

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS**

**Escola de Enfermagem**

**Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

**Mayara Durães Bicalho Oliveira**

**O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Belo Horizonte - MG

2017

Mayara Durães Bicalho Oliveira

**O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA  
UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Saúde e Enfermagem.  
Linha de Pesquisa: Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna.

Belo Horizonte – MG  
Escola de Enfermagem – UFMG

2017

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do  
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Oliveira, Mayara Durães Bicalho

O trabalho cotidiano de profissionais de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva  
[manuscrito] / Mayara Durães Bicalho Oliveira. - 2017.

95 f.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de  
Enfermagem.

1.Trabalho Cotidiano. 2.Unidade de Terapia Intensiva. 3.Profissionais de Saúde.  
4.Urgência e Emergência. I.Penna, Cláudia Maria de Mattos. II.Universidade Federal de  
Minas Gerais. Escola de Enfermagem. III.Título.

Escola de Enfermagem da UFMG  
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem  
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100  
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil  
+ 55 31 3409-9836 | 31 3409-9889  
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br



UFMG  
UNIVERSIDADE FEDERAL  
DE MINAS GERAIS

**ATA DE NÚMERO 551 (QUINHENTOS E CINQUENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA MAYARA DURÃES BICALHO OLIVEIRA PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.**

Aos 6 (seis) dias do mês de dezembro de dois mil e dezessete, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 432 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "*O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA*", da aluna *Mayara Durães Bicalho Oliveira*, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora), Maria José Menezes Brito e Bruna Figueiredo Manzo, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

- ( ) APROVADA;  
 APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;  
( ) REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 06 de dezembro de 2017.

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna  
Orientadora (Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito  
(Esc.Enf/UFMG)

Profª. Drª. Bruna Figueiredo Manzo  
(EEUFMG)

Andréia Nogueira Delfino  
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação

Homologado em reunião do CPE  
em 05/02/18  
Profª. Dra. Adriana Oliveira  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem / UFMG

## MODIFICAÇÃO EM DISSERTAÇÃO

Modificações exigidas na Dissertação de Mestrado da Senhora **MAYARA DURÃES BICALHO OLIVEIRA**.

As modificações foram as seguintes:

*Fazer nova revisão de português. Revisar resumo e considerar finais. Revisar Item 4.2 e bibliografia atualizar.*

### NOMES

Profª. Drª. Cláudia Maria de Mattos Penna

Profª. Drª. Maria José Menezes Brito

Profª. Drª. Bruna Figueiredo Manzo

### ASSINATURAS

*Cláudia Penna*

*Maria José Brito*

*Bruna Manzo*

HOMOLOGADO em reunião do CPG

Em 05/02/18  
*Adriana Oliveira*  
Profa. Dra. Adriana Oliveira  
Coordenadora do Colegiado de  
Pós-Graduação em Enfermagem  
Escola de Enfermagem / UFMG

## **DEDICATÓRIA**

A todos os profissionais de saúde que trabalham intensamente  
para melhorar diuturnamente o cuidado com o paciente  
crítico.

A toda a minha família (Papai, Mamãe, Nanda e Igor), que  
me incentivou e me fortaleceu a cada dia de fraqueza.

O amor de vocês me regenerou!

## AGRADECIMENTOS

A Deus, agradeço pela força, pela oportunidade de realizar grandes sonhos e pelo amparo frequente em toda essa trajetória;

À minha família - papai, mamãe e Nanda - por me ensinarem a cada dia o que é viver realmente em família e a valorizar a convivência, as pessoas e os momentos. Vocês são tudo para mim! O apoio de vocês foi fundamental;

Ao João Pedro, meu anjinho, que a cada fraqueza me fortalecia com um sorriso iluminado. Você é minha luz!

A você, Igor, por saber aliar amor, paciência e carinho, além de compreender as minhas ausências. Obrigada pelo cuidado do nosso pequeno e a mim nesse período tão complicado;

À minha sogra Marlúcia, que cuidou de minha família com tanto amor para que eu pudesse escrever;

À família Durães e Bicalho que me apoiou e torceu sem medidas por minhas conquistas;

À minha avó Beth, pela motivação nos momentos em que eu fraquejei;

À minha orientadora Cláudia Penna, pela paciência e por compartilhar seu conhecimento, me fazendo conhecer um “mundo novo”;

Aos colegas do NUPCCES, em especial Mara, Elaine, Nayara e Isabela, pelas trocas de experiências, pelos conselhos, pela amizade e pelos bons momentos juntas;

A todos os amigos que se empenharam e se dedicaram a cuidar de João Pedro nas minhas ausências: Marciene, Ana Luísa Bicalho, Tia Wanda, Dinda e Tia Dê.

À Camila Bicalho, irmã que Deus me deu, pelo amor e colaboração constante;

À Lívia, Dani e Hanna, que compartilharam comigo, além da amizade, as dificuldades, ansiedades e muitas alegrias, sempre me incentivando a não desistir. Vocês foram fundamentais!

Aos meus colegas de trabalho que não mediram esforços para facilitar minha vida profissional e acadêmica;

Às coordenadoras da UTI, Leidiane e Natasha, pelo convívio diário, por enfrentarmos juntas os desafios da enfermagem, pelo apoio e flexibilidade para que eu pudesse vencer essa etapa;

Às professoras Maria José e Marília, que sempre me incentivaram a lutar pelos meus sonhos e por me despertarem a vontade de pesquisar;

Ao Hospital e a todos os trabalhadores da UTI, por contribuírem para a realização deste estudo e por colaborarem com a minha trajetória profissional e pessoal;

Aos colegas da Superintendência Regional de Saúde (Montes Claros), em especial à coordenadora Mafalda, que me apoiou nesse momento;

Aos verdadeiros amigos que conquistei, que se preocuparam comigo durante todo o tempo e, com a maior paciência, ofereciam o ombro sempre que necessário. Nem tenho palavras para agradecer;

A todos os demais amigos e familiares que acompanharam essa caminhada, assim como a todas as pessoas que colaboraram de forma direta ou indireta para a conclusão deste trabalho.



“Que todos os nossos esforços estejam sempre focados no desafio à impossibilidade. Todas as grandes conquistas humanas vieram daquilo que parecia impossível”

(Charles Chaplin).

## RESUMO

Trata-se de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, que utilizou noções da sociologia compreensiva e teve como objetivo compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde. O cenário foi uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto de um hospital referência em atendimento de urgência / emergência do Estado de Minas Gerais. Os participantes foram profissionais de saúde inseridos na unidade e que se enquadraram nos critérios de inclusão do estudo, totalizando vinte participantes, sendo dois fisioterapeutas, cinco enfermeiros, três médicos, um nutricionista, cinco técnicos de enfermagem, um assistente social, dois psicólogos e um farmacêutico. Os dados foram coletados por meio de entrevistas com roteiro semiestruturado, respeitando os critérios de saturação e submetidos à análise de conteúdo de Bardin (2009). Os aspectos éticos da pesquisa foram respeitados. As reflexões dessa análise permitiram a construção de três categorias. São elas: 1. sentimentos e significados que envolvem o trabalho cotidiano; 2. as relações e o trabalho em equipe na UTI; 3. UTI: um negócio meio místico. A primeira categoria revela os sentimentos, expectativas e significados que o trabalho cotidiano tem para os profissionais de saúde. A satisfação, a motivação e o reconhecimento profissional emergiram nos discursos, apesar dos desafios constantes que o trabalho cotidiano na unidade de terapia intensiva traz, sejam eles: a superação dos medos e dos anseios, a busca pela integralidade e humanização da assistência e enfrentamentos de situações envolvendo a morte, a imprevisibilidade e o sofrimento profissional. Situações relacionadas à exaustão, ao desgaste profissional e à sobrecarga de trabalho foram descritas pelos participantes como entraves vivenciados, capazes de provocar adoecimento ao profissional. O trabalho cotidiano, além de proporcionar um aprendizado pessoal e profissional, instiga uma constante necessidade de buscar aprimoramento técnico. A segunda categoria considera os aspectos relacionais vivenciados na terapia intensiva. Ressaltou-se a importância da comunicação efetiva, bem como a necessidade da interação dos participantes e a efetivação de práticas colaborativas e interdisciplinares para que o trabalho em equipe aconteça. No entanto, alguns obstáculos dificultam a efetivação dessa forma de trabalho. A terceira categoria aborda aspectos relacionados à caracterização desse serviço, como a especificidade do hospital e do setor que contribui para que os profissionais reconfigurem e construam o trabalho cotidiano. Apesar do cunho místico atribuído à instituição / setor, ela apresenta contradições que despertam a reflexão sobre tal “misticismo”. De forma geral, este estudo permitiu compreender o trabalho cotidiano que os profissionais de saúde constroem na unidade de terapia intensiva e a influência das particularidades que envolvem o dia a dia. O trabalho é complexo e intenso, porém, singular e diferenciado, envolvendo uma relação dicotômica de prazer e sofrimento. O fazer cotidiano é resignificado a cada instante. A reflexão acerca do objeto possibilitou elucidar características, potencialidades e desafios presentes no trabalho cotidiano, bem como a influência desse na qualidade do cuidado. Espera-se, com esta pesquisa, contribuir para novas reflexões, questionamentos e construções sobre o trabalho nas Unidades de Terapia Intensiva.

**Palavras-chave:** Trabalho Cotidiano. Unidade de Terapia Intensiva. Profissionais de Saúde. Urgência e Emergência

## ABSTRACT

This qualitative case study, which used notions of the comprehensive sociology and aimed to understand the daily work in the Intensive Care Unit from the perspective of health professionals. The study was conducted at an Adult Intensive Care Unit of a hospital reference in urgent / emergency care of the State of Minas Gerais. The participants were health professionals enrolled in the unit and were included in the inclusion criteria of the study, totaling twenty participants, two physiotherapists, five nurses, three doctors, one nutritionist, five nursing technicians, a social worker, two psychologists and a pharmacist. The data were collected through interviews with semistructured script, respecting the saturation criteria and submitted to the Bardin's content analysis. The reflections of this analysis allowed the construction of three categories. They are: 1. feelings and Meanings that involve daily work; 2. relationships and teamwork in the ICU; 3. ICU: a half mystical place. The first category reveals the feelings, expectations and meanings that daily work has for health professionals. Satisfaction, motivation and professional recognition have emerged in the discourses, despite the constant challenges that daily work in the intensive care unit brings, be they: overcoming fears and yearnings, the search for integrality and humanization of care and confrontations of situations involving death, unpredictability and professional suffering. Situations related to exhaustion, professional burnout and work overload were described by the participants as experienced obstacles, capable of provoking professional ill-health. The daily work, besides providing a personal and professional learning, instigates a constant need to seek technical improvement. The second category considers the relational aspects experienced in intensive care. It was emphasized the importance of effective communication, as well as the need for the interaction of the participants and the effectiveness of collaborative and interdisciplinary practices for teamwork to take place. However, some obstacles hamper the implementation of this form of work. The third category deals with aspects related to the characterization of this service, such as the specificity of the hospital and the sector, which contributes to the reconfiguration and construction of daily work. In spite of the mystical imprint attributed to the institution / sector, it presents contradictions that awaken the reflection on such "mysticism". In general, this study allowed us to understand the daily work that health professionals construct in the intensive care unit and the influence of the particularities that involve the day to day. The work is complex and intense, however, singular and differentiated, involving a dichotomous relationship of pleasure and suffering. The daily doing is resignified at every moment. The reflection about the object made it possible to elucidate the characteristics, potentialities and challenges present in daily work, as well as its influence on the quality of care. It is hoped, with this research, to contribute to new reflections, questions and constructions about the work in the Units of Intensive Therapy.

**Key words:** Daily Work. Intensive Care Unit. Health Professionals. Urgency and emergency

## LISTA DE SIGLA E ABREVIATURAS

|         |   |
|---------|---|
| ANVISA  | Agência Nacional de Vigilância Sanitária                      |
| BC      | Bloco Cirúrgico   |
| CEP     | Comitê de Ética em Pesquisa                                   |
| COEP    | Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos                 |
| CTI     | Centro de Terapia Intensiva                                   |
| EEUFMG  | Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais  |
| FHEMIG  | Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais                 |
| HPS     | Hospital de Pronto Socorro                                    |
| MG      | Minas Gerais  |
| NUPCCES | Núcleo de Pesquisa sobre Cotidiano, Cultura, Educação e Saúde |
| OMS     | Organização Mundial de Saúde                                  |
| PAB     | Perfuração por Arma Branca                                    |
| PAF     | Perfuração por Arma de Fogo                                   |
| PNH     | Política Nacional de Humanização                              |
| PNHAH   | Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar    |
| POP     | Procedimento Operacional Padrão                               |
| RDC     | Resolução da Diretoria Colegiada                              |
| RUE     | Rede de Urgência e Emergência                                 |
| SAMU    | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência                      |
| SAV     | Serviço de Apoio à Vida                                       |
| SEC     | Setor de Emergências Clínicas                                 |
| SIGH    | Sistema Integrado de Gestão Hospitalar                        |
| SUS     | Sistema Único de Saúde  |
| TCLE    | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                    |
| UFMG    | Universidade Federal de Minas Gerais                          |
| UTI     | Unidade de Terapia Intensiva                                  |

## SUMÁRIO

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
| <b>1</b> | <b>INTRODUÇÃO</b> .....   | <b>12</b> |
| <b>2</b> | <b>O TRABALHO COTIDIANO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA:<br/>REFLEXÕES TEÓRICAS</b> ..... | <b>15</b> |
| <b>3</b> | <b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....  | <b>23</b> |
| 3.1      | <b>Delineamento do estudo</b> .....   | <b>23</b> |
| 3.2      | <b>Cenário do estudo</b> .....  | <b>24</b> |
| 3.3      | <b>Participantes do estudo</b> .....  | <b>25</b> |
| 3.4      | <b>Técnica de coleta de dados</b> .....   | <b>26</b> |
| 3.5      | <b>Análise dos dados</b> .....  | <b>28</b> |
| 3.6      | <b>Aspectos éticos</b> .....  | <b>29</b> |
| <b>4</b> | <b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....   | <b>31</b> |
| 4.1      | <b>Sentimentos e significados que envolvem o trabalho cotidiano</b> .....                 | <b>31</b> |
| 4.2      | <b>As relações e o trabalho em equipe na UTI</b> .....                                    | <b>52</b> |
| 4.3      | <b>UTI: um negócio meio místico</b> .....   | <b>62</b> |
| <b>5</b> | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....   | <b>73</b> |
|          | <b>REFERÊNCIAS</b> .....  | <b>77</b> |
|          | <b>APÊNDICE A</b> .....   | <b>87</b> |
|          | <b>APÊNDICE B</b> .....   | <b>88</b> |
|          | <b>APÊNDICE C</b> .....   | <b>90</b> |
|          | <b>ANEXO A</b> .....  | <b>91</b> |

## 1. INTRODUÇÃO

O interesse pela temática que delineou esta pesquisa emergiu de indagações, anseios e inquietações advindos da minha formação acadêmica, vivências profissionais e crenças pessoais acerca do trabalho cotidiano. Há uma aproximação entre a minha trajetória profissional e a escolha do objeto, o que permite um olhar diferenciado sobre a prática profissional.

A vivência em instituições hospitalares sempre se fez presente na minha atividade profissional, desde a graduação em enfermagem. As experiências assistenciais, ações desenvolvidas enquanto acadêmica e o “olhar para a saúde” convergiam para minha predileção por ações de saúde relacionadas à urgência e à emergência. Foi, então, que o estágio extracurricular realizado durante a graduação, em centro cirúrgico e terapia intensiva de um hospital filantrópico, solidificou a minha escolha profissional em atuar em unidades de saúde com alta densidade tecnológica. Essa vivência despertou em mim a reflexão quanto à necessidade de conhecer práticas subjetivas no trabalho realizado em setores de urgência e emergência, como mecanismo para favorecer uma assistência mais humanizada, qualificada e integral, bem como desnudar como se dão as relações entre a equipe multidisciplinar.

Após concluir a graduação, minha atividade profissional continuou a ocorrer na assistência terciária, com atividades desenvolvidas em um hospital de grande porte do interior de Minas Gerais. A experiência como enfermeira gestora dessa unidade instigou várias questões a serem repensadas e discutidas na prática, como o trabalho realmente desenvolvido, as vivências e as formas de enfrentamento dos profissionais diante das adversidades. Porém, foi em 2011, quando iniciei uma nova experiência em um hospital referência em urgência e emergência da cidade de Belo Horizonte, que pude perceber, a cada plantão como enfermeira na Unidade de Terapia Intensiva (UTI), que o trabalho cotidiano era uma realidade que apresenta várias características que precisam ser compreendidas, considerando sua singularidade. As experiências advindas do dia a dia dessa unidade eram intensas e desafiadoras e, ainda assim, proporcionavam contentamento e satisfação, o que me instigou, cada vez mais, a fomentar discussões sobre o tema com colegas de trabalho.

Minha trajetória profissional, que se deu em três unidades diferentes de cuidados intensivos, permitiu experienciar o “fazer e o gerenciar” do enfermeiro inserido na unidade de terapia intensiva e me fez imergir, cada vez mais, nesse espaço cotidiano, conhecer suas diversas facetas e dicotomias, os processos dinâmicos que operacionalizavam o cuidado crítico e, assim, refletir sobre o trabalho realizado pela equipe.

Durante o caminho de construção e vivências profissionais, e diante da necessidade de aprofundar reflexões e estudos sobre as especificidades da prática cotidiana em setores de alta complexidade em saúde, iniciei o mestrado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EEUFMG). Ao inserir-me no Núcleo de Pesquisa sobre Cotidiano, Cultura, Enfermagem e Saúde (NUPCCES) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e aprofundar discussões e reflexões sobre o cotidiano em saúde, o objeto de estudo começou a se delinear. Mais especificamente sobre a prática cotidiana de trabalhadores de unidades de terapia intensiva e as relações que se estabelecem nesse espaço. Alguns questionamentos se fizeram presentes: como o trabalho cotidiano se desenvolve para os vários profissionais que atuam nessa unidade? Como eles veem o seu trabalho e o da equipe multiprofissional? Como o cotidiano dos profissionais reconfigura a prática assistencial na UTI?

Dessa forma, entre as várias inquietações relacionadas ao trabalho na unidade de terapia intensiva, fiz a escolha pelo recorte relacionado ao trabalho cotidiano vivenciado pelos profissionais de saúde inseridos nessa unidade. Essa opção sustenta-se na relevância desse tipo de setor nas unidades hospitalares, no impacto que as relações envolvidas no trabalho exercem no cuidado intensivo bem como a importância de se conhecer o cotidiano para desempenhar um trabalho cada vez mais qualificado. As discussões envolvendo modelos de assistência curativista trazem cada vez mais a necessidade de estudos que envolvam a subjetividade dos profissionais de saúde na assistência hospitalar.

A UTI é uma área específica, crítica, especializada, que se caracteriza por ser um ambiente complexo, fechado, organizado, dinâmico, que possui um fluxo controlado de pessoas, exige alto padrão de qualidade e uma diversidade de profissionais especializados. Entretanto, além da complexidade e da dinamicidade, é também caracterizada como um ambiente vivo, com relações e vivências a serem compreendidas (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015; CARAM, 2013).

Diante das características da unidade de cuidados intensivos e a partir da intensidade com que os momentos são experienciados, os trabalhadores dessas unidades, muitas vezes, estão expostos a jornadas de trabalho longas e exaustivas, a turnos diversos, remuneração, muitas vezes, incompatível com as necessidades básicas, rotinas rígidas, entre outras condições determinadas pelo modelo institucional que interfere nas práticas de trabalho (CARNEIRO, 2012; MOREIRA; SOUSA; RIBEIRO, 2013). Assim, os profissionais envolvidos no processo de cuidar convivem diariamente com a imprevisibilidade e com as

dificuldades relacionadas à complexidade técnica e às exigências dos pacientes, familiares, entre outras (CRUZ *et al.*, 2014).

No entanto, apesar das dificuldades vivenciadas, os profissionais de saúde que ali trabalham, geralmente, apreciam o seu fazer por ser desafiador e gratificante (BOMFIM; SOARES, 2011). As particularidades inerentes ao trabalho nesse tipo de unidade proporcionam aprendizado e reconhecimento aos profissionais. Ademais, desenvolvem habilidades específicas, como a capacidade de realizar múltiplas tarefas e lidar com escassez de recursos para o trabalho (DUARTE, 2013).

Ao observar comportamentos, atitudes e posturas dos profissionais de saúde que lidam com o trabalho em unidade de cuidados intensivos e ao tentar desvendar o trabalho cotidiano nesse ambiente dinâmico e complexo, questiona-se: como o trabalho cotidiano se configura em uma unidade de terapia intensiva na perspectiva dos profissionais de saúde?

Parte-se do pressuposto que o trabalho cotidiano na unidade de terapia intensiva tem peculiaridades que geram desafios e expectativas àqueles que ali atuam e, dessa forma, tem impacto direto no cuidado prestado.

Mediante o exposto, este estudo torna-se relevante para subsidiar novas reflexões acerca desse objeto, possibilitar estratégias para o enfrentamento de situações de conflito no ambiente de trabalho, proporcionar construção de conhecimento para embasar novas práticas da equipe que presta cuidados intensivos, contribuir com políticas públicas que favoreçam a *práxis* do trabalho da UTI além de esclarecer os verdadeiros papéis desempenhados por esses profissionais.

A compreensão do objeto permite promover a articulação de concepções e práticas envolvendo o trabalho cotidiano, bem como proporcionar espaços de discussões científicas acerca do trabalho desenvolvido pelos profissionais de saúde na perspectiva dos próprios atores. Destaca-se que compreender o cotidiano é ir em busca do que os profissionais de saúde veem “[...] vivendo com tudo que seu vivido tem de particular e imprevisível” (PENNA, 1997, p.26). É esse “vivido” que procura-se desvendar nesse estudo.

Assim, o objetivo é compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde.



## 2. O TRABALHO COTIDIANO NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: REFLEXÕES TEÓRICAS

O conceito ampliado de saúde, conforme a lei 8.080, de 19 de setembro de 1990, engloba fatores além dos biológicos, considerando múltiplos condicionantes e determinantes e exige uma constante reconstrução da rede de cuidados que vise à produção de saúde para além dos processos curativos (BRASIL, 1990). Essa rede de cuidado que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ser regionalizada e hierarquizada e estrutura-se em níveis de atenção primária, secundária e terciária (sendo essa última denominada como a de maior densidade tecnológica) (BRASIL, 2010a).

O hospital, que compreende tanto a atenção secundária quanto a terciária, dependendo da complexidade tecnológica empregada, integra a rede de atenção à saúde e caracteriza-se como uma instituição que tem papel social fundamental, tanto na oferta de serviços para tratamento de doenças, cuidado e reabilitação de saúde, como para a formação dos profissionais. É um “equipamento de saúde” que cotidianamente redefine seu papel, considerando a produção qualificada do cuidado (FEUERWERKERM; CECÍLIO, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é um local em que há diversos pontos de atenção, com atividades direcionadas à condução de eventos agudos e com tecnologia compatível para prestar uma assistência eficaz e eficiente (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, 2000).

Os hospitais disponibilizam serviços a usuários em situações críticas de saúde, pautados em um cuidado individual, dinâmico e complexo. Nesse contexto, estão inseridas as Unidades de Terapia Intensiva (UTI), que contribuem para uma assistência com eficiência e rapidez (GARANHANI *et al.*, 2008; BACKES *et al.*, 2012).

Para compreender o funcionamento e as especificidades desse setor, faz-se necessário conhecer o processo histórico do cuidado intensivo. A ideia inicial de segregação de pacientes críticos ocorreu em 1850, na guerra da Criméia, em que Florence Nightingale proporcionou estações de enfermagem para soldados britânicos feridos na batalha, após grandes lesões, traumas e intervenções cirúrgicas. Essa prática embasou, durante a Segunda Guerra Mundial, a divisão de ambientes destinados ao pós-operatório dos soldados feridos, com cuidadores treinados para implementar rotinas de salvamento e de manutenção da vida. A observação e o cuidado aumentaram em paralelo com o aumento dos procedimentos invasivos em busca da preservação da vida dos soldados (WEIL; TANG, 2011).

As unidades destinadas ao cuidado crítico não possuíam equipamentos de alta tecnologia e especialidade, caracterizando-se por locais físicos de acomodação de doentes críticos com cuidados primitivos, porém intensivos (WEIL; TANG, 2011). O ano de 1952 foi um marco decisório para a história da terapia intensiva. Nessa época, ocorreu uma grande epidemia de poliomielite na Dinamarca, exigindo sucessivas soluções não convencionais para lidar com os desafios que os doentes graves traziam. A primeira segregação de doentes graves, nesse contexto dinamarquês, foi a formação de uma unidade disciplinar para tratar pacientes com insuficiência respiratória, que se transformou em uma sala de recuperação multidisciplinar e, posteriormente, em uma unidade de tratamento intensivo. Esse passo revolucionário foi dado pelo médico conhecido como “pai da medicina de cuidados intensivos”, o Björn Ibsen (REISNER-SÉNÉLAR, 2011).

Nessa conjuntura, diante do grande número de doentes com insuficiência respiratória, o aparato tecnológico que se almejava desenvolver era relacionado à ventilação desses pacientes. No Hospital de Blegdam, na Dinamarca, foram aprimorados os respiradores “de couro” que, apesar da tentativa, eram ineficientes no cuidado. Nesse momento, Björn Ibsen, para evitar o óbito de grande parte dos pacientes, aplicou seus conhecimentos em anestesia, realizando aspiração e sedação nos doentes antes de iniciar a ventilação manual, proporcionando, assim, o sucesso do tratamento da insuficiência respiratória (REISNER-SÉNÉLAR, 2011).

Ainda se tratando da evolução nos cuidados relacionados à terapia respiratória para doentes críticos, em 1927, Philip Drinker e Shaw, da Universidade de Harvard, prospectaram o “pulmão de ferro”, que apoiava a ventilação por pressão negativa intermitente e, dessa forma, instigava a medicina a aprimorar cada vez mais as técnicas relacionadas à ventilação (GRENVIK; PINSKY, 2009).

Mais um conflito armado marcou a história da terapia intensiva. Durante a Guerra da Coreia, de 1952 a 1953, houve a contaminação de soldados pelo hantavírus, que ocasionou um tipo de febre hemorrágica, doença essa transmitida por ratos. Esse fator desencadeou muitos casos de insuficiência renal, proporcionando, assim, o aperfeiçoamento do tratamento desse tipo de doença com a hemodiálise e o cuidado crítico com doentes renais (WEIL; TANG, 2011). Com base na prática com pacientes graves, a experiência com cuidados intensivos passa a não fazer parte somente do universo das guerrilhas, mas também do contexto de pessoas em situação crítica de vida (REISNER-SÉNÉLAR, 2011).

Outra área do intensivismo que merece relevância é a evolução hemodinâmica. O nome conhecido como "o pai da Ressuscitação Cerebral Cardiopulmonar (RCP)" é Safar,

médico que introduziu e delineou as etapas relevantes na ressuscitação cardio-pulmonar. Hoje, essa prática direciona atendimentos em diversos tipos de emergências cardiológicas. (GRENVIK; PINSKY, 2009).

As práticas do médico Björneboe, também dinamarquês, marcaram a história do intensivismo pelo desenvolvimento de eletroterapia relacionada a arritmias cardíacas e ao uso do curare para tratamento de crises convulsivas, otimizando, assim, o tratamento de doentes graves (REISNER-SÉNÉLAR, 2011).

Em 1954, um hospital pequeno localizado em Nova Jersey, Estados Unidos, foi o primeiro a implementar uma moderna unidade de cuidados intensivos e, apesar de contar apenas com um protótipo de monitor cardíaco, as práticas de intensivismo foram impulsionadas através dessa iniciativa (WEIL; TANG, 2011).

Reconhecendo a necessidade de separar os doentes críticos por patologias, em 1960, o Dr. William Shoemaker e Dr. Francis Moore organizaram a primeira Unidade de Trauma em Chicago, no Cook County Hospital (WEIL; TANG, 2011). As unidades especializadas tiveram início pela necessidade de procedimentos cada vez mais complexos e com necessidade de gerenciamento especializado dos cuidados. As unidades inicialmente segregadas foram: cirurgia geral, cirurgia cardiotorácica, trauma, neurologia, queimaduras e transplante (GRENVIK; PINSKY, 2009).

O cuidado crítico evoluiu amplamente nas últimas décadas, proporcionando um monitoramento de funções vitais automatizado e eficiente, medições laboratoriais de amplo espectro, desenvolvimento de tecnologias que permitem o controle de microorganismos multirresistentes, terapias respiratórias efetivas e um conjunto de dispositivos, técnicas e especialistas capazes de proporcionar um cuidado sistematizado do paciente crítico. Os termos cuidados intensivos, terapia intensiva e cuidados críticos se entrelaçam para constituir a evolução dos cuidados com o paciente criticamente enfermo (WEIL; TANG, 2011).

Já no Brasil, o crescimento médico hospitalar ocorreu na década de 50, com o desenvolvimento industrial, e se ampliou com o governo militar que investiu na assistência curativista e nos serviços de saúde de alta complexidade (PAIM *et al.*, 2011). A terapia intensiva evoluiu ao longo do tempo, com a descoberta de novas enfermidades e a constante necessidade de cuidados distintos, chegando ao Brasil somente na década de 70, no Hospital Sírio Libanês, segundo Ribeiro, Silva e Miranda (2005).

O cenário da terapia intensiva, então, progrediu, incorporando tecnologias e inovações. Em 1998, com base nos princípios do SUS, foi publicada a portaria 3.432, com o objetivo de regulamentar o funcionamento das unidades de cuidados intensivos no Brasil. Nessa portaria,

o Ministério da Saúde caracterizou as unidades de terapia intensiva como aquelas destinadas a atender pacientes graves ou em risco iminente, que necessitam de assistência especializada e contínua, com equipamentos específicos e com tecnologia capaz de colaborar nos diagnósticos e também na terapêutica (BRASIL, 1998).

A Unidade de Terapia Intensiva (UTI) conta com participação de uma equipe multidisciplinar. Ali atuam diversos profissionais que, apesar de desempenharem funções distintas, estão correlacionados em uma rede de interdependência culminando no funcionamento previsto da unidade (CARNEIRO, 2012). Machado e Soares (2016) afirmam que o objetivo da unidade é a manutenção das funções básicas do paciente alcançada por meio de um atendimento ágil e articulado.

Em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), com seu poder representativo do SUS, promulga a Resolução da Diretoria Colegiada número 07 (RDC 07), instituída para regulamentar a direção que os hospitais deveriam seguir na garantia do provimento de recursos humanos e de materiais necessários à continuidade da atenção e à segurança e à proteção dos pacientes, profissionais e visitantes, dispondo, dessa forma, os requisitos mínimos para funcionamento de UTI no país. Essa resolução determina ainda, os cinco tipos de UTI's existentes no Brasil, quais sejam: neonatal, pediátrica, pediátrica mista, adulto e especializada (BRASIL, 2010b).

Assim, o avanço tecnológico, que gradativamente ocorreu no cenário do cuidado intensivo, proporcionou, além do prolongamento da vida, a reversão de doenças que antes não tinham prognóstico (CARNEIRO, 2012).

Outras classes profissionais, além da medicina, evoluíram no cuidado intensivo, se especializando, formando sociedades e aperfeiçoando conhecimentos específicos. Entre essas, é possível citar a fisioterapia, enfermagem e farmácia. Os interesses comuns do cuidado crítico se uniram para fortalecer as profissões, somar esforços para consolidar uma formação efetiva e qualificada dos profissionais, assim como incentivar pesquisas, publicações e um cuidado intensivo baseado em evidências (GRENVIK; PINSKY, 2009).

Geralmente, a UTI encontra-se situada em áreas estratégicas dos hospitais, com acesso restrito. Tais unidades devem ter proximidade com os Centros Cirúrgicos, Centros de Traumatologia e Pronto Socorro, a fim de otimizar a transferência no caso de eventuais complicações de pacientes (BRASIL, 2010b).

Segundo o Ministério da Saúde, a UTI deve ser composta por equipe com capacitação específica, visto que realizam procedimentos com alto nível de complexidade e que visam otimizar a vida de pacientes em estado grave, necessitando, então, de vasto preparo e

perspicácia diante das adversidades a serem enfrentadas (BRASIL, 2010b). Os profissionais devem estar capacitados para desenvolverem atividades previamente determinadas que findam na melhoria do estado dos pacientes (BACKES *et al.*, 2012).

Essas atividades precisam ser desempenhadas pela equipe multidisciplinar, de forma contínua e com apoio dos demais serviços do hospital, para que o cuidado seja realizado de forma qualificada, humanizada e segura (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015). O trabalho em saúde pode ser descrito como um processo consumido no momento em que é produzido, sendo caracterizado como um trabalho vivo em ato (MERHY; FRANCO, 2009).

Diante das situações imprevisíveis e dinâmicas desse trabalho, o cotidiano se apresenta repleto de sentimentos, envolvimento e dificuldades, desvelando uma relação de prazer e de sofrimento para o profissional (DIAS, 2010).

Para além das ações que são desenvolvidas sob a égide das normas prescritas, há um fazer cotidiano que se estabelece pelas experiências e conhecimentos de cada profissional que ali atua e, a cada dia, reconstrói o cuidado (FARIA; ARAÚJO, 2010). Parafraseando Merhy e Feuerweker (2009), esse fazer é constituído pelas tecnologias duras (equipamentos, normas), leve-duras (saber técnico estruturado) e as tecnologias leves (relações, acolhimento, um ser interagindo com o outro). Faria e Araújo (2010) complementam a ideia apontando que essas tecnologias se concretizam em um espaço relacional que caracteriza as singularidades do trabalho em saúde como produtor de um cuidado articular, como resultante do fazer cotidiano dos profissionais de saúde.

O espaço relacional soma-se a outros fatores para configurar o que dificulta e facilita o trabalho cotidiano. Silva, Rotenberg e Fischer (2011) postulam sobre a importância de atentar-se a maiores discussões acerca das dificuldades enfrentadas nos setores de saúde, onde a equipe vivencia cotidianamente cobranças, sobrecarga de trabalho, provações em vários níveis.

Rodrigues (2012) ressalta que o ambiente de trabalho na UTI é estressante, visto que existe um fluxo de decisões emergenciais a serem tomadas, pacientes em estado grave, mortes frequentes e a junção de tais fatores pode tornar o local emocionalmente instável para a equipe e familiares. As situações diárias vivenciadas pelos profissionais os obrigam a tomar decisões imediatas, o estresse transforma o ambiente em um lugar hostil, às vezes, com pouca troca de informações, o que dificulta a interação e o desenvolvimento favorável das funções. A sobrecarga de trabalho no setor também pode prejudicar a interação entre os prestadores de serviços.

Segundo Inoue *et al.* (2016), no que concerne à saúde física e emocional dos trabalhadores de UTIs, a estrutura organizacional (protocolos, cobranças) e física (muitos aparelhos e pouco espaço) tem grande influência. A equipe encontra-se também exposta frequentemente a riscos físicos e biológicos, a cobranças psicológicas de superiores e familiares, tendo de conviver com a possibilidade de morte dos pacientes, sendo que tais situações podem comprometer diretamente a saúde dos funcionários.

Segundo Inoue *et al.* (2016), a estrutura organizacional e física da unidade tem grande influência na saúde física e emocional dos trabalhadores de UTIs, estando esses profissionais expostos a diversos riscos.

Apesar disso, o cotidiano na unidade de terapia intensiva é também composto por motivações e significados que são possíveis de descrever por aqueles que o vivenciam. Esse cotidiano é tão diferente que é capaz de distinguir o profissional dos demais da área. A característica que melhor define esse profissional é o fato de “gostar de trabalhar nas adversidades” e, dessa forma, ressignificar essas dificuldades em aspectos motivadores, gratificantes e até impulsionadores (DUARTE, 2013).

Bonfim e Soares (2011) demonstram que o prazer e o sofrimento experienciados por trabalhadores da UTI não são unidades isoladas e sim complementares, apresentando integração com as vivências de cada sujeito e com o contexto organizacional.

Visto que o fazer cotidiano é realizado na convivência entre o seguimento das regras e a forma como cada trabalhador produz seu trabalho nos espaços onde esse ocorre, o trabalho produz o cotidiano e o cotidiano integra o trabalho (BRASIL, 2015).

É fundamental lançar outros olhares aos detalhes e adversidades que compõem o trabalho cotidiano, para, assim, conseguir conceber como ocorrem as relações e as vivências entre os profissionais da saúde em um ambiente tão particular (DIAS, 2010). Estudo desenvolvido por Moreira, Sousa, Ribeiro (2013) evidenciou que o cotidiano dos profissionais que trabalham em UTI's restringe-se, na maioria das vezes, aos aspectos relacionados à concretude orgânica, ao invés de aspectos subjetivos que caracterizam e integram o cuidado.

O agir cotidiano dos sujeitos está intimamente ligado à relação desses com o cenário que protagonizam, o que significa que as práticas provocam movimentos que levam a mudanças na produção da saúde (BRASIL, 2015). O trabalho cotidiano na UTI envolve questões que vão além da organização e do indivíduo, envolve atitudes, histórias, estruturas e relações, o que traz significados e concretiza o trabalho em saúde (CARAM, 2013).

O cotidiano define-se pelas atividades e hábitos que caracterizam as vivências dos sujeitos. É exatamente a maneira de viver o dia a dia, composto por interações com o ambiente no qual está inserido e com as demais pessoas.

Salienta Maffesoli (1995) que:

[...] o cotidiano não é um conceito que se pode, mais ou menos utilizar na área intelectual. É um estilo no sentido [...] de algo mais abrangente, de ambiente, que é a causa e o efeito, em determinado momento, das relações sociais em seu conjunto [...] Deve-se lembrar que o estilo pode ser considerado, *stricto sensu*, uma encarnação ou ainda a projeção concreta de todas as atitudes emocionais, maneiras de pensar e agir, em suma, de todas as relações com o outro, pelas quais se define uma cultura (MAFFESOLI, 1995, p.63).

Para o autor, o cotidiano influencia a forma de agir, o posicionamento do ser humano diante das situações. Entretanto, a ocorrência de ações constantes, aparentemente pequenas, fomenta mudanças significativas, é exatamente “o trivial conduz ao fantástico” (MAFFESOLI, 1995).

Compreender o cotidiano é ir além do que prescrito, do que é percebido e do que buscado. É considerar a subjetividade, as particularidades, os sentidos e principalmente ter um olhar diferenciado sobre as ações e posturas dos profissionais, é a compreensão íntima dos objetos que se realiza na relação com a vida cotidiana (MAFFESOLI, 2007, p.5).

O trabalho na área da saúde é diferente das demais áreas e é responsável por trazer “mudanças” não somente para o objeto deste, mas também para aquele que lhe confere sentido, o profissional. É composto de interações, seja com instrumentos, normas, máquinas ou tecnologias, que produzem o “produto”: o cuidado (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

O termo trabalho é caracterizado como conjunto de atividades físicas, intelectuais, com objetivos previamente estabelecidos e intuito de obter-se algum ganho específico, relacionado ao campo financeiro, pessoal, emocional, entre outros. A ação de trabalhar estimula o crescimento social e cultural, fomentando de tal forma a busca por mais conhecimento e qualidade de vida (CARNEIRO, 2012). Ao trabalhar, o homem se modifica, produz e transforma o mundo e, ao término de qualquer atividade, o ser humano passará por mudanças internas, sendo de fato capaz de agregar algum tipo de aprendizado e de promover alterações ao seu redor.

O trabalho realizado pelo ser humano é consciente e intencional, sendo a inteligência o fator que o diferencia de outros tipos de trabalho. Esse é responsável por alterar o estado de

algo, transformando-o em útil. O trabalho constitui-se de interações complexas entre ferramentas, relações sociais, tecnologia e sociedade (BRAVERMAN, 1987).

Assim sendo, Pires (2008) afirma que trabalhar com saúde perpassa a ação de prestação de serviço, de cunho material e recai na esfera mais profunda de trabalho essencial para vida, em sua realização como um todo e na ação direta que exerce na vida de pacientes e familiares.

Merhy e Franco (2009) ressaltam que o objetivo primordial do campo da saúde é a produção do cuidado que, aliado a técnicas específicas, resulta na manutenção da vida e da melhoria do quadro do paciente.

Nessa perspectiva, profissionais da saúde que visam ao êxito no trabalho desempenhado, desenvolvem uma postura cooperativa diante de suas atividades diárias, gerando uma cadeia de participatividade, tanto entre a própria equipe multidisciplinar como entre pacientes e familiares. Os serviços prestados nas áreas relacionadas à saúde humana devem ser desempenhados com competência, embasamento teórico, técnico e, sobretudo, contar com a sensibilidade do profissional, que deverá manter uma relação mais humana e solidária ao desempenhar suas funções cotidianas (MACHADO; SOARES, 2016)

Nesse contexto, fazem-se necessários estudos que tenham por objeto o trabalho de profissionais de saúde diante das particularidades, imprevisibilidades, especificidades e subjetividades do fazer cotidiano em uma unidade de terapia intensiva.



### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1. Delineamento do estudo

Trata-se de um estudo de caso de natureza qualitativa. O estudo dessa natureza pode ser definido como um tipo de pesquisa que possibilita compreender o objeto em seu contexto, considerando seus condicionantes. A pesquisa qualitativa permite uma aproximação com a realidade, por trabalhar com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos (MINAYO, 2010). Sendo assim, esse tipo de estudo vai ao encontro do objetivo desse trabalho e apresenta-se como uma abordagem capaz de desvelar o objeto “trabalho cotidiano”.

A pesquisa de base qualitativa propicia a criação de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (CAVALCANTE; CALIXTO; PINHEIRO, 2014; FLICK, 2009).

Tendo em vista que o estudo de caso considera a investigação do fenômeno em seu contexto real, especialmente quando “[...] os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos” (YIN, 2010, p.32), essa estratégia de pesquisa se reafirma como escolha para elucidar o fenômeno “trabalho cotidiano” no contexto da unidade de terapia intensiva. Assim, propõe investigar a particularidade e complexidade do objeto de forma holística e única (GIL, 2009).

Uma das características principais do estudo de caso é considerar o contexto no qual o objeto está situado. Assim, para analisar melhor o problema de pesquisa, é necessário relacioná-lo à situação específica onde ocorre ou à questão à qual está ligado (LUDKE; ANDRÉ, 2012).

O objeto deste estudo configura-se como um caso por se tratar de um trabalho cotidiano singular, vivenciado em uma unidade de saúde com atributos próprios e que requer investigação para revelar o que há de essencial e característico nesse ambiente.

Foi utilizado o método de estudo de caso único, que visa perceber a realidade com um olhar singular, em que o objeto estudado é tratado como único em uma realidade multidimensional. Yin (2010) aponta a necessidade de utilizar o estudo de caso para a compreensão de fenômenos sociais complexos, em especial os organizacionais.

Diante da necessidade de compreender o trabalho cotidiano e de desvendar as suas formas, apresentações e o significado que os profissionais lhes atribuem, foram utilizadas

nesse estudo noções da sociologia compreensiva, que vêm “[...] descrever o vivido naquilo que é/está, contentando-se, assim, em discernir visadas de distintos atores envolvidos” (MAFFESOLI, 2007, p. 30). Penna (1997) acrescenta que a sociologia compreensiva é capaz de entender o objeto em toda a sua forma, ao invés de explicá-lo.

Nessa perspectiva, Maffesoli (2007) propõe enxergar por uma ótica diferenciada situações cotidianas, que, muitas vezes, passam despercebidas aos olhos, mas que são essenciais para constituição de uma “trama social”. Esse “olhar” para o cotidiano é adequado para descrever os limites e a necessidade das representações constitutivas da vida cotidiana, formada pelo sujeito e suas interações.

### **3.2. Cenário do estudo**

O hospital apresentado nesse estudo integra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e abrange diversas especialidades de serviços prestados à comunidade. A fundação caracteriza-se pela assistência de alta e média complexidade, exclusivamente ao SUS, e administra 21 unidades assistenciais localizadas em Belo Horizonte / Região Metropolitana e no interior do estado de Minas Gerais, sendo destaque as unidades de Urgência e Emergência (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, 2015a).

O hospital é referência em atendimento de urgência / emergência para Belo Horizonte e todo o Estado de Minas Gerais, o que se pode atribuir a qualidade do serviço prestado, referências profissionais em múltiplas especialidades, competência técnica, alto índice de satisfação dos usuários e capacidade de atendimento (JORNAL ESTADO DE MINAS, 2013).

Além da estrutura de unidades de emergências, enfermarias adulto e pediátrica, bloco cirúrgico, central de esterelização, serviços diagnósticos e terapêuticos e de nutrição, possui três unidades de cuidados intensivos. A UTI adulto térreo do hospital foi a unidade escolhida para cenário deste estudo.

A equipe da unidade é composta por médico, técnico de enfermagem, enfermeiro, assistente social, fisioterapeuta, farmacêutico, psicólogo, nutricionista, auxiliar de enfermagem e secretárias, sendo que a fonoaudiologia presta serviço ao setor de forma complementar, assim como médicos especialistas (FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG, 2015b).

Nesse contexto, o cenário foi escolhido por considerar a representatividade do hospital para a rede de saúde no Estado de Minas Gerais, pela relevância da UTI na instituição e pela

aproximação da autora com o local. Acredita-se que a compreensão do trabalho cotidiano pela ótica de um profissional já inserido na unidade proporciona um olhar diferenciado aos pequenos acontecimentos cotidianos.

Para Oliveira (2014, p.42), o pesquisador estar inserido no campo permite “[...] lançar luz sobre aspectos sutis da atividade, como os erros latentes dos sistemas, as estratégias para contorná-los e a construção de saberes práticos coletivos”.

O conhecimento prévio do pesquisador que vivencia o trabalho cotidiano agrega um papel fundamental à tarefa de compreender o trabalho. Minayo (2010) afirma que “[...] ser pesquisador é também estar integrado ao mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade”, afinal, o universo das investigações qualitativas é o cotidiano e as experiências interpretadas e reinterpretadas pelos sujeitos que as vivenciam.

A participação no contexto pesquisado proporciona uma contribuição relevante na compreensão da natureza interna do seu conteúdo. Maffesoli (1984, p.25) complementa que “[...] o pensador não deve se abstrair; é que ele faz parte daquilo que descreve e, situado no plano interno, é capaz de manifestar uma certa visão de dentro, uma intuição”.

### **3.3. Participantes do estudo**

Os participantes deste estudo foram profissionais de saúde (enfermeiro, técnico / auxiliar de enfermagem, médico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista e farmacêutico), inseridos na UTI adulto do hospital em análise. Para a composição da amostra, foram incluídos profissionais de saúde que atenderam aos seguintes critérios: não estarem licenciado ou de férias no período da coleta de dados e atuarem na assistência ao paciente dessa unidade de forma direta e não complementar. Destaca-se que profissionais de saúde que atuam de forma direta são aqueles alocados para o trabalho na unidade e os que atuam de forma complementar são aqueles que prestam serviço ao setor somente quando solicitado, como interconsulta ou que não são da unidade e estão presentes no setor para completar escala de trabalho devido à necessidade interna.

Objetivou-se, inicialmente, a inclusão de pelo menos um representante de cada categoria profissional. Dessa forma, o estudo contou com um total de 20 participantes, sendo dois fisioterapeutas, cinco enfermeiros (incluindo um gestor da unidade), três médicos, um nutricionista, cinco técnicos de enfermagem, um assistente social, dois psicólogos, um farmacêutico. Ressalta-se que houve seleção proposital do turno de trabalho diurno, por

acreditar que o trabalho cotidiano apresenta singularidades entre os turnos, o que pode ser objeto de outros estudos.

**Tabela 1: Participantes da pesquisa realizada na UTI de um Hospital Público, Belo Horizonte, 2017.**

| Participante | Profissão         | Sexo | Idade | Tempo UTI (anos) | Tempo Formado | Jornada Trabalho | Número de Empregos |
|--------------|-------------------|------|-------|------------------|---------------|------------------|--------------------|
| 1            | Téc. Enfermagem   | F    | 30    | 6                | 6             | 40               | 2                  |
| 2            | Enfermeiro        | F    | 38    | 3                | 7,5           | 40               | 1                  |
| 3            | Fisioterapeuta    | M    | 35    | 4                | 11            | 30               | 2                  |
| 4            | Psicólogo         | F    | 38    | 5                | 11            | 40               | 1                  |
| 5            | Téc. Enfermagem   | F    | 39    | 6                | 17            | 30               | 1                  |
| 6            | Fisioterapeuta    | F    | 35    | 5                | 12            | 30               | 1                  |
| 7            | Téc. Enfermagem   | F    | 47    | 5                | 6             | 40               | 2                  |
| 8            | Médico            | M    | 27    | 1                | 3             | 24               | 4                  |
| 9            | Enfermeiro        | F    | 32    | 1                | 7             | 40               | 1                  |
| 10           | Farmacêutico      | F    | 34    | 4                | 12            | 40               | 1                  |
| 11           | Assistente Social | F    | 55    | 4                | 30            | 40               | 1                  |
| 12           | Enfermeiro        | F    | 44    | 5                | 9             | 40               | 1                  |
| 13           | Médico            | F    | 36    | 3                | 11            | 24               | 1                  |
| 14           | Téc. Enfermagem   | F    | 50    | 6                | 7             | 40               | 1                  |
| 15           | Gestor            | F    | 32    | 5                | 7             | 40               | 1                  |
| 16           | Nutricionista     | F    | 40    | 2                | 11            | 40               | 2                  |
| 17           | Enfermeiro        | M    | 42    | 6                | 9             | 40               | 2                  |
| 18           | Médico            | F    | 38    | 9                | 11            | 24               | 2                  |
| 19           | Psicólogo         | F    | 36    | 2                | 12            | 40               | 1                  |
| 20           | Téc. Enfermagem   | F    | 27    | 6                | 7             | 30               | 1                  |

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Esses foram identificados, para fins desse estudo, de forma alfanumérica, ou seja, consideraram-se as iniciais referentes às categorias profissionais seguidas do número, de acordo com a ordem da entrevista.

### 3.4. Técnica de coleta de dados

Pesquisas que enfocam a subjetividade individual e coletiva requerem uma metodologia que congrega o espectro singular. Assim, uma das etapas mais determinantes é a definição exata das técnicas de coleta de dados (CÂMARA, 2013).

A entrevista com roteiro semiestruturado foi utilizada com o intuito de facilitar o estabelecimento do diálogo dirigido entre o pesquisador e os participantes. O roteiro era composto por questões relacionadas ao trabalho cotidiano, vivências, anseios e significados, conforme Apêndice A. Esse método de coleta é escolhido por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos participantes são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto desse estudo, além de facilitar a abordagem e assegurar o conteúdo necessário ao pesquisador. O roteiro semiestruturado permite ao pesquisador ter participação ativa no processo de entrevista, sendo possível ultrapassar as questões pré-estabelecidas, em uma conversa direcionada. Além disso, permite que o entrevistado discorra sobre o tema proposto sem condições pré-fixadas pelo pesquisador (MINAYO, 2010).

Para YIN (2010), esse tipo de fonte de informação é um dos mais importantes quando a opção de escolha é o estudo de caso.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de dezembro de 2016 e janeiro de 2017, sendo que todas as entrevistas foram conduzidas pelo mesmo pesquisador. Inicialmente, foi realizado contato com o gerente e com as coordenadoras da unidade para apresentação do projeto de pesquisa e, após a permissão deles, foi feito contato prévio com os participantes que cumpriram os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo. Então, foi agendado um momento, à escolha do participante, para que fosse realizada a entrevista em local apropriado e de forma individual. Os depoimentos foram, então, gravados e transcritos na íntegra para análise dos dados posteriormente, a duração das entrevistas teve um tempo médio de vinte e oito minutos. Não houve recusas em participar e as entrevistas tiveram duração média de trinta minutos.

O critério utilizado para finalizar a coleta de dados foi o de saturação. De acordo com Fontanella, Ricas e Turato (2008), a amostragem por saturação é uma ferramenta bastante utilizada em pesquisas desenvolvidas no campo da saúde. No critério de saturação dos dados, a coleta é interrompida quando o pesquisador percebe que está ocorrendo a repetição deles, sendo, portanto, desnecessária a inclusão de novos participantes. Trata-se de uma estratégia que permite sucessivas análises, paralelas à coleta de dados, com o intuito de nortear sua finalização.

Para trazer maior confiabilidade, foi utilizada a técnica investigativa de Fontanella *et al.* (2011), que visa constatar metodologicamente que houve a saturação de dados, sobre as etapas realizadas: disponibilizar os registros de dados “brutos”, “imersão” em cada registro (explorando individualmente cada entrevista, de forma a iniciar o processo de categorização); compilar as análises individuais (há compilação do tema e enunciados principais); reunir os

temas ou tipos de enunciados para cada pré-categoria ou nova categoria (agrupar os correspondentes temas e tipos de enunciados identificados e consensuados, reunindo-os com os trechos das entrevistas que os exemplificam); codificar ou nomear os dados (nomenclatura deve representar o conjunto de ideias, valores, sentimentos expressos pelos entrevistados); alocar (numa tabela) os temas e tipos de enunciados; constatar a saturação (avaliar recorrência e frequência de dados encontrados para cada categoria) e, então, “visualizar” (através da tabela) a saturação dos dados.

Com vistas a preservar o caráter unitário do caso e a não separação do seu contexto, faz-se necessário obter por meio da coleta de dados: o local em que ocorre o fenômeno de forma holística, os atores envolvidos vistos de diferentes ângulos, os eventos e os processos envolvidos (GIL, 2009). Isso pode ser aplicado pela exploração das diferentes categorias profissionais inseridas no contexto, considerando, assim, a diversidade de olhares sobre um mesmo objeto como uma diversificação das fontes de evidência.

### **3.5. Análise dos dados**

Considerando os aspectos relacionados à vivência dos profissionais de saúde na unidade de terapia intensiva, acredita-se que a utilização da análise de conteúdo é uma das técnicas que corrobora para uma maior compreensão da realidade.

A análise de conteúdo é uma técnica de tratamento de dados e Bardin (2009) define-a como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2009, p.47).

O pesquisador que opta por utilizar a análise de conteúdo deve entender o sentido da comunicação, como se fosse o receptor normal, e, principalmente, desviar o olhar, buscando outra significação, outra mensagem, passível de se enxergar por meio ou ao lado da primeira (CÂMARA, 2013).

Segundo Bardin (2009), a análise de conteúdo prevê três fases fundamentais, que foram aplicadas a este estudo. São elas:

- A primeira fase, a pré-análise: é uma fase de organização e sistematização das ideias, em que ocorreu a escolha dos documentos a serem analisados, a retomada das hipóteses e dos

objetivos iniciais da pesquisa em relação ao material coletado, havendo, assim, a delimitação do esquema de trabalho. A pré-análise possui quatro etapas, que são: a leitura flutuante, momento que ocorre o primeiro contato com os documentos; constituição do corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência; formulação de hipóteses e objetivos, a partir de procedimentos exploratórios; referenciação dos índices e da elaboração dos indicadores a serem adotados na análise para, então, preparar formalmente o material.

- A segunda fase, a exploração do material: é o momento em que os dados brutos do material foram codificados para se alcançar o núcleo de compreensão do texto e exige elaboração de critérios para tal. A codificação envolve procedimentos de recorte, contagem, classificação, desconto ou enumeração em função de regras previamente formuladas. Após essa etapa, com a unidade de codificação escolhida, o próximo passo é a classificação em blocos que expressem determinadas categorias.
- A terceira, o tratamento dos resultados – a inferência e a interpretação: nessa fase, os dados brutos são validados e transformados em significativos. De posse dessas informações, o investigador propõe suas inferências e realiza suas interpretações, sem que haja julgamento. É o momento de desvendar o sentido que se encontra por trás do que é visto.

Ao utilizar a análise de conteúdo, no cenário deste estudo, a autora se propôs a apreender uma realidade visível, e também uma realidade invisível, que pode se manifestar apenas nas “entrelinhas” do texto, com vários significados. O que vai ao encontro da utilização da pesquisa qualitativa, que, segundo Cavalcante, Calixto, Pinheiro (2014), captura um saber por trás da superfície textual.

### **3.6. Aspectos éticos**

Os aspectos éticos da pesquisa estão em conformidade com a Resolução nº 466, de 2012, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde, a qual estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

A instituição foi solicitada a participar por meio da carta de anuência (Apêndice C) e a coleta de dados somente foi iniciada após o consentimento desta e da análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (COEP) da UFMG e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FHEMIG.

Este estudo foi aprovado pelo COEP com parecer número 1.731.592, conforme Anexo A. Aos participantes que aceitaram a participar da pesquisa foi entregue e explicado o Termo de Consentimentos Livre e Esclarecido (TCLE), conforme Apêndice B, e solicitada assinatura após anuência. Esse termo visa assegurar o anonimato e garantir a utilização das informações obtidas apenas para fins científicos.

Os participantes foram orientados que poderiam abandonar a pesquisa em qualquer etapa e solicitar a qualquer momento informações acerca do estudo. O caráter anônimo dos participantes foi assegurado e mantida a privacidade dos dados confidenciais envolvidos na pesquisa. Para manter o anonimato dos participantes, optou-se por códigos (ME – médico, NUT – nutricionista, ENF – enfermeiro, TE – técnico de enfermagem, FAR – farmacêutico, GE – gestor, AS – assistente social, FIS – fisioterapeuta, PSI- psicólogo) estabelecidos previamente pela autora.

A participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária e todas as informações a respeito do estudo foram apresentadas. Aqueles que aceitaram participar não tiveram nenhum tipo de ganho financeiro. Destaca-se que os prejuízos sofridos foram mínimos.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise de dados permitiu o delineamento de três categorias que desvelam como acontece o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva: sentimentos e significados que envolvem o trabalho cotidiano, as relações e o trabalho em equipe na UTI e UTI: um negócio meio místico.

### 4.1. Sentimentos e significados que envolvem o trabalho cotidiano

Os sentimentos, reflexões e expectativas dos profissionais configuram as vivências e o dia a dia na UTI, e serão apresentados nessa categoria. Os participantes mencionaram os sentimentos de satisfação / insatisfação profissional e pessoal, de realização e reconhecimento e a oportunidade de aprendizado proporcionado pelas singularidades do setor, assim como medo e desafios enfrentados pelos profissionais.

Considerando que os anseios e vontades fazem parte dos planos de vida do ser humano, aqueles destinados aos objetivos profissionais podem se configurar como realização de um sonho para o profissional.

Era meu sonho trabalhar, desde o primeiro período da faculdade, era o que eu queria e é um sonho que eu estou realizando, eu queria trabalhar com esse tipo de paciente que eu trabalho (PSI1).

Eu passava aqui na porta e falava "meu sonho um dia trabalhar lá dentro", você imagina assim, os pacientes tudo entubados, sedados, deve ser muito chique, você aprender a olhar um monitor [...]. Meu sonho era saber sobre drogas, sobre os equipamentos mesmo, bombas (TE2).

Realizar “um sonho” reporta à incessante busca do profissional pelos seus desejos que culminam na realização e na satisfação pessoal. Sendo a UTI a concretização desse “sonho” profissional, que se soma à possibilidade de prestar assistência a pacientes críticos que demandam cuidados complexos e à oportunidade de manusear equipamentos de alta tecnologia. Para os profissionais, o manuseio tecnológico se sobrepõe à realização de cuidados assistenciais.

O termo “chique” refere-se à peculiaridade do setor, que se diferencia dos demais pelo amplo uso de máquinas e equipamentos. Além disso, realizar o trabalho na unidade representa “*status*” para o profissional que trabalha na unidade e traz visibilidade social.

O reconhecimento e o prestígio social podem, ainda, fazer com que o trabalhador se sinta satisfeito com as atividades desempenhadas no contexto de trabalho da UTI e perante a sociedade (SILVEIRA et al., 2012)

Na UTI, o trabalhador se reconhece por ter oportunidades de trabalhar com tecnologias de ponta e de adquirir conhecimentos, os quais contribuem para a realização profissional e pessoal dele, além de exigir de si investimento para o aprendizado quanto ao manuseio desse aparato tecnológico utilizado. Martins *et al.* (2015) abordam que o profissional da UTI pode sentir-se valorizado pelo amplo acesso às tecnologias de cuidado que favorecem a produção de saúde e agrega valor ao labor.

A equipe convive com a dimensão do existir humano, de recuperar a saúde e a vida do outro, o que dá ao trabalho uma proporção superior no quesito importância. Sentimentos de felicidade, realização e satisfação profissional da equipe são características de quem vivencia o trabalho com pacientes com risco de morte, sensação que fortalece, valoriza e motiva a realização do cuidado (ANDOLHE *et al.*, 2015).

A realização profissional pode ser caracterizada como um estado emocional prazeroso, ocasionado por múltiplos aspectos relacionados ao cotidiano e influencia a concepção de mundo de cada indivíduo, conceitos de alegria e de tristeza, sonhos e, dessa forma, afeta a atitude de cada um em relação a si mesmo, à família e à organização (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011; BONFIM; SOARES, 2011).

Desse modo, o respeito social é também um significado atribuído ao trabalho cotidiano

Tem um significado, acho muito, muito top viu!? Quem trabalha aqui [...] as pessoas lá fora respeitam a gente e quando você fala que trabalha na UTI [...] o pessoal fica admirado. Primeiro pela capacidade da gente conseguir trabalhar aqui, porque é um hospital que tem pacientes realmente graves e é diferenciado por causa do tipo né!? (TE5).

Os profissionais que trabalham na unidade são respeitados e admirados pela sociedade pelo fato de trabalharem na UTI de uma instituição de saúde de alta complexidade, cujas características são peculiares e cuja situação é complexa. Ademais, o tipo de pacientes atendido necessita de cuidado diferenciado e especializado. Essa realidade contribui com o reconhecimento do trabalho junto à sociedade, atribuindo, assim, uma conotação social à atividade.

A realização profissional só se reafirma após a inserção do sujeito no ambiente de trabalho. Dessa forma, os sentimentos dos profissionais vêm ao encontro da expectativa positiva no trabalho desenvolvido na unidade de terapia intensiva.

Ah, pra mim [...] é, eu gosto muito é de terapia intensiva, assim é muito enriquecedor pra mim tá num ambiente de terapia intensiva; de poder tá em contato com a gravidade do paciente, eu gosto! (ME1).

Eu me identifico muito no CTI porque gosto de ver a recuperação desse paciente, da vida dele, né!? Porque, na maioria das vezes, a vida dele está entre a vida e a morte. Ou ele melhora ou ele piora e, quando a gente começa a ver essa melhora, é muito importante (NUT1).

Porque não me vejo trabalhando em outro lugar a não ser na UTI, eu não saberia lidar com paciente de andar, de enfermária. Porque eu gosto é de paciente crítico, grave, de preferência entubado, muito bem sedado. Esse negócio de paciente consciente, conversando, que já tá bom pra ir pra casa, não é comigo não. Não gosto. Não é meu perfil (TE5).

Entre os sentimentos e significados que o trabalho cotidiano na UTI traz, a satisfação profissional é um deles. Os entrevistados descrevem como enriquecedor o trabalho, por possibilitar o contato com pacientes em quadros graves; trabalhar na terapia intensiva é algo que valoriza a atividade desenvolvida.

O profissional identifica-se com a atividade que desenvolve na unidade de terapia intensiva, a ponto de não se ver trabalhando em outro local, seja pela própria condição clínica do paciente, que demanda mais cuidados devido à criticidade ou características da unidade. O ato de gostar da UTI também está relacionado à “recompensa”, ou à motivação que o trabalho traz, que é o fato de acompanhar a melhora do estado de saúde desse paciente.

Essa realidade revela uma resignificação das adversidades vivenciadas na unidade e uma predileção por pacientes gravemente enfermos. O profissional deve se identificar com o trabalho que realiza, o que é determinante para a qualidade do trabalho e para o alcance das metas e objetivos organizacionais (CARAM, 2013). A importância conferida pelo indivíduo ao trabalho assim como as rotinas e os resultados produzidos se configuram como fatores que conferem valor ao trabalho (PEREIRA; TOLF, 2016; SILVEIRA *et al.*, 2012).

A complexidade dos pacientes do crítico se revela como fonte de prazer e de realização profissional, uma vez que os profissionais se consideram competentes em atuar junto ao paciente grave (CARAM, 2013).

A satisfação no trabalho pode ser descrita como um fenômeno que envolve a subjetividade e está associada às relações estabelecidas no trabalho, gostar do que faz e a ser reconhecido pelo trabalho desenvolvido. Sendo assim, a satisfação pode ser influenciada por

questões relacionadas às concepções do indivíduo e às experiências profissionais (MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Nessa perspectiva, Baasch e Laner (2011) afirmam que o trabalho em terapia intensiva é interessante e satisfatório, revestindo-se de uma conotação positiva e de cunho social, o que pode ter relação com a própria função que os trabalhadores desempenham e com os sentimentos que a atividade envolve.

Os significados atribuídos ao trabalho advêm de sentimentos e de percepções dos trabalhadores, e acontecem por meio de atos cotidianos dos indivíduos, envolvendo as instituições e os grupos, integrando efetivamente a vida laboral. Os discursos desvelam que os profissionais gostam de trabalhar na UTI, pois, como produto principal do trabalho desenvolvido, tem-se a recuperação do paciente, o que se transforma em gratificação para aqueles profissionais que prestam o cuidado. As vivências e experiências agregam a prática dos profissionais e, desse modo, os participantes percebem a contribuição do seu trabalho para o serviço e para a sociedade.

No final do atendimento, eles me agradecem, falam que tá se sentindo melhor [...] isso pra mim tem um significado assim [...] não tem nem como falar sobre isso entendeu!? É muito grande, gratificante isso (PSII).

Pra mim, é gratificante ver o resultado depois do trabalho. Às vezes, você pega um paciente totalmente traumatizado, às vezes, não dá nem perspectiva para ele e depois você vê o paciente vim aqui te agradecer, o paciente ter saído, ter recuperado e vir aqui te agradecer. Isso pra mim é assim [...] é isso que eu vejo o CTI (TE2).

Tem dia que você sai daqui arrastando, de tanto trocar drogas, de tanto mexer. Mas assim, é gratificante [...]. É gratificante porque é muito bom quando você faz pelo outro aquilo que você gostaria que fizesse para você. É muito bom isso. É assim, é gratificante porque você chega de manhã e você sabe que seu dever tá cumprido, você cumpriu de verdade, você não mascarou nada (TE3).

A utilidade da tarefa, segundo os participantes, é aplicada pelo reconhecimento do próprio executor, nesse caso, do profissional, por prestar assistência e acompanhar a recuperação de um paciente considerado grave e com risco iminente de morte, e do próprio paciente, quanto aos sentimentos de gratidão com a equipe pelos cuidados prestados. Esse reconhecimento torna o trabalho gratificante.

O profissional de saúde tem a necessidade de identificar o resultado do trabalho que desenvolve, o que potencializa a importância do trabalho realizado. A realização está atrelada ao ambiente em que ocorre o trabalho, à superação de situações complexas e ao desenvolvimento da atividade em si. Nos discursos, percebe-se ainda que o cuidado relacionado ao paciente crítico baseia-se na necessidade de intervenção direta.

A UTI é considerada um local de trabalho gratificante quando o cuidar é realizado com empatia, e os profissionais assumem o cuidado do outro como gostaria que fosse para si, apesar das dificuldades encontradas e do desgaste físico que a atividade proporciona. Estar inserido nessa unidade tem um significado específico para os participantes que ali atuam e isso enriquece a prática profissional.

Entende-se que a empatia é o fato de colocar-se no lugar do outro, de identificar-se com a atividade que realiza, desenvolvendo uma relação de proximidade e igualdade com o paciente, conceito que vai ao encontro da literatura. Martins *et al.* (2015) entendem que a empatia ocorre quando o profissional enxerga a visão do paciente, colocando-se na situação do outro. Dessa forma, Baggio e Erdmann (2015) expõem que atuar com empatia é sentir-se cuidado enquanto cuida, estabelecendo uma interrelação e interação no trabalho.

O trabalho é realizado como uma via de mão dupla, a qual traz benefícios para o paciente e também para o próprio profissional. Percebe-se que este traz um sentimento de realizar plenamente as atividades propostas, daí o sentido de “dever cumprido”, de responsabilidade e compromisso com o trabalho, contribuindo para a sensação de bem-estar e de realização com o trabalho.

Tais situações e sentimentos dão forma ao trabalho dos profissionais de saúde. Fernandes (2015) reafirma que os momentos de prazer em realizar o trabalho recompensam os profissionais por exercerem a sua profissão na tentativa de aliviar a dor e o sofrimento do outro e essas são vivências que marcam o dia a dia dos trabalhadores.

No trabalho em saúde, os profissionais têm contato direto com o sofrimento humano, o que envolve a possibilidade de recuperar a vida. Situações estas que contribuem para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores e aumentam o prazer em realizar o trabalho.

(FERNANDES, 2015; BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

Pereira e Tolfo (2016) afirmam que os significados atribuídos ao trabalho cotidiano são fenômenos complexos e multidisciplinares, que podem vir a contribuir com várias áreas do conhecimento, em especial as da saúde.

Desse modo, a satisfação dos trabalhadores também está atrelada à possibilidade de efetivar suas atividades em prol de um outro ser humano.

Trabalhar na UTI, pra mim, é uma oportunidade como ser humano, de poder estar realmente ajudando as pessoas de acordo com minhas possibilidades e dentro da minha área (FIS1).

Significa tentar ajudar os outros, da melhor forma possível, num momento crítico. Tentar fazer o melhor de mim e buscar o melhor das pessoas que estão em volta, para proporcionar o melhor para os pacientes (ME2).

Eu faço como se fosse pra mim, eu faço como se fosse eu ali no leito, como eu gostaria de ser cuidada. Se for possível, lavar o cabelo, pentear, fazer um penteado, cortar unha [...]. Quando eu puder fazer isso, e eu tiver condições, eu vou fazer. Eu gostaria que fizesse comigo, se puder, nem que seja cortar uma unha, limpar [...] eu vou fazer isso! Então, assim, você sente, assim, o prazer do paciente, parece que transforma. Nossa! Fiz algo e ele gostou e ele notou e fez bem pra ele! Faz bem pra ele e para mim também (TE2).

Em relação à essência do cuidado intensivo, o trabalho é compreendido pelos entrevistados como uma oportunidade de servir e de ajudar o outro em um momento crítico da vida do paciente, respeitando os limites da sua área de especialidade.

Para assistir o paciente internado na UTI, é essencial dar o melhor de si e contar com a dedicação de todos os profissionais envolvidos no cuidado, para, assim, proporcionar uma assistência de qualidade. O desenvolvimento eficaz de um trabalho com doentes críticos é resultado do empenho coletivo.

O trabalho cotidiano compreende questões que perpassam pelos sentimentos, interesses e pretensões dos profissionais envolvidos.

O desenvolvimento de atividades assistenciais básicas (lavar o cabelo, pentear, cortar unha) é descrito como importante, apesar da prática de cuidados intensivos prevalecer à de cuidados de menor impacto vital. A transformação estética do paciente também desperta bem-estar e satisfação para o cuidador e para aquele que é cuidado.

O caráter transformador do cuidar é definido como algo que “[...] vai além do ato, é uma atitude” (BOFF, 2014, p.35). O que motiva o agir é a vontade de fazer, dita como “atitude”.

Por meio de atos de cuidar, na troca com o outro, estabelecida nesse tipo de ação, o profissional sente-se satisfeito e realizado com a sua atuação e acaba que o responsabilizar-se pelo outro faz com que o profissional sintam-se cuidado (DUARTE, 2013).

O cuidado é mais do que um ato singular, é um modo de ser, isto é, a forma como o participante se estrutura e se realiza no mundo com os outros (BOFF, 2014).

Os resultados deste estudo vão ao encontro do que é apontado por outros autores, ao considerar que o profissional coloca-se no lugar do outro e vê o paciente como um ser único, que vai além de normas e procedimentos, o que também é considerado como ato de corresponsabilidade com o trabalho e realização pessoal (MACHADO; SOARES, 2016; AMARAL; KUHN, 2015; CRUZ *et al.*, 2014).

Outro aspecto positivo que o trabalho na UTI proporciona ao profissional é o desenvolvimento pessoal, face às diversas situações vivenciadas no cotidiano de trabalho, das características dos internados e do convívio com outros profissionais.

Eu acredito que eu amadureci muito do ponto de vista existencial depois que eu vim pra cá. Por causa de tudo, das pessoas e dos casos (PSI1).

Aqui é um crescimento como ser humano e como profissional muito grande, por essa demanda de alta gravidade que os pacientes tem (FIS1).

Dessa forma, o dia a dia proporciona, além do desenvolvimento profissional, um amadurecimento para o trabalhador, ultrapassando a função meramente executora.

A gravidade do paciente internado e a dinâmica de trabalho na UTI também contribuem para o desenvolvimento intelectual do profissional, favorecendo a aquisição de experiência, a aprendizagem e um aprimoramento da prática.

É possível inferir que estar inserido em uma instituição hospitalar requer aprendizado contínuo e cíclico para unir os conhecimentos científicos ao vivenciado e à experiência pessoal.

A gente aprende muito aqui dentro. Não só pra quem tá formando, mas também uma escola da vida (TE5).

Vivencio também o buscar do conhecimento por quê? Porque [...] cada dia, aparece uma coisa nova [...]. Às vezes acontece um caso com um paciente que você nunca nem ouviu falar [...]. Nossa, o que que é isso?! Ai assim, para melhorar, vai te desafiar a buscar o conhecimento (GE1).

É uma oportunidade de crescer profissionalmente, porque é um setor de alta complexidade, de emergências frequentes, então, é uma forma da gente estar buscando mais conhecimento pela gravidade dos nossos pacientes e pela demanda que nos é solicitada (FIS1).

A escola, segundo Oliveira (2013), é uma instituição responsável por propiciar uma condição de igualdade social através de uma formação científica e de uma aprendizagem real, considerando aspectos como o princípios morais, intelectuais, materiais e sociais.

O conceito de escola remete à academia e a instituições científicas com características de uma transmissão vertical do conhecimento (DUARTE, 2013). No entanto, no vivido cotidiano na UTI, a “escola” ganha um sentido mais amplo e plural: o sentido do aprender no dia a dia, o aprender contextualizado. Face à oportunidade de o profissional adquirir conhecimentos, a unidade de terapia intensiva é considerada uma “escola”, no que concerne ao crescimento profissional e principalmente pessoal, um aprendizado para a vida.

O caráter formador da unidade está presente não só para aqueles profissionais que ingressam no serviço, mas também para aqueles que já se encontram inseridos. A criticidade do paciente instiga o profissional a buscar conhecimento, o que predispõe à aprendizagem e ao aperfeiçoamento intelectual.

A possibilidade de aprendizado e a busca pelo crescimento profissional demonstram que o trabalho na UTI traz desafios para a aquisição de conhecimento, permitindo o aprimoramento de competências do indivíduo, face às situações inusitadas vivenciadas cotidianamente, o que contribui também para que o trabalhador se sinta motivado.

O aprendizado pode ocorrer em dois momentos, nesse estudo, descritos como o aprendizado científico e o prático. Neste último, os momentos de trabalho, quando acontecem as trocas de experiências, produzem novas intervenções baseadas em uma prática reflexiva. O conceito de prática reflexiva “[...] baseia-se na premissa de que a experiência no ambiente organizacional é, potencialmente, uma das principais formas de aprendizado e, por outro lado, na de que o exercício da reflexão é estratégia que maximiza o aprendizado a partir da experiência” (REIS, 2013, p.34).

A equipe de saúde também tem a necessidade de buscar e adquirir conhecimento científico para cuidar do paciente grave. Essa busca incessante tem origem nas exigências percebidas no dia a dia (DUARTE, 2013).

O processo educativo na saúde é contínuo e permanente, de cunho social, e traz alternativas para solucionar problemas vivenciados em cada realidade. O meio social, que aqui pode ser caracterizado como o local de trabalho, exerce grande importância na formação do indivíduo (DUARTE, 2013). Esse deve ser compreendido como um fator que influenciará no processo de reflexão e de transformação das pessoas e das práticas vigentes nas instituições, além de aumentar o conhecimento daqueles que prestam assistência direta ao indivíduo.

O processo educativo é construído, sendo necessário retroalimentá-lo continuamente (PEREIRA, 2010). Assim, infere-se que a qualificação dos profissionais, seja ela construída ou favorecida pela instituição, motiva e impulsiona o trabalho, além de proporcionar melhores resultados assistenciais.

O conhecimento teórico dos profissionais é fortalecido pelo conhecimento prático. O trabalho em saúde tem como característica uma produção não material que se concretiza no ato (MERHY; FRANCO, 2009). E o ato assistencial prevê um trabalho realizado por diversos profissionais que detêm conhecimento e domínio de técnicas específicas, para prestar assistência ao indivíduo (PIRES, 2008), construindo, assim, o trabalho em saúde.



As características do setor, do trabalho e dos pacientes instigam os profissionais a não somente buscarem o construir conhecimentos, mas aplicarem os já existentes.

Porque eu gosto muito da questão do paciente de urgência, paciente grave. Eu acho que é oportunidade de colocar em prática todo o seu conhecimento teórico (ENF4).

O dia a dia convivendo com pacientes de urgência é caracterizado por situações clínicas diferenciadas, que favorecem o aprendizado e contribuem para que o profissional tenha satisfação em trabalhar na unidade. Assim, a construção do conhecimento é fator que estimula o profissional de saúde.

É importante articular conhecimento teórico com a prática para que a atuação do profissional de saúde tenha fundamentação científica, embasando a tomada de decisão assistencial. Baasch e Laner (2011) explicitam que o atendimento nesse tipo de setor é voltado a pacientes com efetivo ou potencial comprometimento de funções vitais, que requerem condutas e terapêuticas específicas.

Portanto, as múltiplas competências necessárias para que o profissional de saúde execute suas atividades predispõem a valorização do saber especializado, por acreditar que, para desempenhar o trabalho em unidades de terapia intensiva, requer habilidades especiais e diferenciadas (GOMES *et al.*, 2011). Para atuar neste contexto laboral de alta complexidade, é preciso que a equipe esteja em constante capacitação (CRUZ; SOUZA; CORREA, 2014). Entende-se, neste estudo, que essa capacitação está além de cursos e livros, perpassando pelo conhecimento empírico, pelas vivências e experiências individuais e coletivas.

Assim, é possível inferir que o dia a dia de trabalho na UTI é uma constante superação de desafios, sejam eles de cunho pessoal sejam de caráter profissional.

Trabalhar na UTI é um desafio muito grande, quando eu saí da atenção primária, né? Que era uma coisa que eu dominava, até porque o tempo que eu atuei, foram dois anos e meio, e vim pra cá, num setor pra mim desconhecido! Não tinha experiência com terapia intensiva, o conhecimento que eu tinha era muito vago, era coisa de livros, faculdades, estágio [...] não tive contato mesmo com o processo de terapia intensiva, então quando eu vim pra cá achei um desafio muito grande. Era uma coisa que eu não tinha domínio, não tinha conhecimento e tinha medo, porque era tudo muito novo. Mas isso não me impediu que eu buscasse conhecimento, porque, né? O desconhecido ele gera pra gente a incerteza, o medo. Mas eu busquei por conhecimento e hoje eu acho assim [...] hoje, pra mim, é o setor que eu amo, amo muito terapia intensiva (GE1).

Então, é muito, é desafio. Mas eu gosto muito desse desafio, eu gosto de trabalhar aqui, né? Não tenho vontade de sair não. Tenho vontade de tentar melhorar mais o trabalho (PSI2).

Ingressar em um ambiente desconhecido desperta o sentimento de medo, haja vista não ter domínio e conhecimentos sobre a especificidade da assistência na UTI. Porém, a busca por conhecimentos gerou aprendizado, que trouxe segurança para o profissional quanto à execução das práticas e também quanto a aprender a gostar do trabalho com doentes críticos, estando, assim, a satisfação associada ao conhecimento.

Os desafios encontrados no trabalho cotidiano não são impeditivos para que o profissional goste do que faz, mas, ao contrário, servem como estímulo para a superação desses entraves, permitindo, assim, que ele contribua para a melhoria do ambiente do qual faz parte.

O cenário da terapia intensiva é composto de situações complexas a serem enfrentadas pelos profissionais, consideradas como desafios, e entre essas podem ser citadas: a necessidade constante de capacitação, o domínio de conhecimento acerca de tecnologias duras, o contexto laboral de alta complexidade e o convívio frequente com sofrimento e prazer em um mesmo local de trabalho (CRUZ *et al.*, 2014).

O conhecimento favorece o domínio do trabalho e, assim, proporciona satisfação para aquele que o desempenha, propiciando um local de trabalho favorável (GOMES *et al.*, 2011).

Todos os profissionais são envolvidos no processo de saúde e a infraestrutura do ambiente deve ser adequada ao que preconiza a legislação, favorecendo uma melhoria constante (CHAVAGLIA *et al.*, 2011). O desafio instiga essa transformação e, aliado à motivação, soma bons resultados. É importante estar em constante articulação dos aspectos objetivos e subjetivos do processo de trabalho da UTI e do cuidado com seres humanos na área da saúde de forma geral (NASCIMENTO; GOMES; ERDMANN, 2013).

Entre os desafios encontrados pelos profissionais de saúde no trabalho cotidiano, a efetivação de um cuidado integral é um deles.

Eu acho que, no dia a dia, o foco principal é sempre o paciente e sempre o restabelecimento do paciente, então, eu acho importante é [...] como profissional, tá, consciente do paciente, numa visão clara de todos os processos que o envolvem, né?! (FIS1).

Por exemplo, trazer um pouco do universo, da vida do paciente lá de fora aqui pra dentro (PSI2).

Temos que trabalhar com o paciente numa visão mais holística mesmo, né?! Como um todo e não somente ali como uma perna, como um músculo, né?! Mas como um ser humano de forma integral [...]. Então, assim, no meu dia a dia, eu tento buscar essa integralidade mesmo na assistência (FIS1).

Para os profissionais, a produção das ações de saúde, na perspectiva de cuidado integral, abrange perceber o doente como um sujeito real, não fragmentado e, assim, considerar todos os fatores que o envolvem: suas necessidades físicas, biológicas, sociais e psicoafetivas.

Ter uma visão holística é compreender o paciente em sua totalidade. A expressão “não é uma perna ou um músculo” representa que o paciente não pode ser cuidado como partes de um todo, o sujeito se constitui de necessidades múltiplas e essas devem ser consideradas.

Há a necessidade de transformar o cenário da terapia intensiva, trazendo o contexto social do paciente para dentro da unidade, de forma que o profissional possa cuidar considerando-o como além do biológico.

Na UTI, o desafio de integralizar as práticas é maior do que em outras unidades, considerando a dinâmica da unidade, pluralidade de saberes, característica curativista e a expectativa constante de emergências, além da complexidade tecnológica e gravidade dos pacientes (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011).

Dentre os princípios do SUS, definidos pela lei nº 8.089, de 07 de novembro de 1990, a integralidade pode ser entendida como “[...] um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Tal princípio é um eixo prioritário da atenção à saúde e contribui para o resgate das singularidades, sendo, portanto, uma forma de exercício da cidadania e superação de obstáculos relacionados à saúde (MEDEIROS *et al.*, 2016). O cuidado precisa ser vivido em sentido mais amplo e integral pelos profissionais da área (DIAS, 2010).

Faz-se necessário ainda que os participantes reconstruam seu fazer a todo instante, configurando, assim, o trabalho cotidiano. Assim, protagonizam histórias que marcam o profissional.

Talvez, a paciente que mais marcou, seja uma paciente de 17 anos. Ela chegou com uma parada respiratória, que o SAMU pegou, entubou, trouxe, massageando, e ela tinha parado mais duas ou três vezes no polí, antes de dar entrada no CTI e a história clínica dela não tinha nada que chamasse a atenção. Depois, a gente veio descobrir que ela tinha começado um anticoncepcional há uns 15 dias antes, no final das contas, ela tinha um tromboembolismo pulmonar maciço. Ela chegou a usar noradrenalina a mais de 100 ml/hr, vassopressina, fez hemodiálise no segundo dia, aliás no primeiro dia de internação, aqui no CTI, e ela sobreviveu. Sobreviveu bem! Lúcida, orientada e consciente. E tinha um déficit cognitivo residual por uma hipoxemia, provavelmente encefalopatia hipóxico-isquêmica. Mas foi uma paciente que teve um investimento, pra não ter seqüelas. Tivemos que tromboembolizar, ela sangrou a cabeça, operou. Foi arriscado. Uma paciente de grande investimento que surtiu como boa resposta. Tudo que a gente tinha, a gente fez! Depois, ela foi para o andar (ME2).

Assim, torna-se essencial repensar e reconstruir o fazer cotidiano porque o cuidado ocorre de forma contínua, desde o atendimento pré-hospitalar até a alta do setor. Pode-se inferir que a realização de ações bem sucedidas, em um ponto de atendimento de uma rede de cuidados, resulta em um sentimento de realização, compensando, assim, o investimento do trabalho.

O grande desafio dos profissionais é proporcionar a articulação das diferentes áreas, saberes e práticas, para concretizar um cuidado realmente ideal (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011). Reafirma-se, portanto, que as ações de saúde são interligadas e o fazer de cada profissional em um ponto de atenção terá reflexo no fazer de outro profissional em outro ponto, que repercutirá com resultados positivos.

O profissional de saúde precisa estar apto a cuidar de todos, independente do seu diagnóstico e contexto clínico, de forma ampla, integrada e contínua com os membros da equipe de saúde, utilizando o pensamento crítico, analisando os problemas e encontrando soluções para eles (CRUZ; SOUZA; CORREA, 2014).

Outra questão que complementa os sentimentos vivenciados por aqueles que trabalham na UTI diz respeito à postura de autopreservação, que o profissional desenvolve para conseguir realizar o trabalho.

Inicialmente, foi mais chocante, aí depois a gente vai, né!? Levando [...]. A gente tá nesse ambiente e vai, de certa forma, acostumando. Às vezes, blindando um pouco de ficar pensando nisso a toda hora (FAR1).

Se eu começar me emocionar, acabou! Então, eu tenho que ficar mais fria, se não eu não consigo cuidar. Isso me atrapalha [...]. Você pensa que não tem humanidade, mas tem, entendeu!? (ENF3).

O ato de blindar-se significa proteger-se das situações vivenciadas no cotidiano, do sofrimento alheio trazido pelas histórias de vida e condições clínicas dos pacientes que se encontram em unidades de cuidados intensivos.

O envolvimento emocional pode ser acentuado quando o profissional ingressa na unidade de terapia intensiva, caracterizado até como “chocante” o contato inicial com a unidade. Porém, apesar desse impacto inicial, as vivências advindas da realidade do setor fazem com que o discurso profissional seja de “acostumar-se”, tornar-se frio diante das situações, de blindar-se, como forma de auto-proteção.

Afinal, o envolvimento emocional pode impactar negativamente na execução do trabalho. Diante disso, não se deixar envolver emocionalmente com a situação é um

subterfúgio para manter a continuidade da assistência. Ademais, o profissional, no desenvolvimento de suas ações, sabe da necessidade de minimizar as interferências emocionais sem abster-se da sensibilidade que o trabalho requer.

A unidade de terapia intensiva é um setor complexo e os profissionais que atuam nesse setor exercem a função com uma rotina direcionada e com enfoque técnico em detrimento ao biológico, sendo socialmente visto como frio e insensível ao sofrimento alheio (NASCIMENTO; GOMES; ERDMANN, 2013; SILVA *et al.*, 2014)

Porém, os profissionais de saúde exercitam diuturnamente o equilíbrio emocional, o que os ajuda a relativizar o cotidiano, sendo a autoproteção um ato, muitas vezes, pensado e planejado, desenvolvido como habilidade de lidar com os próprios sentimentos (DUARTE, 2013).

Baasch e Laner (2011) trazem que o mecanismo de defesa quanto ao sofrimento alheio é como uma “armadura” que se vai construindo ao longo dos anos, como recurso de defesa emocional, o que não significa invulnerabilidade do profissional.

É possível inferir que o dia a dia modifica e transforma o profissional, trazendo significados para o trabalho. Porém, é necessário ter atenção para o limite entre situações que denotam enfrentamento e superação e as que evidenciam distanciamento por sofrimento psíquico.

No entanto, a percepção de que o profissional atuante na UTI é insensível à dor e às causas alheias é uma ideia deturpada, já que existe o envolvimento sentimental desse profissional com o trabalho, aliado a uma necessidade, enquanto autoproteção, de abstração do sofrimento.

Queria trazer mais humanização para esse ambiente frio, gelado [...], de acolher as famílias num momento que seja muito difícil para elas (PSII).

O fato de o ambiente ser frio está associado a ser impessoal e hostil, talvez pelo distanciamento imposto, mas, na maioria das vezes, é necessário ao paciente que se encontra afastado de seu contexto social. As práticas de humanização vêm para “aquecer” o ambiente com as relações humanas, que vão além do cuidado com o paciente, abarcando os familiares.

Machado e Narciso (2016) afirmam que o ato de humanizar o cuidado relaciona-se com o envolvimento e a responsabilidade do profissional com o trabalho. Dessa forma, é necessário fortalecer as dimensões subjetivas e sociais, além de processos integradores e promotores de responsabilização (BRASIL, 2004).

A humanização deve ser a base de sustentação do cuidado e é necessário investimento nesse quesito por parte de toda a equipe.

Mas muitas vezes, as pessoas têm que ter uma visão um pouco além mesmo daquela questão do paciente como um objeto de trabalho, mas como um ser humano [...]. Eu acho que a humanização, ela precisa ser buscada e incentivada né?! Por todos os profissionais. Mas vejo que, muitas vezes, por excesso de carga horária, às vezes, profissionais que trabalham em vários lugares, cansaço, às vezes, um pouco de insatisfação com alguns fatores, alguns critérios específicos de cada um, às vezes, profissionais ou pessoais (FIS1).

As vivências do trabalho cotidiano podem distanciar o profissional da prática de humanização. As variáveis apresentadas como entraves desse processo são: sobrecarga de atividades, multiplicidade de empregos, dificuldade em trabalhar em equipe e mesmo as características individuais, como a insatisfação com o trabalho. Esses fatores devem ser conduzidos da melhor forma pela equipe e pela instituição para favorecer a prática da humanização.

A questão da humanização é necessária para harmonizar o ambiente que as pessoas trabalham, envolvendo bem estar físico, psíquico e social não somente daquele que está sendo cuidado, mas também do cuidador. Torna-se um dever e um direito. Pois somente uma equipe integrada e com condições de trabalho adequadas poderá praticar o cuidado de forma humanizada (MARTINS, 2015).

A prática da humanização incorporada às ações de saúde são capazes constituir novos sentidos e de transformar não só a realidade de pacientes, mas também daquele que a constrói (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, com foco em otimizar a assistência, criou, em 2000, o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH). O programa buscava disseminar a ideia de humanização nas práticas de saúde e melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços hospitalares. Em 2004, esse programa deu origem à Política Nacional de Humanização (PNH), fazendo com que a ideia de humanização passasse a ser adotada em toda a rede do Sistema Único de Saúde (SUS) e buscando colocar em prática os princípios do SUS, gerando mudanças no modo de gerir e de cuidar (BRASIL, 2013).

O Ministério da Saúde conjectura, por meio dessa política, que humanizar é oferecer atendimento de qualidade aos usuários, buscando a melhoria contínua não apenas do cuidado prestado, mas do ambiente no qual esse ocorre e através de condições de trabalho para os profissionais envolvidos nesse processo (BRASIL, 2004).

O ato de “ser humano” e praticar a humanização foi uma temática que direta ou indiretamente sobressaiu nos discursos. Esses reafirmam a ideia de que há envolvimento do profissional com os pacientes e suas histórias, sendo em alguns momentos com pacientes específicos além do necessário, seja pela história que trouxe o paciente à UTI ou pela projeção pessoal.

Aquí tem muitas histórias tristes. Acho que é por trauma mesmo, aquí tem tanta história triste. É um acidente, um queimado, um trauma, PAF. A pessoa é normal e aconteceu um acidente com ela (ENF3).

Quando meu irmão tinha uns 19 anos [...] todo menino de 19 anos que chegava eu falava [...] nó, podia ser meu irmão! Então, tem essas coisas assim emocionais [...] de um paciente ou outro, você se sensibilizar mais ou de você, às vezes, você acaba dando [...] você se empenha mais (ME4).

As situações inesperadas dos pacientes, como perfurações por armas e queimaduras, destacam-se como as que provocam maior impacto social e emocional nos profissionais, pela imprevisibilidade do ocorrido. O profissional exterioriza seu envolvimento com os pacientes e suas histórias de vida. Esse envolvimento pode resultar em maior empenho e sensibilidade para o cuidado.

O trabalho em saúde que envolve o imprevisível é associado a situações novas a cada instante. Essa característica quebra a monotonia do trabalho, além de poder proporcionar e favorecer a expressão subjetiva do profissional. O ambiente de cuidados em UTI é vivo, dinâmico e complexo (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

A respeito do envolvimento do profissional com o paciente e com a situação de enfermidade, haja vista as características do paciente crítico, os momentos de aproximação e de sensibilidade intensificam-se quando os participantes reconhecem a dor alheia como uma possibilidade iminente da morte.

Tem pessoas que eu realmente me apego e fico muito chateada quando eles falecem, sei lá [...]. Acho que é isso. Teve até um senhorzinho, não lembro o nome dele, ele ficava no box 33, ele ficou aqui muito tempo, muito tempo mesmo. Ele era um senhorzinho uma gracinha. Ficou, ficou, ficou e não melhorava, não melhorava até que morreu. Fiquei muito sentida com a morte dele, eu lembro dele até hoje [...]. Marcou muito! (TE1).

Que marca parece uma coisa que me chama atenção diariamente [...]. Já vivi muitas histórias fortes aqui dentro. Principalmente relacionado a morte de doentes. Teve uma menina aqui, grávida, que tomou um tiro do namorado. Essa menina estava grávida e ela abortou, não sei se fala feto, um feto de seis meses na cama e eu assiti a cena e depois ela morreu. Pra mim foi muito forte. Lidar com a morte é difícil! (FIS2).

Então, assim, é lidar com essas vivências o tempo inteiro e tem que saber lidar com isso. Lidar com suicídio e com o fim da vida. E não levar pra casa, não se frustrar. Então tem dias que a gente sai daqui muito carregado, muito pesado (PS2).

Quando eu entrei aqui, eu me envolvia muito emocionalmente, eu tinha a sensação de que, quando um paciente ia a óbito, eu tinha a sensação de que eu não tinha feito o que tinha que ser feito, pelo menos a minha parte. E isso estava me prejudicando bastante, assim, a ponto de não querer mais continuar no serviço e tudo (ENF1).

A morte de um paciente resulta, muitas vezes, na sensação de não cumprimento do fazer profissional, sensação de frustração e, para além, parece que o dever não foi cumprido. É necessário aprender dia a dia a lidar com situações do morrer humano, profissionalmente, sem “levar para casa”, sem que tenha interferências pessoais. Porém há histórias que marcam, que ficam como lembranças. Entretanto, tais sentimentos presentes no fazer cotidiano e a forma de enfrentamento de cada situação de óbito remetem à certeza de finitude de todo ser humano, como diz Maffesoli (2007) e, por isso, permanecem as lembranças, a frustração do dever não cumprido, aprender a lidar com a morte de cada um, cotidianamente, e continuar a fazer pelo outro, cotidianamente.

Infere-se que enfrentar a finitude da vida é uma situação que precisa ser incorporada na prática profissional, para que, assim, o profissional não se envolva emocionalmente ao ponto de transpor o sofrimento profissional para o pessoal; é desenvolver uma postura racional, porém, envolvendo a subjetividade e a sensibilidade.

Porque, apesar da morte ser uma dimensão do fazer cotidiano, os profissionais de saúde apresentam dificuldades em conviver com esse tipo de situação, visto que apresentam sentimentos de tristeza, dor, medo e sofrimento frente à finitude humana (MOTA *et al.*, 2011). Por mais que se conviva com ela, não há naturalização frente ao morrer, pois a morte envolve questões relativas a ser humano, sendo um evento ainda cercado de mistérios e incógnitas (DUARTE, 2013).

Em estudo desenvolvido por Amaral e Kuhn (2015), a possibilidade constante da morte na UTI, devido à característica dos pacientes do setor, está relacionada ao desprazer e ao sofrimento no trabalho. Os profissionais estão vulneráveis a esse desgaste e a esses enfrentamentos pelo contato direto e frequente com pacientes com risco iminente de morte (AMARAL; KUHN, 2015). Essas características de imprevisibilidade, tanto da causa que leva à internação quanto das situações que envolvem esse momento, fazem com que os profissionais precisem desenvolver estratégias para tal.

Trabalhar na UTI significa muito, é um trabalho que eu acredito que é muito importante, é pesado, pesado não [...] não é que ele seja pesado, é que as famílias



que chegam aqui é que chegam totalmente desestruturadas, os pacientes estavam bem e de uma hora para outra a vida muda, em questão de segundos, ele tá aqui dentro entre a vida e a morte e precisam muito da gente (PSII).

Nesse sentido, foi possível identificar que o desempenho da atividade traz consigo o sentido de responsabilidade de cuidar dos pacientes e de suas famílias que têm as vidas transformadas pela imprevisibilidade da doença.

A família é parte importante desse processo, que se percebe direta ou indiretamente atingida pelo sofrimento do ente que se encontra em estado crítico. Assim, o esforço das equipes exigido pelo trabalho está relacionado a suprir não somente as necessidades do paciente que se encontra internado, mas também das famílias, que trazem consigo anseios e preocupações diante do inesperado. A equipe de saúde atua como um elo entre o paciente e a família.

Os familiares dos pacientes se apresentam na unidade com sentimentos de medo e de incertezas, sendo responsabilidade dos profissionais de saúde acolher e informar. É fundamental a presença, o envolvimento e a participação da família no processo de cuidado, agregando valor ao tratamento do paciente (SAIOTE; MENDES, 2011). Esses momentos fazem com que o profissional associe a situação a momentos de vida particular, e instiga uma reflexão envolvendo a si e à própria família.

Ver meu paciente naquela situação, muito triste e eu fico pensando assim: quando será a minha vez? Porque é tudo igual pra todo mundo, uma cama de hospital é um lugar bastante democrático, onde todo mundo vai passar ou alguém da família vai passar. Independente da situação financeira, da riqueza, do credo que pratica, o lugar democrático, ele não faz escolha, então, eu sempre me vejo na posição do paciente ou alguém da minha família naquela posição, aí é duro de ver. Mas a gente espera que o paciente saia, a família do paciente que sai, que fica bem, que volta pra vida de novo (TE4).

As vivências proporcionadas pelo trabalho na UTI instigam sensibilidade e percepção. Leva a refletir que o leito hospitalar é, provavelmente, o espaço mais “democrático” que existe, estando esse livre de distinções e estando disponíveis para qualquer pessoa, independente de quem ela seja socialmente. O profissional realiza o cuidado, identificando-se com o outro e, assim, faz e espera por sua reabilitação e pelo bem da família.

No que se refere às dificuldades vivenciadas no trabalho cotidiano na UTI, os participantes descrevem o excesso de demandas e a intensidade do labor como limitação do fazer cotidiano.

[...] Muita pressão, tem que fazer uma coisa rápido, o tempo é pouco e você tem que conseguir fazer aquilo corretamente sem errar. Aqui é muito difícil, desgastante, estressante, um trabalho estressante, eu acho que, assim, a carga horária é puxada, mas também demanda muito (ENF3).

Eu me sinto assim, bem sobrecarregada e, quando eu não consigo atingir o que tem que ser feito no dia, eu saio com uma sensação, assim, de que como eu não dei conta, como eu não planejei bem meu serviço, não saio muito bem daqui quando não consigo fazer tudo que eu tenho que fazer (ENF1).

Porque a gente não dá conta. São muitas demandas. É só fazendo e correndo (AS1).

(o trabalho é...) Uma labuta diária. Extremamente desgastante. Extremamente desgastante! Que, muitas vezes, cheguei a pensar o tanto de tempo, o quanto de tempo eu vou dar conta [...]. Não sei quanto vou aguentar. Me questiono isso todo dia (ME2).

O vocábulo “labuta” deriva do termo *laborattor*, do latim, que significa lida, trabalho. Labuta é um substantivo feminino que se refere a uma tarefa que se realiza penosamente, mas com dedicação (FERREIRA, 2006). O termo descreve os sentidos expressos pela equipe de saúde, a dedicação convivendo com o estresse e com o medo de errar.

A exaustão provocada por fatores relacionados ao ambiente e à duração da jornada de trabalho, além de grau elevado de exigência quanto às competências e à demanda de serviço do setor, são fatores que concretizam a “labuta” no trabalho cotidiano.

Existe uma tensão exigida para que o trabalho se concretize, em caráter de urgência, realizado com agilidade e em pouco tempo, o que pela sua complexidade pode predispor ao erro e, por isso, torna-se fatigante. É necessário planejar e executar suas atividades diariamente, pois esse fazer precisa ser concluído em tempo hábil e com rapidez por sua alta demanda. Não fazê-lo dessa forma traz frustração ao profissional. Toda essa “labuta” diária faz repensar, questionar sobre a permanência nesse setor que demanda tanto do profissional.

Caso não haja intervenções nos fatores que provocam o desgaste, o profissional pode trazer prejuízos à instituição com baixa produtividade e afastamentos por doenças relacionadas ao trabalho (ANDOLHE *et al.*, 2015).

O desprazer no trabalho pode surgir de diversas fontes no cotidiano (AMARAL; KUHN, 2015). Quando as situações negativas se sobressaem às positivas favorece o aparecimento de sofrimentos e exaustão. Inoue *et al.* (2013) acrescentam que a dificuldade pode estar em lidar com diferentes situações percebidas pelo próprio indivíduo, além das emoções relacionadas à agilidade e à assertividade requerida pela sua ocupação frente às demandas que se apresentam.

As situações de trabalho são marcadas por variabilidades, imprevistos e incertezas, somadas à busca incessante para que as metas do trabalho sejam alcançadas. Isso colabora

para a sensação de impotência, frustração e levam à exaustão profissional. Faz-se relevante minimizar os impactos dessas variáveis, adaptar as condições reais de trabalho às necessidades demandadas (CRUZ; SOUZA; CORREA, 2014).

Segundo Silva *et al* (2014), o sofrimento psíquico do profissional envolve a frustração quando não conseguem realizar todas as atividades planejadas em sua jornada de trabalho. A tomada de decisão de forma rápida e assertiva pressupõe a diferença entre a vida e a morte das pessoas, e na unidade de terapia intensiva essa necessidade de imediatismos contribui para a fadiga, sobrecarga de trabalho e atividades não planejadas (INOUE *et al.*, 2013; ANDOLHE *et al.*, 2015).

Outra situação que a sobrecarga de atividades pode favorecer, além das citadas anteriormente, é o fortalecimento de tensões e sentimentos que desafiam os profissionais entre si.

Com base no exposto, os depoimentos dos participantes desta pesquisa revelaram que o excesso de tarefas e os momentos de tensão vividos favorecem os conflitos entre os profissionais, o que pode influenciar negativamente a qualidade da assistência.

O trabalho é intenso [...]. Isso gera um nível de estresse muito grande. Então, muitas vezes, um “A” que você fala a pessoa pode entender um “B” e gerar um conflito maior. Mas pelo nível de estresse que eu acho que todo mundo aqui trabalha, né! (FAR1).

Então, eu acho que existe dentro do cotidiano, é, talvez, é, uma intensidade muito grande nos ânimos [...] as pessoas se mostram um pouco mais irritadiças e isso é uma grande dificuldade e um desafio também pra gente superar, né, como equipe no intuito da gente abraçar mesmo o nosso trabalho [...] para serem contornados os desafios, né?! De uma forma mais suave, mais branda, bem profissional e ética também acima de tudo (FIS1).

Os conflitos são inerentes ao trabalho, principalmente quando o ambiente envolve muitos indivíduos. Porém, existem fatores que os potencializam e, assim, prejudicam o trabalho na unidade, como, estresse, falhas na comunicação e irritação dos profissionais.

O gerenciamento de conflitos é desafiador para o profissional, que busca a superação destes para um maior envolvimento com o trabalho de forma equilibrada e ética, para que deste obtenha-se como resultando um trabalho qualificado.

Infere-se que a gênese dos conflitos que permeiam as relações entre os profissionais de saúde e, por conseguinte, o trabalho cotidiano é multifatorial, assim, é necessária a reconfiguração das dinâmicas de trabalho e a reflexão sobre a intensidade e a sobrecarga de trabalho, além do fortalecimento das relações profissionais e pessoais.

O conflito pode ser caracterizado como “[...] um desacordo interno ou externo resultante de diferenças de ideias, valores, culturas ou sentimentos de duas ou mais pessoas”. E, para administrá-los, é essencial conhecer a sua origem, que muitas vezes se dá por falhas na comunicação, pela estrutura organizacional e pelo comportamento individual (MARTA *et al.*, 2010).

Esses conflitos surgem de um ponto de tensão, que contribui para mudança de postura e de conduta (FARIA, ARAÚJO, 2010). O local onde ocorre o trabalho em saúde é permeado de tensões, ambiguidades e contradições. Dessa forma, os profissionais buscam estratégias para enfrentar as dificuldades manifestadas no cotidiano (YASUI; PENA, 2015).

Administrar essas desarmonias é uma tarefa árdua, visto que a insatisfação de uma equipe pode predispor a uma assistência de má qualidade. Portanto, é fundamental envolvê-los na solução e na condução disso (MARTA *et al.*, 2010). Conflitos e desafios fazem parte da convivência no cotidiano do trabalho em saúde e possibilitam que as potencialidades de cada um possam emergir (MAFFESOLI, 2007).

A insatisfação, os conflitos, o estresse e a intensidade do trabalho são fatores que contribuem para o comprometimento da saúde psíquica do profissional.

O índice de burnout nosso é gigantesco, em todos os profissionais, de todas as áreas. Você vê que o fisio, que ele tem um estresse [...] os enfermeiros estão muito estressados, os médicos estão muito estressados. A equipe como um todo é estressada, até a fono, que vem só avaliar, é estressada (ME2).

O estresse para a equipe multiprofissional da unidade é definido como “gigantesco”, podendo acarretar doenças psíquicas como a citada “burnout”. Quando os profissionais são descritos como estressados, destacando a fonoaudióloga, no patamar máximo do estresse, é para exemplificar a potencialidade da tensão do ambiente, que até mesmo profissionais não inseridos diretamente na unidade absorvem e sofrem consequências negativas em relação à saúde mental do profissional.

O estresse ocupacional ocorre quando o sujeito, que desempenha a atividade, convive com sentimentos negativos, de fracasso, desânimo e exaustão relacionados ao trabalho. Situação que pode provocar adoecimento físico e psíquico (SILVA *et al.*, 2014)

Os profissionais da saúde enfrentam limites a serem ultrapassados a todo momento, tarefas árduas, desgastes emocionais, contato frequente com a morte, sofrimento e hostilidade de pacientes e colegas de trabalho. Essas situações predispõem a doenças mentais, a exemplo da síndrome de burnout, que pode ser caracterizada como uma resposta ao estresse crônico,

quando falham as estratégias de enfrentamento que normalmente o indivíduo emprega para lidar com os estressores laborais (BARROS *et al.*, 2016).

Estudo desenvolvido por Barros *et al.* (2016) na UTI revelou a ocorrência de burnout em mais de 40% dos participantes, que pode ser efeito de uma carga de trabalho esgotante, extensa jornada de trabalho e precarização do trabalho em saúde.

É possível inferir que a sobrecarga de atividades associada aos fatores inerentes ao cuidado intensivo pode dificultar a realização plena e qualificada da prática assistencial, acarretando, além de tudo, prejuízo à saúde dos profissionais.

Apesar disso, existem estratégias que podem colaborar para atenuar as consequências da sobrecarga e momentos de tensão na unidade.

Acho que se resolvesse o incentivo, seria um hospital diferenciado e exemplar no mundo inteiro. Tem tudo pra ser bom, sem incentivo você não consegue nada. Quando uma equipe é sobrecarregada e não consegue se dedicar por causa da instituição (ME2).

Gostaria também muito que acontecesse [...] que refletiria no meu cotidiano, uma valorização da instituição com o trabalho, com o trabalhador, não necessariamente só aumentar salário e tal, mas tratar os momentos diferentes de forma diferente (GE1).

O trabalho cotidiano é uma troca de valores, saberes e experiências e o incentivo institucional é o diferencial que poderia potencializar o resultado do trabalho, uma vez que uma equipe com suas competências valorizadas, desempenha a atividade-fim com mais dedicação. O hospital possui características diferenciadas que, somadas ao reconhecimento da equipe de saúde, poderiam potencializar o papel da instituição.

A valorização do profissional, que também pode ser considerada um incentivo, vai além do retorno financeiro, compreende tratar de forma isonômica os momentos vivenciados no setor hospitalar e considerar cada profissional dentro da individualidade de cada um. Para manter um ambiente de trabalho saudável, é necessário reconhecer cada prestador de serviço como único, individual e capaz de desenvolver o seu melhor. O reconhecimento e o investimento deveriam ser incorporados no próprio processo laboral (MARTINS *et al.*, 2015).

Entre tantas particularidades e minúcias, o trabalho é considerado como “outro mundo”.

Gente, isso é outro mundo! É um outro mundo. É uma realidade assim, você tem que ficar [...]. Eu luto, eu luto todos os dias, todos os dias eu mato um leão aqui. Porque [...] nunca as histórias vêm sozinhas (PSI2).

Os obstáculos cotidianos da terapia intensiva são descritos como “leões” a serem enfrentados. O leão é um felino rápido, feroz, com alto poder de caça e, por isso, o ditado popular da cultura brasileira que diz “matar um leão por dia” significa enfrentar um grande desafio, uma dificuldade a cada instante, sendo cada obstáculo superado por vez.

A descrição da terapia intensiva como “outro mundo” parte das particularidades da unidade, dinâmica de trabalho, rotinas, característica dos pacientes. Os casos clínicos que são abordados na unidade vêm sempre acompanhados de participantes que, com a história de vida, vivenciam o estado de enfermidade e compartilham com a família e amigos o impacto social que há por trás da internação.

Caram (2013) define a unidade de cuidados intensivos como um “mundo à parte”, por ser um cenário fechado, com características próprias, equipe exclusiva e relações intensas. Amaral e Kuhn (2015) vêm complementar que o mundo do trabalho em UTI se torna particular pela dinamicidade e complexidade de suas vivências.

A UTI é um setor diferenciado, por ter atividades peculiares que exigem diferentes habilidades, necessidade de especialização profissional, alta densidade tecnológica e rotinas específicas, com novos obstáculos a serem superados a cada instante (BACKES; ERDMANN; BÜSCHER, 2015).

As características do fazer cotidiano na UTI, as atividades desenvolvidas pelos profissionais, os sentidos atribuídos ao trabalho, a forma como acontece o envolvimento do profissional com a atividade e a capacidade de perceber através dos sentidos fazem com que se concretize o trabalho em ato.

Apesar das dificuldades vivenciadas no trabalho com pacientes críticos, estudos revelam que a predileção e a satisfação pelo trabalho predominam em relação às adversidades em unidades de cuidados intensivos (BAASCH; LANER, 2011; MELO; BARBOSA; SOUZA, 2011).

Mesmo vivenciando desafios presentes no trabalho cotidiano na UTI, as situações positivas prevalecem, pois esses desafios constituem meios de crescimento, aprendizado e superação. Os profissionais vivenciam situações cotidianas que despertam sentimentos e sensações capazes de ressignificar o trabalho cotidiano na UTI.

#### **4.2. As relações e o trabalho em equipe na UTI**

Em um grupo de trabalho, as experiências e a execução das atividades levam a estabelecer diferenciação de funções, tipos de condutas, vínculos e interações, e são essas

diversidades que constroem as relações no trabalho cotidiano. Essa categoria vêm trazer a forma como a equipe da unidade de terapia intensiva interage, relaciona-se e convive, considerando que a abordagem do cotidiano presume o estabelecimento das relações.

Entende-se que trabalho em equipe seja uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação mútua entre a técnica, os saberes individuais e as relações pessoais, em busca de atender às necessidades de saúde dos pacientes (CAMELO, 2011). Santos, Mourão e Naiff (2014) complementam o conceito afirmando que este objetiva conseguir metas institucionais de forma conjunta, visto que os participantes possuem habilidades complementares e que, para tal, características como companheirismo, parceria e comprometimento são essenciais.

As relações estão associadas à troca de experiências, interações e desenvolvimento de habilidades em equipe e, dessa forma, estruturam o trabalho dos profissionais e a representação desses na organização. O local de trabalho constitui um ambiente propício para o convívio entre os profissionais, possibilitando o estabelecimento de relações e interações a todo instante.

Nos relatos dos entrevistados, é possível identificar alguns elementos que retratam como as relações cotidianas se perfazem e a maneira como o trabalho em equipe acontece.

Eu acho que é um lugar que a característica do trabalho em equipe é muito forte, ninguém trabalha sozinho numa UTI (FIS2).

A importância das atividades em equipe no atendimento a pacientes internados em UTI é considerada um atributo essencial para o trabalho. A afirmação “ninguém trabalha sozinho” deixa perceptível a amplitude atribuída à equipe dentro da unidade, caracterizando que não se consegue um bom trabalho de forma individual.

O trabalho cotidiano na UTI é peculiar, caracterizado pela divisão do trabalho extremamente precisa, com numerosos agentes que desenvolvem o trabalho em saúde. Portanto, torna-se fundamental a articulação constante das ações realizadas, para que, assim, ocorra a integração entre os profissionais (CAMELO, 2011). No ambiente dinâmico como o da UTI, é esperado um trabalho em equipe solidificado, com espaços dialógico, interativo, relacional e com estreitamento de vínculos, para prestar um serviço de qualidade (MEDEIROS *et al.*, 2016).

Nesse contexto, os profissionais reconhecem como necessário o trabalho em equipe porque tem repercussão na atividade-fim, que é o cuidado com o paciente. O trabalho nesse tipo de unidade é pautado nas relações, sejam elas entre a equipe seja entre os pacientes.

Para o paciente, essa boa relação é bom [...]. Porque isso já reflete muito no paciente né, a boa relação da equipe, também mais uma vez um desafio. A gente tá conseguindo manter entre tantos pensamentos diferentes uma boa relação, uma relação de respeito com um resultado positivo para o paciente (FIS1).

Então, assim, cada um faz uma parte [...] isso pensando no momento multiprofissional é [...] isso envolve várias categorias diferenciadas para que um serviço flua, e isso a gente percebe dessa forma. Por exemplo, tem um procedimento para realizar. Daí, o técnico comunica pro enfermeiro, que solicita interconsulta, que o secretário vai atrás do médico, que traz o retorno pra esse. Traz o retorno desse médico pra equipe, vem, não vem, já foi chamado [...]. É, em termos multiprofissional, eu vejo mais isso. É importante! (GE1).

Tem muita gente que não sabe trabalhar em equipe ou não quer trabalhar em equipe, mas é muito importante. Então, cada um fazer sua parte, melhora o ambiente, o cuidado. Um ajudando o outro, seria ideal. Quando a equipe toda sabe trabalhar em equipe, parece que o trabalho não fica sobrecarregado. Por mais procedimento, por mais coisa que tem, o plantão consegue fluir (ENF3).

O trabalho em equipe é descrito como um desafio para os profissionais, porque envolve cooperação constante entre os participantes, superação dos pensamentos individuais e respeito mútuo. Contudo, é necessário o enfrentamento desse desafio em prol do cuidado e da recuperação do paciente, além de contribuir para o fortalecimento das relações interpessoais, para a redução da sobrecarga de trabalho e para a criação de melhorias para o ambiente no qual os profissionais estão inseridos.

Assim sendo, revela-se a tentativa de desenvolver um trabalho baseado em uma construção conjunta, de forma que cada indivíduo contribua com a sua especialidade, apresentando diferentes olhares sobre o paciente, de forma complementar e multidisciplinar. As relações profissionais se fortalecem através de uma prática colaborativa, sendo essa fundamental na área da saúde.

Prática colaborativa na saúde é definida pela Organização Mundial de Saúde como aquela que “ocorre quando profissionais de diferentes áreas prestam serviços com base na integralidade da saúde, envolvendo os pacientes e suas famílias, cuidadores e comunidades para atenção à saúde da mais alta qualidade em todos os níveis da rede de serviços” (OMS, 2010, p. 13)

É oportuno destacar que a colaboração entre os profissionais, pautada pelas relações estabelecidas, promove e viabiliza o trabalho em equipe, por meio da interação e dos saberes de cada um. A forma como se dá o trabalho em saúde ocasiona consequências principalmente para os pacientes, sendo que o trabalho em equipe afeta a qualidade da assistência (GOULART *et al.*, 2016).



Martins *et al* (2014) trazem que a rotina vivenciada pelos profissionais da terapia intensiva intensifica as relações interpessoais na unidade e tem associação direta com os conflitos, sucessos no tratamento dos pacientes, além disso quando são positivas podem contribuir para atenuar a sobrecarga de tarefa.

Entretanto, apesar de os profissionais reconhecerem a relevância do trabalho em equipe, bem como as contribuições positivas que ele proporciona, os discursos não corroboram com a efetiva prática desse tipo de trabalho.

Ninguém nasce sabendo [...] gente forma sem experiência nenhuma e a gente percebe isso quando a gente começa a exercer e praticar. Já tive colegas que me receberam, me ajudaram e já tive aqueles, assim, que me via no buraco e empurrava mais um pouquinho. Foi difícil! (ENF1).

A experiência necessária para o fazer cotidiano é construída no exercício da prática e não apenas com a formação. Para tanto, a forma como as relações com outros profissionais se estabelece pode ser essencial para o sucesso ou para o fracasso dessa construção e, conseqüentemente, para o trabalho em equipe.

Aqui tem muitos profissionais. O trabalho em equipe é bom, mas podia ser bem melhor. Podíamos ser uma equipe mesmo, trabalhar em equipe mesmo, mas nem todos são assim [...] (TE2).

Eu acho que precisa ter mais interação, mas já melhorou bastante, entendeu!? De quando eu cheguei pra hoje, acho que já teve um [...] já caminhou, entendeu!? Mas eu ainda acho que precisa afinar mais [...] (PSII).

O pessoal não tem muito senso de equipe não [...]. O pessoal aqui é muito guiado por “eu gosto de você, eu tenho afinidade com você, então, trabalho bem com você. Eu não gosto de você, eu não tenho afinidade com você, então eu trabalho, cada um por si”. Falta um pouco de interação. Falta um pouco de união na equipe. Atrapalha! (GE1).

Entre os requisitos para que o trabalho em equipe se efetive, o envolvimento de todos os profissionais é um deles. Porém, essa ainda não é uma realidade vivenciada na UTI, apesar de já ter apresentado um progresso. Reafirma-se “mesmo” a necessidade que se tem de trabalhar em equipe, desenvolver uma melhor “interação”, com afinação, que precisaria ir para além da “afinidade” que existe entre os profissionais.

As relações interpessoais solidificam o trabalho conjunto, mas, quando a afinidade pessoal sobrepõe à necessidade coletiva, traz prejuízo à articulação dos profissionais e prejudica o trabalho como um todo. A interação deve funcionar como elo para fortalecer o grupo de trabalho como equipe, além de ser essencial para o trabalho conjunto.

Uma equipe se institui nas relações estabelecidas entre os seus componentes, no ambiente de convivência e pelas atitudes, sentimentos vivenciados e pelo modo como os indivíduos interagem. Camelo (2011) afirma que, à medida que a interação aumenta, mais próximo do *status* “ético-social” os agentes estão e, conseqüentemente, aumentam os momentos que favorecem à interação, reduzindo a submissão no trabalho. O ideal é que a interação aconteça de forma espontânea e mútua (CAMELO, 2011).

Se os aspectos relacionais e interacionais devem estar presentes em qualquer atividade humana, no setor de saúde ele toma uma dimensão mais evidente (GOMES *et al.*, 2011). Dentro da UTI, o produto final depende do trabalho consonante de vários profissionais, visto que o cuidado final é produto de pequenos cuidados parciais (BACKES *et al.*, 2012). E este somente se concretiza através de um trabalho em equipe cooperativo e comprometido (FERNANDES *et al.*, 2015)

As relações acontecem devido às formas de interação entre os participantes, considerando suas particularidades e têm influência direta sob o objeto de trabalho; na saúde, perpassa pelo agir dos indivíduos, determinando a interação social e construindo o cuidado. As relações envolvem múltiplos aspectos, que caracterizam sua complexidade enquanto fenômeno psicossocial (FORMOSO *et al.*, 2012).

Faz-se necessário uma equipe em sintonia e um ambiente onde é possível desenvolver relações positivas de trabalho, o que predispõe a integração da equipe e de saberes. É importante que haja coesão entre os trabalhadores, a fim de preservar o trabalho em um local satisfatório (FERNANDES *et al.*, 2015). Porém, a afinidade pessoal não deve ser fator que dificulte a integração entre todos os membros da equipe.

Os entraves encontrados para a operacionalização de um trabalho em equipe reforçam, no cotidiano vivido, a complexidade do próprio trabalho e das relações (MAFFESOLI, 2007).

Nota-se que o trabalho em saúde é alicerçado, entre outros aspectos, em diversas formas de relacionamento com o outro, mas todas essas formas, sejam elas entre profissionais, pacientes ou colegas, são relevantes para o trabalho em equipe. Nos relatos apresentados a seguir evidencia-se que esse tipo de relacionamento não acontece.

O fisioterapeuta é no seu quadrado, o nutricionista é no seu quadrado, o médico, muitas das vezes, é no seu quadrado. Não tem um envolvimento multi. Mas, quando você para pensar em categorias, funciona melhor (ENF2).

Assim, a gente tem aquela ideia que é cada um no seu quadrado, né?! Eu faço o meu, você faz o seu, a minha responsabilidade é minha e a sua é sua [...]. A responsabilidade no trabalho ela é relacionada ao resultado de como o nosso cliente é cuidado (TE1).

A expressão “cada um no seu quadrado” caracteriza uma individualização do trabalho de cada profissional, destoante da ideia do trabalho interdisciplinar. Quando cada um dedica-se exclusivamente ao desempenho de sua função, a ideia de coletividade necessária torna-se fragmentada, individualizada, descaracterizada da ideia de trabalho em equipe.

É imprescindível que os profissionais de saúde reconheçam a importância da atuação do outro, visto que uma atitude individual pode inviabilizar uma prática efetiva e integrada (FERNANDES *et al.*, 2015)

O trabalho em equipe é essencial para o dia a dia e para um bom desempenho no trabalho, devendo, portanto, superar a categoria à qual o profissional pertence. Segundo Fernandes *et al* (2015), os profissionais de saúde precisam trabalhar em conjunto, de forma a serem corresponsáveis pelo paciente, pelas tarefas que executam e pelo trabalho de forma geral.

Infere-se que a fragmentação da equipe é um fator que pode contribuir para que o profissional comporte-se cada vez mais de forma individual na execução das tarefas e tem reflexo negativo no cuidado que é realizado.

Há necessidade de se pensar o cuidado em UTIs, dando a ele um sentido multidimensional, não apenas “assistir” no sentido confinado ao ato de olhar, de ver, mas tornando-o uma atividade provida de sentimentos, responsabilidade, sensibilidade, ou seja, o cuidado pressupõe uma relação à pessoa e não à individualidade (MACHADO; SOARES, 2016, p.21).

Compete ao profissional de saúde atuar com responsabilidade social, de forma a superar possíveis resultados indesejados, advindos de situações do dia a dia, que limitam o trabalhador a ser consciencioso unicamente pelo fazer técnico de sua área de atuação (PIROLO; FERRAZ; GOMES, 2011). Para isso, ele precisa desenvolver aptidões múltiplas e, assim, realizar seu trabalho de forma integrada e contínua com todos os membros do grupo, independente do contexto (CRUZ; SOUZA; CORREA, 2014). Cada trabalhador é responsável por desempenhar o papel assistencial na equipe, devendo ser o trabalho constituído de forma entrelaçada e interdependente.

O desafio consiste em articular as ações dos profissionais, estabelecer de relações de cooperação, construção e manutenção de vínculos e gerenciamento de conflitos, objetivando a superação das ações fragmentadas (SANTOS *et al.*, 2016).

Ainda nessa lógica, é importante ressaltar que os participantes associam as relações profissionais como multifatoriais.

A relação entre os membros da equipe acaba que você não pode generalizar, a fisioterapia ou a enfermagem [...]. Acaba que isso passa por um viés mais interpessoal do que interequipe, então, depende muito do enfermeiro que está, do médico que está, acho que não há choque entre equipes e sim entre pessoas (FIS2).

Não é o pertencimento a uma categoria profissional que determina o trabalho em equipe e, sim, qual profissional estabelece essas relações para a integração do fazer em cada equipe. Fernandes (2015) acrescenta a necessidade frequente de considerar que o trabalho vai além de ações produtivas, abrange a convivência e a subjetividade.

É fato que as equipes são formadas por pessoas que têm sentimentos, pensamentos e opiniões, e carregam consigo uma bagagem profissional e pessoal. Assim, o compartilhamento diário desses fatores contribui para o estabelecimento das relações interpessoais.

O estabelecimento de inter-relações entre os diversos profissionais propiciará melhores condições para enfrentar as adversidades do trabalho em saúde (CAMELO, 2011). Afinal, as relações coadjuvam a estruturação das equipes.

Porém, as práticas ainda são centradas no profissional médico, conforme evidenciado pelos relatos a seguir.

O trabalho multidisciplinar é muito [...] ele ocorre de uma forma muito individualizada. A fono vem, avalia e relata para o plantonista; o fisio vem, relata para o plantonista e pontua com horizontal; a enfermeira, às vezes, pontua com horizontal também. Tudo sobre o paciente (ME2).

A gente precisa passar pro médico, né!? Ele quem vai decidir o que vamos fazer (TE2).

A multidisciplinaridade na UTI ocorre de forma parcial, pois o conhecimento acadêmico científico específico de cada profissão é considerado, porém sem espaços para o compartilhamento do saber, contradizendo a ideia do trabalho em equipe.

Considerando que, em uma UTI, o diagnóstico e a prescrição do tratamento é de responsabilidade médica e, historicamente, ao médico é dado o poder de decisão e da informação sobre o paciente, a decisão terapêutica é geralmente feita de forma centralizada e individualizada, apesar da diversidade de profissionais que integram a equipe de saúde.

O trabalho em equipe multiprofissional é marcado por desafios a serem superados. E o primeiro deles é a transformação do pensamento linear e puramente disciplinar para um pensamento complexo e conexo com vários saberes e disciplinas (BACKES *et al.*, 2012).

No entanto, a atuação das equipes de saúde deve resultar em uma construção conjunta de saberes, desenvolvimento de competências, inter-relação e interação entre as áreas, com a finalidade de atender às necessidades do paciente (CARPES *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2012).

Prevalece, assim, a ideia “de cada um em seu quadrado”.

Eu gosto muito dessa interação. Aí tem dificuldade quando o profissional não entende que eu não estou ali pra invadir o dele, eu tô aqui pra interagir. Porque tem profissional que acha que isso já é invasão, que eu já tô intrometendo, que eu tô querendo saber do dele, não é. É trabalhar multidisciplinar. Interdisciplinar e multidisciplinar. Que as pessoas conhecem só o multi, né? Às vezes, né? Muita gente conhece só o multi e não sabe o que é interdisciplinaridade (PSI2).

O fato de o profissional contribuir com o trabalho do outro, por vez, pode ser confundido pelos profissionais que não sabem trabalhar em equipe, sendo percebido como uma apropriação indevida de responsabilidades. O espaço interacional deve ser único e capaz de subsidiar as decisões e soluções dos múltiplos conhecimentos envolvidos na unidade de terapia intensiva, o que, muitas vezes, não acontece por desconhecimento conceitual e prático dos profissionais.

Portanto, é possível inferir que a atuação entre os integrantes da equipe deve ser pautada na superação das barreiras da individualidade disciplinar e valorização do coletivo para favorecer cada vez mais a interação entre os membros da equipe e, assim, proporcionar ações interdisciplinares.

Compreendendo que a multidisciplinaridade envolve o trabalho conjunto, o saber específico de cada especialidade e a interdisciplinaridade procuram a interação de todos os indivíduos e dos saberes, para um agir conjunto (TAVARES *et al.*, 2012).

Desse modo, surge a necessidade de construir um conhecimento embasado no conhecimento próprio de cada um, porém, com ações interdisciplinares para responder às demandas complexas que a atividade em saúde requer (CARPES *et al.*, 2012).

A interdisciplinaridade visa à superação da fragmentação e à linearidade do saber disciplinar, considerando dessa forma os múltiplos espaços e a diversidade de conhecimentos, os núcleos disciplinares se interligam. A área da saúde representa um campo interdisciplinar de alta complexidade que requer trocas de experiências e práticas para se efetivar (CARPES *et al.*, 2012; TAVARES *et al.*, 2012).

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde implica, portanto, em construção deste conhecimento, como aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir à resolução dos problemas ou alcance dos objetivos, e

consequentemente a ampliação das fronteiras disciplinares (CARPES *et al.*, 2012, p.146).

A interação dos membros de um grupo e das disciplinas envolvidas é decisória para o desenvolvimento do trabalho e a intensidade com que essa acontece, determinando a característica da relação. Segundo Carpes *et al.* (2012), na multidisciplinaridade, as relações acontecem em um mesmo nível, porém, com objetivos diversos; já na interdisciplinaridade, não só os objetivos, mas os princípios são comuns e as disciplinas possuem dependência. A transdisciplinaridade é o compartilhamento de estruturas, disciplinas e conceitos, de forma a construir, em conjunto, o trabalho.

Sendo assim, os profissionais demonstram os fatores que contribuem para que as relações profissionais não se efetivem em um trabalho em equipe coeso e pautado em ações inter e transdisciplinares.

(Sobre o trabalho em equipe) acho que flui, assim, dentro das limitações. Acho que poderia ser bem melhor. Se os profissionais não fossem tão sobrecarregados, se o cotidiano não fosse tão desgastante. Se não existisse tantos problemas, só o problema do dia a dia do paciente já é muita coisa. Mas você tem profissionais que tem que trabalhar aqui e num monte de hospitais. O plantão é de 12 horas e eles têm que fazer até 36 horas. Ele sai daqui, tem horário pra chegar no outro hospital, e isso aqui é um cotidiano de todos os profissionais. Ele não tem um retorno financeiro adequado [...]. Então, ele já fica desgastado com o cotidiano dele que é ruim (ME2).

Entre os aspectos que dificultam o trabalho em equipe os relacionados às condições de trabalho são os mais relevantes: sobrecarga de atividades, estresse, desgaste do profissional. A baixa remuneração financeira da área de saúde faz com que o profissional tenha necessidade de buscar outras fontes de renda, tendo, assim, que cumprir um excesso de carga horária, devido à multiplicidade de empregos, o que potencializa o esgotamento do profissional e dificulta o trabalho em equipe.

O trabalho em saúde já traz um esgotamento físico e psíquico para o profissional, devido às condições de trabalho, à desvalorização da atividade e ao contato direto com o sofrimento alheio, que, quando potencializado pelo exercício da atividade em mais de uma instituição, acentua as consequências negativas e traz prejuízos não somente para o trabalhador, mas para o paciente e para a instituição.

Aspectos relacionadas às condições de trabalho e ao envolvimento profissional foram descritos por Goulart (2016) como dificultadores para que o trabalho em equipe ocorra.

Já em estudo desenvolvido por Santos *et al* (2016), foram identificados fatores de ordem interpessoal que repercutem no desempenho do trabalho conjunto, porém, a

transformação positiva desses fatores impactaram no início de novas práticas profissionais, a partir do estabelecimento de relações dialógicas, articulação do trabalho e nas novas formas de agir em saúde.

Nessa perspectiva, é relevante que as instituições de saúde proporcionem melhores condições de trabalho para que o profissional tenha possibilidade de desenvolver um trabalho pautado em ações integrativas e, dessa forma, obtenha bons resultados terapêuticos.

Portanto, é plausível que se invista na criação de condições que favoreçam o trabalho em equipe, minimizando os fatores organizacionais que obstaculizam essa prática e, assim, proporcione a interação dos componentes para enfrentar a complexidade de um cuidar integral (CAMELO, 2011).

Ainda no que concerne aos obstáculos para a melhoria da articulação das ações em saúde, as dificuldades vão além da integração, perpassando pela comunicação entre os profissionais que fazem parte desse contexto.

Você quer fazer o melhor pelo paciente, mas é um desgaste diário. Você ficar brigando com determinado especialistas para fazer determinados processos que eles falam que não tem necessidade. Mas você sabe, muitas vezes, que é necessário. O ego que não deixa as pessoas discutirem o que é melhor para o paciente, e sim o que é melhor pra elas. Isso acho que são situações que acontecem diariamente e o dia inteiro. Todos os dias! Faz parte do cotidiano (ME2).

As relações entre a equipe são uma disputa de ego, de conquista de espaço, de certezas, impressionante! Ao invés de uma categoria escutar o que a outra categoria está dizendo, entender a dificuldade daquela outra categoria e contribuir, não! Ela quer crescer, aumentar, mostrar e apontar a importância dela (PSI2).

É notório pelos depoimentos que se faz necessário o diálogo efetivo para melhorar as relações interpessoais entre os profissionais. A individualidade, o egoísmo e a necessidade de autoafirmação de alguns trabalhadores atrapalham o trabalho em equipe e provocam esgotamento nos profissionais. O convívio entre eles torna-se palco de disputas corporativistas, em que cada profissional busca estratégias para vigorar opiniões individualistas, ao invés de o foco ser o paciente.

O diálogo e o “escutar” o outro são instrumentos que contribuem para que as relações profissionais sejam efetivadas e assim proporcionam um trabalho em equipe. Todavia a busca individual por espaço e autoconfiança interferem em uma comunicação efetiva e consequentemente nas decisões terapêuticas.

Na área da saúde, faz-se necessário um espaço de convívio que valorize as discussões acerca dos problemas vivenciados, bem como o fortalecimento das relações pessoais para, assim, atingir os objetivos institucionais (FERNANDES *et al.*, 2015)

Os micropoderes existentes nas equipes de saúde favorecem o distanciamento entre os núcleos profissionais. O cenário retratado nos ambientes de cuidado reafirmam práticas baseadas no saber-poder, o que interfere na identidade desses profissionais e nas relações de trabalho (YASUI; PENA, 2015).

A responsabilidade coletiva nas ações de saúde se faz essencial para superar a fragmentação do trabalho, bem como as atitudes individualistas de alguns profissionais. Surge a necessidade de um conhecimento interdisciplinar para responder às diversas e complexas demandas na área da saúde que inviabilizam a produção do trabalho em equipe desejado, de forma mais integral e resolutive (CARPES, *et al.*, 2012)

Os espaços de convívio tendem a despertar nos profissionais as realidades e experiências desejadas de cada um, porém, para haver uma real transformação do ambiente de trabalho, os participantes precisam conversar, discutir e problematizar as situações, favorecendo, assim, a construção do trabalho cotidiano. As falhas na comunicação entre os profissionais são descritas como desgastantes e trazem prejuízos ao processo de cuidar e às relações de trabalho.

As relações interpessoais no trabalho devem ser pautadas em uma comunicação efetiva, assim como no respeito e no compartilhamento de experiências entre os membros da equipe. O compartilhamento de informações e a clareza de valores e de processos são essenciais para o desenvolvimento de práticas interprofissionais (TAVARES *et al.*, 2012)

O trabalho conjunto é pautado em transformações e inovações frequentes e são ferramentas não somente para o alcance dos bons resultados terapêuticos, mas também para o avanço do tratamento em âmbito hospitalar e, por conseguinte, para a superação das dificuldades relacionadas à atuação profissional (CAMELO, 2011).

Fica a reflexão sobre a possibilidade de compartilhamento entre os profissionais, a realização de um trabalho em equipe, a troca de saberes e as ações desenvolvidas minimizarem as dificuldades e o estresse descritos pelos profissionais em seu trabalho cotidiano.

### **4.3. UTI: um negócio meio místico**

Na tentativa de compreender o trabalho desenvolvido cotidianamente pelos profissionais de saúde, é importante reconhecer os aspectos relacionados à caracterização desse serviço, como a singularidade do setor e as atividades cotidianas, visto que as especificidades institucionais têm relação direta com o dia a dia de trabalho.



A UTI [...] é um negócio, assim, meio místico, né? Porque, em Belo Horizonte, tem essa questão de ser referência pra trauma, um Hospital de referência em Minas Gerais, né? Tem um renome nacional muito grande (ENF4).

O hospital que tem uma quantidade de pacientes de trauma que nenhum outro lugar no mundo tem, entra tudo aqui! É porta aberta (ME2).

O hospital no qual está inserida a UTI deste estudo é destaque para a rede de urgência no estado de Minas Gerais, sendo considerado referência para situações extremas de trauma e por isso o cunho “místico” atribuído a ele. Ser místico é ter caráter sobrenatural, fora do comum, misterioso (FERREIRA, 2006). Assim, o trabalho desenvolvido na instituição pode ser caracterizado como relevante não somente para a população que é atendida, mas também para os profissionais que ali trabalham.

O profissional sente orgulho de trabalhar em um local que traz reconhecimento. A instituição é considerada como “fora do comum” e admirável devido às características singulares que possui e pela prestação de serviços que realiza.

O reconhecimento social e profissional é necessário para o fortalecimento da identidade pessoal e social do trabalhador no ambiente em que se encontra inserido, além de motivar esse profissional a investir nas funções que desempenha (ROSAS; MORAES, 2011).

No que concerne às características da instituição, destaca-se que a especialidade na qual é reconhecida é o trauma, causa essa que tem grande impacto social e econômico, atribuindo um significado ainda maior aos serviços prestados pela unidade hospitalar. A instituição, também denominada “porta aberta” para o serviço de urgência e emergência, pode ser caracterizada assim:

[...] são Portas de Entrada Hospitalares de Urgência os serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas (BRASIL, 2011).  
(retirar?)

A maior parte de pacientes atendidos pelos serviços de urgência e emergência da unidade hospitalar deste estudo são vítimas de trauma que, na atualidade, é a terceira maior causa de morte no mundo, com consequências sociais e alto custo em saúde, segundo afirmam Chiara e Cimbanassi (2009). Assim, o atendimento realizado em um hospital de referência e estratégico para rede de atenção, apesar das dificuldades, das possíveis faltas ou erros que podem existir, revela a mística de trabalhar nesse espaço e pode-se, nesse sentido, inferir certo orgulho.

Desse modo, a UTI dessa unidade é reconhecida como diferenciada por se distinguir dos demais setores devido às suas peculiaridades.

Porque é um setor diferenciado, né? É um setor que hoje tem uma resolução que rege os processos. É um setor que é fechado, né? Assim, teoricamente fechado. É um setor em que, querendo ou não, todos os hospitais que você vê, é a menina dos olhos! (GE1).

São muitos funcionários dentro de um setor, é uma uti diferenciada porque é uma uti que agrega 48 leitos, então, é um pouco fora do padrão habitual que agente trabalha, numa uti de 10 leitos, então, são muitos profissionais que passam pelo setor e de diversas categorias, porque é um hospital escola, né?! (FIS1).

Nessa UTI, eu posso fazer mais pelo paciente [...]. Eu posso fazer mais porque eu fico com dois pacientes. Aqui, tem profissionais para atender tudo que o paciente precisa [...]. Tem todos os profissionais, em todo plantão (TE3).

Acerca das características estruturais da UTI, essas foram descritas como “fora do padrão habitual”, que diz respeito à grande quantidade de leitos em uma mesma unidade de terapia intensiva e por ser hospital escola para diversas especialidades, o que favorece um maior número de profissionais atuantes em diferentes especialidades. Além disso, caracteriza-se por ser um setor fechado, o que significa que o local tem acesso restrito a pessoas e com rotinas específicas.

Outros aspectos que tornam a unidade singular é que o setor tem uma resolução, RDC 07/2010, que alicerça o funcionamento desse tipo de unidade, trazendo diretrizes acerca dos processos de trabalho e requisitos necessários para um melhor desempenho do serviço, favorecendo, assim, a dinâmica de trabalho. A unidade também tem uma escala de trabalho diferenciada, com menor proporção de pacientes por profissional, fazendo com que o cuidado se torne mais qualificado, o que, somado à multiplicidade de saberes, pode colaborar para o cumprimento dos objetivos da unidade, que é solucionar as demandas dos pacientes.

A expressão “menina dos olhos” é utilizada popularmente para indicar algo que possui prestígio ou significado especial para alguém, ou seja, na mística da unidade, esse cenário é visto, pelas suas especificidades, pelo cuidado realizado, pela contradição de ser teoricamente um setor “fechado”, mas que tem sua “porta aberta” para receber quem necessitar de seus cuidados.

Por ser místico, enfrenta a própria contradição de seu cotidiano que se reflete na falta de recursos materiais, o que provoca impacto direto na qualidade e na eficiência dos serviços de saúde, visto que são insumos fundamentais para diagnóstico e tratamento.

Oh, que dificulta é a questão de material, né? Assim, material tipo monitor que falha, monitor que não funciona, a máquina tá quebrada, entendeu? A estrutura que você precisa pra trabalhar, quando ela falha ela arrebenta a cadeia. É um caminhoneiro que não tem um disco pra funcionar o caminhão. Então, ele não trabalha (ENF4).

É mais dificulta, né [...] eu acho que, pra essa execução do trabalho, é o que eu já disse, às vezes, é material que falta, às vezes, você precisa fazer uma montagem né? Por exemplo, se faltar um colar cervical, você tem que improvisar ele, amarrar ele de um jeito esquisito, ele não fica bem no paciente, você sente que o paciente não tá confortável, mesmo sedado e o que fazer, né? Aqui a gente não soube fazer direito, mas já me contaram uma história daqui que tiveram que montar o colar cervical com papelão, por exemplo [...]. O pescoço da pessoa não se adéqua [...]. Já usamos colar cervical P num paciente gigantesco, um gigantestco com paciente P, eu acho que é assim, a falta hoje de material é o que mais dificulta o desempenho, é um perigo! (TE4).

Algumas dificuldades que a gente enfrenta também em questão de equipamentos assim, para exames, tanto de imagem quanto de laboratório. Às vezes, não tem a melhor medicação para o paciente, às vezes, tem similares e o paciente fica desprovido, sem nada mesmo. Então, de estrutura eu acho que de medicação seria mais grave assim (ME1).

Às vezes, a gente ta cumprindo nosso trabalho e num setor público tem muita falta de material, muita falta e medicamento. A gente que ta de frente, a gente que reporta essas faltas e, muitas vezes, não é entendido (FAR1).

A analogia feita do profissional de saúde como um “caminhoneiro” aponta que a falta / falha de materiais e equipamentos dificulta o resultado do trabalho final. Sobre essa analogia, a falha na cadeia de trabalho do caminhoneiro não prejudica a saúde do outro, ao contrário do profissional de saúde, que qualquer falha técnica ocasionada pelo déficit / falha de um insumo tem impacto vital. Existe comprometimento do profissional com o trabalho que executa, demonstrado por meio dessa analogia o risco que o déficit de materiais traduz.

A falta de medicamentos é um problema ainda maior, visto que esse não pode ser substituído por outro insumo ou ter seu uso adiado, já que traz risco iminente de morte.

A insuficiência de materiais necessários para que o trabalho seja concretizado faz com que o profissional defina estratégias, com adaptações improvisadas para que o paciente não fique sem o insumo necessário. Essa ação paliativa, que utiliza de materiais disponíveis na instituição, ao invés do destinado àquele fim, além de ser um fator que obstaculiza a execução do trabalho, pode trazer riscos à saúde dos pacientes.

Há relação entre a falta de materiais / medicamentos e o fato de a instituição pertencer ao setor público, segundo os participantes. A administração de recursos materiais é um desafio em se tratando de instituições hospitalares, que são potencializados quando se trata do setor público, que “[...] devido a orçamentos restritos, necessitam de maior controle do consumo e dos custos para que não privem funcionários e pacientes do material necessário” (GARCIA *et al.*, 2012, p.340).

O processo de aquisição de materiais e medicamentos no setor público perpassa por procedimentos burocráticos e nem sempre ágil, de licitação e empenho financeiro, mas a falta de gestão e o uso inadequado dos insumos são os fatores que favorecem a escassez. Influenciando, assim, de forma significativa o trabalho dos profissionais que atuam diretamente na assistência (GARCIA *et al.*, 2012).

Nessa perspectiva, esses trabalhadores de saúde acabam por se deparar com algumas limitações da organização do trabalho, além das relacionadas aos medicamentos, como: a falta de manutenção preventiva dos equipamentos, a precária manutenção e, ao mesmo tempo, a carência de treinamento dos trabalhadores para um manuseio adequado. Esses fatores vão além das capacidades dos profissionais e resultam em angústia e frustração. Mas trazem a necessidade de adaptar o fazer diário (TAVARES *et al.*, 2013; ZANDOMENIGHI *et al.*, 2014).

Os materiais e equipamentos para assistência hospitalar devem encontrar-se em perfeito estado de funcionamento para garantir a segurança e a vida dos pacientes, além de reverter em tranquilidade para os trabalhadores (TAVARES *et al.*, 2013). Não se pode ignorar que a conduta de estabelecer soluções improvisadas para um problema pode ser um paliativo com potencial risco à assistência à saúde.

Em estudos feitos por Baasch e Laner (2011) e Melo, Barbosa e Souza (2011), o fator de maior impacto negativo no trabalho foi a falta de recursos (estruturais e equipamentos). O setor em questão deveria contar com equipamentos altamente sofisticados e funcionantes visto que precisa possibilitar um tratamento seguro e qualificado a doentes críticos (MEDEIROS *et al.*, 2016; ZANDOMENIGHI *et al.*, 2014).

É relevante considerar que a carência e a ineficiência de estruturas necessárias para manutenção das atividades são barreiras relacionadas ao trabalho, que trazem risco à segurança e à qualidade do serviço de saúde. Portanto, investir na parte estrutural da unidade torna-se uma estratégia para garantir a segurança do paciente e identificar as oportunidades de melhorias necessárias, colaborando para implantação de boas práticas assistenciais (OLIVEIRA *et al.*, 2014).

Um dos principais problemas enfrentados é o uso inadequado dos equipamentos e a falta de manutenção deles, influenciando diretamente na qualidade da assistência. No setor público, o processo de manutenção corretiva é lento e ausente do preventivo, sendo realizados consertos dos materiais permanentes somente quando não há condições de uso, passando, então, a necessitar de tempo maior para seu conserto (GARCIA *et al.*, 2012).

A falta de insumos no setor, além de predispor à frustração dos profissionais, desvia o olhar do trabalhador da tarefa principal que é prestar uma assistência de qualidade para se empenhar em solucionar impasses relacionados à falta ou à deficiência desses insumos (ZANDOMENIGHI *et al.*, 2014).

Em se tratando da estrutura física, também há inadequação de alguns espaços no setor, como ambientes destinados ao bem-estar dos profissionais (banheiros, copas e local de descanso) e até mesmo em ambientes destinados à assistência aos pacientes, o que repercute diretamente na satisfação dos trabalhadores.

Os banheiros são poucos, o quatinho de descanso não é uma Brastemp, as copas de tomar café são muito pequenas, são quase trinta pessoas [...], enfermagem, né!? Isso por dia! Então, assim, não dá pra sentar, não dá pra ficar em volta de uma mesa, assim, num lanche, num café da manhã [...]. Eu acho, assim, acho um pouco caso grande com a nossa área de trabalho mesmo (TE4).

Dificultador principal é não ter um local apropriado para atendimento, às vezes, tô atendendo, na hora que tô pegando, tô chegando no ponto-chave do atendimento, às vezes, entra alguém na sala (PSII).

O tamanho da farmácia não é adequado ao tamanho da UTI e o problema do ar condicionado que a gente enfrenta aqui dentro, temperaturas altas e os medicamentos aqui dentro (FAR1).

A expressão indicando que o local de descanso de funcionários não é “uma Brastemp”, reflete que não é muito bom, associação esta que adveio de um comercial de televisão veiculado nos anos noventa, afirmando que a marca em questão era a melhor do mercado. O local não comporta o número de trabalhadores e não favorece um ambiente que estimule o profissional.

A inadequação física vai além dos locais destinados à equipe. Destaca-se a importância de ter um local adequado para realizar o trabalho com eficiência. Não há um ambiente compatível para um atendimento reservado aos pacientes e familiares, situação essa que repercute no trabalho cotidiano.

Os profissionais apontaram também para a necessidade de existir um local apropriado para o armazenamento e para a acomodação dos medicamentos, circunstância que pode alterar a eficácia do princípio ativo dos fármacos e também ter impactos negativos para o cuidado.

Quanto ao ambiente, torna-se relevante destacar que um local estruturado e propício para que o profissional consiga atuar da melhor forma, assim como a disponibilização de elementos essenciais para que o trabalho aconteça (materiais, equipamentos e insumos em geral) potencializa o trabalho e faz com que o profissional sinta-se valorizado. Neste estudo, a

falta desses insumos se mostrou presente no cotidiano desses profissionais de forma veemente, sendo caracterizada como um dificultador para o trabalho cotidiano na UTI. Dessa forma, instiga uma reflexão acerca da estrutura e da gestão organizacional que perpassa o trabalho e interfere na conduta do profissional.

O ambiente abrange não só a estrutura física, mas também âmbito o social, sendo que todo o conjunto deve colaborar para que seja acolhedor e humano, para todos que nele convivem e exercem suas atividades. É essencial dispensar atenção aos trabalhadores que lidam com doentes críticos, visto que a responsabilidade a eles atribuída resulta em um cuidado qualificado. Reforça-se, assim, a necessidade de um ambiente específico para esses profissionais, de forma que uma ambiência favorável seja proporcionada. Espaços de convívio, alternativos e até mesmo um ambiente adequado para se trabalhar, permitem a esses trabalhadores o exercício de suas funções de forma plena e qualificada (CHAVAGLIA *et al.*, 2011).

A instituição hospitalar é responsável por favorecer os subsídios para um atendimento de qualidade e a gestão de recursos materiais e de estrutura física, sendo também uma das formas de potencializar a satisfação e o reconhecimento do profissional (ZANDOMENIGHI *et al.*, 2014).

Os impasses ultrapassam o meio físico e passam pelas dificuldades relacionadas também aos sistemas de informação.

É [...] o sistema, o SIGH, é péssimo. Atrasa tudo. Muitas vezes, a gente tem que fazer coisas verbais, isso tá errado, que se der um problema não tem como reclamar (ME4).

O SIGH (Sistema Integrado de Gestão Hospitalar) foi desenvolvido pela FHEMIG para o “[...] planejamento e a tomada de decisão a partir de informações precisas e disponibilizadas em tempo real” e integra o trabalho de todos os profissionais de saúde da rede (FHEMIG, 2017, s/n).

Os sistemas de informação são sistemas gerenciais de impacto assistencial, considerados como apoio para equipe. O SIGH é considerado como dificultador porque, devido à pouca eficiência, acaba por atrasar o trabalho dos profissionais a até tornar o processo de saúde falho em segurança.

Esse tipo de ferramenta é muito importante na gestão, por proporcionar a disponibilização de diversos parâmetros assistenciais. O gerenciamento da informação em

setores hospitalares é um item essencial na prestação de cuidado ao paciente e é por meio desse também que se garante a segurança dos processos (BELA; VIEIRA; JÚNIOR, 2016).

Devido às características de instabilidade que os pacientes da UTI possuem, há uma necessidade de rapidez na tomada de decisões e é isso que a tecnologia da informatização deve permitir. Com uma maior eficiência, eficácia e efetividade, as chances de sobrevivência e redução de sequelas e de erros para com os pacientes são potencializadas (BELA; VIEIRA; JÚNIOR, 2016).

Tendo em vista a complexidade do trabalho na unidade de terapia intensiva, a gestão do risco e a redução dos erros são ações necessárias para melhorar a assistência à saúde. As falas abaixo transmitem a ideia que os profissionais têm, sobre a importância da prevenção dos erros.

Uma parada, que poderia ter sido evitada e não foi evitada, por erros [...]. Erros da equipe em geral, que poderia ter sido evitado e não foi, causando dano ao paciente. Mas, assim, com os erros também a gente aprende. Com coisas que poderia ser evitadas e você começa a ter foco no seu trabalho pra aquilo não se repetir. Fica mais atenta, pra você não errar mais, pra erros não acontecerem [...] (ENF3).

A gente quer é a segurança do paciente (PSI1).

Meu trabalho contribui na avaliação da farmacoterapia do paciente, né!? Porque tudo que pode ser prevenível de causar algum dano a gente tenta evitar (FAR1).

Considerando a complexidade do trabalho na unidade de terapia intensiva, a gestão do risco e a redução dos erros são ações necessárias para sustentar boas práticas assistenciais na unidade.

O erro é descrito como uma falha evitável, “que poderia ser evitado”, no processo de cuidar que pode provocar um prejuízo, ou seja, o dano ao paciente. Os incidentes despertam a vigilância quanto à assistência em saúde. Entretanto, essas mesmas falhas também significam aprendizado, porque, quando o profissional apresenta consciência acerca do mecanismo que levou ao erro, intensifica-se a cautela e atenção sobre a prática.

A ocorrência de erros não é só indesejável, mas prejudicial, portanto, a questão da segurança na assistência é, além de um objetivo, um compromisso dos profissionais de saúde (BARBOSA *et al.*, 2014).

Barbosa *et al.* (2014) trazem em seus estudos que, quando não há investimento na UTI por parte dos gestores hospitalares, no que se relaciona à segurança do paciente, ocorre a predisposição de eventos iatrogênicos que colocam em risco a vida dos pacientes. E o

verdadeiro objetivo da terapia intensiva é a redução da morbidade e mortalidade, o que só é proporcionado se os eventos ditos iatrogênicos forem reduzidos (BAASCH; LANER, 2011).

A equipe de profissionais que atua na UTI é a que tem maior experiência e preparo para lidar com questões de segurança do paciente devido à maior exposição à ocorrência de eventos iatrogênicos. Devem ser atuantes não somente na prevenção do dano, mas também no gerenciamento do risco (BARBOSA *et al.*, 2014).

Outra situação vivenciada no trabalho cotidiano está associada ao envolvimento da família do paciente no processo. O horário de visita é o momento que os familiares se dirigem à unidade de saúde para visitar e obter notícia dos pacientes, sendo considerado, assim, um momento peculiar na UTI e que contribui para estabelecer os vínculos familiares.

[...] horário da visita é uma outra rotina dentro da rotina. Momento que os parentes vêm ver os doentes e saber deles (TE3).

Às vezes, eles (equipe) se distraem nesse horário e o pessoal leva pra casa, é o que acontece na hora da visita e não o que acontece durante o dia todo. O que é um mito. Os meninos pegam serviço aqui e trabalham pra caramba, principalmente de manhã. E eu, até falo com as famílias que de manhã é o horário que o pessoal tá garantindo a tranquilidade deles no horário de visita (AS1).

Porque aqui não é uma visita estendida. Aqui tem uma flexibilidade no horário (PSI2).

Eu me disponho a atender a qualquer horário que chega (a família) para que ninguém saia sem atendimento quando eu estou no hospital. Ai se chega, já começo a atender, vejo qual que é a demanda, oriento e vou fazendo assim (AS1).

Faz-se necessário o envolvimento da família do paciente no processo de saúde. O horário de visita pode ser considerado como um momento em que os profissionais ficam mais tranquilos, apesar da grande complexidade do trabalho desenvolvido, pelo fato de o paciente estar sendo “cuidado” pela família. Porém, a visão que os familiares têm com relação ao trabalho desenvolvido na unidade é do que ocorre no horário de visita, que não pode ser considerado como rotina do setor, visto que é um momento de “escape” a essas rotinas.

Esse momento que acontece diariamente na unidade é o único em que a família dos pacientes se encontra presente, pois o setor não tem visita estendida, isto é, durante todo o dia. É, portanto, um instante relevante dentro do trabalho cotidiano, já que a família faz parte do momento de fragilidade que os pacientes vivenciam.

Apesar de não estar regulamentado o atendimento às famílias em tempo integral, alguns membros da equipe possuem disponibilidade para amenizar a ansiedade das famílias, através de atendimentos em horários alternativos, à medida que surge a necessidade.



O momento da visita é aquele em que os familiares estão presentes na UTI para obter informações junto aos profissionais de saúde, de modo que essas informações ajudem a compreender o que acontece com o paciente. É um momento que articula angústias e medos com segurança e serenidade (SAIOTE; MENDES, 2011).

Saiote e Mendes (2011) consideram a partilha de informações como a centralidade das práticas em saúde, porém o excesso de trabalho, o caráter mecanicista e a falta de empenho da equipe fragilizam esse processo. Sendo assim, é importante que, além da família, a equipe também reconheça o momento como relevante e ultrapasse os fatores que dificultam o acesso da família ao serviço de saúde e ao paciente.

A visita aberta (ou estendida) é parâmetro da PNH, segundo Brasil (2004). Abrange a criação de um ambiente que favoreça condições satisfatórias para a permanência dos familiares na UTI, para que haja ampliação do horário de visita. Dessa forma, busca possibilitar também uma maior interação social e familiar do paciente internado. Esse momento pode ser proporcionado com uma logística que melhor atenda tanto à instituição quanto às famílias (FERREIRA *et al.*, 2013).

O momento da visita na UTI é uma das situações cotidianas vivenciadas na unidade de terapia intensiva, mas existem também outros momentos que se sobressaem e particularizam o trabalho nesse setor.

Aqui [...], bom, a gente começa a ver o paciente, como é que ele tá se ele vai ter banho [...]. Ai a gente começa já agilizar os banhos, dai já tem medicação das 10 horas. Ai vem a hora de almoço, depois a gente retorna de novo com as medicações, trocas de fraldas, se tiver [...]. Acessos, se tiver que pegar [...]. Dieta que liga, que desliga, que pára, que volta. Algum procedimentos, tipo traqueostomia, punção lombar, essas coisas [...] e, assim, chega no final do dia a gente vai fechar o plantão, medicar de novo, vai fazer mais trocas de novo e passar plantão finalmente (TE4).

Você pega o plantão, aí você tem os preparativos [...]. Os cuidados com o próprio paciente, com relação a possíveis exames, cirurgias, etc. que já tão programadas, ou não, e tal. Então essa questão já é automaticamente gerida na minha cabeça, eu sei bem o quê que eu tenho dos dez pacientes pra poder fazer, né? (ENF4).

A minha rotina, geralmente, é avaliação de balanço hídrico, as anotações da enfermagem, depois examino os pacientes e já examinado vou comparando os exames laboratoriais pra eu ver como é que foi a mudança das 24 horas e ai depois cobro os exames. Acompanho a corrida de leitos e ai durante o plantão eu vou tomando as decisões que precisa, até passar o plantão (ME1).

As atividades cotidianas têm início e fim na passagem de plantão e são pautadas em momentos interdependentes de práticas habituais. Entretanto, o acompanhamento sucessivo da evolução do paciente é suscetível a procedimentos e condutas não programadas, apesar de haver um planejamento mínimo das atividades que precisam ser desenvolvidas.

A lógica de desenvolvimento desse trabalho é clara para os profissionais. E, independente da classe profissional, a reavaliação e o acompanhamento frequente do paciente e dos processos de trabalho definem o plano terapêutico e a assistência prestada, situação descrita pelos participantes. As atividades realizadas pelos profissionais são retroalimentadas a todo instante, conforme as necessidades daquele que é cuidado.

Apesar de todos os profissionais de saúde em questão estarem envolvidos com o paciente crítico, o cuidado é realizado e experienciado de diferentes formas. O que possui papel fundamental para quebra de paradigmas de que a UTI é um local puramente tecnológico e mecânico.

O indivíduo constrói, define e reconfigura a todo instante o modo de fazer o trabalho, os ambientes e as características destes. Apesar dos desafios enfrentados, da alta demanda de serviço, das intempéries cotidianas, das características institucionais, das falhas às quais o processo de trabalho está suscetível, os profissionais conseguem ver além e constroem “misticamente” seu fazer cotidiano. Apesar dos fatores organizacionais interferirem nos processos de cuidar nesse setor, os profissionais revelam sua subjetividade por meio de seus sentimentos, percepções e satisfações relacionadas ao trabalho que ali realizam cotidianamente.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os dados desse estudo colaboraram para a compreensão do trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva. Permitiu-se mostrar as diferentes concepções que os profissionais de saúde dessa unidade têm a respeito do trabalho que realizam e que essas são permeadas de particularidades e de subjetividades. As atitudes e as percepções traduzem um cotidiano rico em minúcias.

Os resultados proporcionaram reflexões acerca do objeto e desnudaram uma prática assistencial que vai além das barreiras impostas pelo tecnicismo, racionalismo e paredes frias da UTI. Esta se resignificou como uma possibilidade de exercer a cidadania e ajudar ao próximo.

A contribuição social proporcionada pelo trabalho foi um dos significados atribuídos ao trabalho cotidiano. O profissional sente-se responsável não somente pelo paciente, mas também pela família dele e pela instituição em que exerce as atividades. E o resultado disso pode ser o reconhecimento das atividades desenvolvidas e a visibilidade social, proporcionando, assim, satisfação no desempenho do trabalho.

Essa satisfação emerge do amplo uso de tecnologias duras, bem como do ato de cuidar de pacientes com histórias clínicas complexas e de vivenciar situações múltiplas de gratificação e de identificação com o trabalho que desempenha. As situações gratificantes que esse profissional experencia trazem, além de motivação, projeção no outro, fonte de aprendizado e de conhecimento especializado.

O trabalho cotidiano traz ao profissional a oportunidade de adquirir novos conhecimentos, solidificar o já existente e desenvolver habilidades. O cenário, caracterizado pela imprevisibilidade e pela complexidade, desafia o profissional a buscar aprendizado e também propicia rupturas e reconstruções do saber a todo instante. O conhecimento é construído, compartilhado e incentivado como prática cotidiana, sendo capaz de transformar o profissional, o setor e a qualidade do trabalho realizado.

No que tange a melhorar a qualidade das atividades desenvolvidas, os participantes demonstraram reconhecer a necessidade de instituir a integralidade nas práticas assistenciais. Assim, reconhece-se a necessidade de considerar o paciente como além do quadro patológico, e sim como um ser humano com necessidades físicas, biológicas, sociais e psicoafetivas.

Os entrevistados apontam também uma necessidade de efetivar práticas de humanização na UTI, ao reconhecerem a importância e a necessidade dessa efetivação,

porém, nota-se que alguns fatores dificultam a prática, configurando-se, então, como uma realidade prescrita, mas não real.

Dentre os desafios a serem superados por esses profissionais na Unidade de Terapia Intensiva estão: as dificuldades relacionadas ao início das atividades num setor desconhecido, o medo do inusitado, o sofrimento relacionado ao envolvimento do profissional com o paciente e a insegurança quanto aos processos de trabalho.

O fato de o profissional envolver-se emocionalmente com o paciente contradiz a ideia deturpada de que o profissional atuante na UTI é insensível à dor e às causas alheias. Esse envolvimento pode gerar sofrimento a esse profissional e, por conseguinte, necessidade de distanciar-se das histórias que envolvem os pacientes como mecanismo de autoproteção.

A sobrecarga de atividades também é amplamente descrita pelos profissionais como dificultadora para o desempenho do trabalho dos profissionais. O excesso de tarefas dificulta o planejamento do trabalho e favorece, assim, o sentimento de frustração no profissional, que convive com uma incompletude da tarefa. Situações estas que favorecem o estresse e o desgaste do trabalhador.

Portanto, há no cotidiano uma relação de prazer e de sofrimento. E mesmo diante dos desafios vivenciados a todo instante pelos profissionais de saúde, as situações positivas do trabalho se sobressaem às negativas. Acredita-se que os desafios impulsionam outros modos de fazer, atribuindo novos sentidos ao trabalho cotidiano.

Os sentimentos e significados apresentados relacionam-se à forma como o trabalho é ressignificado pelos profissionais, considerando as opiniões, as experiências e os sentimentos de cada um.

Outra temática importante que emergiu nesse estudo foram os diversos fatores que constroem as relações experienciadas no trabalho cotidiano, afinal os profissionais tornam-se participantes ativos do cotidiano.

Quando se trata das relações, das interações e do trabalho em equipe, é possível afirmar que esses são os pilares para que o trabalho cotidiano se efetive no ambiente de cuidados intensivos. Visto que, para que os profissionais desempenhem o seu papel, faz-se necessário o compartilhamento do saber, troca de experiência e a colaboração mútua.

A interação e a comunicação são bases de sustentação para um trabalho em equipe resolutivo e eficaz, porém esses são requisitos em que a unidade em estudo demonstra-se frágil, prejudicando, assim, a qualidade do cuidado prestado. Os resultados deste estudo apontam aspectos que dificultam essa efetivação: a sobrecarga de atividades, o estresse

vivenciado pelos profissionais, a egocentricidade e as práticas centradas em alguns profissionais.

O trabalho em equipe é reconhecido como importante pelos profissionais de saúde e é considerado um desafio a ser superado. Essa forma de trabalho proporciona aos profissionais a quebra de paradigmas pessoais e profissionais, visto que se mostra essencial para o desempenho satisfatório das atividades. A cooperação entre a equipe deve fortalecer o elo da interação no desempenho do trabalho. Assim, como parte desse processo em constante construção, os profissionais tornam-se participantes ativos do cuidado.

Apesar disso, o trabalho é realizado de forma fragmentada e, muitas vezes, individualizada ou até conflituosa, sendo necessário um envolvimento maior dos profissionais e da instituição para que esse se efetive de forma articulada e de uma prática colaborativa.

No trabalho cotidiano da UTI, a coletividade e as relações interpessoais têm um significado e um reflexo na vida social e profissional dos trabalhadores. A unidade, com características de um setor fechado, aproxima as pessoas e potencializa a intensidade das relações. Assim, é necessário desenvolver uma visão ampliada do conjunto de elementos que compõe o trabalho cotidiano, fortalecer os conceitos de equipe e práticas interdisciplinares para motivar aos profissionais e atenuar a sobrecarga física e emocional inerente à unidade, melhorando, assim, o convívio dos profissionais e também a qualidade do trabalho realizado.

No que se refere às características da unidade, é uma UTI singular, diferente tanto dos demais setores do hospital quanto do mesmo tipo de unidade de outras instituições além de ter a dinamicidade e a imprevisibilidade como particularidades do trabalho além de rotinas assistenciais específicas. Possui um grande número de leitos funcionantes em um mesmo andar, os profissionais trabalham com horários diferenciados, é um setor fechado, com rotinas diferenciadas, além de possuir uma equipe multiprofissional numerosa.

Essa caracterização estrutural e organizacional do setor foi amplamente destacada pelos profissionais, por definir os processos de trabalho e intensificar o desgaste do profissional. O setor dito como “meio místico”, com rotinas e dinâmicas de trabalho diferenciadas traz orgulho e proporciona reconhecimento social para os profissionais que lá exercem suas atividades.

É um local visto com olhares diferenciados não somente pelos profissionais, mas também pelos gestores e pela sociedade, caracterizado como “a menina dos olhos” da instituição. Nada obstante, a unidade possui déficit de material, equipamentos e insumos em geral, dificultado a prática assistencial e até mesmo comprometendo a segurança dos processos.

Em relação aos aspectos de infraestrutura, foram considerados inadequados de forma geral, não só no que se refere a ambientes de uso coletivo da equipe, mas também àqueles destinados ao cuidado do paciente. Outro desafio vivenciado cotidianamente na unidade está a dificuldade de operacionalizar o sistema de informação adotado na instituição, que também é considerado ineficaz e pode favorecer falhas nos processos assistenciais.

Torna-se necessário, dessa forma, um olhar diferenciado dos gestores para as condições de trabalho e para os processos internos que direcionam o fazer na UTI, visto que as condutas dos dirigentes do hospital, no que se relaciona aos aspectos organizacionais, são decisivas na atuação do profissional. As peculiaridades do setor em análise impactam no trabalho cotidiano, pois se encontram vinculadas aos processos e dinâmica de trabalho.

Estudar a Unidade de Terapia Intensiva desse hospital em análise representou muito mais do que um trabalho acadêmico e aprendizagem, instigou-me a parar e ver as coisas simples e fascinantes que o cotidiano traz. No dia a dia atuando na unidade, devido a rotinas massificantes e sobrecarga de tarefas, não é possível refletir sobre a prática e considerar a relevância dos aspectos que a transformam.

Nesse contexto, este estudo pode contribuir com a reformulação de políticas de saúde, assim como mudanças de processos organizacionais e também na superação da visão de que a terapia intensiva é um lugar frio e com profissionais sem sentimentos. Configura-se ainda como fonte de reflexão acerca de processos de trabalho e também dos aspectos subjetivos relacionados a esse.

Cabe ressaltar, então, que este trabalho apresentou como limitação o fato de ser apenas um recorte de um grande universo e também o fato de ter estudado somente profissionais de um turno de trabalho. Portanto, instiga novos pesquisadores a explorarem esse “terreno fértil” por diferentes óticas. Considerando o desafio que é estudar um setor em que a racionalidade e a lógica exata predominam, com enfoque subjetivo e relacional que requer a abordagem qualitativa; é um estímulo que desejo a todos aqueles profissionais que querem superar expectativas. Constrói-se, portanto, a mística desse espaço que se revela nos sentimentos e significados ditos pelos participantes, que, em sua inter-relação com o outro, apresenta fragilidades e fortalezas de um fazer cotidiano que se ressignifica a cada dia.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, Tatiana Ruviano do; KUHN, Michele. Prazeres e desprazeres vivenciados pelos enfermeiros de unidade de terapia intensiva adulto. **Estudo e Debate**, Lajeado, v. 22, n. 2, p.146-153, Lajeado, 2015.

ANDOLHE, Rafaela; BARBOSA, Ricardo Luis; OLIVEIRA, Elaine Machado de; COSTA, Ana Lúcia Siqueira; PADILHA, Katia Grillo. Estresse, coping e burnout da equipe de enfermagem de Unidades de Terapia Intensiva: fatores associados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 49, p.58-64, 2015.

BAASCH, Davi; LANER, Aline dos Santos. Os significados do trabalho em unidades de terapia intensiva de dois hospitais brasileiros. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p.1097-1105, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700041&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700041&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas; BACKES, Dirce Stein. O cuidado intensivo oferecido ao paciente no ambiente de Unidade de Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, p.689-696, dez. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452012000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 02 out. 2017.

BACKES, Marli Terezinha Stein; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BÜSCHER, Andreas. O ambiente vivo, dinâmico e complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 23, n. 3, p.411-8, maio/jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt\\_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/2015nahead/pt_0104-1169-rlae-0568-2570.pdf)>. Acesso em: 22 fev. 2016.

BAGGIO, Maria Aparecida; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A circularidade dos processos de cuidar e ser cuidado na conformação do cuidado “do nós”. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. ser. IV, n. 7, p.11-20, dez. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832015000700002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000700002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 08 set. 2017.

BARBOSA, Taís Pagliuco; OLIVEIRA, Graziella Artuzi Arantes de; LOPES, Mariana Neves de Araujo; POLETTI, Nádia Antônia Aparecida; BECCARIA, Lúcia Marinilza. Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 3, p.243-248, jun. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002014000300243&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 Abr. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BARROS, Maria Mércia dos Santos; ALMEIDA, Saulo Pereira de; BARRETO, Ana Luíza Pinheiro; FARO, Soraya Ramalho Santos; ARAÚJO, Marley Rosana Melo de; FARO, André. Síndrome de Burnout em médicos intensivistas: estudo em UTIs de Sergipe. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 1, p.377-389, mar. 2016. Disponível em:

<[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X2016000100020&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2016000100020&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BELA, Ana Clara Vila; VIEIRA, Gleyssiane M. G.; JUNIOR, Ivaldir de Farias. Análise do uso da tecnologia na Gestão Hospitalar com foco em UTI. **Revista Eletrônica Estácio Recife**, Recife, v. 1, n. 3, dez. 2016. Disponível em: <<https://reer.emnuvens.com.br/reer/article/view/87/35>>. Acesso em: 02 jul. 2017.

BOFF, Leonardo. **Saber Cuidar: ética do humano, compaixão pela terra**. 20 ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2014.

BOMFIM, Rafael Cardoso; SOARES, Daniela Arruda. Percepção de enfermeiros quanto ao trabalho na unidade de terapia Intensiva: uma relação de prazer e sofrimento. **Revista Eletrônica da Fainor**, Vitória da Conquista, v. 4, n. 1, p.130-143, jan./dez., 2011. Disponível em: <<http://srv02.fainor.com.br/revista/index.php/memorias/article/viewFile/111/102>>. Acesso em: 06 ago. 2017.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Brasília: Congresso Nacional / Presidência da República, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 3.432, de 12 de agosto de 1998. **Estabelece critérios de classificação para as Unidades de tratamento intensivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432\\_12\\_08\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt3432_12_08_1998.html)>. Acesso em: 01 abr. 2016

BRASIL. **HumanizaSUS – Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria Executiva / Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde, Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. 2010(a). Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2011/img/07\\_jan\\_portaria4279\\_301210.pdf](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf) >. Acesso em: 17 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 07, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências**. 2010(b). Disponível em <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html) >. Acesso em: 17 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde: Portaria 2.395, de 11 de outubro de 2011. **Organiza o Componente Hospitalar da Rede de Atenção às Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.



BRASIL. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Volume 03. Brasília: Ministério da Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde, 2013.

BRASIL. **O trabalho como fonte de formação**: um movimento em construção no Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho\\_fonte\\_formacao\\_movimento\\_construcao.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/trabalho_fonte_formacao_movimento_construcao.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2016.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1987.

CARAM, Carolina da Silva. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um hospital universitário**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 131f. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG / Escola de Enfermagem, 2013.

CAMARA, Rosana Hoffman. Análise de conteúdo: da teoria à prática em pesquisas sociais aplicadas às organizações. **Gerais – Revista Interinstitucional de Psicologia**, Juiz de Fora, v. 6, n. 2, p.179-191, jul./dez. 2013. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/gerais/v6n2/v6n2a03.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2016.

CAMELO, Helena Henriques. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enfermagem**., Curitiba, v. 16, n. 4, p.734-40, out./dez. 2011.

CARAM, Carolina da Silva. **Os sentidos do trabalho para profissionais da saúde do CTI de um hospital universitário**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 131f. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais / Escola de Enfermagem, 2013.

CARNEIRO, Taize Muritiba. **Condições de trabalho em enfermagem na unidade de terapia intensiva**. Dissertação [Mestrado em Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde]. 140f. Salvador: Universidade Federal da Bahia / Escola de Enfermagem, 2012.

CARPES, Adriana Dornelles; SANTOS, Bianca Zimmermann; MORAIS, Cristina Bragança de; BACKES, Dirce Stein; KRAUSE, Luciana Maria Fontanari. A construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. **Disciplinarum Scientia: Ciências da Saúde**, v. 13, n.2, p.145-151, 2012.

CAVALCANTE, Ricardo Bezerra; CALIXTO, Pedro Calixto; PINHEIRO, Marta Macedo Kerr. Análise de conteúdo: considerações gerais, relações com a pergunta de pesquisa, possibilidades e limitações do método. **Informação e Sociedade: Estudos**, João Pessoa, v. 24, n. 1, p. 13-18, jan./abr. 2014. Disponível em: <<http://www.ies.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/10000/10871>>. Acesso em: 20 mar. 2016.

CHAVAGLIA, Suzel Regina Ribeiro; BORGES, Cristiana Machado; AMARAL, Eliana Maria Scarelli do; IWAMOTO, Helena Hemiko; OHL, Rosali Isabel Barduchi. Ambiente do centro de terapia intensiva e o trabalho da equipe de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p.654-661, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000400003&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400003&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 out. 2017.

CHIARA, Osvaldo; CIMBANASSI, Stefania. **Protocolo para atendimento intra-hospitalar do trauma grave**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

CRUZ, ÉliSSa Jôse Erhardt Rollemberg; SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; CORREA, Renata dos Anjos; PIRES, Ariane da Silva. Dialética de sentimentos do enfermeiro intensivista sobre o trabalho na Terapia Intensiva. **Escola Anna Nery**, v. 18, n. 3, p. 479-485, set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000300479&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000300479&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 20 Mar. 2016.

DIAS, Carla Pena. **O cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde no transporte aéreo de pacientes**. 91f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais / Escola de Enfermagem, 2010.

DUARTE, Gustavo de Mello; ALVES, Marcelo da Silva. Práxis do ser enfermeira(o) no cotidiano da unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 3, n. 2, p.714-722, mai./ago. 2013. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewArticle/365>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

DUARTE, Gustavo de Mello. **O ser enfermeira(o) no cotidiano da terapia intensiva**. Dissertação [Mestrado em Enfermagem]. 130f. Belo Horizonte: Universidade Federal de Juiz de Fora / Escola de Enfermagem, 2013.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAÚJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Revista Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p.429-439, jun. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902010000200018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 07 set. 2017.

FERNANDES, Helen Nicoletti; THOFEHRN, Maira Buss; PORTO, Adrize Rutz AMESTOY, Simone Coelho; JACONDINO, Michelle Barboza; SOARES, Mariana Rodrigues. Relacionamento interpessoal no trabalho da equipe multiprofissional de uma unidade de saúde da família. **J. Res. Fundam. Care. Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p.1915-1926, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/html/5057/505750945016/>>. Acesso em: 05 jan. 2018.

FERNANDES, Marcelo Nunes da Silva. **Fatores de Prazer e Sofrimento no Trabalho da Enfermagem: Contribuições para a Gestão em Saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso [Especialização em Gestão Pública Municipal]. 22f. Rio Grande do Sul: Universidade Federal de Santa Maria – UFSM / Centro de Ciências Sociais e Humanas, 2015.

FERREIRA, Carla Caroline Gomes; ESTEVAM, Fabrícia Eduarda Baia; GUIMARÃES, Joyce Costa; VALADARES, Mayra Soares, TANNURE, Meire Chucre. Visita aberta em unidades de terapia intensiva de adultos: uma estratégia para humanização do atendimento. **Enfermagem Revista**, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p.72-82, out. 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/enfermagemrevista/article/view/13020>>. Acesso em: 15 out. 2017.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2006.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p.17-27, jan. 2008.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; LUCHESI, Bruna Moretti; SAIDEL, Maria Giovana Borges; TURATO, Egberto Ribeiro; MELO, Débora Gusmão. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p.388-394, fev. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000200020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 15 ago. 2015.

FORMOZO, Gláucia Alexandre; OLIVEIRA, Denize Cristina de; COSTA, Tadeu Lessa da; GOMES, Antônio Marcos Tosoli. As relações interpessoais no cuidado em saúde: uma aproximação ao problema. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p.124-7, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/4006/2775>>. Acesso em: 30 out. 2017.

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. **Hospital João XXIII, 2015**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii>>. Acesso em: 05 ago 2015(a).

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. **Hospital João XXIII – SAME, 2015**. [Intranet]. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/atendimento-hospitalar/complexo-de-urgencia-e-emergencia/hospital-joao-xxiii>>. Acesso em: 05 ago. 2015(b).

FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS – FHEMIG. **SIGH – Sistema Integrado de Gestão Hospitalar**. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br/index.php/institucional/programas-e-aco/es/sistema-integrado-de-gestao-hospitalar>>. Acesso em: 05 mar. 2017.

GARCIA, Simone Domingues; HADDAD, Maria do Carmo Lourenço; DELLAROZA, Mara Solange Gomes; COSTA, Daniele Bernardi da; MIRANDA, Juranda Maia de. Gestão de material médico-hospitalar e o processo de trabalho em um hospital público. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 2, p.339-346, mar./abr. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Estudo de caso: fundamentação científica, subsídios para coleta e análise de dados e como redigir o relatório**. São Paulo: Atlas, 2009.

GOMES, Luciana; MASSON, Letícia Pessoa; BRITO, Jussara Cruz de; ATHAYDE, Milton. Competências, sofrimento e construção de sentido na atividade de auxiliares de enfermagem em Utin. **Trabalho, Educação e Saúde** [online], Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p.137-156,

2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1981-77462011000400007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

GOULART, Bethania Ferreira; CAMELO, Silvia Helena Henriques; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis; CHAVES, Lucieli Dias Pedreschi. Trabalho em equipe em Unidade Coronariana: facilidades e dificuldades. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. 3, p.482-489, jun. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000300482&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000300482&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 set. 2017.

GRENVIK, Ake; PINSKY, Michael R. *Evolution of the Intensive Care Unit as a clinical center and critical care medicine as a discipline*. **Critical Care Clinics**, Philadelphia, v. 25, n. 1, p.239-250, Jan. 2009. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19268805>> . Acesso em: 02 set. 2017.

INOUE, Kelly Cristina VERSA, Galena Lucinéia Gomes da Silva; MURASSAKI, Ana Cláudia Yassuko; MELO, William Augusto de; MATSUDA, Laura Misue. Estresse ocupacional em enfermeiros intensivistas que prestam cuidados diretos ao paciente crítico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 5, p.722-729, out. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S003471672013000500013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672013000500013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 abr. 2017.

JORNAL ESTADO DE MINAS. Hospital João XXIII é eleito o melhor do país em atendimento de emergências. 16 de março, 2013. Disponível em: <[http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/03/16/interna\\_gerais,357992/hospital-joao-xxiii-e-eleito-o-melhor-do-pais-em-atendimento-de-emergencias.shtml](http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/03/16/interna_gerais,357992/hospital-joao-xxiii-e-eleito-o-melhor-do-pais-em-atendimento-de-emergencias.shtml)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: E.P.U., 2012.

MACHADO, Eidiani Radeski; SOARES, Narciso Vieira. Humanização em UTI: sentidos e significados sob a ótica da equipe de saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, São João Del Rei, v. 6, n. 3, p.2342-2348, set/dez., 2016.

MAFFESOLI, Michel. **A conquista do presente**. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

MAFFESOLI, Michel. **A contemplação do mundo**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1995.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum**: introdução à sociologia compreensiva. Porto Alegre: Sulina, 2007.

MARTA, Cristiano Bertolossi; LACERDA, Alessandra Cabral de; CARVALHO, Ana Cristina; STIPP, Marlucci Andrade Conceição; LEITE, Josete Luzia. Gestão de conflitos: competência gerencial do enfermeiro. **Cuidado é Fundamental – Revista Online de Pesquisa**. Rio de Janeiro, [S. l], v. 2 (Ed. Supl.), p.604-608, out./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1062>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

MARTINS, Cláudia Cristiane Filgueira; SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; PEREIRA, Marta Silvânere; SANTOS, Natally Pereira. Relacionamento Interpessoal da Equipe de Enfermagem x Estresse: Limitações para a Prática. **Rev. Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 19, n. 2, p.309-15, abr. /jun., 2014.

MARTINS, Júlia Trevisan; GALDINO, Maria José Quina; GARANHANI, Mara Lúcia; SAMMI, Keity Mayumi; TREVISAN, Gabriela Schmitt. Humanização no processo de trabalho na percepção de enfermeiros de unidade de terapia intensiva. **Cogitare Enfermagem**, Bandeirantes, v. 20, n. 3, p.589-595, jul./set., 2015.

MEDEIROS, Adriane Calvetti de *et al.* Integralidade e humanização na gestão do cuidado de enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 50, n. 5, p. 816-822, out. 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000500816&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 04 jan. 2018.

MELO, Márcia Borges de; BARBOSA, Maria Alves; SOUZA, Paula Regina de. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 4, [9 telas], jul./ago. 2011.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, Ana Cristina de Souza; GOMBERG, Estélio (orgs.). **Leituras de novas tecnologias e saúde**. São Cristóvão: Editora UFS, 2009, p.29-74.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Julio César França. **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV / FIOCRUZ, 2009, p.427-432.

MINAS GERAIS. Decreto nº 45.128, de 02 de julho de 2009. **Dispõe sobre o Estatuto da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – FHEMIG**. Belo Horizonte Governo do Estado de Minas Gerais / Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Aline de Oliveira; SOUSA, Hérica de Araújo; RIBEIRO, Jairo Antônio. Vivências e estratégias defensivas dos enfermeiros frente ao cuidado em unidade de terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 3, n. 1, p.102-111, Santa Maria, jan./abr. 2013. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/7207>>. Acesso em: 22 fev. 2016.

MOTA, Marina Soares; GOMES Giovana Calcagno; COELHO, Monique Farias; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo; SOUSA, Lenice Dutra de. Reações e sentimentos de profissionais da enfermagem frente à morte dos pacientes sob seus cuidados. **Revista Gaúcha de Enfermagem** [online], Porto Alegre, v. 32, n. 1, p.129-135, mar. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472011000100017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 set. 2017.

NASCIMENTO, Keyla Cristiane do; GOMES, Antônio Marcos Tosoli; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. A estrutura representacional do cuidado intensivo para profissionais de Unidade de Terapia Intensiva móvel. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 1, p. 176-184, fev. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342013000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 04 Jan. 2018.

OLIVEIRA, Terezinha; VIANA, Ana Paula dos Santos; BOVETO, Lais; SARACHE, Mariana Vieira. Escola, conhecimento e formação de pessoas: Considerações históricas. **Políticas Educativas**, Porto Alegre, v. 6, n. 2, p.145-160, 2013.

OLIVEIRA, Fábio de. Perspectivas psicossociais para o estudo do cotidiano de trabalho. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 1, p.41-50, abr. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-65642014000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65642014000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 set. 2017.

OLIVEIRA, Roberta Meneses *et al.* Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p.122-129, mar. 2014. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100122&lng=en&nrm=iso)>. access on 04 Jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. *The world healthreport: improving performance*. Geneva: *World Health Organization*, 2000.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. ). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. Geneva: *World Health Organization*, 2010.

PAIM, Jairnilson; TRAVASSOS, Claudia; ALMEIDA, Celia; BAHIA, Ligia; MACINKO, James. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet* [online], maio, 2011. Disponível em: <[http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925\\_brazil1.pdf](http://actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf)>. Acesso em: 05 mar. 2017.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos. **Ser saudável no cotidiano da favela**. Pelotas: Ed. Universitária / UFPEL; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC, 1997.

PEREIRA, Débora Silva de Castro. O ato de aprender e o sujeito que aprende. **Constr. psicopedag.**, São Paulo, v. 18, n. 16, p. 112-128, jun. 2010. Disponível em: <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-69542010000100010&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-69542010000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em: 04 Jan. 2018.

PEREIRA, Eliane França; TOLFO, Suzana da Rosa. Estudos sobre sentidos e significados do trabalho na psicologia: uma revisão das suas bases teórico-epistemológicas. **Psicologia e Argumento**, Florianópolis, v. 34, n. 86, p.302-317, out./dez., 2016.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 2008.

PIROLO, Sueli Moreira; FERRAZ, Clarice Aparecida; GOMES, Romeu. A integralidade do cuidado e ação comunicativa na prática interprofissional da terapia intensiva. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1396-1402, dez. 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000600017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 23 jun. 2017.

REIS, Germano Glufke. Da Experiência ao aprendizado: a prática reflexiva como recurso no processo de *coaching* de executivos. **Revista de Carreiras e Pessoas – ReCaPe**, [S.l.], v. 3, n. 3, dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/17671>>. Acesso em: 30 out. 2017.

REISNER-SÉNÉLAR, Louise. *The birth of intensive care medicine: Bjorn Ibsen's records*. **Intensive Care Medicine**, França, v. 37, p.1084-1086, 2011 Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21611906>> . Acesso em: 02 set. 2017.

RIBEIRO, Cristina Gomes Ribeiro; SILVA, Carla Viviane Nunes Soares; MIRANDA, Matilde Meire. O paciente crítico em uma unidade de terapia intensiva: uma revisão da literatura. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 9, n. 4, p.371-377, out./dez. 2005. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/487>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

RODRIGUES, Taciana Daltri. Félix. Fatores Estressores para a Equipe de Enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 16, n. 3, p.454 -462, 2012.

ROSAS, Maria Letícia Messias; MORAES, Rosângela Dutra de. A importância do reconhecimento no contexto de trabalho. **Revista Amazônica**, Humaitá, v. 7, n. 2, p.210-224, jul./dez. 2011. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3915959>>. Acesso em: 10 ago. 2017.

SAIOTE, Elisabete; MENDES, Felismina. A partilha de informação com familiares em unidade de tratamento intensivo: importância atribuída por enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**, Lisboa, v. 16, n. 2, p.219-25, abr./jun. 2011.

SANTOS, Denise de Aragão Fernandes dos; MOURÃO, Luciana; NAIFF, Luciene Alves Miguez. Representações sociais acerca do trabalho em equipe. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 34, n. 3, p.643-659, Brasília, set. 2014. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932014000300643&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000300643&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 out. 2017.

SANTOS, José Luís Guedes dos *et al.* Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 37, n. 1, e50178, 2016. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000100402&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 04 Jan. 2018.

SILVA, Amanda Aparecida; ROTENBERG, Lúcia; FISCHER, Frida Marina. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 45, n. 6, p.1117-1126, dez. 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102011000600014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102011000600014&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 maio 2017.

SILVA, Glébia Keila da Cunha; AVELINO, Fernanda Valéria Silva Dantas; GOUVEIA, Márcia Teles de Oliveira; MADEIRA, Maria Zélia De Araujo; AVELINO, Francinete Paula Dantas. Síndrome de Burnout em enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva. **Enferm. Foco**, Rio de Janeiro, v. 5, n.3/4, p. 75-78, 2014. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/563/245> >. Acesso em: 04 Jan. 2018.

SILVEIRA, Rosemary Silva da; FUNCK, Cíntia Regina; LUNARDI, Valéria Lerch; SILVEIRA, Juliana Teixeira da; AVILA, Liziani Iturriet; FILHO, Wilson Danilo Lunardi; VIDAL, Danielle Adriane Silveira. Percepção dos trabalhadores de enfermagem acerca da satisfação no contexto do trabalho na UTI. **Enferm. em Foco**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p.93-96, 2012.

TAVARES, Suyane Oliveira; VENDRÚSCOLO, Cláudia Tomasi; KOSTULSKI, Camila Almeida; GONÇALVES, Camila dos Santos. **Interdisciplinaridade, multidisciplinaridade ou transdisciplinaridade**. 5º Interfaces no Fazer Psicológico: Direitos humanos, diversidade e diferença. Santa Maria: UNIFRA, 2012.

YASUI, Silvio; PENA, Ricardo. Repetição e invenção: o cotidiano do trabalho em saúde, suas tensões, ambiguidades e contradições. **AYVU Revista de Psicologia**, v. 1, n. 2, p.66-78, 2015.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. Porto Alegre: Bookman, 2010.

WEIL, Max Harry; TANG, Wanchun. *From intensive care to critical care medicine: a historical perspective*. **Am J Respir. Crit. Care Med.**, California, v. 182, n. 11, p.1451-1453, 2011.

ZANDOMENIGHI, Robson Cristiano; MOURO, Douglas Lima; OLIVEIRA, Carlos Aparecido de; MARTINS, Eleine Aparecida Penha. Cuidados intensivos em um serviço hospitalar de emergência: desafios para os enfermeiros. **Rev Min Enferm**, Belo Horizonte, v. 18, n. 2, p.404-414, 2014. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/936>>. Acesso em: 04 Jan. 2018.



**APÊNDICE A**

## Roteiro de Entrevista

|                              |                         |
|------------------------------|-------------------------|
| Nome:                        |                         |
| Idade:                       | Sexo:                   |
| Profissão:                   | Tempo Formado:          |
| Cargo/ Função:               |                         |
| Tempo de atuação na UTI:     |                         |
| Jornada de Trabalho semanal: | Quantidade de Empregos: |

- 1) Eu gostaria que você se apresentasse.
- 2) O que significa trabalhar na UTI?
- 3) Como é o seu dia a dia de trabalho na UTI?
- 5) Fale sobre suas vivências em seu trabalho cotidiano na UTI.
- 6) Relate uma situação que marca o seu cotidiano de trabalho na UTI. Fale sobre isso.
- 7) Como ocorrem as relações no seu ambiente de trabalho?
- 7) Você gostaria de acrescentar algo?

## **APÊNDICE B**

# **O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA**

## **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Venho por meio desta solicitar sua anuência para a realização da pesquisa intitulada “O Trabalho Cotidiano de Profissionais de Saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva: Um Estudo de Caso”. Trata-se de um projeto de Mestrado desenvolvido sob a responsabilidade da Prof<sup>a</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e da mestranda Mayara Durães Bicalho Oliveira.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará o estudo de caso como método para coleta de dados. O estudo tem por objetivo compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde. Para alcance disso, você responderá a perguntas sobre as atividades que desenvolve diariamente, sobre suas relações com outros profissionais e equipe e como isso influencia no trabalho cotidiano em uma Unidade de Tratamento Intensivo. Se você permitir, suas respostas serão gravadas em um gravador para que seja fiel às respostas que você deu quando forem transcritas e você poderá escutar se desejar. Se você permitir, gostaria também de observar o desenvolvimento de suas atividades e registrar num diário de campo.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, que estão relacionados a possíveis constrangimentos em relação aos questionamentos que serão feitos ou à observação realizada, porém informo que, se isso ocorrer, você poderá não responder às perguntas e mesmo retirar seu consentimento sem nenhum ônus. Porém, reafirmo que sua participação é voluntária e seu anonimato será garantido em qualquer momento do estudo. Como benefícios, acredita-se que este estudo irá subsidiar novas reflexões acerca do objeto, possibilitar estratégias para o enfrentamento de situações de conflito no ambiente de trabalho, proporcionar construção de conhecimento para embasar novas práticas da equipe que presta cuidados intensivos, contribuir com políticas públicas que favoreçam a práxis do trabalho da UTI e também esclarecer os verdadeiros papéis desempenhados pelos profissionais.

Firmo o compromisso de que suas respostas serão utilizadas apenas para fins desta pesquisa e para publicação de artigos científicos e as gravações e o diário de campo ficarão

sob minha responsabilidade por um período de cinco anos e depois serão destruídos. Você deve saber que, em qualquer momento, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, tanto pessoalmente, quanto no telefone indicado abaixo, e pode retirar sua permissão e autorização para participar, além de não permitir a posterior utilização de seus dados, sem nenhum ônus ou prejuízo. Esclareço também que você não terá nenhum gasto adicional e nem receberá qualquer ressarcimento. Você poderá contatar também o Comitê de Ética para esclarecimentos sobre questões éticas em pesquisa.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, em duas vias, dando seu consentimento para a participação como voluntário dessa pesquisa, sendo que uma via ficará em seu poder.

Atenciosamente,

\_\_\_\_\_

Mayara Durães Bicalho Oliveira

\_\_\_\_\_

Cláudia Maria de Mattos Penna

Nome do(a) participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) participante: \_\_\_\_\_

**Considerações:** Em caso de dúvidas éticas o comitê de Ética e Pesquisa da UFMG (COEP) poderá ser contactado: Av. Pres. Antônio Carlos, nº 6627, Unidade Administrativa II. Campus Pampulha- 2 andar. Belo Horizonte/MG- Brasil. CEP: 31270901. Tel: (31) 3409-4592. Email: coep@prpq.ufmg.br.

Dúvidas éticas no que tange à instituição poderão serem reportadas à FHEMIG (COEP): Alameda Álvaro Celso, 100, Sala 205, Bairro Santa Efigênia – Belo Horizonte - Minas Gerais. CEP: 30150-260 Telefone: (31) 3239-9642

Em caso de dúvidas relacionadas à pesquisa, poderão ser contactadas as pesquisadoras: Professora Cláudia Maria de Mattos Penna (orientadora). Mestranda Mayara Durães Bicalho Oliveira (Orientanda). Endereço: Escola de Enfermagem da UFMG. Av Prof Alfredo Balena, 190, Santa Efigênia. Belo Horizonte/MG. CEP 30130100. Telefones: (31) 87300761/ (31) 3239-9254. Email: mayarabicalho@yahoo.com.br. ou cmpenna@oi.com.br

**APÊNDICE C****CARTA DE APRESENTAÇÃO DA PESQUISA E SOLICITAÇÃO DE  
AUTORIZAÇÃO PARA O ESTUDO**

Exmo. Sr.  
Frederico Bruzzi de Carvalho  
(Gerente da UTI do Hospital João XXIII)

Venho por meio desta solicitar sua anuência para a realização da pesquisa intitulada “O Trabalho Cotidiano de Profissionais de Saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva”. Trata-se de um projeto de Mestrado desenvolvido sob a responsabilidade da Prof<sup>ª</sup>. Cláudia Maria de Mattos Penna, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e da mestrandia Mayara Durães Bicalho Oliveira.

O estudo tem por objetivo compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa que utilizará o estudo de caso como método para coleta de dados. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista semiestruturada e observação com profissionais de saúde atuantes na Unidade de Terapia Intensiva Adulto, que serão convidados a participar e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os dados fornecidos pelos entrevistados serão utilizados apenas para fins desta pesquisa. Este estudo possibilitará compreender como se dá o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde na UTI e permitirá subsidiar novas reflexões acerca desse objeto, possibilitar estratégias para o enfrentamento de situações de conflito no ambiente de trabalho, proporcionar construção de conhecimento para embasar novas práticas da equipe que presta cuidados intensivos, contribuir com políticas públicas que favoreçam a práxis do trabalho da UTI e também conhecer os verdadeiros papéis desempenhados por esses profissionais.

É relevante citar que os dados coletados com as entrevistas serão submetidos a esta gerência para apreciação quanto à divulgação de seus resultados para que não haja exposição ou até mesmo situações difíceis no desempenho do trabalho dos profissionais. E que o nome do hospital não será mencionado.

Ressalto que o projeto será submetido ao comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais e também ao dessa Fundação e que a anuência solicitada é para que a coleta ocorra partir do momento de aprovação junto à plataforma Brasil.

Após tais esclarecimentos e se estiver de acordo com o mesmo, assine o presente termo, dando sua autorização e consentimento para que a pesquisa possa ser realizada.

Belo Horizonte, \_\_/\_\_/\_\_\_\_.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

## ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** O TRABALHO COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA

**Pesquisador:** Claudia Maria de Mattos Penna

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 59112216.8.0000.5149

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.731.592

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de caso qualitativo fundamentado na sociologia compreensiva do cotidiano, com o objetivo de compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde do Hospital João XXIII, que integra a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG).

Segundo o projeto, o trabalho cotidiano na unidade de terapia intensiva tem peculiaridades que geram desafios e expectativas naqueles que ali atuam e dessa forma tem impacto direto no cuidado prestado. Em 2010, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) promulga a Resolução da Diretoria Colegiada número 07 (RDC 07) que foi instituída para regulamentar a direção que os hospitais deveriam seguir para garantir o provimento de recursos humanos e materiais necessários à continuidade da atenção e à segurança e proteção dos pacientes, profissionais e visitantes, dispondo, dessa forma, os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva no país. Essa resolução determina ainda, os cinco tipos de UTI's existentes no Brasil, quais sejam: neonatal, pediátrica, pediátrica mista, adulto e especializada. Diante disso, o avanço tecnológico que gradativamente ocorreu no cenário do cuidado intensivo proporcionou além do prolongamento da vida, a reversão de doenças que, anteriormente, não possuíam prognósticos. Entretanto, apesar do reconhecimento dos ganhos com a evolução da

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.731.592

terapia intensiva, a predominância que é dada à tecnologia, utilizada em detrimento a uma atenção mais direta ao paciente, fortalece um estereótipo de que a atenção desenvolvida na unidade é desumanizada. Ao observar comportamentos, atitudes e posturas dos profissionais de saúde que lidam com o trabalho em unidade de cuidados intensivos, e na tentativa de desvendar o trabalho cotidiano nesse ambiente dinâmico, questiona-se: Como se estabelece o trabalho cotidiano em uma unidade de terapia intensiva na perspectiva de profissionais de saúde? Quais são os aspectos subjetivos que permeiam o cotidiano de trabalho desses profissionais? Espera-se encontrar subsídios para a constituição de estratégias para o enfrentamento de situações de conflito no ambiente de trabalho, para a construção de conhecimento que possa fundamentar e recriar práticas da equipe que realiza cuidados intensivos, que possam contribuir e favorecer o trabalho desenvolvido na terapia intensiva.

Na metodologia descrita, serão 30 participantes profissionais de saúde (enfermeiro, técnico/auxiliar de enfermagem, médico, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, nutricionista, fonoaudiólogo, farmacêutico) inseridos na UTI adulto do Hospital em estudo. Será utilizado o critério de saturação dos dados para atingir a amostragem necessária para responder à questão do estudo. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado, análise documental e a observação direta. A entrevista com roteiro semiestruturado será utilizada com o intuito de facilitar o estabelecimento do diálogo dirigido entre o pesquisador e os participantes. As entrevistas serão realizadas de forma individual, em local e horário agendados pelos participantes do estudo e, com permissão prévia, serão gravadas e transcritas na íntegra para posterior análise. A observação será direta, utilizada para compreender o trabalho cotidiano vivenciado pelos profissionais, eventos do dia-a-dia, comportamento dos profissionais, formas de comunicação estabelecidas, assim como outros momentos que se fizerem importante para responder à questão desse estudo. Serão registradas em diário de campo, objetivando descrever comportamentos, expressões e outras questões relevantes para o estudo. Em relação aos documentos serão utilizados os impressos encontrados na unidade que colaborem para uma compreensão de como o trabalho ocorre cotidianamente na unidade.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Foi definido como objetivo primário da pesquisa compreender o trabalho cotidiano na Unidade de Terapia Intensiva na perspectiva de profissionais de saúde

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foram descritos no projeto:

Riscos: riscos mínimos, que estão relacionados a possíveis constrangimentos em relação aos

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II

**CEP:** 31.270-901

**UF:** MG

**Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

Continuação do Parecer: 1.731.592

questionamentos que serão feitos ou à observação realizada, porém caso isso ocorra, o participante poderá não responder as perguntas e mesmo retirar seu consentimento sem nenhum ônus. Porém reafirma-se que a participação é voluntária e o anonimato será garantido em qualquer momento do estudo.

Benefícios: acredita-se que este estudo possibilitará, ao buscar compreender o trabalho cotidiano dos profissionais de saúde na UTI, novas reflexões de seu desenvolvimento com vistas a encontrar subsídios para a constituição de estratégias para o enfrentamento de situações de conflito no ambiente de trabalho, para a construção de conhecimento que possa fundamentar e recriar práticas da equipe que realiza cuidados intensivos, que possam contribuir e favorecer o trabalho desenvolvido na terapia intensiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Dissertação de mestrado a ser defendida no Programa de Pós-graduação em Enfermagem - EEUFMG.

Possui co-participação da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG e deve ser submetido também ao seu CEP.

Projeto meritório na área da saúde e atende os quesitos éticos observados pela Resolução CNS 466/12.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Folha de rosto preenchida e assinada.
- Projeto completo.
- Roteiro de entrevista semi-estruturado.
- Parecer aprovado da Câmara do Depto de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EEFFTO/UFMG, em 07/07/16.
- Carta de anuência da Gerência da UTI do Hospital João XXIII, em 11/07/16.
- TCLE assegura a voluntariedade, o anonimato, e a desistência a qualquer momento do projeto, sem qualquer prejuízo.

**Recomendações:**

Segundo a Resolução CNS 466/12, corrigir no TCLE:

- Para melhor apresentação como carta convite, trocar o termo "Venho por meio desta solicitar sua anuência para a realização da pesquisa..." para "Você está sendo convidado para participar da pesquisa..."

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.731.592

- Informar que além da entrevista com roteiro semi-estruturado, também haverá a observação direta, utilizada para compreender o trabalho cotidiano vivenciado.

Este Comitê confia que as mudanças serão realizadas pelos pesquisadores.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Sou, S.M.J., favorável à aprovação do projeto.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento  | Arquivo                                      | Postagem               | Autor                             | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto                            | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_767128.pdf | 23/08/2016<br>16:31:13 |                                   | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | parecer_camara_novo.pdf                      | 23/08/2016<br>16:30:20 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceito   |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_novo.docx                               | 23/08/2016<br>16:28:15 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceito   |
| Folha de Rosto  | Folhaderostoo.pdf                            | 02/08/2016<br>22:59:08 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceito   |
| Declaração de Instituição e Infraestrutura                | cartaanuencia.jpg                            | 02/08/2016<br>22:51:13 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceito   |

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 1.731.592

|  |                       |                        |                                   |        |
|--|-----------------------|------------------------|-----------------------------------|--------|
| Projeto Detalhado /<br>Brochura<br>Investigador                    | Projeto.doc           | 02/08/2016<br>22:48:14 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceitc |
| TCLE / Termos de<br>Assentimento /<br>Justificativa de<br>Ausência | TCLE.docx             | 02/08/2016<br>22:47:18 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceitc |
| Recurso Anexado<br>pelo Pesquisador                                | roteiro.doc           | 01/08/2016<br>22:52:14 | Mayara Durães<br>Bicalho Oliveira | Aceitc |
| Outros   | 59112216parecer.pdf   | 16/09/2016<br>15:31:07 | Vivian Resende                    | Aceitc |
| Outros   | 59112216aprovacao.pdf | 16/09/2016<br>15:31:17 | Vivian Resende                    | Aceitc |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BELO HORIZONTE, 16 de Setembro de 2016

---

**Assinado por:  
Vivian Resende  
(Coordenador)**

**Endereço:** Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

**Bairro:** Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

**UF:** MG **Município:** BELO HORIZONTE

**Telefone:** (31)3409-4592

**E-mail:** coep@prpq.ufmg.br