enfermeiras (KREISHER, 2007).

### **3.3 A resiliência da enfermeira intensivista: fatores protetores da saúde**

Nesta categoria busca-se compreender a resiliência das enfermeiras intensivistas a partir da identificação dos fatores protetores da sua saúde.

Analisando os depoimentos, verificou-se que, quanto ao tempo de atuação na UTI, o grupo variou entre 03 a 19 anos, e 60% da equipe atua há mais de dez anos na unidade. Esse dado aponta para o fato de que a permanência continuada desses profissionais nesse espaço

denota a presença da resiliência como elemento constituinte do cotidiano desses profissionais, conforme pode ser constatado com a aplicação da escala da resiliência.

A aplicação da Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) foi realizada com a totalidade dos sujeitos envolvidos no estudo. Após a aplicação do instrumento, foi calculado o somatório da pontuação de cada sujeito, totalizando o escore. Posteriormente, procedemos à média aritmética que correspondeu a 139,8 pontos de um total de 175 pontos previstos na escala, ou seja, sendo essa média aritmética o nosso ponto inicial para a determinação da resiliência nesses sujeitos, conforme orientação de Wagnild e Young (1993, p.165-178).

Identificou-se, então, que os dez sujeitos do estudo apresentaram um alto escore, evidenciando que todos os profissionais são resilientes. Para agregar maior confiabilidade na mensuração dos dados e análise da escala, foi realizado um tratamento estatístico adicional, que constou do cálculo do ponto de corte para essa população, o qual constou da média aritmética menos um desvio padrão, encontrando 126,96 pontos. A partir dessa pontuação os sujeitos foram classificados como resilientes ou não resilientes. Por esse método de análise, verificou-se que nove profissionais eram resilientes e um não era.

Após a realização dos dois métodos de análise, foi possível constatar que as enfermeiras intensivistas são resilientes, ainda que haja pequenas variações dentre as avaliações individuais.

Ressalta-se que essa breve abordagem quantitativa se limita a avaliar os níveis de resiliência dos sujeitos, respaldando a discussão dos resultados advindos da entrevista semiestruturada e do diário de campo. Vale informar também que foi realizada uma análise qualitativa de alguns itens ou variáveis contidas na escala da resiliência, os quais foram exaustivamente mencionados nas entrevistas dos sujeitos. Sendo assim, selecionaram-se as variáveis que obtiveram mais incidência na marcação da escala e reforçou-se com as falas dos sujeitos.

A seguir, demonstra-se o quadro com a totalidade dos pontos de cada sujeito, bem como a classificação encontrada. (Quadro 2).

<b>Sujeitos</b>	<b>Pontuação</b>	<b>Classificação</b>
01	141	Resiliente
02	129	Resiliente
03	116	Não Resiliente
04	138	Resiliente
05	129	Resiliente
06	143	Resiliente
07	139	Resiliente
08	155	Resiliente
09	144	Resiliente
10	164	Resiliente

Média = 139,8
Desvio Padrão = 12,84
Ponto de Corte = 126,96

Quadro 2 – Classificação das enfermeiras intensivistas, sujeitos do estudo, quanto a resiliência, segundo pontuação obtida na aplicação da Escala de Resiliência, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

Corroborando com este achado, tem-se o estudo recente, de natureza qualitativa, desenvolvido por Sória (2006a) acerca da resiliência do profissional de enfermagem, na Unidade de Terapia Intensiva, diante das “situações de violência” vivenciadas em seu dia-a-dia. Esse estudo apresentou como resultado a classificação dos seus sujeitos de estudo como resilientes, após aplicação da Escala de Resiliência como um dos instrumentos de coleta de dados.

Diante dessa constatação de resiliência das enfermeiras intensivistas através da Escala apresentada acima, procedeu-se a discussão dos fatores relacionados à promoção da resiliência e manutenção da saúde destas trabalhadoras. Para isso, abordaram-se questões como suporte social, autoconceitos positivos e fortalezas individuais, as quais emergiram com a análise dos depoimentos e as observações realizadas durante a aplicação dos instrumentos de coleta de dados.

Faz-se mister destacar que é com cautela que se define, nesse estudo, a resiliência das enfermeiras intensivistas, entendendo que a resiliência não é um processo uniforme, linear nem definitivo, e sim algo dinâmico e processual, que ocorrerá de acordo com o contexto em que se apresentarem as situações adversas.



Sapienza e Pedromônico (2005, p.215) inferem que “raramente os estressores ou riscos são eventos isolados. Normalmente fazem parte de um ambiente complexo e, quando interligados, constituem-se em um mecanismo que age influenciando o indivíduo”.

A variabilidade inerente da Terapia Intensiva se demonstra um fator adverso que repercute negativamente tanto na produtividade quanto na saúde do trabalhador, configurando-se num fator de risco presente neste cenário complexo de prática da enfermagem, o qual não se apresenta isolado, mas perpassado de outros riscos ocupacionais (CRUZ, 2006). Para que possam se desenvolver enquanto indivíduo, assim como promover a manutenção da sua saúde, as enfermeiras intensivistas demonstram conseguir desenvolver um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que as ajudam a superar esta adversidade, como é possível identificar mais adiante. E, ainda que isso não signifique que elas se mantenham intocáveis ou inabaláveis, elas não sucumbem a ela, conseguindo lidar com as situações mais incômodas ou desagradáveis com certa neutralidade.

A gente lida com pessoas doentes com coisas ruins, com pessoas sofrendo o tempo inteiro, com pessoas com dor, com pessoas em dificuldade, em situações das mais diversas e mais difíceis possíveis, e a gente tem que estar pronto pra dar o melhor pro paciente. A gente não tem que sorrir o tempo inteiro, mas também a gente tem que estar bem pra isso. (E8)

Em consonância, as respostas obtidas com a aplicação da Escala de Resiliência evidenciam a capacidade resolutiva de ações e de adaptação a situações destas enfermeiras, assim como indicam a autoconfiança, o equilíbrio e a determinação como competências pessoais desenvolvidas. Dentre as variáveis que tiveram maior relevância na pontuação e determinação da classificação destas enfermeiras como resilientes estão: “Eu costumo lidar com problemas de uma forma ou de outra”, “Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes” e “Quando estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída”.

Ao conjunto de influências que modificam e melhoram a resposta de uma pessoa a algum perigo que predispõe a um resultado não adaptativo, dá-se o nome de processos de proteção. (JUNQUEIRA; DESLANDES, 2003), que têm a característica essencial de otimizar e provocar uma resposta mais rápida do indivíduo aos processos de risco e possuem quatro principais funções: (1) reduzir o impacto dos riscos, (2) reduzir as reações negativas em cadeia que seguem a exposição do indivíduo à situação de risco, (3) estabelecer e manter a autoestima e autoeficácia, e (4) criar oportunidades para reverter os efeitos do estresse (PESCE et al., 2004).

Essa capacidade de enfrentamento das adversidades, superação e fortalecimento podem acontecer tanto individual como coletivamente, a partir do momento em que o indivíduo se reconhece como parte integrante de um grupo e percebe que dele necessita para se desenvolver em uma relação de mútua influência (MUÑOZ; VÉLEZ; VÉLEZ, 2005).

Segundo Campos (2007a, p. 30), “o suporte social designa formas de relacionamento interpessoal, grupal ou comunitário que dão ao indivíduo um sentimento de proteção e apoio capaz de propiciar redução do estresse e bem-estar psicológico”. Assim, ele percorre as seguintes categorias: o cônjuge, a família, os amigos, os vizinhos, os colegas de trabalho, e todas as demais estruturas sociais que lhe permitam a satisfação de suas necessidades (instrumentais e expressivas) em situações cotidianas e de crise.

Apesar da diversidade de terminologia, existe um consenso relativo de que o suporte social pode ser classificado em: suporte emocional, suporte instrumental e suporte informacional. Suporte emocional refere-se ao que as pessoas fazem ou dizem a alguém (dar conselhos, ouvir seus problemas, mostrar-se empático e confiável) e é percebido como expressão de carinho, cuidados e preocupação do outro. Suporte instrumental compreende as ajudas tangíveis ou práticas que outros (pessoas ou instituições) podem prover a alguém (cuidados com crianças, provisões de transporte, empréstimos de dinheiro ou ajudas com tarefas diárias). Suporte informacional inclui receber de outras pessoas noções indispensáveis para que o indivíduo possa guiar e orientar suas ações ao dar solução a um problema ou no momento de tomar uma decisão (SIQUEIRA, 2008).

A partir da análise dos depoimentos, pode-se apreender que a manutenção de um ambiente de trabalho que proporcione, além dos recursos materiais, humanos e informacionais mais adequados a demanda de trabalho, uma harmonia nos relacionamentos interpessoais dentre os diversos membros da equipe de trabalho é um fator primordial na construção da resiliência, proteção da saúde, motivação e permanência da enfermeira no cenário da Terapia Intensiva. Através dos depoimentos apresentados a seguir verifica-se que os sujeitos investigados estão resilientes devido ao suporte social, que no caso posto abaixo, caracteriza-se como emocional.

Te dá uma segurança quando você tem um bom lugar pra se trabalhar. O que me faz permanecer nesse setor é o ambiente de trabalho que a gente tem aqui. Eu sinto como se fosse uma família mesmo, na verdade. (E1)

O ambiente de trabalho é muito bom. Depois de 15 anos no mesmo local, o que te ajuda a ficar é que é um ambiente bom, aquilo que eu te falei, é um ambiente de trabalho bom, você tem tudo na mão, você tem afinidades, a maioria das pessoas já estão contigo há muitos anos. Então acaba virando uma família. Cria um vínculo. (E2)

A minha chefe é maravilhosa, nos dá abertura o tempo todo. A chefia médica também. Então, isso me dá muita motivação pra continuar trabalhando em Terapia Intensiva. (E5)

Eu acho importante o conjunto. Você estar num ambiente tranqüilo. Amigos e colegas gente boa. Não precisa ser amigos. Basta ser colegas. Basta apenas respeitar o outro como profissional. (E6)

Aqui a gente tem muita liberdade pra falar, pra expor o que você sabe. Pra falar que o paciente está assim, que o paciente... Essa cumplicidade que a gente tem aqui na família, que a gente tem aqui no CTI faz com que a gente se apegue. Quem trabalha aqui, gosta realmente de trabalhar aqui, não quer sair daqui. (E8)

Pode-se apreender nessas falas o sentido que essas enfermeiras dão ao seu ambiente de trabalho, mais especificamente à equipe de enfermagem em que se inserem, denotando um conceito de família ao grupo. Isso demonstra que a proposta de trabalho definida e coletivamente partilhada, em conjunto com o desejo comum de cuidar, substanciou o exercício de relações afetuosas e cuidadoras suportivas entre as enfermeiras intensivistas. Tal situação efetou-se através do exercício compartilhado das tarefas, da comunicação livre, franca e eficaz existente entre elas e do respeito mútuo pelo ser e saber de cada uma. “A necessidade de ser aceito, reconhecido ou valorizado pelos outros é fundamental para o ser humano” (CAMPOS, 2007a, p. 38).

O suporte social e um autoconceito positivo são duas variáveis que podem servir de proteção contra os efeitos de experiências estressantes, e costumam estar correlacionadas, o que indica a existência de um mecanismo através do qual múltiplos fatores protetores promovem a resiliência (SAPIENZA; PEDROMÔNICO, 2005).

Diante de um mundo que vem sofrendo constantes transformações, onde a quebra da identidade pessoal, a ruptura dos vínculos e das normas sociais, a aceleração existencial traduzida pelo consumismo, competência e premência de tempo, assim como os flagrantes de desequilíbrios sociais que se mostram presentes também no âmbito do sistema de saúde, isto é, todo esse contexto adverso parece conduzir a uma prática frequentemente individualista, competitiva e perversa (CAMPOS, 2007a). Nesta perspectiva psicológica, social e econômica assiste-se a fragilização e deterioração do ser humano.

No entanto, devido ao aspecto da resiliência e da rede de suporte que envolve as enfermeiras investigadas evidenciados em seus depoimentos, verifica-se que há um amadurecimento no sentido de conhecerem suas potencialidades e limites, saberem do que gostam ou o que as desagradam, identificarem aquilo que faz bem ou que as desgastam. Este é um dado que se caracteriza como fator de proteção para as enfermeiras – o autoconhecimento. As falas pontuadas a seguir evidenciam esta análise.

Eu gosto muito do que eu faço. Eu não saberia fazer outra coisa. Se me perguntasse: Se você não fosse enfermeira seria o quê? Eu acho que nada! Nada. Com certeza o principal é essa paixão pelo trabalho. (E8)

Quando você trabalha numa terapia intensiva de um porte que te forneça materiais, procedimentos em que o investimento é grande no paciente, fica mais fácil trabalhar. (E1)

As pessoas que estão aqui hoje como chefia, rotina, me deram oportunidade de crescer pra outros lugares, confiam no meu trabalho, me respeitam como profissional. Apesar de tudo, a gente ainda tem um ambiente muito gostoso. Muito gostoso! Eu não troco este hospital por lugar nenhum! [...]Você tem qualidades que os outros reconhecem. Eu acho que eu vou envelhecer dentro da Terapia Intensiva. (E6)

A resiliência tanto pode se apresentar individualmente como coletivamente, nas instituições/organizações ou até mesmo na sociedade. Considerando-se que a resiliência também é fruto da democratização, da flexibilização e do dinamismo, assim como é construída a partir da relação dialética e dinâmica entre o indivíduo e o meio em que se encontra, pode-se ter tanto ambientes facilitadores de resiliência individual, como pessoas facilitadoras de ambientes resilientes (TAVARES, 2002; PINHEIRO, 2004).

Há uma correlação entre, de um lado, os sentimentos de prazer e sofrimento e, de outro, as dimensões de reconhecimento, desgastes e valorização. A produção leva a um sentimento de valorização e reconhecimento, que mesmo o sistema produtivo exercendo controle e muitas vezes exploração do trabalho, não impede o trabalhador de criar suas próprias estratégias para resistir a tais pressões, lutar e conquistar para que as atividades no trabalho sejam favoráveis a seu bem estar, ao seu prazer (MARTINS; ROBAZZI, 2006).

Uma exemplificação disso pode ser dada através das anotações do diário de campo realizadas durante a aplicação da Escala de Resiliência, quando ao responderem sobre a capacidade de achar motivos para rir, a grande maioria dos sujeitos do estudo riu concordando totalmente com a afirmativa e lembrando de como eles utilizam do riso para amenizar o sofrimento que encontram na sua prática laboral. Não como banalização, mas como válvula de escape diante da tensão enfrentada.

A autoestima e a autoconfiança de cada profissional encontram apoio e suporte numa equipe e num ambiente bem estruturados em torno da sua proposta de trabalho (CAMPOS, 2007a).

Considerando-se o estresse cotidiano em que vivem as enfermeiras diante do contexto permeado de situações adversas das UTIs, pode-se deduzir que elas estejam vulneráveis à doença (CAMPOS, 2007a). Infere-se que em muitas entrevistas o trabalho aparece como possível agravante da qualidade de vida e do estado de saúde. No entanto, as enfermeiras exibem uma postura e atitudes peculiares em relação às repercussões do trabalho na saúde,

pois entendem que as repercussões são esperadas e normais, próprias de quem pertence a este universo de trabalho.

Nas entrevistas, as associações feitas entre trabalho e saúde foram bastante curiosas: primeiro, porque todas as entrevistadas relataram que nunca tiveram nenhum problema de saúde relacionado com trabalho ou com as condições de trabalho. Segundo, porque todas relataram sofrer repercussões como cansaço físico e estresse físico e mental relacionados ao trabalho. Nos depoimentos, algumas enfermeiras mencionaram que, devido ao desgaste psicofísico oriundo do trabalho em Terapia Intensiva, acreditam e concordam com os estudos que vem sendo realizados quanto a diminuição do tempo de trabalho em UTIs em torno de 10 anos.

A questão é que as pessoas não sabem que estão doentes... As pessoas acham que é uma coisa normal... “Ah, foi a vida que eu escolhi...” (E8)

Você acaba cansando com algumas coisas... cansada mesmo de cuidar de um doente grave, porque você chega numa idade em que já não agüenta mais... dar plantão de 24 horas, mal consegue dar o de 12... Até aquilo que não te cansava você passa a achar um saco. No momento em que você está cuidando do doente, o carinho é o mesmo, a atenção é a mesma, o cuidado é o mesmo, mas certas coisas que se tornam muito repetitivas já não ta mais afim. Minha motivação em continuar é mesmo o ambiente, o vínculo, é poder fazer as coisas direito. (E2)

Com certeza eu sinto mais cansaço, estresse. Porque acaba que a gente tem pouco tempo pra fazer outras coisas. Eu já tive vários momentos de dificuldade de dormir, de dormir pouco, de dormir mal. Às vezes sinto dor nas costas. Fora o estresse mesmo do trabalho. Mas não é nada muito grave que precise de afastamento médico. Eu nunca fui de ficar doente. Desde que eu comecei a trabalhar aqui, começou a aparecer uns troços, umas gripes mais fortes, porque fico com a imunidade mais baixa. A parte física nem digo tanto, mas a parte emocional, esse estresse é muito maior... (E3)

Existem alguns estudos aí que dizem que enfermeiro de CTI deve trabalhar até uns 10 em CTI. E eu acabo concordando com isso. A gente vai ficando muito cansada... (E4)

O que repercute na nossa saúde...A gente tem dor de cabeça, cansaço... Muitas vezes você sai do plantão, você chega em casa, e não quer... tem que dar atenção pros familiares, porque eles não têm culpa do meu estresse aqui. Mas o lado emocional está tão abalado que muitas vezes você quer ficar calado e quietinho no canto. Nunca adoeci, não. De ficar afastado, não. (E5)

Não adoeci a ponto de me licenciar, porque eu me cuidei muito, ne! Porque quase! Não por doença física! Mas eu tive problemas emocionais. Ansiedade... Quase, se eu não me cuidasse, se eu não tivesse uma mente forte, talvez eu tivesse pedido licença, mas eu não cheguei a pedir não. (E9)

As pessoas estão cansadas! E o cansaço não é só de uma pessoa, são de várias. As pessoas estão ficando velhas. E eu não sei quanto tempo dura o profissional da Terapia Intensiva. (E6)

Essas falas apontam para questões dialéticas próprias do mundo do trabalho e do ser humano, pois ao mesmo tempo em que negam, em um primeiro momento, as repercussões do labor em seus corpos ou as consideram normais e esperadas, aprofundando no conteúdo dos depoimentos apreende-se desgaste físico e psíquico, capta-se uma mensagem de queixa e de

ressentimento, ou mesmo de preocupação, evidenciando que a situação não é simples e nem bem resolvida.

Assim, pode-se inferir que há um desgaste psicofísico deste profissional ainda que o prazer predomine na sua relação com o trabalho na Terapia Intensiva. Isto porque, talvez, sua percepção de prazer seja sustentada em pontos que estão aquém da possibilidade de intervir no cansaço, visto que este é proveniente das constantes mobilizações psico-cognitivas e motoras que demandam da própria atividade de trabalho das UTIs, permeadas de variabilidade, enquanto o prazer está relacionado a questões mais subjetivas como as expectativas com o trabalho e a valorização profissional, dentre outras.

Com relação às estratégias relacionadas à promoção da saúde desses trabalhadores, os depoimentos e as respostas dadas ao instrumento da Escala de Resiliência evidenciam uma preocupação desses com a manutenção de hábitos de vida saudáveis, assim como a necessidade de manter uma rede social suportiva também fora do ambiente de trabalho e a capacidade que têm de encontrar um sentido à sua vida e um orgulho/satisfação por seus feitos.

Eu evito ficar enfiada aqui dentro. Eu venho de preferência nos meus plantões e quando eu tenho que vir por fora. Eu evito ficar dobrando. Eu não trabalho mais à noite! Eu troco de dia, mas não troco à noite. Procuro pagar um final de semana pra ficar um final de semana livre. Entendeu? Saio com o meu marido. Tenho procurado fazer exercício físico. (E2)

As minhas melhores amigas são daqui, ne. Então a gente sai daqui e a gente tem que forçar uma barra. O que acontece aqui eu deixo aqui e vou pra casa e descanso. Já interferiu mais. Você vai aprendendo a separar, tem coisas que você sabe que não vai poder mudar... (E3)

Eu sou uma pessoa muito preocupada com essa coisa de saúde e prevenção. Então eu sou meio neurótica com alimentação. Eu tenho um certo cuidado! Eu pratico uma atividade. Eu gosto de correr! E eu acho que essa coisa me ajuda muito! Eu moro sozinha, mas eu tenho uma boa relação com as minhas irmãs, com a minha mãe. Isso ajuda... Então é importante também. (E4)

Cuido da saúde, da mente, do espírito. Na realidade, a gente tem uma coisa muito importante que é o completo bem-estar físico, mental e social. Então você tem que cuidar dos 3. Assim, é difícil encontrar uma pessoa nessa tríade resolvida. Mas se você encontrar pelo menos equilibrado, já é o suficiente, ne. Dá pra se sentir bem. (E6)

Olha, fatores divinos! (risos) Porque a alimentação, realmente, é muito complicada conseguir. Mas a gente tenta pelo menos... Atividade física eu acho que tem mais ou menos 1 ano que eu não faço nenhuma atividade física. Eu acredito que é coisa mesmo de Deus falar: Olha você não pode ficar doente! Você não vai ficar! (risos) Porque eu não tenho outra explicação. Ah, eu tenho uma vida social... Realmente, eu tento manter... eu acho que tem isso também! Eu tenho meus horários de trabalho, mas eu tenho também meus horários de lazer e eu não abro mão! (E7)

Eu acho que as pessoas têm que aprender a realmente respeitar os seus limites! Porque as pessoas têm limites. Não é porque a gente é da área da Saúde que não tem limite. Muito pelo contrário! A gente tem Programa de Saúde do Trabalhador, mas nada é feito em relação a isso. A gente podia ter horários de relaxamento de 10 minutos, exercícios, alguma coisa assim. Mas não. Não tem nenhum tipo de trabalho relacionado a isso. É mais a questão de prevenção. A gente faz vacinação aqui dentro. Tem mais outras coisas, mas preventiva.

Acidente de trabalho, a gente tem treinamento relacionado a isso, utilização de equipamentos.  
(E8)

As estratégias encontradas para as enfermeiras manterem-se resilientes são variadas, desde a prática do lazer e esporte, adoção de alimentação saudável até o autoconhecimento, além da manutenção de uma rede de amigos e família próxima e viva. Incluem-se também aspectos da espiritualidade e das características da organização e processo de trabalho. Assim, apreende-se que para estar resilientes é preciso agregar múltiplos fatores protetores que envolvem aspectos psíquicos, sociais, espirituais e econômicos.

A resiliência pode reduzir a intensidade do estresse e a diminuição de sinais negativos como ansiedade, depressão ou raiva, aou mesmo tempo que aumenta a curiosidade e a saúde emocional. Com isto, a resiliência é efetiva não somente no enfrentamento das adversidades como também na promoção da saúde mental e emocional dos indivíduos (GROTBERG, 2007).

A promoção da saúde nos locais de trabalho está diretamente relacionada ao fortalecimento da capacidade individual e coletiva para transformar positivamente situações que agridem e fazem sofrer. Ou seja, a saúde e o processo de adoecimento são manifestações da vida e, assim sendo, são reflexo de experiências singulares e subjetivas que, portanto, não devem ser excluídas do construto de seus conceitos e delimitações (BARROS; MORI; BASTOS, 2007).

Evidencia-se, assim, que a resiliência se desenvolve em contextos cotidianos de adversidade quando o indivíduo é capaz de encontrar recursos internos e externos que o possibilite superar tais situações adversas.

Dessa maneira, é importante e necessário que se investigue e valorize o saber individual e coletivo sobre sua própria vida, para que se possam discutir questões sobre seus processos de saúde e adoecimento (BARROS; MORI; BASTOS, 2007). Assim como também se deve compreender que os fatores protetores advindos do suporte social, do autoconceito positivo e das fortalezas internas incorporam como elemento essencial a dinâmica entre eles próprios (INFANTE, 2007).

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Inicialmente faz-se relevante destacar que a realização deste estudo foi um desafio, pois trabalhar com conceitos e pressupostos inseridos recentemente nas discussões de Enfermagem e Terapia Intensiva, não é simples e tampouco fácil. A resiliência é um conceito novo na área da saúde e um fenômeno de difícil assimilação, fato que dificulta a aplicação do conceito na prática. Todavia, estudos vêm demonstrando ser possível sua aplicabilidade ao grupo de profissionais de enfermagem, considerado constantemente exposto a adversidades em sua atividade de trabalho, gerando benefícios à promoção da saúde destes trabalhadores.

Mas, mesmo com algumas situações de “variabilidade” que permearam o desenvolvimento da pesquisa, considera-se que os objetivos foram atingidos e as questões norteadoras foram respondidas.

A análise apreendida foi de relevância para a área da Saúde do Trabalhador, possibilitando a ampliação do seu construto teórico e prático, pois ela se soma a outros resultados de pesquisas, revelando os fatores relacionados à resiliência da enfermeira frente à variabilidade existente na dinâmica de trabalho em Terapia Intensiva e seus desdobramentos na promoção e prevenção de agravos à saúde do trabalhador. Além disso, houve a possibilidade de se captar as estratégias para a construção e desenvolvimento da resiliência, no sentido de minimizar os riscos à saúde do trabalhador.

A partir da releitura dos resultados, algumas situações podem ser sintetizadas, tais como o perfil da enfermeira que se insere na UTI investigada. Essa profissional tem afinidade com situações limites e gostam de desafios, e vencê-los resulta em prazer. São dinâmicas e lidar com aparato tecnológico se traduz em intensa satisfação. Outro aspecto apreendido em relação ao perfil da enfermeira intensivista é gostar de estudar, aprender, se capacitar, evidenciando uma relação própria de quem aprende também gosta de ensinar, ou seja, apresentam características inerentes à docência. Sendo importante destacar que, a organização e o ambiente de trabalho em que se inserem estimulam o desenvolvimento de tais características.

Verificou-se que as enfermeiras intensivistas possuem uma autoestima elevada, pois no ambiente hospitalar, a UTI se reveste de um simbolismo positivo, no qual quem trabalha neste espaço pode desenvolver suas atividades com recursos tecnológicos de ponta, têm assegurado insumos hospitalares adequados ao desenvolvimento de suas atividades, cuida do doente e não se reduz as burocracias assistenciais, apresentam reconhecimento institucional e profissional pelo trabalho desenvolvido. Ou seja, apreendeu-se que essas enfermeiras se



entendem numa posição superior às demais enfermeiras das outras unidades assistenciais devido à cultura e ao simbolismo que envolve o ambiente das UTIs.

Ao refletirem sobre o significado da sua prática profissional na Terapia Intensiva, as enfermeiras apresentaram falas contraditórias. Captou-se que o que dá prazer e satisfação também se caracteriza em fator de sofrimento e desgaste para as enfermeiras, reforçando as múltiplas situações dialéticas que envolvem o mundo do trabalho. Isto é, a pesada tecnologia de ponta que adentra cotidianamente no espaço da UTI, obrigando estas profissionais capacitarem-se e se adaptarem rapidamente as novas tecnologias, caracterizando fator de sofrimento, mas ao perceberem que dominam as máquinas e o aparto tecnológico, esta situação gera prazer. Além disso, questões bioéticas perpassam pela dimensão subjetiva das enfermeiras, inquietando-as e desgastando-as sobre qual é o limite do emprego das altas tecnologias em alguns clientes.

Outras situações se traduzem em sofrimento para as enfermeiras como: a alta circulação de outros profissionais na UTI; volume elevado de trabalho com pressão da organização prescrita do trabalho para dar conta da tarefa, ritmo intenso de trabalho e lidar com a dor, o sofrimento e a morte. E neste ponto surge outra situação dialética, pois se por um lado lidar com a possibilidade da morte é fator de sofrimento, por outro, vencer a morte e brincar de desafiar o divino é fator de prazer.

A configuração da organização do trabalho e as características das condições laborais da UTI são fatores que propiciam o surgimento do prazer, pois se verificou que o ambiente físico de trabalho é agradável e adequado ao desenvolvimento das atividades de enfermagem; os recursos materiais e humanos estão disponíveis em quantidade e qualidades adequadas, garante-se o acesso a tecnologia de ponta, assim como a capacitação para lidar com a mesma; há um bom relacionamento interpessoal entre médico e enfermeira e enfermeira-líder e enfermeira-chefe; além do sentimento de orgulho de fazer parte de um hospital reconhecido por sua excelência no cuidado em saúde.

Constatou-se então que a organização prescrita do trabalho está bem próxima da organização real do trabalho, apesar das situações de variabilidade existentes neste cenário. E essa configuração laboral, na leitura de Dejours (1992), é um determinante para fazer emergir o prazer nos trabalhadores e assegurar a saúde. Nesta perspectiva considera-se que as situações que determinam o prazer das enfermeiras decorrentes do trabalho são significativamente maiores que as que remontam ao sofrimento. Vale ressaltar que esta configuração se distancia de várias instituições de saúde, as quais usualmente apresentam uma

organização de trabalho pouco racional, não democrática, inflexível que não reconhece e valoriza o trabalhador (SOUZA, 2003).

Diante desse contexto, verificou-se que as enfermeiras são resilientes frente às características desta UTI, em especial a variabilidade própria do ambiente. Constatou-se que a partir das falas dos sujeitos não há afastamento por licença médica, não existe absenteísmo e as enfermeiras não correlacionam problemas de saúde às situações de trabalho.

Alguns fatores protetores foram apreendidos, os quais ajudam a garantir a resiliência das enfermeiras, destacando-se à prática de esporte, lazer regular, convívio com amigos e familiares, bom relacionamento com os colegas de trabalho, alimentação adequada, atenção aos aspectos espirituais, além de estarem inseridas numa organização de trabalho que valoriza a dimensão subjetiva do trabalhador e reconhece o esforço do mesmo. Desta forma, verifica-se que estes fatores garantem a permanência das enfermeiras na UTI, inclusive revelando uma baixa rotatividade, insignificante absenteísmo e nenhuma licença médica.

A contribuição que este estudo mostrou em relação à correlação entre o conceito de resiliência na área de enfermagem em Terapia Intensiva e a preocupação com a saúde do trabalhador, é a geração de subsídios que possam integrar programas e processos de sensibilização e promoção da resiliência no enfrentamento às situações adversas da variabilidade, inerentes a este cenário. Isto porque, considera-se importante a existência de um suporte institucional especializado, capaz de mobilizar recursos tecnológicos, sociais e emocionais para o desenvolvimento de medidas de cuidado à saúde dos trabalhadores.

Diante disto, destaca-se que este estudo será disponibilizado à instituição que serviu como cenário da pesquisa com o intuito de que o mesmo possa subsidiar programas gerenciais na área da enfermagem em Terapia Intensiva, com vistas à promoção do acolhimento e da escuta dos profissionais, com enfoque na resiliência como eixo norteador na gestão de pessoas, ressaltando o desenvolvimento de estratégias que favoreçam os fatores protetores e combatam os fatores adversos no cuidado à saúde destes trabalhadores.

Conforme mencionado anteriormente, considera-se que os objetivos do estudo foram atingidos, no entanto, ao final deste trabalho existe a certeza de que há muito a ser pesquisado sobre resiliência, fatores protetores, além da própria questão da variabilidade, as quais são temáticas pouco investigadas na Enfermagem. Assim, sugerem-se novas pesquisas que tenham como objeto, por exemplo, a correlação entre fatores de risco, fatores protetores da resiliência frente à variabilidade, porém ampliando o foco de investigação para toda a equipe de enfermagem e em diferentes cenários de prática da enfermagem.

## REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J.I. Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia. **Rev. Psicol.: Teoria e Pesquisa**. Brasília, v. 15, n. 1, p. 49-54, jun./abr. 2000.

ALVES, G. B. **Contribuições da ergonomia ao estudo da LER em trabalhadores de um restaurante universitário**. Dissertação (Mestrado em Engenharia), Universidade federal de Santa Catarina, Santa Catarina, 1995. Disponível em: <<http://www.eps.ufsc.br/disserta/gisele/cap2/cap2.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

BALLONE, G. J. **Fisiologia do stress**. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br>>. Acesso em: 20 mar. 2005 apud JANUÁRIO, V. F. **O trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva: conseqüências e implicações no corpo de enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

BARCELOS, A. M. C.; GOMES, A. O.; LACERDA, F. C. A importância da comunicação não-verbal na prática de enfermagem em terapia intensiva. **Enferm. Atual**. Rio de Janeiro, Ano 3, n. 14, p. 33-40, mar./abr. 2003.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BARROS, M. E. B.; MORI, M. E.; BASTOS, S. S. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. de (Orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. Parte 2. Cap 1. p. 99-121.

BARROS, R. B.; BARROS, M. E. B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. Parte 1. Cap 2. p. 61-71.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância Sanitária. Portaria nº 466, de 04 de junho de 1998. Estabelece o regulamento técnico para o funcionamento dos serviços de tratamento intensivo e sua respectiva classificação de acordo com o grau de complexidade, capacidade de atendimento e grau de risco inerente ao tipo de atendimento prestado. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jun. 1998. Anexo B. p.28-34. Disponível em: <[http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM\\_P466\\_98uti.doc](http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/uti/GM_P466_98uti.doc)> Acesso em: 04 jan. 2007.

CABRAL, I. E.; TYRREL M. A. R. O objeto de estudo e a abordagem de pesquisa qualitativa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. et al. (Orgs) **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: 1998. Cap. 2.

CAMPOS, E. P. **Quem cuida do cuidador: uma proposta para os profissionais da saúde**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007a.

CAMPOS, G. W. S. Apresentação. In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007b. p. 11-15.

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. v. 1. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil, 1990.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade da assistência. São Paulo: Atheneu, 2002.

CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. Aspectos organizacionais em UTI. In: \_\_\_\_\_. **A Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Atheneu, 2000. Cap.2.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. (Orgs). **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. (Brasil). **Resolução 293/2004**. Rio de Janeiro: COFEN, 2004. Disponível em: <<http://www.potalcofen.com.br>> Acesso em: jun. 2006.

CORRÊA, C. F. **Biossegurança em uma unidade de terapia intensiva**: a percepção da equipe de enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CRUZ, E. J. E. R. **As repercussões da variabilidade no trabalho e na saúde do enfermeiro intensivista**. Monografia (Graduação em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

D'AURIA, A. **Resiliência reduz riscos de doenças e melhora a qualidade de vida**. Disponível em: <[http://carreiras.empregos.com.br/carreira/administracao/qualidade\\_de\\_vida/030203-resiliencia\\_alberto\\_dauria.shtm#](http://carreiras.empregos.com.br/carreira/administracao/qualidade_de_vida/030203-resiliencia_alberto_dauria.shtm#)> Acesso em: 30 set. 2006.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré, 1992.

\_\_\_\_\_. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **RAE**. São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98 - 104, maio/jun. 1993.

\_\_\_\_\_; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do Trabalho**: uma contribuição da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994.

DUARTE, F. J. M.; VIDAL, M. C. Uma abordagem ergonômica da confiabilidade e a noção de modo degradado de funcionamento. In: FREITAS, C. M. et al. (Org.). **Acidentes industriais ampliados**: desafios e perspectivas para o controle e a prevenção. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. p. 83 – 105.

FARIA, E. M. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.) **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina: Papa-livros, 1999, p.121-150.

FERREIRA, A. B. H. **Mini-dicionário da Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.

\_\_\_\_\_. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FLASH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991 apud PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em Discussão. **Psicol. estud.** Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

FORTES, P. A. C. **Ética e saúde: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos do paciente, estudo de casos**. São Paulo: EPU, 1998.

GALVÃO, C. M. **Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico**. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1990 apud GALVAO, C. M. et al. Leadership and communication: essential strategies for the management of nursing care in the hospital context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, 2000.

GALVAO, C. M. et al. Leadership and communication: essential strategies for the management of nursing care in the hospital context. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, 2000.

GARCIA, I. Vulnerabilidade e resiliência. **Adolesc. Latinoam.**, Porto Alegre, v. 2, n. 3, abr. 2001.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GRATTON, L. Palavras ao vento. **Exame**, 719. ed., Ano 34, n.15, p. 36-40, 2000 apud VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel**. Disponível em: <[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani\\_uti.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2006.

GROTBERG, E.H. Introdução: novas tendências em resiliência. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Orgs.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas**. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 15-22.

GRÜNSPUN, H. **Conceitos sobre resiliência**. Disponível em: <<http://www.cfm.org.br/revista/bio10v1/seccao4.1.htm>>. Acesso em: 28 ago. 2003 apud SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. estud.** Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2005.

GUÉRIN F. et al. **Compreendendo o trabalho para transformá-lo**. São Paulo: Edgard Blücher Fundação Vanzolini, 2001.

GUTIERREZ, B. A. O.; CIAMPONE, M.H. T. Profissionais de enfermagem frente ao processo de morte em unidades de terapia intensiva. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 19, n. 4, dez. 2006.

HUDAK, C. M; GALLO, B. M. **Cuidados Intensivos de Enfermagem**. Uma abordagem

holística. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997 apud VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo: refletindo sobre seu papel.** Disponível em: <[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani\\_uti.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2006.

INFANTE, F. A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In: MELILLO, A.; OJEDA, E. N. S. (Orgs.). **Resiliência: descobrindo as próprias fortalezas.** Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 23-38.

JANUÁRIO, V. F. **O trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva: conseqüências e implicações no corpo de enfermeiras.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

JUNQUEIRA, M. F. P. S.; DESLANDES, S. F. Resiliência e maus-tratos à criança. **Cad. Saúde Pública.** Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 227-235, jan./fev. 2003.

KNOBEL, E. **Condutas ao paciente grave.** São Paulo: Ed. Atheneu, 1998. p.1337-1346.

KREISCHER, E. D. **A percepção dos enfermeiros sobre a organização do trabalho no centro cirúrgico de um hospital universitário.** Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.

LIEDKE, E. R. Processo de Trabalho. In: CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre o trabalho e tecnologia.** 4. ed. Porto Alegre: Vozes; URRGS, 2002. p. 247-249.

\_\_\_\_\_. Relações de Trabalho. In: CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre o trabalho e tecnologia.** 4. ed. Porto Alegre: Vozes; URRGS, 2002. p. 271-273.

\_\_\_\_\_. Trabalho. In: CATTANI, A. D. **Dicionário crítico sobre o trabalho e tecnologia.** 4. ed. Porto Alegre: Vozes; URRGS, 2002. p. 341-346.

LINDSTRÖM, B. O significado da resiliência. **Adolesc. Latinoam.,** Porto Alegre, v. 2, n. 3, abr. 2001.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas.** São Paulo: EPU, 1986.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. Sentimentos de prazer e sofrimento de docentes na implementação de um currículo. **Rev. Gaúch. enferm.** Porto Alegre, n. 2, p. 284-290, jun. 2006.

MAZZILLI, C. ; LUNARDI FILHO, W. D. Uma abordagem psicanalítica do processo de trabalho na área de enfermagem. **RAE.** São Paulo, v. 36, n. 3, p. 98-104, jul./set. 1996.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A. Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. **Psico-USF,** v. 6, n.1, p. 39-51, jun. 2001.

MERLO, A. R. C. et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicol. soc.**, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1993.

\_\_\_\_\_. (Org.). **Pesquisa Social: Teoria, metodologia e criatividade**. 19. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2006.

MUNÓZ, D. E. O; VÉLEZ, D. E. J.; VÉLEZ, T. M. U. La resiliencia en la promoción de la salud de las mujeres. **Invest. educ. enferm.** v. 23, n. 1, p. 78-89, mar. 2005.

OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 1-13, mar./abr., 2004.

OSOL, A. **Dicionário Médico Blakiston**. São Paulo: Andrei, 1982.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. saúde pública.**, São Paulo, v. 35, n. 1, 2001.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Pisc.: Teor. e Pesq.** Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143, maio/ago.2004.

\_\_\_\_\_ et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 436-448, mar./abr. 2005.

PINHEIRO, D.P. N. A Resiliência em Discussão. **Psicol. estud.** Maringá, v. 9, n. 1, p. 67-75, 2004.

RUTTER, M. Stress, coping and development: some issues and some questions. **J. child psychol. psychiatry allied discipl.**, 1981 apud SÓRIA, D. A. C. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006a.

\_\_\_\_\_. Psychosocial resilience and protective mechanisms. **Am. j. orthopsychiatr.**, v. 57, n. 3, p. 316-331, 1987 apud YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.** Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número Especial.

\_\_\_\_\_. Resilience: some conceptual considerations. **J. adolesc. Health.**, v. 14, p. 626-631, 1993 apud PINHEIRO, D. P. N. A Resiliência em Discussão. **Psicol. estud.** Maringá, v.9, n.1, p. 67-75, 2004.

\_\_\_\_\_. Resilience concepts and findings: implications for family therapy. **J. fam. ther.**, v. 21, p. 119-144, 1999 apud YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.** Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número Especial.

SANTOS-FILHO, S. B. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS-FILHO, S. B.; BARROS, M. E. B. (Orgs). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. Parte 2. Cap 5. p. 251-265.

SAPIENZA, G.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicol. estud.** Maringá, v. 10, n. 2, p. 209-216, maio/ago. 2005.

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

SHOEMAKER, W. et al. **Textbook of critical care**. 2. ed. Filadélfia: Standers, 1989 apud JANUÁRIO, V. F. **O trabalho de enfermagem na unidade de terapia intensiva: conseqüências e implicações no corpo de enfermeiras**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

SILVA, M. J. P. Humanização em UTI. In: CINTRA, E. A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente crítico**. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. Cap.1.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. O cuidado de enfermagem frente ao avanço tecnológico em saúde. Disponível em: <<http://www.pesquisando.eean.ufrj.br/viewabstract.php?id=204&cf=1>> Acesso em: 15 fev. 2009.

SIQUEIRA, M. M. M. Construção e validação da escala de percepção de suporte social. **Psicol. estud.** Maringá, v. 13, n. 2, p. 381- 388, abr./jun. 2008.

SLAP, G. B. Conceitos atuais, aplicações práticas e resiliência no novo milênio. **Adolesc. Latinoam.** Porto Alegre, v. 2, n. 3, p. 173-176, abr. 2001.

SÓRIA, D. A. C. **A resiliência dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006a.

\_\_\_\_\_. A resiliência como objeto de investigação na enfermagem e em outras áreas: uma revisão. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**, v. 10, n. 3, p. 547- 551, dez. 2006b.

SOUZA, N. V. D. O. **Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário**. Tese (Doutorado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

SPÍNDOLA, T. **O CTI sob a ótica dos profissionais de enfermagem: uma abordagem fenomenológica**. Dissertação (Mestrado), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1992.

TAVARES, J. A resiliência na sociedade emergente. In: \_\_\_\_\_. (Org.). **Resiliência e educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 43-75.



TIMOSHEIBO, S. P. **History of strength of materials**. Stanford: Stanford University Press, 1983 apud YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-42.

TREVIZAN, M. A. et al. Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem. **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 6, n. 5, p. 77-82, dez. 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo**: refletindo sobre seu papel. Disponível em:  
<[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani\\_uti.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2006.

VIDAL, M. C. O que é ergonomia. In: \_\_\_\_\_. **Ergonomia na empresa**: útil, prática e aplicada. São Paulo: Ed. Virtual Científica, 2002. p. 11-27.

VILA, V. S. C.; ROSSI, L. A. O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. **Rev. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, mar./abr., 2002 apud VARGAS, D.; BRAGA, A. L. **O enfermeiro de unidade de tratamento intensivo**: refletindo sobre seu papel. Disponível em:  
<[http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani\\_uti.pdf](http://www.fafibe.br/revistaonline/arquivos/divani_uti.pdf)>. Acesso em: 14 abr. 2006.

WAGNILD, G. M.; YOUNG, H. M. Development and psychometric evaluation of resilience scale. **J Nurs Meas**, v. 1, p. 165-178, 1993.

\_\_\_\_\_. **The resilience scale**. Disponível em: <<http://www.resiliencescale.com>>. Acesso em: 19 jan. 2008.

WISNER, A. Diagnosis in ergonomic or the choice of operating models in field research. **Ergonomics**, v. 15, n. 6, p. 601-620, 1972 apud **Ergonomia**: conceitos, origem e cronologia. Disponível em: <<http://www.ergonomia.com.br/htm/conceitos.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

YUNES, M. A. M. Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. **Psicol. estud.** Maringá, v. 8, p. 75-84, 2003. Número Especial.

\_\_\_\_\_; SZYMANSKI, H. Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e Educação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 13-42.

A engenharia clínica como estratégia na gestão hospitalar. In: **Gestão da tecnologia biomédica**. Tecnovigilância de engenharia clínica. Cap. 4. Disponível em:  
<<http://www.anvisa.gov.br/tecnovigilancia/capitulo4.pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2009.

**Ergonomia**: conceitos, origem e cronologia. Disponível em:  
<<http://www.ergonomia.com.br/htm/conceitos.htm>>. Acesso em: 14 abr. 2006.

**APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido****Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Prezado (a) Sr. (a),

Eu, ÉliSSa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz, enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, solicito por meio deste a sua colaboração em participar da pesquisa que estou realizando acerca da resiliência da enfermeira intensivista frente a situações de variabilidade no trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que tem por objetivos: caracterizar o entendimento das enfermeiras sobre sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva; discutir os fatores motivadores da permanência das enfermeiras no trabalho em Terapia Intensiva; analisar os fatores protetores relacionados à resiliência das enfermeiras que permitem a manutenção da saúde diante do contexto da Terapia Intensiva.

Aceitando, sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário (Escala de Resiliência) e participar de uma entrevista gravada (as fitas serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa). Concomitantemente à entrevista, haverá a utilização de um Diário de Campo de forma complementar na coleta de informações, onde será registrado por mim tudo o que for observado quanto ao ambiente físico, suas expressões faciais, postura, gestos, tom de voz e ênfases durante o seu relato, assim como as minhas impressões.

Esclarecemos que suas informações serão utilizadas apenas NESTA pesquisa, que tem como orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Ressaltamos que sua participação é voluntária e que a qualquer momento pode recusar-se ou interromper sua participação sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Garantimos o sigilo sobre todas as suas

informações e que seu anonimato será preservado. Portanto, utilizarei nomes fictícios para cada sujeito que participará da pesquisa nas descrições dos relatos contidos nos resultados.

V<sup>a</sup>.S<sup>a</sup>. tem o direito a esclarecimentos sobre dúvidas que surjam e, para isto, deve dirigir-se a Coordenação de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ na Av. Boulevard 28 de Setembro nº 157 – 7º andar - Vila Isabel.

Rio de Janeiro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

### **Termo de Consentimento**

Declaro que entendi as informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Participante

**APÊNDICE B** – Roteiro para entrevista semi-estruturada com as enfermeiras**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS ENFERMEIRAS**

Este instrumento de pesquisa destina-se a coletar informações para o desenvolvimento da pesquisa acerca da resiliência da enfermeira intensivista frente a situações de variabilidade no trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que tem por objetivos: caracterizar o entendimento das enfermeiras sobre sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva; discutir os fatores motivadores da permanência das enfermeiras no trabalho em Terapia Intensiva; analisar os fatores protetores relacionados à resiliência das enfermeiras que permitem a manutenção da saúde diante do contexto da Terapia Intensiva.

1. Há quanto tempo você atua em Terapia Intensiva?
2. Como foi seu ingresso no contexto da Terapia Intensiva?
3. Que significado tem este trabalho para você?
4. Você se sente motivado a iniciar sua jornada diária de trabalho?
5. Quais fatores motivam sua permanência na Terapia Intensiva?
6. Você já precisou de licença médica durante seu tempo de atuação na Terapia Intensiva?
7. À que fatores você atribui à manutenção da sua saúde diante da dinâmica de trabalho na Terapia Intensiva?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para testagem do instrumento



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA TESTAGEM DO INSTRUMENTO**

Prezado (a) Sr. (a),

Eu, ÉliSSa Jôse Erhardt Rollemberg Cruz, enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da UERJ, solicito por meio deste a sua colaboração em participar da pesquisa que estou realizando acerca da resiliência da enfermeira intensivista frente a situações de variabilidade no trabalho em Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que tem por objetivos: caracterizar o entendimento das enfermeiras sobre sua relação com o trabalho no cenário da Terapia Intensiva; discutir os fatores motivadores da permanência das enfermeiras no trabalho em Terapia Intensiva; analisar os fatores protetores relacionados à resiliência das enfermeiras que permitem a manutenção da saúde diante do contexto da Terapia Intensiva.

Aceitando, sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher um questionário (Escala de Resiliência) e participar de uma entrevista gravada (as fitas serão destruídas após 5 anos do término da pesquisa). Concomitantemente à entrevista, haverá a utilização de um Diário de Campo de forma complementar na coleta de informações, onde será registrado por mim tudo o que for observado quanto ao ambiente físico, suas expressões faciais, postura, gestos, tom de voz e ênfases durante o seu relato, assim como as minhas impressões.

Esclarecemos que suas informações serão utilizadas apenas para a realização da testagem do instrumento de coleta de dados deste estudo, que tem como orientadora a Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Norma Valéria Dantas de Oliveira Souza, e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Ressaltamos que sua participação é voluntária e que a qualquer momento pode recusar-se ou interromper sua participação sem que isto lhe traga qualquer prejuízo. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será

divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Garantimos o sigilo sobre todas as suas informações e que seu anonimato será preservado. Portanto, utilizarei nomes fictícios para cada sujeito que participará da pesquisa nas descrições dos relatos contidos nos resultados.

V<sup>a</sup>.S<sup>a</sup>. tem o direito a esclarecimentos sobre dúvidas que surjam e, para isto, deve dirigir-se a Coordenação de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UERJ na Av. Boulevard 28 de Setembro nº 157 – 7º andar - Vila Isabel.

Rio de Janeiro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do Pesquisador

### **Termo de Consentimento**

Declaro que entendi as informações contidas neste Termo de Consentimento e concordo em participar da pesquisa.

Rio de Janeiro: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nome do Participante



**ANEXO A** – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



## ANEXO B – Escala de Resiliência



## Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

## ESCALA DE RESILIÊNCIA

Codinome: \_\_\_\_\_

Por favor, envolva o número que indica o quanto você concorda ou discorda de cada item. Sendo:

1 = Discordo Fortemente

7 = Concordo Fortemente

Itens	Discordo Fortemente							Concordo Fortemente						
1. Quando eu faço planos, eu levo eles até o fim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. Eu costumo lidar com os problemas de uma forma ou de outra.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Eu sou capaz de depender de mim mais do que qualquer outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Manter Interesse nas coisas é importante para mim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Eu posso estar por minha conta se eu precisar.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu sinto orgulho de ter realizado coisas em minha vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu costumo aceitar as coisas sem muita preocupação.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Eu sou amigo de mim mesmo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Eu sou determinado.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Eu raramente penso sobre o objetivo das coisas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Eu faço as coisas um dia de cada vez.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Eu posso enfrentar tempos difíceis porque já experimentei dificuldades antes.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu sou disciplinado.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

Itens	Discordo				Concordo		
	Fortemente					Fortemente	
15. Eu mantenho interesse nas coisas.	1	2	3	4	5	6	7
16. Eu normalmente posso achar motivo para rir.	1	2	3	4	5	6	7
17. Minha crença em mim mesmo me leva a atravessar tempos difíceis.	1	2	3	4	5	6	7
18. Em uma emergência, eu sou uma pessoa em quem as pessoas podem contar.	1	2	3	4	5	6	7
19. Eu posso geralmente olhar uma situação em diversas maneiras.	1	2	3	4	5	6	7
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas querendo ou não.	1	2	3	4	5	6	7
21. Minha vida tem sentido.	1	2	3	4	5	6	7
22. Eu não insisto em coisas as quais eu não posso fazer nada sobre elas.	1	2	3	4	5	6	7
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída.	1	2	3	4	5	6	7
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que eu tenho que fazer.	1	2	3	4	5	6	7
25. Tudo bem se há pessoas que não gostam de mim.	1	2	3	4	5	6	7

© Wagnild e Young (1987).

Versão para a língua portuguesa: Pesce; Assis; Santos (2004).