



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM**  
**E SAÚDE**  
**MESTRADO ACADÊMICO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

**PATRÍCIA BERNARDO DANTAS**

**DISCURSOS PRODUZIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: SOBRE**  
**VIVER FRENTE AO MAL-ESTAR**

**FORTALEZA - CEARÁ**  
**2017**

PATRÍCIA BERNARDO DANTAS

DISCURSOS PRODUZIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: SOBRE  
VIVER FRENTE AO MAL-ESTAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos. Área de Concentração: Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup>. Karla Corrêa Lima Miranda.

FORTALEZA - CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Dantas, Patrícia Bernardo.

Discursos produzidos em unidades de terapia intensiva: sobre viver frente ao mal-estar [recurso eletrônico] / Patrícia Bernardo Dantas. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 94 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017.

Área de concentração: Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof.ª Dra. Karla Corrêa Lima Miranda.

1. Sofrimento psíquico. 2. Psicanálise. 3. Equipe de assistência ao paciente. 4. Unidades de terapia intensiva. I. Título.

PATRICIA BERNARDO DANTAS

DISCURSOS PRODUZIDOS EM UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA: SOBRE  
VIVER FRENTE AO MAL-ESTAR

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 05/04/2017

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Karla Correa Lima Miranda - UECE  
(Orientadora e Presidente)



Profa. Dra. Lia Carneiro Silveira - UECE  
(1º membro)



Profa. Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva - UECE  
(2º membro)

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, por ter me agraciado com tudo o que sou e tenho, por me amparar nos momentos difíceis, por nunca ter permitido que eu desistisse e por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Cláudia e Francisco, por todo amor e carinho que deram e dão a mim e aos meus irmãos e por tudo o que fazem pela gente, fazendo de tudo o que podem e o que não podem para nos dar o melhor. Obrigada por tudo, amo muito vocês!

Aos meus irmãos, Larissa e Júnior, pela alegria, confiança, carinho, companheirismo e apoio nas horas difíceis. Sem vocês eu nada seria. Amo muito vocês, meus bebês! A todos os meus familiares, principalmente as minhas tias Fátima, Vera, Fânia e Etelvina, meus amores, que desde sempre me apoiam e me acompanham, torcendo por mim e me incentivando. À tia Fátima, mesmo não estando mais entre nós, todo o meu agradecimento, por ter sido como uma segunda mãe, por me amar e me apoiar sempre. Mesmo não estando presente, sei que você vai estar comigo para sempre. Te amo e sempre vou te amar, minha Dabi!

Às minhas primas e primos, Caio, Aline, Rafaela, Eduarda, Aélia, Márcio, Mara e Nádia, por serem como irmãos e melhores amigos.

Ao meu namorado, Felipe, por me aguentar em momentos de estresse, por me escutar, por me amar e sempre me estimular a continuar, te amo muito Mô!

Aos meus amigos de infância, Fernanda, Bruno, Mayra, Luana, Juliana, pelas risadas, apoio, confiança, paciência, carinho e amor por mim. Em especial, agradeço a Fernanda e Bruno, por estarem sempre presentes em todos os momentos, por serem como verdadeiros irmãos. Não imagino como seria sem vocês!

A todas as minhas amigas, que tive a oportunidade de conhecer durante a graduação e que levarei para a vida toda: Herta, Katia, Luiza, Rafaella, Fernanda, Rayanna e Tamires Daianny. Obrigada pelas palavras de estímulo e incentivo.

À Wandra e Soraya, por todas as palavras de apoio durante essa trajetória. Jamais esquecerei de tudo que fizeram por mim.

A minha querida professora e orientadora Dra. Karla Miranda por todas as oportunidades oferecidas, por sua paciência, compreensão e ensinamentos.

A todos do grupo de pesquisa “Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação, Saúde e Subjetividade”, em especial à Débora, Ticy, Petra e Clarisse que sempre se

mostraram disponíveis a me ajudar e a me consolar e à Ítala, Roberta, Mariane, Dani, Karina, Eliana, Marília, Carol e Bianca que participaram da coleta da pesquisa, da transcrição e análise dos dados.

Às professoras Dras. Lia Silveira e Rocineide Ferreira por se disporem a participar da banca examinadora.

“Não somos apenas o que pensamos ser. Somos mais: somos também o que lembramos e aquilo de que nos esquecemos; somos as palavras que trocamos, os enganos que cometemos, os impulsos a que cedemos 'sem querer'”.

(Sigmund Freud)

## RESUMO

Entendemos que as questões geradas pelo trabalho dentro da unidade de terapia intensiva podem influenciar diretamente nos cuidados prestados aos pacientes lá internados. Assim, propomos que os profissionais possam reconhecer tais questões, que possuem relação também com a história de vida dos sujeitos e que precisam ser desveladas, para que assim esses sujeitos se reposicionem diante delas. Com isso, objetivou-se analisar os discursos produzidos por profissionais da equipe interdisciplinar em saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva. Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa realizado com 44 profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e técnicos de enfermagem) que atuam em unidades de terapia intensiva de três hospitais de referência do município de Fortaleza – CE. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semiestruturada e analisados pela análise de discurso. Foram respeitados os aspectos éticos e legais preconizados pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A partir da compreensão das condições de produção dos discursos, percebemos que o mal-estar gerado a partir do trabalho em unidade de terapia intensiva advém, principalmente, do encontro com a alteridade, levando à fuga desta. Contudo, os profissionais não possuem abertura, no ambiente de trabalho, para lidar com tais questões. Assim, propõe-se que seja dada atenção também aos profissionais de saúde que prestam cuidados diariamente, já que estes também são sujeitos repletos de angústias e demandas.

**Palavras-chave:** Sofrimento Psíquico. Psicanálise. Equipe de Assistência ao Paciente. Unidades de Terapia Intensiva.

## **ABSTRACT**

We believe that the issues generated by the work within the intensive care unit can directly influence the care provided to inpatients. Thus, we propose that professionals recognize such issues, which also relate to a life history of the subjects and that have been unveiled, so that the subjects are repositioned. The aim of this study was to analyze the discourses produced by professionals of the interdisciplinary health team who work in intensive care units. This is a descriptive study with a qualitative approach carried out with 44 health professionals (physicians, nurses, physiotherapists and nursing technicians) who work in intensive care units of three reference hospitals in the city of Fortaleza - CE. Data were collected through a semi-structured interview and analyzed by the discourse analysis. The principles and recommendations pre-established by Resolution 466/12 of the National Health Council were respected. From the understanding of the conditions of discourse production, we realized that it is necessary that the work is directed towards intensive care work, mainly for a change, leading to its escape. However, professionals do not understand the openness, there is no work environment, to deal with such issues. Thus, it is proposed that attention should also be paid to health professionals who provide daily care, and who are also subjects full of anxieties and demands.

**Keywords:** Psychic Suffering. Psychoanalysis. Patient Care Team. Intensive Care Units.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de Discurso
aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEP HGF	Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza
CEP IJF	Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Dr. José Frota
CEP UECE	Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CTQ	Centro de Tratamento de Queimados
EUA	Estados Unidos da América
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSDI	Hospital São José de Doenças Infecciosas
IJF	Instituto Dr. José Frota
MP3	<i>Moving Picture Experts Group - 1/2 Audio Layer 3</i>
NUEPESS	Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação, Saúde e Subjetividade
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>12</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>16</b>
2.1	OBJETIVO GERAL.....	16
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
<b>3</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>17</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA.....</b>	<b>22</b>
4.1	TIPO DE PESQUISA E ABORDAGEM.....	22
4.2	CENÁRIOS DO ESTUDO.....	22
4.3	PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO.....	23
4.4	INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS.....	26
4.5	ASPECTOS ÉTICOS.....	27
4.6	PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	27
<b>5</b>	<b>OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS.....</b>	<b>31</b>
5.1	SENTIDO ESTRITO: OS CENÁRIOS DE ESTUDO.....	31
5.2	SENTIDO AMPLO: O CONTEXTO DE INSERÇÃO DOS CENÁRIOS E DOS SUJEITOS DO ESTUDO.....	36
5.2.1	Os desafios do sistema de saúde do Brasil.....	36
5.2.2	O ambiente e o trabalho em unidade de terapia intensiva.....	38
5.2.3	Formação dos profissionais de saúde.....	40
<b>6</b>	<b>DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.....</b>	<b>44</b>
6.1	FORMAÇÃO DISCURSIVA – A FUGA DA ALTERIDADE.....	44
6.2	FORMAÇÃO DISCURSIVA – PRAZER E DESPRAZER.....	59
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>65</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>68</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>72</b>
	APÊNDICE A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DA ENTREVISTA ABERTA....	73
	APÊNDICE B – TCLE DA UECE E DO HSJDI.....	75
	APÊNDICE C – TCLE DO HGF.....	76
	APÊNDICE D – TCLE DO IFJ.....	77
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>80</b>

ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UECE.....	81
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HGF.....	84
ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO IJF.....	91

## 1 INTRODUÇÃO

O trabalho em equipe em saúde permite uma forma de organização do processo de trabalho a partir dos relacionamentos entre os profissionais das diversas áreas e as ações que desenvolvem, e assim, proporciona um cuidado em saúde com especificidades (PONTES; GONÇALVES, 2012).

A unidade de terapia intensiva, por ser uma unidade onde se internam pacientes graves, que apesar da gravidade ainda tem um prognóstico favorável à vida, é uma unidade complexa, dinâmica, que reúne profissionais de diversas áreas e que exige muitas vezes decisões e atos complexos. Por outro lado, é considerada também um ambiente insalubre, pois permite a exposição dos profissionais de toda a equipe a diversas situações de risco. Sendo assim, além do estresse relacionado ao cuidado prestado a pacientes instáveis e do confronto diário com situações imprevisíveis, decisões ágeis, imediatas e precisas, com o máximo de eficiência e resolutividade (AMARAL; PINHEIRO; LA CAVA, 2011).

Assim, apesar de constantemente lidar com tecnologias de última geração e com situações que envolvem a vida e a morte, os profissionais da equipe interdisciplinar também são sujeitos dotados de questões e singularidades, devendo tal subjetividade ser considerada, já que é algo intrínseco aos sujeitos e pode influir diretamente na qualidade dos cuidados oferecidos por esses trabalhadores. Em um cenário como a UTI, onde há o encontro de profissionais de diversas categorias, também há relatos frequentes de insatisfação perante o trabalho, o que pode estar relacionado a conflitos entre os homens e os frutos de seu trabalho e que pode levar ao sofrimento de seus trabalhadores (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Autores afirmam que dentre os fatores relacionados ao sofrimento gerado pelo trabalho em unidade de terapia intensiva, estão a alta demanda de pacientes, jornadas duplas ou triplas de trabalho, deficiência de profissionais e de recursos materiais das instituições de saúde, baixos salários e confrontos diários com a dor, o sofrimento e a angústia dos pacientes, condições insalubres de trabalho, riscos ocupacionais biológicos e psíquicos, complexidades dos procedimentos realizados, capacitação profissional para o enfrentamento de situações difíceis; grande responsabilidade nos processos de tomadas de decisões; acidentes de trabalho; trabalho em turnos; falta de reconhecimento profissional, às relações funcionais, ao papel desempenhado pela equipe e o confronto com a finitude, que também gera

sofrimento ao lembrar permanentemente o homem de sua impotência diante da morte. Esses fatores podem gerar sentimentos de tensão e angústia, frustração e desgaste, comprometendo o desenvolvimento das atividades e a saúde dos profissionais (DANTAS; SANTOS, 2012; MARTINS, 2013; SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014; TEIXEIRA; MOREIRA, 2013).

Deste modo, mesmo com todas as questões citadas, embora as ciências da saúde tenham avançado consideravelmente no que se refere ao conhecimento científico e tecnológico, paradoxalmente o distanciamento entre os sujeitos pode se configurar como uma defesa, onde operar com máquinas pode ser mais fácil do que com sujeitos.

A subjetividade é um conceito polissêmico e alguns autores a definem como algo interno e intrínseco ao ser humano, produto da sua história e constituído por seus atos e pensamentos (TORRE E AMARANTE, 2001; LAZARINI, 2014).

Já para a psicanálise, a noção de sujeito e subjetividade envolve o conceito de inconsciente e constitui a base do campo psicanalítico. Logo, a psicanálise opera sobre um sujeito do inconsciente, mas esse sujeito não se refere a um indivíduo ou pessoa humana, é o sujeito concebido a partir da alteridade, da cultura e da linguagem (ELIA, 2010).

Ao romper com o discurso da centralidade e totalidade do sujeito, Freud inaugura um saber dividido entre consciente e inconsciente, e é neste último que o sujeito está marcado e determinado psiquicamente.

Logo, para a psicanálise o ser do sujeito está fora do pensamento. Ele é um vazio, da falta constitutiva, do desejo. O sujeito é aquele que se constrói por meio da falta, não sendo completo e centrado na consciência.

Nesse sentido, o fundador da Psicanálise, Freud, evidencia uma forma de sofrer quando percebe que as históricas tinham uma forma singular de sofrimento psíquico. Mulheres que sofriam com anomalias em um corpo amordaçado, onde apareciam nas algésias e abasias sem etiologia orgânica. A causa de seu sofrimento eram lembranças recalçadas que não podiam ser ditas.

Logo, para Freud o sofrimento, em um primeiro momento, estava associado a dualidade do aparelho psíquico entre princípio de prazer e princípio de realidade, cada um destes com exigências postas. O que seria prazer para um, seria sentido

como desprazer para outro, a partir da configuração de uma energia, onde o aparelho psíquico era explicado quantitativamente pela física termodinâmica (FREUD, 1996).

Posteriormente, ele vai referir que ao adentrar à civilização o ser humano renuncia as suas pulsões, e tenta modelar-se a exigência de satisfação, onde essa renúncia gera sofrimento. Em seguida, de posse do conceito de pulsão de morte, Freud repensa a questão da civilização e refere que a insatisfação seria estrutural ao próprio sujeito, onde a satisfação completa insiste a não se apresentar, fazendo supor que esse estado nos constitui.

Compreender e estudar a partir desta perspectiva teórica me inquietava e minha aproximação com este estudo se deu a partir da vivência e discussões no grupo de estudo e de pesquisa: Núcleo de Estudos e Pesquisa em Educação Saúde e Subjetividade (NUEPESS) onde leituras, debates, estudos e produções científicas discutem sobre uma forma de existir e sofrer que eu ainda não conhecia.

Eu vinha de uma formação onde o sujeito era o da consciência, o sujeito que se confirmava por meio de dados e testes estatísticos seguros. Me deparo com um sujeito constituído por uma outra cena, nada segura, que se manifesta por chistes, atos falhos, sonhos e sintomas que são enigmáticos.

Uma reviravolta, me sentia impelida em saber do que se tratava, pois sabia que aqueles dados estatísticos, não dava conta do que eu observava na clínica e nas narrativas dos sujeitos. Algo parecia não estar contemplado ali, e eu queria saber.

Ainda no grupo de estudo começamos a estudar sobre uma metodologia e técnica de pesquisa intitulada: análise de discurso que considera a produção de sentido, os processos e condições de produção da linguagem. A análise de discurso busca também a compreensão da língua em seu sentido simbólico, como parte do trabalho social que constitui o homem e sua história. Sendo assim, o trabalho da análise de discurso não se reduz ao estudo da língua, mas envolve o discurso em sua totalidade e a relação da linguagem com a exterioridade (ORLANDI, 2005).

Assim, a análise de discurso trabalha a relação língua-discurso-ideologia e considera o discurso um objeto que une a língua, o sujeito e a história, assim, se constitui a partir da relação entre três domínios disciplinares: a linguística, o marxismo e a psicanálise (ORLANDI, 2005; CESÁRIO; ALMEIDA, 2010).

Para a análise de discurso, a língua não é direta, ela conjuga com a história para que haja produção de sentidos. Todavia, para que seja possível o estudo do

discurso, não se deve separar forma e conteúdo. Assim, a partir do homem inserido na história, se dá a materialização da língua e ocorre o deslocamento da noção de homem para a noção de sujeito (ORLANDI, 2005).

O confronto com essa realidade de trabalho difícil, onde o sofrimento impera tanto de um lado como de outro, fez surgir aos seguintes questionamentos: quais os sentimentos gerados nos profissionais de saúde pelo trabalho em unidade de terapia intensiva? O que motiva esses profissionais a trabalharem diariamente em um ambiente de trabalho tão difícil? Pois sabe-se que, nesse ambiente, sentimentos negativos como angústia, tristeza e medo da morte estão presentes todos os dias, levando ao estresse e sofrimento e prejudicando o cuidado ao paciente crítico.

Contudo, seria importante abordar um tema cuja relevância tivesse cunho social e que também fosse capaz de contemplar as inquietações deste cenário específico. A relevância deste estudo também poder ser compreendida diante da possibilidade de redirecionar o modo de trabalho e o cuidado prestado pelas equipes interdisciplinares em unidade de terapia intensiva, por meio da atenção voltada à saúde dos profissionais, ressaltando uma forma de subsidiar uma prática clínica também voltada para o cuidado com os profissionais que estão cotidianamente em um trabalho cansativo e insalubre e podendo apontar para os gestores da saúde o que é gerado no trabalho em UTI.

Portanto, este estudo também poderá contribuir para a formulação de estratégias voltadas para a saúde do trabalhador, no sentido de propor formas de cuidado para quem cuida diariamente.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar os discursos produzidos por profissionais da equipe interdisciplinar em saúde que atuam em unidades de terapia intensiva.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar nas falas dos profissionais se há um mal-estar inerente a este trabalho;
- Perceber os não ditos que apontam para o que escapa aos discursos dos profissionais acerca desse mal-estar.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

#### 3.1 A ANÁLISE DE DISCURSO E SUA RELAÇÃO COM A PSICANÁLISE

O percurso que adotamos segue a fundamentação da análise do discurso, pois não nos interessa buscar o conteúdo ou significado das palavras extraíndo os temas ou categorias temáticas mais recorrentes. Nos interessa sim alcançar, as rupturas nas palavras, a inquietude do vacilo, o silêncio do que não pode ser dito, o interdito.

A análise do discurso (AD), como o próprio nome já diz, estuda o discurso, que etimologicamente, nos remete à ideia de movimento, de curso. Assim, ao estudar o discurso observa-se o sujeito falando, ou seja, a palavra em movimento e compreender a língua fazendo sentido (ORLANDI, 2005).

Optamos pela análise de discurso da escola francesa cujo precursor é Michel Pêcheux na França e no Brasil temos como referência Eni Orlandi. Esta metodologia considera a produção de sentido, a história, os processos e condições de produção da linguagem, examinado a língua em seu sentido simbólico, e suas condições de produção na cultura. Sendo assim, o trabalho da análise de discurso não se reduz ao estudo da língua, mas envolve o discurso e a relação da linguagem.

A análise de discurso considera a língua e sua relação com a história, elas conjugam para que haja a produção de sentidos. Logo, por meio do homem inserido na história, se dá a materialização da língua e o ocorre o deslocamento da noção de homem para a noção de sujeito (ORLANDI, 2005).

Desta maneira, esse sujeito não se refere a um indivíduo ou pessoa humana, é o sujeito concebido a partir da cultura, da sociedade, da família e da linguagem.

A análise de discurso critica a prática das ciências sociais e da linguística, refletindo sobre a maneira como a linguagem está materializada na ideologia e como a ideologia se manifesta na língua. Deste modo, a análise de discurso trabalha a relação língua-discurso-ideologia e considera o discurso um objeto que une a língua, o sujeito e a história, assim, se constitui a partir da relação entre três domínios disciplinares: o marxismo, a linguística e a psicanálise (ORLANDI, 2005; CESÁRIO; ALMEIDA, 2010).

No que se refere ao materialismo histórico, este é uma abordagem de estudo da sociedade, da economia e da história elaborado primeiramente por Karl Marx e relaciona-se aos discursos ao influenciar diretamente na linguagem, já que as palavras não fazem sentido sozinhas, elas se relacionam com a exterioridade, a partir das condições em que são produzidos. Desta maneira, aquilo que é dito tem seu sentido produzido a partir de determinadas condições, que aparecem de alguma forma nos dizeres (ORLANDI, 2005).

Para Gomes (2007), o processo de comunicação para o analista de discurso não se expressa de forma mecânica e linear. O analista de discurso deve pressupor que a palavra produz sentidos construídos a partir de sua inserção na sociedade em que vivem, de suas experiências, da representação do objeto de enunciação e que determinam o dizer e o não-dizer.

No que se refere à linguística, esta é definida como a ciência que estuda a linguagem, as línguas naturais e seus discursos (SANTOS, 1994).

Todavia, Ferdinand de Saussure revolucionou a linguística ao relacioná-la a outras áreas do conhecimento. Para ele, a língua é um sistema de valores puros, é um fato social, produzida pela coletividade e sobre o qual o indivíduo não possui nenhum poder (RODRIGUES, 2008).

A linguagem só é linguagem porque faz sentido e só faz sentido porque se insere no contexto sócio histórico. Desta forma, as palavras produzem sentido pela história e pela língua, estando relacionadas com o que já foi dito e com o que está sendo dito (ORLANDI, 2005).

Logo, a análise de discurso considera a língua como fato social, por meio da língua é possível significar o que é social. A língua é considerada então a condição de possibilidade do discurso (ORLANDI, 2005).

Assim, a AD vai além da interpretação, ultrapassa seus limites e trabalha seus mecanismos como parte dos processos de significação, buscando a compreensão dos discursos. Tal compreensão diz respeito ao saber relacionado à produção de sentidos pelo objeto simbólico.

Os sentidos produzidos estão relacionados ao que já foi dito ali e em outros lugares, assim como estão relacionados também com aquilo que não foi dito, que poderia ter sido dito, mas não foi (ORLANDI, 2005).

Logo, a memória discursiva se refere ao saber que torna possível todo dizer, aquilo que já foi dito em outro lugar, que sustenta cada palavra, que está na base do dizível. Deste modo, o dizer não é propriedade particular, as palavras não são só de quem as pronuncia, do mesmo que aquilo que foi dito em outro lugar também significa para quem ainda não o pronunciou (ORLANDI, 2005).

Além da linguística e da história, o conceito de sujeito do inconsciente da psicanálise também compõe o trio de disciplinas que sustentam a análise de discurso. Para a psicanálise, o sujeito pensa que sabe o que diz, mas não tem acesso e não pode controlar os sentidos que produz. Assim sendo, o sujeito só tem acesso a parte do que diz, uma vez que até mesmo aquilo que não diz significa em suas palavras (ORLANDI, 2005).

Nesse sentido, a contribuição da Psicanálise para Linguística já pode ser observada na concepção de língua, pois tal concepção, marca a impossibilidade da completude da língua, do poder do todo na língua. Logo, a linguagem aponta para a referida incompletude da língua, quando considera que o sentido do enunciado depende de fatores contextuais, portanto, de fatores extralinguísticos, parafraseando Freud, “para além da língua”. Assim sendo, esta contempla tanto à dimensão denotativa da linguagem como a dimensão conotativa, que traz à tona a polissemia da palavra, provocando um contínuo deslizamento e deslocamento de sentidos (MELO, 2005).

A forma que a AD comparece na obra de Pêcheux e ainda é motivo de discussão e suscita dúvidas pela não clareza do campo da psicanálise nos escritos do autor. Percebemos que na AD existe ainda uma incipiente produção fundamentada pelo viés psicanalítico, pois o sujeito interpelado pelo inconsciente é constituído pelo desejo, por sua incompletude e pela falta. Mesmo que a ideia de incompletude também compareça na palavra que se desloca, não sendo tomada em sentido mais radical, uma vez que as pistas contextuais tendem a apontar essa falta. Logo, para a psicanálise o sujeito não fala sempre o que quer, ele está submetido às manifestações do inconsciente, como os atos falhos, chistes, esquecimentos, sintomas e sonhos (ASSIS, 2007; MELO, 2005; SANTOS, 2012).

Ao definir que a matriz dos sonhos é o complexo de Édipo, Freud localiza a importância da entrada nos laços libidinais para a constituição do sujeito desejante. O estatuto freudiano do desejo refere-se a uma busca do objeto perdido. Para

fundamentar conceitualmente esta ideia, nos reportaremos as observações freudianas sobre a experiência de satisfação desenvolvidas no “Projeto” e posteriormente discutidas na “Interpretação dos sonhos” (FREUD, 1996). Suas etapas situam um momento mítico em que o outro cuidador, geralmente a mãe, atende o apelo do bebê no caso da fome, por meio de um ato motor (choro) a efetiva a ação específica essencial à sua sobrevivência ao oferecer o objeto- seio. Desse objeto, para sempre perdido, restará o traço mnêmico de sua percepção, de modo que sempre que o impulso psíquico (fome) reaparece, o movimento de investimento da imagem mnêmica do objeto perdido reconstitui a situação original por meio de uma alucinação.

O movimento desejante configura-se justamente como tentativa de reencontro do objeto perdido da primeira experiência mítica de satisfação. No entanto, tal objeto nunca existiu, mas é um postulado que Freud teoriza para constituir o objeto como faltante e sua conseqüente busca pelo sujeito. A estruturação subjetiva se organiza a partir dessa falta correlata ao conceito de objeto perdido. Freud explica que o sonho é uma amostra do funcionamento primário do psiquismo infantil, que busca a obtenção de prazer através da realização do desejo pela percepção alucinada do objeto. No entanto, essa função é abandonada por ser ineficaz, sendo suplantada pelos processos secundários regidos pelo princípio da realidade. Com isso, a tentativa de encontrar uma identidade perceptual imediata do objeto é substituída pela operação de pensamento agenciada pelo eu, que impõe uma tolerância maior ao desprazer e a escolha por vias contornadas de satisfação.

Logo, as formações inconscientes surgem como tentativas do mundo erótico da representação de apreender o indescritível que funda o desejo. Derivam da dimensão da fantasia, onde a satisfação advém nesse puro movimento de aproximação possível graças ao deslizamento semântico, por meio de condensações e deslocamentos. Nesse sentido, a ideia do “umbigo do sonho” forjada por Freud (1996) indica que, mesmo em um sonho descrito e interpretado, resta um trecho abismo, “um emaranhado de pensamentos oníricos que não se deixa desenredar” (p. 556), como um lugar insondável da trama simbólica de onde brota o desejo.

A psicanálise freudiana fundamenta a constituição da subjetividade em um primeiro momento, em torno de duas interdições culturais: a do incesto e do parricídio. Para Freud, a ideia fundamental do complexo edipiano é o interdito ao desejo

incestuoso inconsciente. A posição final do sujeito diante do interdito, completada a travessia do drama edípico, definirá o destino de sua sexualidade. No texto *Totem e Tabu* (1913), Freud argumenta que o pai da horda primeva assassinado tem o estatuto inaugural da civilização forjando a lei universal e cada sujeito herdaria o supereu como censura inconsciente que ordena o sujeito nos laços sociais (COUTINHO, 2011).

Sabemos que tanto na Psicanálise como na AD, o discurso comparece como atravessado pelo discurso do Outro e por outros discursos, sendo a alteridade entendida como condição constitutiva destes. O sujeito desse discurso, mesmo não sendo a fonte de seu dizer, tem a necessidade da ilusão de sê-lo. Logo, retorna-se a uma questão que está presente e apresenta-se como divergente no campo epistemológico, ou seja: como conciliar o sujeito assujeitado da ideologia, com o sujeito do inconsciente suscitado pelo desejo. Parece ser o ponto nodal da AD com a psicanálise.

Em uma tentativa conversar a AD com a Psicanálise, inspiradas em Tfouni (2008), iremos trabalhar com a ideia do interdito, que segundo o autor, é um impedimento estrutural e estruturante ao dizer completo, impedindo que se diga tudo, e, por isso mesmo, permitindo que algo seja dito. O dizer é sempre faltante, é sempre meio-dito, dito no meio, dito pela metade: interdito. Logo, o interdito seria como um operador que incide sobre o silêncio real, sobre a plenitude de sentidos do silêncio permitindo que parte dessa matéria significante se transforme em linguagem com a condição de que uma porção desses sentidos permaneça sempre em silêncio (TFOUNI, 2008).

## 4 METODOLOGIA

### 4.1 TIPO DE ESTUDO E ABORDAGEM

A pesquisa foi de natureza descritiva com abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa foi adotada por investigar melhor os grupos ou determinados seguimentos, relações ou histórias sociais e análises de discursos e documentos. Esse tipo de abordagem permite conhecer processos ainda desconhecidos, construir novas abordagens, revisar e criar novos conceitos e categorias durante a investigação. Além disso, a abordagem qualitativa também pode ser utilizada para elaborar novas hipóteses, construir indicadores qualitativos, variáveis e tipologias (MINAYO, 2010).

### 4.2 CENÁRIOS DO ESTUDO

O estudo foi realizado nas UTIs de três hospitais, do município de Fortaleza – Ce. O motivo de escolha dos três hospitais deveu-se ao fato de tentarmos abranger hospitais de referência, de diferentes regiões da cidade e que tratassem diferentes especialidades clínicas. Sendo assim, as UTIs que constituíram os cenários do estudo pertenciam aos seguintes hospitais: Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Instituto Dr. José Frota (IJF).

O HSJDI foi criado na década de 70, sendo vinculado à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Sua missão é prestar assistência qualificada e humanizada em doenças infecciosas, sendo uma instituição de ensino e pesquisa e funcionando como referência em doenças infecciosas no Estado do Ceará. O hospital possui leitos de enfermagem e de UTI, além de serviço ambulatorial.

Já o HGF foi criado em 1969 e atualmente está vinculado à Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Atualmente é o maior hospital público da rede estadual, funcionando como referência em procedimentos de alta complexidade, realizando transplantes, neurocirurgias, e prestando assistência em AVE (Acidente Vascular Encefálico) e outras doenças neurológicas, ortopedia, obstetrícia de alto risco, dentre outros. O HGF possui 563 leitos, incluindo leitos eletivos, de emergência, de obstetrícia e unidades de terapia intensiva adulto e neonatal.

Por fim, o IJF foi inaugurado como “novo IJF” em 1993 e é vinculado à Secretaria Municipal de Fortaleza. Atualmente, o hospital possui capacidade de 446 leitos e um heliponto em sua cobertura, além de funcionar como referência no atendimento a pacientes traumatizados. O hospital conta com serviços de centro de imagens com raio-x, ultrassom e tomografia computadorizada; emergência adulta, pediátrica e traumatológica; salas de pequenas cirurgias; sala de reanimação; salas para pacientes em estado grave e estabilizados (risco I e II); enfermarias; centro cirúrgico; 4 UTI’s; hemodiálise; ecocardiograma; unidade para pacientes vítimas de traumatismo buco-maxilo-facial; Centro de Tratamento de Queimados (CTQ); Banco de sangue; Centro de assistência toxicológica; Comissão de maus tratos contra a criança e adolescente; Ambulatório da dor; e Comissão para transplantes de órgãos.

#### 4.3 PERÍODO E SUJEITOS DO ESTUDO

A coleta dos dados foi realizada no período de junho a julho de 2016 e os sujeitos do estudo foram 44 profissionais da saúde – dentre eles enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem – que atuavam nas UTIs dos três hospitais escolhidos como cenário do estudo. Foram estabelecidos como critérios de inclusão profissionais enfermeiros, médicos, fisioterapeutas e técnicos em enfermagem, de ambos os sexos e que estavam atuando no serviço há no mínimo seis meses e; como critérios de exclusão os profissionais que estivessem saído há pouco tempo de um afastamento ou licença.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos do estudo, foram utilizadas como procedimento de codificação a identificação das falas através das seguintes letras: E seguida pelos números de 1 a 10; M seguida pelos números de 1 a 8; F seguida pelos números de 1 a 9; e TE seguidas pelos números de 1 a 17. As letras representam a classe profissional e os números representam a quantidade de sujeitos.

#### Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

(continua)

<b>Código</b>	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Profissão</b>	<b>Tempo de formação profissional</b>	<b>Tempo de atuação em UTI</b>

**Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos**

(continuação)

<b>E1</b>	Feminino	50 anos	Enfermeiro	27 anos	07 anos
<b>E2</b>	Feminino	53 anos	Enfermeiro	25 anos	20 anos
<b>E3</b>	Feminino	60 anos	Enfermeiro	36 anos	28 anos
<b>E4</b>	Feminino	31 anos	Enfermeiro	05 anos	04 anos
<b>E5</b>	Feminino	50 anos	Enfermeiro	29 anos	29 anos
<b>E6</b>	Feminino	30 anos	Enfermeiro	03 anos	02 anos
<b>E7</b>	Feminino	53 anos	Enfermeiro	28 anos	26 anos
<b>E8</b>	Feminino	46 anos	Enfermeiro	23 anos	23 anos
<b>E9</b>	Feminino	49 anos	Enfermeiro	26 anos	26 anos
<b>E10</b>	Feminino	49 anos	Enfermeiro	25 anos	23 anos
<b>M1</b>	Masculino	40 anos	Médico	15 anos	08 anos
<b>M2</b>	Masculino	47 anos	Médico	23 anos	23 anos
<b>M3</b>	Feminino	45 anos	Médico	21 anos	17 anos
<b>M4</b>	Masculino	37 anos	Médico	12 anos	04 anos
<b>M5</b>	Masculino	51 anos	Médico	27 anos	20 anos
<b>M6</b>	Masculino	50 anos	Médico	25 anos	22 anos
<b>M7</b>	Masculino	51 anos	Médico	25 anos	20 anos
<b>M8</b>	Feminino	62 anos	Médico	37 anos	35 anos
<b>F1</b>	Feminino	55 anos	Fisioterapeuta	20 anos	18 anos
<b>F2</b>	Feminino	37 anos	Fisioterapeuta	16 anos	13 anos

**Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos**

(continuação)

<b>F3</b>	Feminino	33 anos	Fisioterapeuta	05 anos	04 anos
<b>F4</b>	Feminino	30 anos	Fisioterapeuta	03 anos	03 anos
<b>F5</b>	Feminino	30 anos	Fisioterapeuta	05 anos	03 anos
<b>F6</b>	Feminino	52 anos	Fisioterapeuta	30 anos	20 anos
<b>F7</b>	Feminino	57 anos	Fisioterapeuta	29 anos	22 anos
<b>F8</b>	Feminino	48 anos	Fisioterapeuta	27 anos	20 anos
<b>F9</b>	Feminino	39 anos	Fisioterapeuta	16 anos	12 anos
<b>TE1</b>	Masculino	49 anos	Técnico em Enfermagem	25 anos	14 anos
<b>TE2</b>	Masculino	39 anos	Técnico em Enfermagem	18 anos	18 anos
<b>TE3</b>	Feminino	36 anos	Técnico em Enfermagem	15 anos	03 anos
<b>TE4</b>	Feminino	24 anos	Técnico em Enfermagem	04 anos	02 anos
<b>TE5</b>	Feminino	24 anos	Técnico em Enfermagem	03 anos	07 meses
<b>TE6</b>	Masculino	20 anos	Técnico em Enfermagem	01 ano	07 meses
<b>TE7</b>	Feminino	31 anos	Técnico em Enfermagem	06 anos	06 anos
<b>TE8</b>	Feminino	62 anos	Técnico em Enfermagem	08 anos*	16 anos*
<b>TE9</b>	Feminino	26 anos	Técnico em Enfermagem	02 anos	01 ano e 06 meses
<b>TE10</b>	Feminino	48 anos	Técnico em Enfermagem	16 anos*	26 anos*
<b>TE11</b>	Feminino	47 anos	Técnico em Enfermagem	27 anos	24 anos
<b>TE12</b>	Feminino	32 anos	Técnico em Enfermagem	06 anos	02 anos
<b>TE13</b>	Feminino	43 anos	Técnico em Enfermagem	07 anos**	22 anos**

### Quadro 1 – Caracterização dos sujeitos

(conclusão)

<b>TE14</b>	Feminino	41 anos	Técnico em Enfermagem	02 anos e 06 meses**	06 anos**
<b>TE15</b>	Feminino	41 anos	Técnico em Enfermagem	20 anos	16 anos
<b>TE16</b>	Feminino	40 anos	Técnico em Enfermagem	17 anos	05 anos
<b>TE17</b>	Feminino	43 anos	Técnico em Enfermagem	22 anos	18 anos

Fonte: Elaborado pela autora.

\* Profissionais que trabalham na UTI como auxiliares de enfermagem e posteriormente formaram-se como técnicos em enfermagem.

\*\* Profissionais que trabalhavam na UTI como técnicos em enfermagem e posteriormente formaram-se como enfermeiros.

A partir da caracterização dos sujeitos, evidenciou-se que dos 44 profissionais entrevistados, 10 eram enfermeiros, 8 médicos, 9 fisioterapeutas e 17 técnicos em enfermagem. Quanto ao sexo, 35 profissionais eram do sexo feminino e apenas 9 eram do sexo masculino. No tocante à idade, os profissionais apresentaram idade entre 20 e 62 anos (média de 42,75 anos), tempo de formação profissional com média de 16,71 anos e tempo de trabalho em UTI com média de 14,37 anos. Por fim, quanto ao hospital de atuação, 8 profissionais trabalhavam no HSJDI (2 enfermeiros, 1 médico, 2 fisioterapeutas e 3 técnicos em enfermagem); 16 trabalhavam no HGF (4 enfermeiros, 3 médicos, 3 fisioterapeutas e 6 técnicos em enfermagem); e 20 trabalhavam no IJF (4 enfermeiros, 4 médicos, 4 fisioterapeutas e 8 técnicos em enfermagem).

#### 4.4 INSTRUMENTO E PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Os dados do estudo foram coletados por meio de uma entrevista aberta, guiada por um roteiro de entrevista aberta (APÊNDICE A).

Segundo Minayo (2010), o roteiro de entrevista aberta é uma descrição sucinta, breve e abrangente do objeto de investigação, orientando os rumos da fala do investigador. Entretanto, esse instrumento exige preparação do pesquisador e possibilita, durante a entrevista, levantar questionamentos que permitam ao entrevistado abranger a níveis mais profundos suas exposições.

A entrevista foi composta por dados de identificação dos sujeitos da pesquisa e por questões norteadoras que guiaram a pesquisadora; as respostas dos sujeitos do estudo foram gravadas por um gravador de áudio e posteriormente transcritas.

#### 4.5 ASPECTOS ÉTICOS

O estudo foi realizado conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, sendo aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) das instituições envolvidas, sob os pareceres de número 1.506.189 (CEP UECE), 1.584.356 (CEP HGF) e 1.599.824 (CEP IJF) (ANEXO A; ANEXO B; ANEXO C).

Os objetivos da pesquisa foram explanados, assim como os procedimentos para a coleta dos dados. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B; APÊNDICE C; APÊNDICE D), de modo a respeitar o anonimato, a liberdade dos sujeitos em participar ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, a autorização ou não da gravação das entrevistas e os princípios da autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, conforme preconiza a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

#### 4.6 PROCESSO DE ANÁLISE DOS DADOS

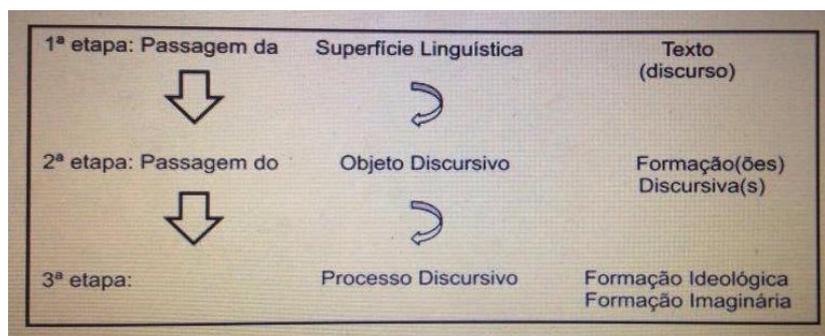
Os dados foram analisados por meio da análise de discurso da escola francesa cujo precursor é Michel Pêcheux e que segundo Orlandi (2005), buscar estudar o discurso ou seja, observa o homem falando. Contudo, a análise de discurso considera a produção de sentido, o homem e sua história, os processos e condições de produção da linguagem. A análise de discurso busca também a compreensão da língua em seu sentido simbólico, como parte do trabalho social que constitui o homem e sua história. Sendo assim, o trabalho da análise de discurso não se reduz ao estudo da língua, mas envolve o discurso em sua totalidade e a relação da linguagem com a exterioridade.

A análise de discurso reflete sobre o modo como a linguagem se materializa na ideologia e como essa ideologia se manifesta na língua, trabalhando a relação indissociável entre língua-discurso-ideologia. A questão colocada pela análise de discurso é: como este texto significa? Essa questão permite a produção do conhecimento a partir do próprio texto, já que este possui uma materialidade simbólica própria e significativa (ORLANDI, 2005).

A análise de discurso agrupa três regiões de conhecimento: a teoria da sintaxe e da enunciação; a teoria da ideologia; e a teoria do discurso, que determina historicamente os processos de enunciação. Todas essas teorias são perpassadas pela teoria do sujeito do inconsciente da psicanálise. Diante de tal complexidade, a análise de discurso objetiva compreender como os objetos simbólicos produzem sentidos e como ele está investido de significância para e por sujeitos (ORLANDI, 2005).

A proposta técnica adotada para a realização da análise de discurso foi amparada por Orlandi (2005) e Gomes (2007), cujas etapas são: passagem da superfície linguística para o objeto discursivo, passagem do objeto discursivo para o processo discursivo e passagem do processo discursivo para as formações ideológicas. A seguir, a Figura 1 evidencia as etapas do processo de realização da análise de discurso e suas correlações.

**Figura 1 – Etapas do processo de realização da análise de discurso**



Fonte: Gomes (2007).

O processo de análise propriamente dito foi iniciado através da realização da dessuperficialização, que se refere a uma passagem fundamental que se faz de transformação da superfície linguística (o material de linguagem bruto coletado, tal

como existe) em objeto discursivo. Nesta fase, ocorreu o delineamento dos limites do *corpus*, através da realização de recortes, ao mesmo tempo em que se vai incidindo um primeiro trabalho de análise, retomando-se conceitos e noções (ORLANDI, 2005).

Para a construção da materialidade linguística, foi utilizada a simbologia proposta por Gomes (2007):

1. < Interrupção da fala do sujeito pelo pesquisador.
2. (-) Interrupção da fala do pesquisador.
3. (*itálico*) Comentários do pesquisador.
4. ... Incompletude do pensamento.
5. (INAUDÍVEL) A fala é inaudível e não foi transcrita.
6. // Pausa na fala do sujeito.
7. ! Ênfase na frase.

Primeiramente, foi realizada a transcrição das falas dos sujeitos entrevistados, a partir da reprodução em formato MP3 (*Moving Picture Experts Group - ½ Audio Layer 3*), buscando resgatar todas as pausas, rupturas e os equívocos linguísticos identificados nos discursos, devendo ser uma etapa de muita atenção e fundamental importância para o seguimento da análise. Foi importante também, para esta etapa, a utilização de marcadores textuais, configurando-se em simbologias utilizadas para caracterizar cada situação específica.

A partir de leituras sucessivas, foi possível mergulhar no material empírico, e assim, captar toda e qualquer manifestação de deslize, de equívocos, e como diz Orlandi (2005), buscar como o discurso significa.

Após esse longo caminho de transcrição e aplicação dos marcadores textuais, seguiu-se à fase de passagem do objeto discursivo para o processo discursivo, cujas leituras se tornaram mais significativas, já que os dispositivos analíticos que compõem a análise de discurso foram evidenciados.

Com o propósito de facilitar a exposição e apreensão dos discursos, utilizou-se a técnica de colorimetria, que consiste na atribuição de cores a cada um dos dispositivos de análise. As cores utilizadas e os respectivos dispositivos analíticos que representam foram: **verde** para paráfrase, **vermelho** para polissemia, **azul** para interdiscurso e **rosa** para metáfora.

A importância dos dispositivos analíticos se dá pelo fato de que apesar de a formação imaginária aglutinar o discurso como um todo, é possível que em um

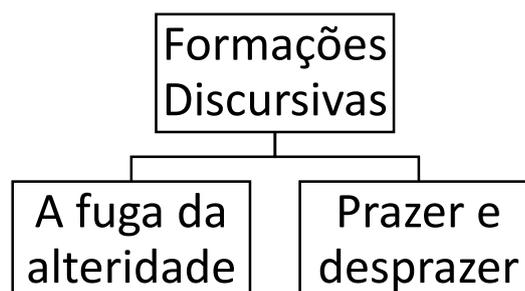
mesmo discurso se navegue por diferentes formações discursivas, com distintas características. Os dispositivos analíticos são quatro, a saber: paráfrase, polissemia, interdiscurso e metáfora (ORLANDI, 2005).

A paráfrase refere-se aos processos nos quais em todo dizer sempre há algo que permanece, o dizível, aquilo se repete e sempre está presente no discurso. Por outro lado, a polissemia define-se como a ruptura dessa continuidade da paráfrase, é o diferente, é algo que muda o sentido, o que antes não havia sido visto ou pensado. O interdiscurso, por sua vez, relaciona-se à memória discursiva, àquilo que possibilita todo dizer, o já-dito que sustenta o dizível; contudo, difere da paráfrase pelo esquecimento, no qual o já-dito não possui origem definida. A metáfora, por fim, é a figura de linguagem caracterizada pela utilização de uma palavra por outra, porém, na análise de discurso a sua definição vai além dessa, aqui ela constitui um processo de produção de sentido e de constituição dos sujeitos (ORLANDI, 2005).

Contudo, vale ressaltar a importância da precaução em analisar cada *corpus* dentro do contexto de enunciação, no qual ele foi desenvolvido, detendo-se não apenas ao discurso materializado em palavras, mas considerar também as expressões e emoções transmitidas no momento de realização da entrevista, sendo de fundamental importância os registros do diário de campo. A identificação do tempo de enunciação de cada entrevista também se faz necessária, pois retoma o significado no contexto em que foi emitida.

A partir da identificação dos diferentes discursos dos profissionais da equipe interdisciplinar acerca do sofrimento psíquico gerado pelo trabalho na unidade de terapia intensiva, foram denominados os núcleos de sentido, conforme indica a Figura 2.

**Figura 2 – Núcleos de sentido**



Fonte: Elaborada pela autora.

## 5 OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O AMBIENTE DE TERAPIA INTENSIVA: CONDIÇÕES DE PRODUÇÃO DOS DISCURSOS

As condições de produção do discurso envolvem o sujeito e o contexto no qual estão inseridos. As condições de produção do discurso podem ser de sentido estrito, ou seja, o contexto imediato no qual o sujeito está inserido e de sentido amplo, que incluem o contexto sócio-histórico e ideológico (ORLANDI, 2005).

Ao analisar também as condições de produção dos discursos, entende-se o porquê de o dizer não ser propriedade particular. As palavras significam pela língua e pela história. Assim, o conhecimento das condições de produção dos discursos torna-se fundamental para a compreensão do funcionamento desse discurso e de sua relação com os sujeitos e com a ideologia (ORLANDI, 2005).

### 5.1 SENTIDO ESTRITO: OS CENÁRIOS DO ESTUDO

Todas as entrevistas foram realizadas na própria unidade de terapia intensiva em que cada sujeito exercia suas atividades laborais. Cada unidade possui características próprias, fazendo parte do cotidiano dos profissionais e apresentando diversas representações para cada um dos sujeitos, desde representações positivas, ligadas à possibilidade de salvar vidas, até representações negativas, relacionadas às precárias condições de trabalho e às dificuldades em lidar com a morte e o sofrimento diariamente.

Cabe destacar que não sou funcionária de nenhuma das instituições de saúde participantes do estudo e que conheci a rotina das unidades durante a graduação e a pós-graduação *latu senso* em terapia intensiva.

Durante a realização das entrevistas, as entrevistadoras encontravam-se de jaleco e ao apresentar a pesquisa, cada uma também se apresentava como enfermeira ou como estudante de graduação em enfermagem.

Contudo, pude observar que alguns dos profissionais não se sentiam à vontade em falar sobre seus sentimentos em uma entrevista gravada. Essa percepção foi evidenciada pelo desconforto durante as entrevistas e após as entrevistas, quando os profissionais confidenciavam pensamentos que não conseguiram revelar diante do gravador.

A coleta dos dados foi realizada em oito unidades de terapia intensiva, localizadas em três diferentes instituições de saúde – na primeira instituição havia somente uma unidade, na segunda havia três unidades e na terceira havia quatro unidades. Vale ressaltar que seis unidades atendiam somente pacientes adultos, uma atendia tanto pacientes adultos como pediátricos e uma atendia somente pacientes pediátricos e que, devido ao fato de as instituições apresentarem diferentes perfis de pacientes, cada unidade apresentou características peculiares. Sendo assim, cabe considerar, enquanto sentido estrito das condições de produção do discurso, as peculiaridades das unidades e como ocorreram as entrevistas em cada um desses cenários.

A **UTI A** faz parte da primeira instituição de saúde em que ocorreram as coletas e tal instituição configura-se como um hospital de referência estadual em doenças infecto-contagiosas, que inicialmente foi criado para ser um hospital de isolamento, já que os pacientes internados tinham coqueluche, sarampo, difteria, tétano neonatal, hepatites ou outras doenças contagiosas comuns na época. Entretanto, a incidência de tais doenças foi reduzida com o passar dos anos, devido ao advento das vacinas e, a partir da década de 1980, o maior público do hospital vem constituindo-se por pacientes que vivem com o HIV/aids. O hospital, além de apresentar serviço de internação em enfermarias e serviço ambulatorial, apresenta também uma unidade de terapia intensiva.

A UTI A atende tanto pacientes adultos como pediátricos, possui somente oito leitos e uma equipe multiprofissional por turno de trabalho composta por profissionais que estão em contato direto e diário com os pacientes, ou seja, médico, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Todavia, por ser a única unidade da instituição, o quantitativo de profissionais entrevistados na UTI A foi o menor dentre as instituições, apenas de 8 profissionais.

Na UTI A, o turno de trabalho dos profissionais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem é de 12 horas, em regime de plantão diurno ou noturno, porém o turno de trabalho dos fisioterapeutas difere dos demais. Pela manhã um profissional cumpre as primeiras 6 horas de trabalho e à tarde outro profissional cumpre as outras 6 horas. Cabe ressaltar que no dia da coleta o profissionais da saúde estavam em estado de greve, portanto o número de técnicos de enfermagem estava reduzido e cabe ressaltar também que ao chegarmos na unidade, a fisioterapeuta da

manhã estava saindo do seu turno, contudo conseguimos entrevistá-la também. Portanto, na UTI A foram entrevistadas duas enfermeiras, um médico, três técnicos de enfermagem e duas fisioterapeutas.

As entrevistas com profissionais da UTI A ocorreram em apenas uma tarde, durante o turno de trabalho e em um ambiente reservado, uma sala dentro da própria unidade. Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e no momento mais oportuno para eles, de modo a não prejudicar o serviço, foram conversar com as pesquisadoras.

Na tarde em questão, a UTI A estava tranquila e, apesar de estarem se preparando para a admissão de mais um paciente, os profissionais foram receptivos e logo aceitaram participar da pesquisa.

Já as **UTIs B, C e D**, fazem parte de outra instituição de saúde de referência estadual em procedimentos de alta complexidade como transplantes e neurocirurgias, além de referência também na assistência em casos de acidente vascular encefálico (AVE) e outras doenças neurológicas, em ortopedia e obstetrícia de alto risco, dentre outros tratamentos especializados. O hospital também possui serviço de emergência, enfermaria, serviço ambulatorial e unidades de terapia intensiva adulta e neonatal.

As UTIs B, C e D atendem somente pacientes adultos, sendo que a UTI B possui 14 leitos e recebe, em sua maioria, pacientes com algum dano neurológico; a UTI C possui 15 leitos e recebe pacientes com diversos tipos de afecções; assim como a UTI D, que possui 7 leitos e também recebe pacientes com diversos tipos de afecções. Devido ao número de leitos, cada UTI possui equipes multiprofissionais com maior quantitativo de profissionais, sendo assim, foram entrevistados nas três unidades 16 profissionais.

As equipes multiprofissionais de cada unidade também são compostas por profissionais que estão em contato direto com os pacientes, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas, além de residentes e estagiários. Contudo, em todas as UTIs B, C e D, o turno diurno de trabalho de quase todos os profissionais não é de 12 horas, em regime de plantão, ou seja, pela manhã um profissional cumpre as primeiras 6 horas de trabalho e à tarde outro profissional cumpre as outras 6 horas. Portanto, a maioria dos profissionais trabalha somente um turno, enquanto outra parte cumpre as 12 horas de trabalho. Por isso, foram

entrevistadas quatro enfermeiras, três médicos, seis técnicos de enfermagem e três fisioterapeutas nas três unidades.

As entrevistas com os profissionais ocorreram em uma manhã e uma tarde, durante o turno de trabalho dos profissionais. As entrevistas tiveram duração entre 2 e 15 minutos. Todavia, vale salientar que as três unidades ocupam o mesmo andar do prédio da instituição e são separadas apenas por paredes laterais, ou seja, todas as unidades compartilham de um corredor que dá acesso a todas as unidades, ao portão de entrada e saída dos pacientes e familiares, e à porta de entrada e saída dos profissionais. Como as unidades não dispunham de uma sala ou ambiente reservado que pudesse ser utilizado para a realização das entrevistas, estas foram realizadas no corredor de comunicação entre as unidades ou no próprio posto de enfermagem no qual os profissionais se concentram, dentro das unidades mesmo.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e no momento mais oportuno para eles, de modo a não prejudicar o serviço, concordaram em conversar com as pesquisadoras.

Na manhã e tarde em questão, todas as UTIs estavam agitadas e houve muitas intercorrências durante o dia, o que fez com que os profissionais hesitassem em participar da pesquisa, principalmente os profissionais técnicos em enfermagem, que afirmavam que não saberiam responder as perguntas e que tinham muitas tarefas a serem cumpridas. Toda a agitação das unidades também contribuiu para que as entrevistas fossem realizadas na própria unidade de trabalho do profissionais, pois os profissionais não queriam se afastar do posto de enfermagem.

Por fim, as **UTIs E, F, G e D**, fazem parte da terceira e última instituição de saúde escolhida pelas pesquisadoras. Tal instituição, apesar de fazer parte da rede de saúde municipal, funciona como hospital de referência estadual em assistência às vítimas de traumas de alta complexidade, como fraturas múltiplas, fraturas expostas, lesão cervical, traumatismo cranioencefálico, cortes e perfurações profundas, queimaduras e intoxicações por substâncias químicas, agrotóxicos, plantas e animais peçonhentos. O hospital possui serviço de enfermagem e unidades de terapia intensiva adulta e pediátrica.

A UTI E atende pacientes pediátricos e possui 7 leitos, enquanto as UTIs F, G e H atendem somente pacientes adultos, sendo que a UTI F possui 8 leitos; a UTI G possui 9 leitos; e a UTI H possui 9 leitos. Apesar de possuir mais unidades e mais

leitos, cada UTI dessa instituição possui somente uma equipe multiprofissional trabalhando, ou seja, um enfermeiro, um médico, um fisioterapeuta e, dependendo do número de leitos, três ou quatro técnicos de enfermagem. Entretanto, cabe ressaltar que pela manhã trabalham dois enfermeiros e o médico diarista, ou seja, a tarde os enfermeiros estão mais sobrecarregados. Desse modo, e devido ao maior quantitativo de unidades, foram entrevistados nas quatro unidades 20 profissionais.

Como nas outras instituições de saúde, as equipes multiprofissionais de cada unidade também são compostas por profissionais que estão em contato direto com os pacientes, ou seja, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e fisioterapeutas. Contudo, em todas as UTIs, o turno de trabalho de quase todos os profissionais é de 12 horas, ou seja, em regime de plantão, excetuando-se somente os enfermeiros e médicos diaristas de cada unidade, que cumprem uma carga horária de 6 horas diárias pela manhã. Dessa maneira, a maioria dos profissionais cumpre as 12 horas de trabalho. Por isso, foram entrevistadas quatro enfermeiras, quatro médicos, oito técnicos de enfermagem e quatro fisioterapeutas nas quatro unidades.

As entrevistas com os profissionais ocorreram em uma manhã e duas tardes, durante o turno de trabalho dos profissionais. Todavia, cabe enfatizar que, assim como as unidades da segunda instituição, as quatro unidades também ocupam o mesmo andar do prédio dessa instituição e são separadas apenas por paredes laterais, ou seja, todas as unidades compartilham de um corredor que dá acesso a todas as outras unidades, ao portão de entrada e saída dos pacientes e familiares, e à porta de entrada e saída dos profissionais. Como as unidades não dispunham de uma sala ou ambiente reservado que pudesse ser utilizado para a realização das entrevistas, estas foram realizadas na copa, no corredor de comunicação entre as unidades ou no posto de enfermagem, no qual os profissionais se concentram, dentro das próprias unidades.

Os profissionais foram convidados a participar da pesquisa e no momento mais oportuno para eles, de modo a não prejudicar o serviço, concordaram em conversar com as pesquisadoras ou procuraram-nas para a realização das entrevistas.

Nos turnos em questão, os profissionais encontravam-se bastante atarefados, o que fez com que alguns profissionais recusassem participar da pesquisa. Porém, apesar do número de pacientes ser incompatível com o quantitativo

de profissionais e estes se encontrarem sempre bastante atarefados, a maioria dos profissionais aceitou participar da pesquisa prontamente e afirmou ter gostado da conversa com as pesquisadoras, o que reflete a necessidade deste tipo de abordagem também com os profissionais da equipe multiprofissional de saúde.

## 5.2 SENTIDO AMPLO: O CONTEXTO DE INSERÇÃO DOS CENÁRIOS E DOS SUJEITOS DO ESTUDO

### 5.2.1 Os desafios do sistema de saúde do Brasil

A história da saúde pública no Brasil nos revela que, inicialmente, esta não foi priorizada pelos representantes do poder executivo e que seus limitados e periódicos avanços ocorreram de acordo com a economia de cada fase histórica, de modo a atuar não como direito da população, mas como sustentáculo da economia. Somente após a reforma sanitária, cujos princípios subsidiaram as discussões da VIII Conferência Mundial de Saúde, que o sonho de um sistema único de saúde ganhou impulso e forças para tornar-se realidade. A conferência reuniu diversas categorias profissionais, além da população em geral e lançou o embrião do que quatro anos depois seria concretizado pela Lei Orgânica da Saúde.

Contudo, após 26 anos da implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil e apesar dos nítidos avanços, muitos desafios ainda tem de ser enfrentados no que se refere ao acesso da população, ao referenciamento e contrarreferenciamento, ao subfinanciamento do sistema, às falhas da gestão, entre outros (MENDES; BITTAR, 2014).

Aos problemas intrínsecos ao sistema, como a obrigação de atender toda a população que necessitar de atendimento, somam-se os problemas decorrentes do perfil de morbimortalidade da população brasileira. A população que antes sofria, predominantemente, de doenças infectocontagiosas - tais como malária, tuberculose, hanseníase, poliomielite, coqueluche, dengue, sarampo, entre outras – agora também sofre de doenças cardiovasculares, metabólicas e neoplásicas, das consequências da violência das grandes cidades e da falta de educação no trânsito. Ou seja, embora tenha erradicado algumas doenças infectocontagiosas que assolam o Brasil desde os séculos passados, a maioria ainda permanece, somando-se aos agravos da

atualidade e caracterizando a carga de doenças do país como complexa (MENDES; BITTAR, 2014).

O perfil da população brasileira também se modificou ao longo dos anos, pois os índices de natalidade e mortalidade diminuíram e a longevidade aumentou, ou seja, a população está deixando de ser, majoritariamente, composta por adultos jovens, para ser composta por idosos, evidenciando que a população brasileira está envelhecendo. Todavia, o envelhecimento influi no padrão de morbidade da população por ampliar a prevalência das doenças crônico-degenerativas e de suas complicações, que acarretam em maior utilização dos serviços de saúde e de medicamentos de uso contínuos, por tempo mais prolongado, o que reflete nas taxas de internação e nos custos cobertos pelo sistema (MENDES; BITTAR, 2014).

Diante de tantas dificuldades e ainda das falhas da gestão e das desigualdades regionais do país, que contribuem para a concentração dos recursos e para as dificuldades na elaboração de políticas públicas integradas e eficazes, surgem os inúmeros problemas na qualidade da assistência em saúde no Brasil (MENDES; BITTAR, 2014).

Tais problemas resultam em: unidades de saúde de infraestrutura inadequadas, *déficits* de recursos humanos (tanto na contratação dos profissionais, dos vínculos empregatícios, dos baixos salários e carga horária exaustiva, como na formação de qualidade dos profissionais), *déficits* de recursos materiais (escassez de materiais, falta de manutenção das tecnologias duras, falta de medicamentos, entre outros), dificuldades em referenciar e contrarreferenciar o paciente (a falta de leitos na maioria das instituições e a alta demanda dificultam a integralidade do sistema) (MENDES; BITTAR, 2014). Devido aos diversos empecilhos, a assistência em saúde torna-se prejudicada e os profissionais sentem-se impotentes diante de tantas limitações.

De acordo com o exposto, cabe ressaltar o aspecto relativo aos recursos humanos e à precarização dos vínculos empregatícios. Como sabemos, a partir da Emenda Constitucional 19, ao setor público no Brasil passou a ser permitida a convivência de múltiplas formas de vínculos empregatícios, são eles: estatutário (regime jurídico único), celetista (regido pelas leis da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT), vínculos temporários (por meio de contratos) e terceirizados. A emenda contribuiu para a precarização do trabalho público no Brasil por permitir

condições incertas e imprevisíveis de trabalho, liberando o Estado da responsabilidade dos riscos sofridos pelos trabalhadores, estando sob competências destes regular e zelar pelas condições de trabalho (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

Todavia, o contexto político e econômico do Brasil, também tem contribuído para essa precarização, já que os gestores, a fim de reduzir gastos, preferem a redução de recursos humanos ou as frágeis relações de trabalho. Outra característica que vem se sobressaindo é a manutenção de múltiplas formas de vínculos empregatícios por algumas instituições e, conseqüentemente, remunerações divergentes entre trabalhadores que pertencem a mesma categoria profissional, o que pode prejudicar o rendimento dos profissionais e comprometer a qualidade dos serviços prestados. Em condições como essa, os trabalhadores tornam-se desmotivados, não procuram aperfeiçoamento ou aprimoramento nem contribuem com a instituição, tornam-se também insatisfeitos diante da desvalorização e da má remuneração (RIBEIRO; SOUZA; SILVA, 2014).

No que concerne ao setor saúde, a condição de trabalho precário assumiu uma imensa dimensão, observadas também no presente estudo. Em estudo de Ribeiro, Souza e Silva (2014) observou-se que se soma às características já citadas, a diferenciação de jornada de trabalho a que estão obrigados os submetidos a vínculos empregatícios frágeis, podendo-se inferir, a partir daí, que a permanência no emprego está na dependência da subordinação do trabalhador às condições locais de trabalho.

Sendo assim, podemos perceber que a existência das condições de trabalho precário no setor público, em especial, na área da saúde, compromete a assistência e reflete não somente na saúde dos trabalhadores, mas também nas suas relações familiares e institucionais com os outros trabalhadores, pois eles têm de se submeter a longas jornadas de trabalho e baixas remunerações, o que acarreta na necessidade de mais de um vínculo empregatício e menos tempo de descanso e lazer com a família, além da necessidade de aprimoramento e educação continuada.

### **5.2.2 O ambiente e o trabalho em unidade de terapia intensiva**

A unidade de terapia intensiva é o setor do hospital de atendimento a pacientes hemodinamicamente instáveis ou gravemente enfermos, que fornece

assistência especializada e ininterrupta, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia contínua (LEITE; SILVA; PADILHA, 2012).

Além disso, devido à gravidade de seus pacientes, a UTI deve conter no mínimo, para atuação exclusiva, os seguintes profissionais: médico diarista, médico plantonista, enfermeiros assistenciais, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos e funcionários exclusivos para o serviço de limpeza da unidade objetivo concentra-se em restaurar e manter as funções dos órgãos vitais. Porém, dentre outros serviços, devem estar garantidos também na UTI: assistência social, farmacêutica, fonoaudióloga, psicológica, odontológica, clínica e de terapia ocupacional (BRASIL, 2010).

Sendo assim, por ser uma unidade onde se internam pacientes graves, que apesar da gravidade ainda tem um prognóstico favorável à vida, a unidade de terapia intensiva configura-se como uma unidade complexa, dinâmica, que reúne profissionais de diversas áreas e leva-os a vivenciar situações de ansiedade diante do confronto diário entre a vida e a morte e das situações que exigem de toda a equipe ações rápidas, imediatas e precisas, com o máximo de eficiência e resolutividade (AMARAL; PINHEIRO; LA CAVA, 2011).

Contudo, apesar de constantemente estar lidando com a vida e a morte, os profissionais da equipe interdisciplinar também são sujeitos dotados de questões e singularidades, sendo necessário que tal aspecto também seja considerado pelo gestores. Em um cenário como a UTI, onde há o encontro de profissionais de diversas categorias, também há relatos frequentes de insatisfação perante o trabalho, o que pode estar relacionado a desajustes e conflitos entre o homem e o fruto de seu trabalho (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Fatores como alta demanda de pacientes, jornadas duplas ou triplas de trabalho, deficiência de profissionais e de recursos materiais das instituições de saúde, baixos salários e confrontos diários com a dor, o sofrimento e a angústia dos pacientes, revelaram-se como os principais desencadeantes de eventos estressores. Outros fatores relacionados referem-se a condições insalubres de trabalho, riscos ocupacionais biológicos e psíquicos, complexidades dos procedimentos realizados, capacitação profissional para o enfrentamento de situações difíceis; grande responsabilidade nos processos de tomadas de decisões; acidentes de trabalho;

trabalho em turnos e falta de reconhecimento profissional. Esses fatores podem gerar sentimentos de tensão e angústia, frustração e desgaste, comprometendo o desenvolvimento das atividades e a saúde dos profissionais (MARTINS, 2013).

Os profissionais da equipe interdisciplinar de saúde estão expostos aos riscos inerentes ao trabalho, tais como os fatores intrínsecos ao trabalho, as relações funcionais, o papel desempenhado pela equipe, a estrutura organizacional, o grau de responsabilidade pela vida do paciente e estão diante de situações de estresse, morte e questões que confrontam a subjetividade desses profissionais, tornando-os suscetíveis ao estresse (DANTAS; SANTOS, 2012).

As profissões da área da saúde estão em terceiro lugar como campeãs em gerar estresse, por estarem ligadas à dor, doença e morte. Ou seja, os profissionais da saúde convivem diariamente com o estresse, o sentimento de perda e a fragilidade dos pacientes diante de procedimentos desagradáveis, dolorosos e invasivos. A angústia que esses profissionais experimentam gera tensão e sofrimento psíquico (FARIAS *et al.*, 2011).

### **5.2.3 Formação dos profissionais da saúde**

No ano de 1910, o estudo intitulado *Medical Education in the United States and Canada*, mundialmente conhecido como Relatório Flexner (*Flexner Report*), elaborado por Abraham Flexner, foi publicado. O Relatório Flexner influenciou profundamente a reforma das escolas médicas dos Estados Unidos da América (EUA) e de todo o mundo, transformando a formação médica e a medicina mundial (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

O modelo flexneriano do ensino médico propôs que os estudos deveriam ser centrados na doença e no biológico, pois para o autor, o contexto sociocultural, coletivo e comunitário não influenciariam o processo de adoecimento dos indivíduos. Com isso, os hospitais foram considerados lugares privilegiados para o estudo da doença, devendo o ciclo clínico do curso de medicina ocorrer no ambiente hospitalar (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Além de suas propostas acerca dos estudos médicos, Flexner ainda indicou que a educação médica deveria ser atribuída a pessoas da elite, inteligentes e dignos, ou seja, somente os mais capazes deveriam estudar medicina, fato que ilustra uma

perspectiva preconceituosa acerca do acesso de cidadãos negros de classes sociais desfavorecidas à educação médica (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

Com isso, percebe-se que o modelo flexneriano e sua perspectiva biologicista, positivista, centrada na doença e na fragmentação do corpo, conduziu o ensino médico a uma visão reducionista, e que apesar da recorrente crítica do setor saúde acerca do descompromisso da medicina com a realidade e as necessidades da população, o modelo flexneriano de educação médica ainda continua sendo vigente na maioria das escolas médicas no mundo todo, mesmo após um século de sua publicação (PAGLIOSA; DA ROS, 2008).

No Brasil, o modelo Flexneriano também inspirou o modelo de ensino das escolas médicas, principalmente a partir de 1968, após a reforma Universitária. Ou seja, foram reforçados os estudos acerca dos sistemas e órgãos do corpo humano, da doença e dos seus aspectos biológicos, sendo o ensino organizado por disciplinas segundo especialidades, refletindo no déficit em práticas ligadas à integralidade do indivíduo e ao trabalho interdisciplinar (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Todavia, a partir do ano de 2001, aprovaram-se no Brasil as novas diretrizes curriculares, a fim de modificar a formação dos cursos da área da saúde. As novas diretrizes curriculares buscam qualificar a formação e promover a assistência prestada aos usuários do Sistema Único de Saúde. Para isso, foram implementados programas relacionados ao assunto e legislação específica, cujo objetivo é atender as demandas do setor saúde (AZEVEDO *et al.*, 2013).

Além de reformular a formação nas escolas médicas, o modelo flexneriano acabou por influenciar também a formação de outras profissões da área da saúde, como é o caso da fisioterapia.

No que concerne à fisioterapia, esta configura-se como uma profissão recente, cuja criação foi incentivada pelo grande número de sequelas ocasionadas pela poliomielite e pelo aumento dos acidentes de trabalho a partir de 1929. Com isso, a fisioterapia surgiu como uma ferramenta de reabilitação para a mão de obra e sua reinserção no mercado de trabalho (BISPO JÚNIOR, 2009).

Devido ao seu caráter reabilitador, a fisioterapia tem atuado prioritariamente no nível terciário, voltando-se para a cura de doenças específicas e/ou reabilitação de seus agravos e sequelas. Sendo assim, o objeto de intervenção da fisioterapia tem se restringindo a órgãos e partes do corpo específicas, o que limita

a prática do fisioterapeuta somente para após a instalação das doenças e, na maioria das vezes, de forma avançada (BISPO JÚNIOR, 2009).

Contudo, de acordo com os autores Campos, Aguiar e Belisário (2008), tal situação da fisioterapia no Brasil foi potencializada devido ao fato de os cursos de fisioterapia também fundamentarem-se no modelo flexneriano. Tal modelo, como já enfatizado, contempla o tecnicismo e fundamenta-se no paradigma da cura biológica, estimulando a fragmentação e a especialização, e enfatizando a pesquisa biológica. Diante disso, o modelo do fisioterapeuta reabilitador persistiu durante décadas e somente a partir do século XXI, surgiram as primeiras mobilizações para a mudança do modelo de formação.

Com o passar do tempo, a fisioterapia foi se consolidando como uma profissão reabilitadora, cuja atuação dava-se a nível terciário e apesar do estabelecimento de um currículo mínimo para a formação em fisioterapia a partir da década de 1980, a posição de profissão curativa e reabilitadora foi reforçada. Com isso, o modelo de formação curativo-reabilitador foi mantido e aprofundado pelas instituições de ensino superior, além disso o aperfeiçoamento tecnicista também foi estimulado desde então (BISPO JÚNIOR, 2009).

Por outro lado, no que se refere à enfermagem, podemos perceber que Florence Nightingale foi um marco para o ensino da enfermagem e para o exercício da profissão, causando mudanças que perduram até os dias atuais. Como sabemos, antes de Florence a enfermagem era exercida de qualquer maneira, por pessoas abastadas pela sociedade e que trabalhavam em locais insalubres, e após as intervenções de Florence, a enfermagem passou a ser exercida de forma organizada padronizada. Além disso, Florence também incentivou a criação de escolas de enfermagem, que deveriam aceitar pessoas com determinadas características (INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES, 2010).

Sendo assim, a formação do enfermeiro centrou-se primeiramente em torno da teoria ambientalista, que se relacionava ao controle do ambiente e, posteriormente, foi dada uma ênfase maior na abordagem de questões técnicas, com foco nas tarefas e procedimentos de enfermagem, que depois tiveram de ser embasados cientificamente (SOUZA *et al.*, 2006).

Entretanto, se por um lado o ensino científico na enfermagem veio reforçar a apreensão do modelo biomédico, por outro dificultou ainda mais uma maior

aproximação entre enfermeiro e cliente, pois ao se deparar com a prática profissional, os profissionais tendem a preocupar-se mais com as necessidades biológicas e com a doença do indivíduo, ou seja, os profissionais somente aproximam-se dos clientes quando vão realizar algum tipo de procedimento ou quando vão conferir o funcionamento de algum aparelho, deixando de lado outros aspectos e demandas do ser humano (SOUZA *et al.*, 2006).

Por fim, Florence Nightingale também deixou seu legado no que se refere à formação do profissional técnico em enfermagem. A classificação feita pela precursora da enfermagem moderna entre *nurses* (enfermeiras encarregadas pela parte técnica do trabalho) e *lady nurses* (enfermeiras encarregadas pela organização do serviço) gerou o embrião da atual divisão do trabalho da equipe de enfermagem. Além disso, o ensino técnico brasileiro também contribuiu para tal divisão do trabalho, ao estimular o tecnicismo do conhecimento científico.

O trabalho dentro das instituições hospitalares brasileiras está inserido no contexto de um sistema de saúde precário e repleto de dificuldades, cujos aspectos históricos, sociais e culturais são peculiares, influenciando diretamente a forma como tal trabalho se dá. Logo, o conhecimento de tal contexto permitiu uma melhor apreensão e compreensão dos discursos analisados e possibilitou a identificação das formações discursivas.

## 6 DISCURSOS PRODUZIDOS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### 6.1 FORMAÇÃO DISCURSIVA – A FUGA DA ALTERIDADE

Pensamos aqui se fazer necessário situar que na teoria freudiana, apesar de o autor não formular sobre a alteridade, esse tema se constitui em sua obra, pois o inconsciente se mostra como um princípio de alteridade (CAROPRESO; SIMANKE, 2008; MOREIRA, 2005).

Entretanto, em Freud a alteridade e suas vicissitudes se apresentam por meio de vários sentidos que se deslocam e deslizam, sentidos ao qual o inconsciente seria o outro fora e dentro, íntimo e exterior ao qual estamos mais ligados a que a nós mesmos, “o estranho familiar” (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013).

Além disso, as contribuições de Christopher Dejours também se fazem pertinentes, ao relacionar o mal-estar no trabalho à estrutura econômica, política e social a que os trabalhadores estão inseridos.

Nesse sentido, apresentamos a presente formação discursiva como alteridade, por ter esse Outro, que às vezes ajuda, incomoda, provoca, desvaloriza o profissional que atua na UTI. Enfim, múltiplos sentidos que se atualizam nos pacientes, familiares, colegas, na instituição de saúde e no contexto tecnocêntrico em que ela está inserida.

Quando questionados acerca do trabalho e das questões geradas pelo trabalho, a convivência no ambiente do trabalho ganha espaço nos discursos, constituindo processos parafrásticos e polissêmicos que sustentam tal formação discursiva.

Segundo Orlandi (2005), as formações discursivas são delineadas a fim de evidenciar o que sustenta os discursos, ou seja, aquilo que constitui os sentidos do dizer, possibilitando assim sua compreensão.

Ao analisar os discursos, percebemos que as relações entre os profissionais da equipe surgiram nos discursos da maioria dos profissionais, mesmo a questão lançada não especificando acerca do trabalho em equipe, mas do trabalho em UTI no geral, evidenciando que tal aspecto do trabalho é o que mais provoca inquietações e desconforto aos profissionais. Assim, evidenciou-se por meio dos

discursos que o mal-estar gerado pelo trabalho em unidade de terapia intensiva está relacionado ao confronto com o outro.

Moreira (2005) afirma que mesmo entre duas pessoas intimamente ligadas o convívio diário leva à aproximação e ao distanciamento, configurando as relações ambivalentes de amor e odio. Sendo assim, o contato intenso entre a equipe de saúde está sujeito a conflitos inerentes ao convívio com o outro. Assim como revela o profissional abaixo, ao responder sobre a necessidade de um serviço de suporte ou apoio para os profissionais de saúde:

(...) Eu acho que... não sei se é só aqui, mais não se valoriza essa questão de tratar os relacionamentos, o que é péssimo não é, aqui eu consigo sobreviver, mas é muito pesado, ó... o ambiente da UTI é pesado pelo desgaste do trabalho né, a cobrança da própria vida que você está aqui pra, pra ajudar, pra ti, pra dá vida lá ao paciente e você ainda tem uma sobrecarga emocional do ambiente de, de, dos colegas né, do ambiente em si, que eu não quero dizer mas tem que dizer, dos colegas então, isso é muito ruim seria uma forma muito boa de alívio se houvesse realmente uma aí que se se importasse plenamente com isso daí, mais se fosse uma coisa séria, profunda entendeu, trabalhada, e aqui não tem, não sei se tem noutro canto né, não sei se a própria vida mesmo que... hoje a sociedade leva é ao afastamento e não valorização né das pessoas, eu acho que vai por aí também. (...) (F6)

Pesado e sobrecarga são metáforas utilizadas pelo profissional para falar de um outro que ele convive em seu local de trabalho.

Entretanto esse convívio pode ser ambivalente, pois para esse convívio com o outro, o homem deve ter noção da existência desse outro, que é apreendida pelo sujeito juntamente com a constituição da noção do eu. Após perceber que não é autossuficiente, o homem sofre ao deparar-se com a dependência do outro. Deste modo, a constituição psíquica do eu depende desse encontro com o outro, que sempre é traumático (MOREIRA, 2005).

Deste modo, a impotência e o desamparo do homem, leva à idealização do Outro e do outro como capaz de protegê-lo e ampará-lo. Todavia, esse outro que o protege, também o persegue e amedronta, tornando tal relação ambivalente. Logo, a aliança entre os homens é marcada pelo sofrimento permanente e pela castração lembrada constantemente pela ameaça da morte (TEIXEIRA; MOREIRA, 2013).

Freud, por sua vez, afirma que a vida humana é dura e difícil demais, por acarretar em tantos sofrimentos e decepções. Tais sofrimentos e decepções, ameaçam o homem de três formas diferentes, a partir de doenças físicas a que o frágil organismo humano está exposto; de forças destruidoras da natureza, que geram

catástrofes e calamidades; e, por fim, do relacionamento com os outros homens, sendo esta última forma a mais penosa de todas (FREUD, 1996).

Ainda nessa mesma direção:

(...) Eu creio que sim porque ainda existe.... tem uma coisa que diz que é... o joio no meio do trigo... Então tem realmente pessoas que estão ali só pra... pra pegar seu dinheiro. E fazer o que tem pra fazer, que é o básico. Uma coisa extra não tem como fazer porque não quer, só quer fazer aquilo mesmo pronto. Assim tipo como se fosse uma reciclagem. De pessoas né?! E testes como se... provar que a pessoa quer realmente aquilo... Entendeu?! (...) (TE2)

(...)... educação eu acho que até uma reeducação entendi, na ques..., não sei nem se, ach, eu acho que eu desejo é isso: que as pessoas fossem reeducadas na questão dos relacionamentos, por que muitas vezes eu tenho que sobreviver né, não, aquilo, eu tava, quer dizer a equipe multidisciplinar ela tem, pra bom desempenho, ela tem que ter um ótimo relacionamento e as vezes não acontece, então, eu tô sozinho naquilo né, precisava da interação pra discussão pra quilo outro e as vezes não acontece por coisa pessoal, por alguém que não sabe conviver entendi? (...) (F6)

Como podemos ver, o primeiro profissional citado usa uma metáfora ‘o joio no meio do trigo’, ao falar de seus colegas de trabalho. O joio no meio do trigo se refere a uma parábola bíblica que conta a história de um agricultor que tem sua plantação de trigo prejudicada pelas sementes de joio plantadas pelo seu inimigo. Em toda a sua fala, o profissional critica, de forma velada, seus colegas de trabalho e ao compará-lo ao joio no meio do trigo, revela que muitos profissionais são como o joio e prejudicam o trabalho, enquanto ele, como o trigo, tenta fazer o trabalho de forma adequada.

Além disso, o profissional sugere como melhoria para o trabalho em equipe, a ‘reciclagem das pessoas’. Reciclar significa recuperar determinados materiais para que estes sejam reutilizados de outra forma ou requalificados para serem reutilizados da mesma forma. Assim, ao comparar seus colegas de trabalho com o joio e sugerir que eles passem por uma reciclagem, o profissional revela o quanto se sente incomodado com o trabalho em equipe e o quanto, em sua opinião, os seus colegas ‘atrapalham’ o trabalho prestado por ele.

Já o segundo profissional, por sua vez, sugere uma ‘reeducação’ na questão dos relacionamentos das pessoas com quem trabalha. Porém, em meio ao discurso, ‘sem querer’, ele refere, mais uma vez, que muitas vezes tem que sobreviver no trabalho. Apesar de tentar remediar o dito, revela com isso que o motivo de ter de ‘sobreviver’ no trabalho não é o convívio diário com a morte, mas sim o convívio com

seus colegas de trabalho. Tal convívio é tão difícil que o profissional acha que eles precisam ser reeducados.

Ao falar 'sem querer' algo que não se permitiria dizer conscientemente, o profissional também nos revela algo que somente foi possível identificar devido à análise de discurso: não somos donos do que falamos.

Diante dessa dificuldade do relacionamento entre os profissionais, os discursos abordaram com frequência os conflitos gerados pelo convívio intenso entre os profissionais. Em meio a processos parafrásticos, os profissionais discorrem sobre as dificuldades do trabalho em equipe e evidenciam a importância da constituição de boas relações no ambiente de trabalho para o desenvolvimento adequado das atividades profissionais:

(...) Aí vai depender muito daqui. Com quem você está trabalhando, né?! O estado emocional, porque de todo mundo junto...porque às vezes, um desestrutura a equipe toda. (...) (TE1)

(...) Você tem que desabafar, você tem que falar com alguém. Então aqui no meio do trabalho... também, você tenta refugiar e pessoas usam de má fé até, mas quando você conhece a pessoa, você já não conversa mais sobre certos assuntos. (...) (TE2)

(...) Só que o trabalho é pesado, é... pra quem passa 12 horas dentro da UTI e devido também à convivência com as pessoas, né... que às vezes não é nem tanto o trabalho, são as pessoas né, que você tem que aturar muita coisa, calado principalmente né. Às vezes eu fico calada, a minha estratégia é conversar menos o possível pra não descarregar em ninguém né, os meus, as minhas frustrações, os meus problemas, tanto daqui pra lá, como de lá pra cá, de casa pra cá como daqui pra casa, aí geralmente eu tento ficar bem calada mesmo pra não descarregar... (...) (TE4)

De acordo com os discursos dos profissionais, eles confessam que o outro é quem desestrutura a equipe, que não podem confiar nesse outro e que não é nem tanto o trabalho que é pesado, são as pessoas que são pesadas. Contudo, ao revelar que o convívio com esses outros sujeitos é difícil, os profissionais também confessam que não podem entrar em conflito direto uns com os outros, não podem revidar, é necessário calar.

As palavras utilizadas como: pesado e descarregar, parecem ser penosas, se configuram em carga e peso, sendo o silenciar uma estratégia para *sobre viver*.

Tal confissão, nos remete ao que Freud nos diz em 1930 sobre a entrada na vida civilizada do homem e a supressão de sua agressividade. É somente por meio do sofrimento gerado pelo convívio civilizado entre os homens, que se dá a entrada

do homem na cultura. Logo, não há uma maneira de trabalhar em equipe sem que nunca haja conflitos e divergências, uma vez que a agressividade é algo natural ao homem.

A vida civilizada é, assim, marcada pela perda e pela falta, já que a felicidade nunca é encontrada e o programa imposto pelo princípio do prazer é irrealizável. Porém, apesar de suas rigorosas condições, a cultura também constitui o sujeito e a convivência possibilita a formação de vínculos, o que leva ao apoio mútuo, que, por sua vez, permite a efetivação do amor e do trabalho (FREUD, 1996).

No ambiente hospitalar, a convivência intensa e as diferentes opiniões e formações acadêmicas podem aflorar conflitos, evidenciando a necessidade de se procurar meios para que não haja prejuízos para o cuidado prestado.

Nos discursos também ficaram evidentes alguns dos aspectos que agravam ainda mais o relacionamento entre os profissionais que trabalham em UTI. Dentre eles, o que mais se destacou foi a hierarquia que permeia as profissões da área da saúde, na qual o profissional médico encontra-se no topo.

(...) É o valor pela vida. É... é o respeito em equipe, é a ética da equipe, porque tem muito esse sentimento de hierarquia... o respeito pela hierarquia. Por menor... que... tá entendendo? Tanto do maior, quanto do menor para o maior. Mas tem aquele respeito, tá? (...) (E2)

Na verdade, uma equipe de trabalho multiprofissional não é, onde as decisões recaem realmente sobre o médico, mais a gente acaba tendo que conversar junto com os outros componentes da equipe né, sempre pro melhor do paciente. (M1)

Nas falas supracitadas, pode-se notar que tanto os profissionais médicos se colocam no topo dessa hierarquia, como os demais profissionais também o fazem.

Na primeira fala citada, o profissional responde que um dos sentimentos gerados pelo trabalho em terapia intensiva é o 'sentimento de hierarquia entre a equipe', ou seja, os profissionais da equipe estão cientes que há uma hierarquia de profissões da saúde. O profissional refere ainda que tal hierarquia é respeitada e que por isso o trabalho funciona. Apesar de não se permitir dizer e interromper o dito, a profissional deixou escapar que por menor que seja a posição dentro da equipe, há o respeito pela hierarquia.

A outra fala citada nos revela que o profissional não considera o trabalho como o de uma equipe multiprofissional, já que quem tem de decidir sobre tudo é o médico.

Na construção desses discursos evidencia-se a utilização do dispositivo analítico polissemia. Em seus discursos, os profissionais falam parafrasticamente sobre a importância da equipe, a integração da equipe, o quão é importante o trabalho em equipe dentro das instituições de saúde e que toda a equipe trabalha igualmente em prol do paciente. Entretanto, no decorrer dos discursos, contradizem tais paráfrases ao referir que algumas profissões são mais importantes do que outras. Ou seja, como pode haver um trabalho interdisciplinar, se algumas categorias profissionais estão em patamares diferentes das outras?

Diante de tais achados, tornou-se necessário discutirmos também acerca da divisão social do trabalho surgida após a Segunda Revolução Industrial, a partir das observações de Taylor. Segundo Merlo e Lapis (2007), o estudo das tarefas realizado por Taylor decompôs o trabalho em partes cada vez mais simples e elementares, que passaram a corresponder a um posto de trabalho, o qual deveria ser ocupado pelo trabalhador mais adequado para aquela determinada tarefa. Além disso, os incentivos salariais a fim de elevar a produtividade também estavam dentre os objetivos da racionalização do trabalho. Com isso, o trabalho foi transformado em atividade parcelada, reproduzida e sem significado, o que destituiu do indivíduo sua capacidade criativa.

Portanto, a principal crítica à organização do trabalho se deve à perda da identidade no trabalho devido às lacunas entre o trabalho prescrito pela gerência e o trabalho realizado pelos trabalhadores, a qual acarreta em modificações de conduta no ambiente fora do trabalho, em sofrimento psíquico ou em doenças físicas e psíquicas cujas fontes estão na rigidez do taylorismo (MERLO; LAPIS, 2007).

Para Dejours (1992), tal organização do trabalho confronta a vida mental dos trabalhadores, principalmente as aspirações, motivações e desejos. Um exemplo é o grande esforço gerado pela adaptação ao conteúdo de uma tarefa frustrante, ou seja, uma tarefa que está além ou aquém das capacidades do trabalhador. Apesar disso, o sofrimento é desencadeado somente quando estiverem esgotados os meios defensivos contra as exigências físicas e mentais, sendo assim, a impossibilidade de redução da insatisfação marca o início do sofrimento.

Já para Peduzzi (2001), a ideia de equipe multiprofissional é uma realidade dos serviços de saúde, já que profissionais de diversas áreas atuam lado a lado, articulando suas ações.

Deste modo, a organização social do trabalho também influi nas profissões da área da saúde, que se apresentam cada vez mais especializadas. Diante de tal especialização, torna-se necessário o trabalho em equipe multiprofissional, no qual diversas categorias trabalham juntas, buscando os mesmos objetivos. Porém, a relação entre essas categorias profissionais não se dá de forma horizontal, acarretando em relações hierárquicas.

No que se refere às relações hierárquicas, o médico é quem detém a posição de poder. Segundo Bordin (2014), e sua análise acerca dos textos de Michel Foucault, no caso da medicina, o saber em relação ao corpo e à doença confere poder ao médico.

Para Farias e Vaitsman (2002), o monopólio do conhecimento específico característico da área de atuação médica é o que confere a autonomia da profissão. Logo, nenhum outro grupo profissional pode controlar ou inferir sobre a atuação do médico. Os autores inferem ainda que, devido a isso, há uma certa dificuldade entre os demais profissionais da saúde em afirmarem um campo de atuação autônomo dentro das instituições de saúde, o que acarreta em tensões entre a equipe multidisciplinar.

Diante disso, a hierarquia atribuída às profissões da saúde deixam os profissionais insatisfeitos em relação à equipe, pois faz com que algumas categorias profissionais se sintam desvalorizadas em relação às outras ou não se sintam parte da equipe.

(...) A gente precisa, mas quando a gente vê o profissional, ele entra aqui, ele está aqui todo dia, o psicólogo. Mas com quem é que ele; conversa, apenas com determinadas famílias, com um médico e com fisioterapeuta ele conversa muito, as enfermeiras... mas a gente técnico, a gente... eu não sinto essa abertura pra nós. Seria importante, mas não aqui dentro, porque aqui a gente não tem tempo de tá conversando, eles tem mais tempo por isso eu te digo, dá mais tempo pra eles conversarem. (...) (TE16)

(...) Assim em relação à equipe, nós somos... assim, a gente tem... poder assim de falar né?! De ser algumas vezes escutado pela... é... equipe médica. Às vezes a gente dá uma opinião e às vezes eles não acatam o que a gente fala... às vezes, a gente, o que a gente fala, eles escutam, às vezes não. Então assim, gera um pouco de atrito em relação a isso. (...) (E6)

(...) E aí, quando a gente vai cobrar, dependendo da forma como a gente cobra, quando a gente vai cobrar isso deles, eles não aceitam muito bem. E aí a gente acaba que se desgasta, se estressa, porque a gente tem sempre que tá lembrando a eles é... o que a gente precisa fazer, né?! (...) (E6)

Nessas falas, evidenciam-se mais uma vez os processos polissêmicos, pois em meio às paráfrases e interdiscursos que discorrem de como a equipe das unidades de terapia intensiva são integradas e unidas, alguns profissionais afirmaram que não se sentem a vontade em usufruir de alguns serviços oferecidos pelo hospital ou que as suas opiniões em relação ao cuidado prestado não é levada em consideração pelos outros profissionais. Assim, esses profissionais nos dizem que não se sentem parte da equipe devido ao trabalho que lhes é atribuído, colocando a si próprios na base da pirâmide de categorias profissionais.

Tal idealização gera desconforto e sentimento de exclusão em alguns profissionais, principalmente entre os auxiliares e técnicos de enfermagem. O profissional sente a necessidade de ser escutado, mas não se sente à vontade para conversar com o psicólogo. Ademais, as relações hierárquicas dentro da equipe de saúde também geram conflitos e divergências entre os profissionais, o que fragiliza as relações interpessoais e acarreta em sofrimento e em prejuízos para o cuidado prestado dentro da unidade de terapia intensiva.

As funções exercidas pelos técnicos e auxiliares de saúde, principalmente técnicos e auxiliares de enfermagem, representam a tarefas subordinadas da organização de saúde, ou seja, tais profissionais não possuem a autonomia característica das outras profissões, o que faz com que eles sintam com mais intensidade a força do poder e da autoridade, além da pressão e controle que origina-se das hierarquias, já que essas são as profissões com menor grau de qualificação (FARIAS; VAITSMAN, 2002).

Para a psicanálise, a relação do sujeito com o trabalho tem como objetivo alcançar a satisfação desviada de pulsões que não podem ser satisfeitas. Porém, para que tal satisfação ocorra, a escolha profissional deve ser livre, o que não acontece devido às estruturas políticas e sociais que não consideram o trabalho dentro de suas possibilidades de satisfação (LAZARINI, 2014).

Ou seja, diante da ordem econômica, o potencial humano é visto como fonte de lucro e produtividade e o trabalho que deveria ser uma fonte de satisfação gera sofrimento e desprazer não só para o homem que o faz, como também para a

sociedade que depende dele (LAZARINI, 2014). Assim, e conforme vimos nos discursos de um dos profissionais, até algo que seria para aliviar as tensões do cotidiano como o momento com o psicólogo, torna-se desprazeroso.

Segundo Dejours (1992), a insatisfação no trabalho pode originar-se a partir de duas fontes: do “conteúdo significativo” e do conteúdo ergonômico do trabalho.

O conteúdo significativo da tarefa refere-se à significação da função exercida em relação ao conjunto de atividades da empresa e à significação humana do trabalho, ou seja, ao significado do trabalho para os familiares, amigos e grupo social do trabalhador. Esse tipo de insatisfação surge devido à vivência forçada com uma tarefa desinteressante, o que gera uma imagem de indignidade e um sentimento de inutilidade. Além disso, há também as queixas relacionadas à desqualificação, desqualificação essa que vai além dos índices e salários. A vivência contínua e depressiva amplia os sentimentos de indignidade, inutilidade e desqualificação, tornando-se dominada pelo cansaço originário dos esforços musculares e psicossensoriais realizados pelos trabalhadores taylorizados (DEJOURS, 1992).

Já o conteúdo ergonômico do trabalho refere-se à relação saúde-trabalho. A insatisfação ocasionada pelo déficit de adaptação ao conteúdo ergonômico do trabalho origina tanto sofrimento somático causado por problemas físicos, como doenças orgânicas mediatizadas por algo que prejudica a estrutura psíquica, o que demonstra que além de uma satisfação quanto ao conteúdo significativo e simbólico do trabalho, há também uma satisfação relacionada ao exercício do corpo físico e nervoso. A partir disso, pode-se perceber que o ponto de impacto do sofrimento originado a partir do déficit do conteúdo ergonômico da tarefa é o corpo físico; já o ponto de impacto do sofrimento originado a partir do “conteúdo significativo” do trabalho é o aparelho mental (DEJOURS, 1992).

Contudo, também se faz necessário considerar a estrutura da personalidade de cada sujeito na relação homem-trabalho e o que representa para o sujeito o confronto diário com a função exercida. A insatisfação proveniente do conteúdo ergonômico inadaptado à estrutura da personalidade representa uma carga psíquica, que é diferente da carga física, pois a primeira é representada pelo sofrimento causado pelo desconforto do corpo e opõe o homem à organização do trabalho (DEJOURS, 1992).

Assim, o conteúdo significativo do trabalho tem uma representação psíquica para o sujeito e tal representação o levará a imaginar o significado do seu trabalho também para as pessoas que compõem o seu círculo social. Ou seja, para o sujeito a valorização do seu trabalho pelo seu grupo social, a partir da valorização dele próprio, o faz se sentir reconhecido.

Desta forma, a falta de reconhecimento foi outro aspecto agravante para as relações entre os profissionais e esteve presente de modo abundante em suas falas, envolvendo tanto a falta de reconhecimento dos familiares e amigos dos pacientes, como dos demais profissionais da equipe.

(...) algumas vezes eles não reconhecem (os outros profissionais da equipe de saúde) ... o nosso trabalho, da forma como a gente faz, que a gente executa. Alguns não reconhecem isso... e aí a gente tem que erguer a cabeça, levantar e ir em frente. (...) (E6)

(...) você passa 12 horas aqui dentro, você às vezes não é re... ninguém reconhece seu trabalho e você tem que aguentar muita coisa. (...) (TE4)

(...) Fundamental, para o trabalho em UTI, por que o técnico ele desempenha na UTI um papel muito importante relativo a manutenção dos cuidados do paciente e na integração do paciente/enfermagem e médico e essa integração se faz com base da... do trabalho do técnico de enfermagem, embora muitas vezes não seja reconhecido mas o técnico de enfermagem é a peça fundamental no trabalho da UTI, é ele que executa todo o trabalho. (...) (TE8)

(...) a gente deveria ter um profissional que tivesse mais junto da gente vendo isso daí, esse lado da gente, por que muitas vezes o trabalho do técnico ele não é reconhecido, muitas vezes ele tá com um problema, ele se estressa demais porque é exigido demais, tem problemas familiares, tem os seus problemas pessoais, e... as pessoas não dão a mínima pra isso, deveria ter mesmo um setor dentro da UTI que olhasse para o técnico de enfermagem com mais carinho, carinho que eu digo, é olhar o lado do técnico como ser humano e não uma peça de uma máquina de trabalho, por que, geralmente, a gente é visto como uma peça de uma máquina de trabalho, a gente não é visto como o ser humano que trabalha ali, que tem sentimento, que tem doenças do mesmo jeito, que tem problemas e ninguém não olha, na maioria das vezes não olha.(...) (TE8)

(...) é importante é que a população veja e reconheça o nosso trabalho né, porque muitas vezes... muitas vezes alguns familiares acham que o que a gente tá fazendo prejudica o paciente né?! (...) (M6)

Como observado, nas falas analisada as inúmeras paráfrases referem-se ao reconhecimento do trabalho prestado pelo profissional, percebendo-se assim a necessidade dos profissionais em serem reconhecidos pelo seu trabalho e quando isso não acontece, o mal-estar é gerado. Além disso, o trabalho realizado mediante duras condições leva ao apagamento dos sujeitos que o executam, demonstrado pela

metáfora utilizada pelo profissional ao referir-se a sua categoria profissional, “peça de uma máquina de trabalho”.

Como já dito, a sublimação pulsional para a vida em comunidade desvia a pulsão e levando o homem civilizado a motivar-se na compulsão pelo trabalho e no poder do amor e a iludir-se pela busca da felicidade gerada por meio de tais aspectos.

Deste modo, já que não pode ter a satisfação pulsional, o homem concentra-se no trabalho, prezando os valores impostos pela civilização e almejando ser reconhecido por isso. Quando tal reconhecimento não ocorre, ele sofre.

Para Dejours (1992), a imagem de indignidade nasce do contato forçado com uma tarefa desinteressante. A falta de significação da tarefa leva à frustração narcísica, à inutilidade dos gestos e acarretando, por sua vez, em uma imagem narcísica pálida, feia e miserável.

Logo, a falta de reconhecimento também tem relação com o narcisismo. Conforme Freud (1996), o amor-próprio é subordinado à libido narcísica, uma vez que o amor-próprio do sujeito aumenta na medida em que ele é amado. Desta maneira, Freud infere que ser amado representa o grande objetivo e a satisfação na escolha narcísica do objeto, pois aquele que ama perdeu um pouco do seu narcisismo, já que toda a sua energia libidinal agora está voltada para o objeto sexual.

Sendo assim, podemos notar nos discursos, que além da falta de reconhecimento o encontro com a alteridade afeta também o narcisismo e amor-próprio dos profissionais. Tal relação fez-se notória devido à preocupação evidente dos profissionais em reafirmar diante do outro a própria imagem, pois ao pedir para que o trabalho na unidade de terapia intensiva ou que os sentimentos relacionados ao trabalho fossem descritos, a grande maioria das respostas referiam-se a si próprio: “eu estou salvando vidas”, “eu sou importante”, “eu estou cuidando dos pacientes com competência”, “eu ajudo o ser humano”, etc.

(...) Eu me sinto gratificada, eu sinto que eu sou importante aqui dentro né, eu me sinto muito bem, eu acho que eu tô ajudando o ser humano né, eu tô aqui prestando o cuidado, eu tô cuidando dele né com competência... eu amo, eu adoro trabalhar em unidade de terapia intensiva. (...) (E5)

(...) Ah, me gera uma mistura de sentimentos, em momentos eu me sinto muito importante, que eu estou ajudando, que a pessoa vai ficar boa, que o meu trabalho é importante, que eu tô podendo ajudar a salvar a vida daquela pessoa, e em outro momento eu me sinto super angustiada por não ter um material. (...) (F5)

(...) Graças a Deus eu nunca prejudiquei paciente nenhum entendeu? Já... já deu pra salvar algumas vidas aqui, que eu vi primeiro né. (...) (TE4)

A utilização de tais expressões pode estar relacionada ao lugar ocupado pelas entrevistadoras, enfermeira e estudantes do curso de graduação em enfermagem, evidenciando a preocupação com a reafirmação da imagem diante do outro, principalmente quando esse outro também é profissional da saúde.

Além disso, percebe-se que o sentir-se necessário dentro da unidade de terapia intensiva, devido principalmente à gravidade do estado de saúde e do grau de dependência dos pacientes internados, apresenta-se como um importante fator de motivação para o trabalho, apesar de todos os fatores negativos também relatados, tais como a deficiência de recursos materiais e humanos, a carga horária exaustiva e a baixa remuneração, por tornar ainda mais necessária a atuação dos profissionais dentro da unidade. Em sua fala, um dos profissionais corrobora essa informação ao descrever os sentimentos gerados pelo trabalho dentro da unidade:

(...) Os positivos é que a gente trabalha com os pacientes que são realmente... totalmente entregues né, eles são totalmente dependentes da gente. (...) Eu trabalho como se fosse com uma pessoa minha, faço tudo quanto... por exemplo na higiene eu procuro fazer o máximo pra deixar o paciente bem, se for homem eu gosto de fazer a barba, se for mulher eu gosto de pentear, escovar os cabelos, deixar o mais bonito possível pra família ver que tá sendo bem cuidada. Eu me sinto bem, porque eu fico satisfeita quanto à... principalmente à tarde, que eu trabalho à tarde, que a gente vê a família né, visita e agradece pelo cuidado que tá sendo feito, tá vendo que o paciente tá bem cuidado, que a assistência do técnico aqui é mais presente do que por exemplo do enfermeiro, geralmente na hora da visita o enfermeiro se detém ao balcão e o médico né, pra dar as informações, e a gente que tá cuidando, é a hora que eles veem realmente. (...) (TE16)

Porque exatamente o trabalho da gente como é multidisciplinar né, assim a gente trabalha em conjunto cada um tem a sua função, mas todos trabalham em função do, do, do do paciente né? Então nenhum é melhor, nenhum, nenhum é mais é, é...do que o outro. Todos são importantes, eu não sei se você pergunta. (...) (F1)

Além dos processos parafrásticos relacionados à importância da atuação dos profissionais identificados nos discursos citados, destaca-se a polissemia. Em meio aos sentimentos positivos relacionados a recuperação do paciente e à reversão da gravidade do quadro de saúde, um dos profissionais referiu que a dependência do paciente internado na unidade de terapia intensiva gera um sentimento de satisfação.

Podemos ver, que o fato de os pacientes internados na unidade de terapia intensiva serem graves e totalmente dependente dos profissionais não torna o

trabalho penoso e sim o contrário, já que torna a atuação do profissional ainda mais necessária. Por serem ‘totalmente entregues’, os pacientes necessitam de cuidados até para realizar as atividades de vida diária (tomar banho, pentear os cabelos, fazer a barba) e a hora da visita é a hora mais apropriada para os familiares verem quem presta esse cuidado na beira do leito, evidenciando mais uma vez uma grande preocupação com a imagem passada para o outro, o outro que não reconhece o trabalho prestado.

Entretanto, estar totalmente entregue, não existe sujeito, o “entregue” ao outro não fala, não demanda, não se queixa, não deseja.

Outro aspecto importante da fala do profissional se refere à crítica velada que este faz a seus colegas de trabalho, ao afirmar ‘na hora da visita o enfermeiro se detém ao balcão e os médicos dão informações’, revelando o que o profissional, realmente pensa: para ele, o cuidado junto ao paciente é realizado por ele e não pelos colegas, pois os colegas não chegam nem perto do leito do paciente, contudo, para os familiares, quem cuida de seus pacientes são os médicos e enfermeiros e é na hora da visita que eles vão ver quem realmente presta esse cuidado.

Já o segundo profissional se preocupa em reafirmar a sua importância dentro da equipe, afirmando para a pesquisadora que é importante.

Segundo Birman (2007), já na adolescência o olhar das outras pessoas começa a ocupar uma posição estratégica para a economia psíquica do sujeito diante da constituição de sua subjetividade, ou seja, a partir dessa etapa da vida a opinião do outro acerca da sua imagem vai ter mais importância para o sujeito.

Deste modo, percebemos a preocupação em reafirmar a imagem para o outro, uma vez que o fato de os pacientes serem totalmente dependentes de cuidado foi relacionado com os sentimentos positivos gerado pelo trabalho em unidade de terapia intensiva, demonstrando que o profissional quer passar essa imagem de cuidador integral e necessário não só para os outros profissionais da equipe como também para os familiares e amigos que visitam os pacientes.

Em contrapartida, a perda de um paciente pode suscitar o sentimento de fracasso dos profissionais, que investiram seus esforços e valeram-se de recursos materiais e tecnológicos para a recuperação daquele indivíduo. Em suas falas, os profissionais demonstram tal sentimento de frustração ao se deparar com a perda de seus pacientes:

(...) quando eu perco um paciente, significa dizer quando o paciente morre, eu fico triste com isso né, tem o sentimento de perda, o sentimento de luto né, eu fico realmente muito triste, quando eu não consigo fazer com que meu paciente se recupere e saia bem da UTI... isso me deixa muito triste assim, me deixa assim, um sentimento de... de... incapaz, de eu não ter conseguido né. (...) (E5)

(...) às vezes dá um sentimento de impotência, às vezes é... causa é... aquele sentimento é... de querer estar longe daqui né... Dependendo do... da questão né, do que foi. (...) (F8)

(...) A grande maioria causa muito desgosto na gente, porque é como se a gente nadasse, nadasse e morresse na praia, muitas das vezes eu comento com algumas colegas que assim eu me vejo pensando o que eu realmente estou fazendo, pra quê que eu me esforço tanto se a gente sabe que no final vai ser a perda daquele ser, porque a gente nada, nada, nada, faz, faz, faz, faz e não tem jeito e a gente sabe que não vai pra frente, só vai pra trás, então a gente começa, eu sempre me vejo pensando o que eu realmente estou fazendo, por mais que a gente se esforce, não tem jeito, por mais que a gente se doe, não tem jeito, o paciente acaba morrendo. (...) (E1)

Dentro os processos parafrásticos referentes ao sentimento de impotência dos profissionais diante da perda de um paciente, cabe destacar a utilização da metáfora ‘nada’ na construção do último discurso citada. Ao mesmo tempo que faz referência ao dito popular ‘nadar, nadar e morrer na praia’, a profissional também refere que ela de *nada* consegue contribuir para a melhora do estado de saúde de seus pacientes. Ela *nadou e nada* conseguiu. A palavra nada se desliza com sentidos diferentes.

Diante disso, percebe-se que o profissional se vê impotente, ao sentir que seu trabalho de nada influi no processo de recuperação dos pacientes, por mais que ele se esforce, evidenciando um sentimento de culpa diante da perda. Ou seja, porque “se ele morreu é porque eu não fiz o meu trabalho adequadamente, eu fracassei”.

O sentimento de culpa dos profissionais diante da morte dos pacientes evidencia o sentimento de incapacidade e inferioridade gerado a partir das condições impostas pelo capitalismo, que visa o lucro e a produtividade, não permitindo condições adequadas de trabalho (déficit de recursos humanos, materiais e estruturais). Assim, tal sentimento de incapacidade, faz com o trabalhador se sinta culpado quando um objetivo ou meta não pode ser alcançado, mesmo que as condições estruturais não permitam.

Silveira e Braga (2004), inferem que o mecanismo de culpabilização atua de duas formas: em primeiro lugar, faz com que os trabalhadores assumam uma

responsabilidade pessoal, mesmo diante de falhas sociais explícitas; e em segundo lugar, gera um sentimento de incapacidade, assim, mesmo que consigam identificar a exploração e a dominação, os trabalhadores não se sentem capazes de ir contra o sistema e chegam a conclusão que a melhor coisa a fazer é aceitar e silenciar.

Ainda na perspectiva da alteridade, ficou evidente a fuga da alteridade, como podemos ver na fala abaixo:

(...) Porque geralmente eles estão sedados né e se eles acordam eles estão melhorando e se eles não acordam porque eles faleceram e com a família não, é todo aquele processo de choro né, ai eu tento não estar naquele horário da visita, como eu não sou médica, não tenho que dar informações, eu me ausento. (...) (F2)

Em meio aos interdiscursos onde a temática da humanização é referendada pelas políticas públicas, mesmo assim, os profissionais afirmaram evitar o horário da visita por preferir não lidar com os familiares dos pacientes. Assim, a partir de processos polissêmicos, percebe-se que na unidade de terapia intensiva, os profissionais preferem lidar com os pacientes totalmente dependente de seus cuidados do que com seus familiares.

Os profissionais referiram ter dificuldade em encarar os familiares e amigos que visitam os pacientes, pois estes estão em constante sofrimento pela situação do seu ente querido, o que faz com que o profissional também sofra diante de tal situação. Sendo assim, preferem se ausentar durante o horário da visita, como uma forma de estratégia de enfrentamento dos sentimentos negativos gerados pelo trabalho.

Além da insatisfação, o medo também constitui uma vivência de trabalhadores de qualquer tipo de ocupação, que surge a partir do confronto entre a natureza coletiva e material do risco residual e a natureza individual e psicológica da prevenção a cada instante de trabalho. Este medo refere-se principalmente à saúde física e condições de trabalho, e é representado diretamente pela ansiedade e indiretamente pela ideologia ocupacional defensiva, que deve ser elaborada por uma equipe cujas tarefas são divididas entre os membros. A vivência do medo é efetiva, mas apenas em raras situações aparece à superfície, já que se encontra contida pelos mecanismos de defesa. Todavia, se o medo não fosse contido dessa forma, se a qualquer momento pudesse vir a superfície durante o trabalho, os trabalhadores não poderiam exercer suas atividades por muito tempo (DEJOURS, 1992).

Em contrapartida, mesmo o sofrimento intenso é, de certa forma, controlado pelas estratégias defensivas, a fim de impedir que esse sofrimento se torne patológico. Entretanto, o sofrimento gerado pela organização do trabalho não cria doenças mentais específicas, mas favorece o surgimento de descompensações. Para isso, deve-se considerar três componentes: a fadiga, que leva a perda da versatilidade do aparelho mental; o sistema frustração-agressividade reativa, que impossibilita a canalização da energia pulsional; e a organização do trabalho, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações. O defeito crônico de uma vida mental sustentada pela organização do trabalho favorece as descompensações psiconeuróticas, que não são reconhecidas pela organização do trabalho, ou seja, ao sofrimento mental não é permitido existir no ambiente de trabalho, a este só é permitido deixar sua máscara ao final de sua evolução, com a doença mental caracterizada (DEJOURS, 1992).

Assim, o confronto com esse outro que exige algo que vai além do conteúdo científico da formação profissional, que fragiliza e gera mal-estar. O medo do sofrimento leva o profissional a fugir desse confronto, assim, os profissionais evitam subjetivar as relações, ou seja, há uma fuga da subjetividade.

Diante do exposto podemos perceber que o mal-estar gerado pelo trabalho em unidade de terapia intensiva se apresenta por meio da alteridade, ainda que o convívio com a morte e o sofrimento dos pacientes estejam presentes. Apesar de tal encontro ser fundamental no campo e nas práticas de saúde, aqui, ele se situa como uma forma de mal-estar, seja pelo relacionamento difícil, seja pelo reconhecimento que esse outro não faz do trabalho prestado, seja pelas exigências desse outro ou pela estrutura de trabalho difícil que este outro impõe.

## 6.2 FORMAÇÃO DISCURSIVA – PRAZER E DESPRAZER

Pensamos em nominar essa formação discursiva a partir da dualidade pensada por Freud em sua primeira tópica do aparelho psíquico. Nessa lógica do psiquismo discutida no sétimo capítulo da interpretação dos sonhos, o autor, postula sobre os sistemas inconsciente, pré-consciente e consciente, onde existiria um conflito entre esses sistemas.

Dessa forma, intitulamos segunda formação discursiva nessa dicotomia entre prazer e desprazer. Optou-se pela denominação de tal formação discursiva por ter ficado evidente em alguns discursos que os profissionais não sabem o porquê de ter escolhido trabalhar em um ambiente muitas vezes descrito com várias palavras de cunho negativo, mas que eles afirmam gostar assim mesmo.

Quanto aos profissionais, percebe-se que palavras como “satisfatório”, “apaixonante” e “prazeroso” são usadas ao lado de palavras como “cansativo”, “pesado”, “desgastante”, “desgosto” e “estressante” para descrever o trabalho na unidade de terapia intensiva.

(...) Como é uma área que somos nós que escolhemos, mesmo que seja cansativo, estressante, é algo que a gente gosta. Eu particularmente gosto muito... como é algo que a gente gosta, a gente escolhe... Não dá pra dizer que é algo que a gente não goste, sinta raiva, estresse... Querendo ou não é algo bem satisfatório. (...) (E4)

(...) é um trabalho desgastante, é um trabalho ao mesmo tempo que ele é desgastante ele é apaixonante. Gosto do paciente crítico demais, gosto dos procedimentos, intubação, uso de droga vasoativa, ventilação mecânica e eu rotulo esse trabalho como uma coisa muito é... apaixonante, juntamente com todo o trabalho da equipe né. (...) (M7)

É um trabalho é... digamos assim, estimulante, ele também é exaustivo, também de muita responsabilidade né e satisfatório assim, digamos preenche as minhas necessidades como... da minha profissão médica, eu gosto do... de trabalhar na UTI. (M5)

(...) a gente trabalha pra tentar curar, recuperar esse paciente e quando a gente consegue é tão prazeroso, principalmente aqui né no IJF, que é um hospital de politraumatizados, e a gente vê muitos pacientes por acidentes né. (...) (E7)

(...) Pra mim é um trabalho apaixonante, mas eu reconheço que ele é desgastante, mas eu acredito assim que... o amor, a alegria de você escolher aquilo que você quis pra você, ameniza um pouco esse desgaste... por que sabe que é um desgaste físico, mental... você lidar com o ser humano entre a vida e a morte. (...) Muitas vezes não tendo aquele resultado esperado, que você torce o dia todo... dia após dia né? Poxa você tem... “Vai melhorar, vai melhorar!” Eu tava comentando ali... a gente perdeu uma paciente de trinta e poucos anos... quase vinte anos, vinte dias, aliás, mais de vinte dias de tudo, de todo investimento. Ai... acho... mas é isso. É apaixonante mas é desgastante, tem essa parte do desgaste, né? Você tem que trabalhar muito é... tanto a questão da tua família... eu sempre... eu sou muito família. Sou muito de tá assim, com meus filhos... e... por que por mais que você goste você não pode deixar se envolver pela... pelo ativismo do trabalho. Eu acredito que, a partir do momento que tem um ativismo, acontece que você tem... já tem um pouquinho, já um... sei lá... um pouquinho de... de discordância do... do... do prazeroso para aquilo que você busca como que uma fuga. Não sei. Por que... Eu digo assim... por que eu gosto muito, muito, muito daqui! Gosto muito de trabalhar aqui. Mas eu procuro, sempre possível manter... sabe... balancear. Trabalho, família, passear, viajar... sabe? (E2)

Já o meu sentimento é de cada paciente que sai é um sentimento de vitória, é como se eu conseguisse uma coisa assim impossível ai é uma satisfação boa, embora quando morre a gente fique triste, mas assim, cada, cada um que sai é um sentimento de vitória, ai um pesa no outro né. (...) (F1)

A gente tá lidando com paciente críticos 24 horas por dia e é muito desgastante. Eu gosto do que eu faço, mas eu sei que é... Que é bem desgastante, bem estressante. (...) (E6)

Um trabalho prazeroso, um trabalho difícil, mas é um trabalho que dá muita recompensa, é..., não é financeira, eu acho que é mesmo emocional e espiritual, mas financeira também, não vou deixar de lado não. E é um trabalho que acabou se tornando a minha vida. (...) (M3)

Eu gosto muito, principalmente pra trabalhar em UTI você tem que gostar, é estressante, é cansativo, muitas vezes não tem o retorno que você queria ter, mas eu gosto. (...) (E8)

É lógico que é gratificante, mas é um trabalho é... que requer muito esforço né, toma muito o tempo, gasta muita energia, tanto energia física como energia psíquica, mas eu não me vejo, não me vejo, ainda não me vejo trabalhando em outra área que não seja a unidade de terapia intensiva. (...) (E10)

Percebe-se aqui um equívoco e uma fala claudicante quando a profissional se equivoca dizendo que investe muito para poucos pacientes.

Também, em meio a vários processos parafrásticos identificados nos discursos produzidos, nos é permitido perceber que os profissionais conseguem justificar o porquê de o trabalho ser cansativo e estressante, mas não conseguem justificar o fato de ele ser satisfatório, ou quando conseguem encontrar um porquê, a justificativa parece não convencer nem a eles mesmos.

Temos ainda:

De uma certa forma eu me sinto grato porque a gente tá ajudando, no caso, eu ajudando a alguém mas / é aquela coisa / quando se \ a gente aprende que não pode / que não pode se apegar. [Mas quando a pessoa se torna assim... um pouco difícil, tá a muito tempo / a gente fica até com / dó, pena, mas a gente não pode tentar deixar subir né?! Você tem que ter sentimentos / ao certo ponto, as vezes frio, mas fica aquela, poxa mas, se fosse eu ou um parente no lugar?] Então a gente tem que cuidar bem, tem que \ eu creio que não pode / não tem pra onde correr / você...(não conclui). Você vê aquela pessoa todo \ você passa ali / vinte dias no mês, dez dias no mês, você sempre vê aquela mesma pessoa, você acaba se apegando, não tem como...// Assim a gente / eu particularmente, eu \ no começo a gente fica frio, mas depois quando a gente vai vendo.... penso... que pode ser alguém da nossa família ou nós mesmos né?! A gente se torna mais.... humano. A gente se torna mais paciente, porque o negócio é resolver logo, porque a gente vai passar plantão que a gente quer ir embora. E com o tempo não, a gente vai se tornando / mais humano. Entendeu?! (TE2)

Aqui, o profissional não consegue concluir, talvez por pensar que a pesquisadora pudesse o julgar e questionar a sua posição em *sobre viver* a ambivalência do trabalho.

Diante disso, pode-se questionar: como um trabalho torna-se apaixonante por envolver a execução de procedimentos invasivos como a intubação orotraqueal ou como um trabalho exaustivo pode preencher as “necessidades de um profissional” ou ainda como o prazer gerado pela recuperação de apenas um paciente supera o desprazer gerado pelas mortes de vários pacientes?

O fato de o trabalho na unidade de terapia intensiva ser tão doloroso e mesmo assim ser descrito como satisfatório, também foi questionado por um dos profissionais entrevistados.

(...) “eu acho que se a gente fosse estudar a fundo, você trabalhar com o paciente crítico, com a dor do outro, com a dor familiar e se você gosta, como a gente gosta de trabalhar com isso, tenho a impressão que tem algum problema de fundo psíquico... se você botar assim bem no preto no branco, não é normal uma pessoa querer trabalhar 25 anos, 30 anos em um serviço só, e achar que é satisfatório.” (...) (E10)

Assim como a pesquisadora, cabe destacar que um dos profissionais entrevistados também chegou aos questionamentos supracitados. Dentre tantas paráfrases referindo-se ao prazer gerado por um trabalho doloroso, um profissional declara não saber o que acontece, quando se escolhe trabalhar com o sofrimento.

Acredito possamos pensar que à perspectiva da teoria psicanalítica proposta por Sigmund Freud, poderá nos dá algumas pistas.

Freud define pulsão como sendo um conceito situado na fronteira entre o mental e o somático, como representante psíquico dos estímulos que se originam no corpo. A pulsão é uma força constante que atua no interior do corpo e que não tem objeto específico, estando sempre em busca da satisfação, fato que é da ordem do impossível (FREUD, 1996).

A satisfação das pulsões é sentida pelo eu como prazer, já que leva à descarga da energia psíquica acumulada no aparelho psíquico, porém sem a satisfação, o acúmulo da energia psíquica é sentido como desprazer pelo eu.

Todavia, o princípio do prazer é barrado pelo princípio de realidade durante o curso de desenvolvimento do eu, ou seja, a partir do princípio de realidade o sujeito adia algumas satisfações, objetivando preservar o eu. Além do princípio de realidade,

o superego, formado a partir da resolução da fase sexual do complexo de Édipo e influenciado pela cultura sob a qual vive o sujeito, também barra o princípio do prazer. Assim, o superego, sob a forma de consciência moral, censura o ego, que reprime ou substitui as satisfações pulsionais.

Logo, mesmo o encontro com a satisfação pulsional não sendo possível, a pulsão encontra uma maneira de apaziguamento na substituição da pulsão, ou seja, uma maneira de se satisfazer.

Deste modo, a psicanálise talvez possa explicar o motivo consciente dos profissionais não saberem justificar a satisfação encontrada em um trabalho que, na maioria das vezes, é desprazeroso ou o fato do desejo de determinado profissional ir ao encontro de um trabalho *desgastante e pesado*. É uma explicação que vai além da consciência, algo a que não temos livre acesso.

Os desejos do sujeito do inconsciente nem sempre são aceitos pelo eu, por isso são mascarados nos sonhos e são impedidos de transitar livremente na nossa consciência.

Logo, uma satisfação de uma pulsão originada no id, que deveria ser sentida como prazer, pode ser sentida pelo eu como desprazer ou vice-versa, o desprazer de um, pode gerar prazer no outro. Por isso existem sonhos ruins, pois os sonhos são realizações de desejo.

Em 1920, Freud no texto *Além do Princípio do Prazer*, nos que parece haver algo mais que o princípio do prazer almejado nessa dualidade prazer e desprazer. Freud toma exemplos de repetição como nos pesadelos das neuroses de guerra, os jogos das crianças, na própria transferência, que, efeito de uma mudança pulsional, passa a ser o entrave a uma transformação. Ele considera haver um além do prazer que nos mobiliza e nos faz existir dessa forma. A outra dualidade pulsional agora teorizada pelo autor, está entre pulsão de vida e pulsão de morte.

A pulsão de vida estaria vinculada ao ligar, e a de morte ao desligar, fragmentar e reduzir a nada, ou seja, um retorno ao inorgânico. Freud ao redefinir as ideias de pulsões onde as pulsões: do eu, de autoconservação, e sexuais se opõem as pulsões de morte, e retornando a ideia que as pulsões voltam a um estágio anterior. Nesse sentido o autor combina a ideia de repetição e retorno.

Pensamos que a pulsão de morte é uma satisfação insatisfatória, seria o que se apresenta nos discursos dos profissionais em saúde. Pois na fala dos sujeitos

há sempre um interdito um possível de se dizer, visto que nem tudo é falado, pois a completude da palavra é impossível e indizível, seria o umbigo dos sonhos formulado por Freud.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho para a apreensão dos discursos dos profissionais de saúde foi desafiador, principalmente no que se refere à utilização da análise de discurso como referencial teórico-metodológico. Durante minha formação acadêmica, não tive contato com a AD, sendo o estudo desta totalmente novo para mim.

Assim, a utilização da análise de discurso como referencial teórico-metodológico apoiado ao dispositivo teórico da psicanálise, me permitiu perceber que mesmo com o silenciamento, deslizos, ambivalências, como forma de interdito, algo ainda nos escapa.

Nos discursos dos profissionais entrevistados, cabe destacar os processos polissêmicos como característicos, pois mesmo com todos os interdiscursos e paráfrases carregados desde a formação acadêmica, os profissionais em algum momento desviaram da memória discursiva, do que se repete.

Em seus discursos, os profissionais trouxeram que o mal-estar no trabalho dentro da unidade de terapia intensiva se situa no encontro com a alteridade e como estratégia de enfrentamento, eles procuram fugir dela. Esse outro, seja os demais profissionais da equipe de saúde, seja os familiares dos pacientes, seja a organização social do trabalho, causa mal-estar.

Além disso, o mal-estar causado pelo encontro com a alteridade dentro da unidade de terapia intensiva também pode ser relacionado a uma ferida narcísica dos profissionais, sendo esta resultante do capitalismo e da estrutura de trabalho deficitária que ele impõe e a qual envolve a desvalorização profissional, a falta de autonomia em relação a outras categorias profissionais, a hierarquia das profissões da saúde construída historicamente e a impotência diante de tais aspectos.

Apesar de todo esse mal-estar gerado no trabalho em unidade de terapia intensiva, os profissionais afirmaram gostar de trabalhar lá. Essa afirmação me levou a refletir acerca do desprazer que gera prazer, o qual Freud elucidou em sua teoria psicanalítica.

Com isso, propõe-se que esses sujeitos também sejam cuidados, pois quando existem dois sujeitos, um disposto a falar e outro a escutar, algo pode ser endereçado.

O mal-estar na civilização (*Das unbehagen in der cultur*), escrito em 1929/30, traz reflexões importantes de Freud acerca do papel da cultura na condução do mal-estar, sendo um trabalho de fundamental importância em sua obra.

Podemos pensar então que na fase final da teoria freudiana o campo social passa a ser discutido entre as duas vertentes: a da política e a da guerra, consequência das pulsões de Eros e Tanatos, visto que os fundamentos do poder estão inscritos nas renúncias parciais impostas para os prazeres dos sujeitos e na regulação da economia pulsional. Logo, não se pode declinar ao mal-estar e às vicissitudes da vida social.

Diante do desamparo original que constitui o sujeito ao qual se submete a satisfação a um outro, o aparelho psíquico se constitui margeando ao insuportável e o desamparo se apresenta. Nesse sentido, Freud pensa o princípio do prazer com a lógica da menor excitação possível, ou seja, quanto mais baixo o limiar de excitação menor será o desprazer. Como uma espécie de continuação desse, um outro princípio se constitui: o princípio de realidade, cujo objetivo é discriminar a presença do objeto na realidade e adiar ou transferir a satisfação caso o objeto esteja ausente. Assim, o princípio da realidade procura mediar a excitação para que ela só advenha em situações determinadas, na qual poderá encontrar algo da ordem da satisfação. A função do princípio de realidade não é perceber o mundo exterior, mas signos indicativos dele, através da construção de uma rede de representações.

Desta maneira, a excitação contida, adiada, poderá ser adequadamente liberada. O princípio de realidade atesta a verdade de uma percepção por meio da comparação com traços de memória, estabelecendo a consciência do mundo externo. Uma vez que o objeto seja considerado como realmente presente, o princípio de realidade libera a ação do eu, propiciando descarga da energia pulsional. O princípio da realidade, na verdade, auxilia na evitação do desprazer, sendo, nesse sentido, uma continuidade do princípio de prazer: “a substituição do princípio de prazer pelo princípio de realidade não implica a deposição daquele, mas apenas sua proteção” (FREUD, 1996).

Entretanto, o que observamos, é que o mal-estar persiste, podemos dizer que o desamparo marca essa hiância entre a exigência de satisfação e a possibilidade de alcançar a satisfação e reconhecê-la. Freud apresenta o desamparo como estrutural, não podendo ser ultrapassado, apenas contornado. Os modos singulares

de construção desse contorno expressam a construção singular do aparelho psíquico, cujos processos Freud investigou e discutiu.

Em relação aos nossos achados, pensamos em contribuir no sentido de pensar o mal-estar gerado pelo encontro com a alteridade no trabalho. Pensamos em apontar algumas possibilidades para a melhoria do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva, diante de estratégias no campo da saúde do trabalhador.

Pensamos na possibilidade de espaços de escuta desses sujeitos que padecem nos territórios de trabalho. Que eles possam produzir suas narrativas e que tenha um profissional que possa escutá-los.

Ao adotar a análise do discurso amparada na psicanálise como dispositivo teórico, nos foi permitido pensar em novas possibilidades a algumas práticas já instituídas para possibilitar um outro modo de cuidar também dos profissionais de saúde.

Sigmund Freud, em seus estudos acerca da clínica da psicanálise, evidencia a importância de dar à palavra um lugar privilegiado. Para ele, as palavras permitem o acesso ao que o sujeito desconhece de si mesmo e a escuta ressalta a singularidade dos sentidos e dos deslizamentos da palavra enunciada (MACEDO; FALCÃO, 2005).

Ao introduzir o conceito de inconsciente, Freud nos revela que ao falar, o sujeito nos diz muito mais do que quis dizer inicialmente. O inconsciente busca ser escutado e manifesta-se por meio dos sintomas, sonhos, atos falhos, chistes, lapsos e esquecimentos.

Diante do exposto, ressalta-se a importância da escuta, uma vez que esta permite aos sujeitos o confronto com suas questões e o reposicionamento diante delas. A escuta sob a perspectiva da psicanálise também se apresenta como uma possibilidade, já que possibilita que os sujeitos lidem com questões inacessíveis aos processos da consciência.

Assim, ressalta-se também a importância de estratégias que busquem pensar o lugar do trabalho em equipe para os profissionais, já que este, de acordo com os resultados do presente estudo, foi gerador de mal-estar no trabalho dentro da unidade de terapia intensiva.

## REFERÊNCIAS

AMARAL, M. H. S. P.; PINHEIRO, M. P.; LA CAVA, A. M. Riscos inerentes ao trabalho da equipe multiprofissional na Unidade de Terapia Intensiva. **Revista Acreditação**, v. 1, n. 1, 2011.

ASSIS, M. F. A contribuição da psicanálise para a análise de discurso. In: CONGRESSO REGIONAL DO CURSO DE HISTÓRIA DA UFG, 1., 2007, Jataí. **Anais...**, Jataí, GO: GPT/BC/UFG, 2007.

AZEVEDO, B. M. S.; FERIGATO, S.; SOUZA, T. P.; CARVALHO, S. R. A formação médica em debate: perspectivas a partir do encontro entre instituição de ensino e rede pública de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 17, n. 44, p. 187-200, 2013.

BIRMAN, J. Mal-estar na atualidade: a psicanálise e as novas formas de subjetivação (Resumo). **Psychê**, v. 11, n. 20, p. 185-189, 2007.

BISPO JÚNIOR, J. P. Formação em fisioterapia no Brasil: reflexões sobre a expansão do ensino e os modelos de formação. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v.16, n.3, p.655-668, 2009.

BORDIN, T. O saber e o poder: a contribuição de Michel Foucault. **Saberes**, v. 1, n. 10, p. 225-235, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução de Diretoria Colegiada – 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. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS, 2012.

CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T.; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (Orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

CAROPRESO, F.; SIMANKE, R. T. Uma reconstituição da estratégia freudiana para a justificação do inconsciente. **Ágora**, v. 11, n. 1, 2008.

CESÁRIO, A. C. C.; ALMEIDA, A. M. C. Discurso e ideologia: reflexões no campo do Marxismo estrutural. **Acta Scientiarum. Human and Social Sciences**, v. 32, n. 1 p. 1-8, 2010.

COUTINHO, A. H. S. A. Édipo, sonhos e interdito. **Estud. Psicanal.**, n. 35, 2011.

DANTAS, E. S.; SANTOS, A. V. O estresse e os impactos no ambiente hospitalar e na saúde do trabalhador no hospital de Coari no médio rio Solimões. **VIII Fórum Ambiental da Alta Paulista**, v. 8, n. 11, p. 01-15, 2012.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução de Ana Isabel Paraguay e Lúcia Leal Ferreira. 5. ed. Ampliada. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. 168 p.

ELIA, L. **O conceito de sujeito**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed, 2010. 81 p.

FARIAS, L. O.; VAITSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FARIAS, S. M. C.; TEIXEIRA, O. L. C.; MOREIRA, W.; OLIVEIRA, M. A. F.; PEREIRA, M. O. Caracterização dos sintomas físicos de estresse na equipe de pronto atendimento. **Rev. esc. enferm. USP**, v. 45, n. 3, 2011.

FREUD, S. O projeto para uma psicologia científica. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. A interpretação de sonhos (I). In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Formulações sobre os dois princípios do funcionamento psíquico. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVI. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Totem e tabu. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Introdução ao narcisismo. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Pulsões e destinos de pulsões. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. Além do princípio de prazer. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XVIII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

\_\_\_\_\_. O mal-estar na civilização. In: \_\_\_\_\_. **Edição Standard Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud**, v. XXII. Rio de Janeiro: Imago, 1996.

GOMES, A. M. T. Do discurso às formações ideológica e imaginária: análise de discurso segundo Pêcheux e Orlandi. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 15, n. 4, p. 555-562, 2007.

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES. **Notas sobre Enfermagem**: um guia para cuidadores na atualidade. Tradução de Telma Ribeiro Garcia. Rio de Janeiro: Elsevier. 2010.

LAZARINI, G. O trabalho e a subjetividade. **Estudos de Psicanálise**, n. 42, p. 61–72, 2014.

LEITE, I. R. L.; SILVA, G. R. F.; PADILHA, K. G. Nursing Activities Escore e demanda de trabalho de enfermagem em terapia intensiva. **Acta Paul. Enferm.**, v. 25, n. 6, p 837 – 843, 2012.

MACEDO, M. M. K.; FALCÃO, C. N. B. A escuta na psicanálise e a psicanálise da escuta. **Psychê**, v. 9, n. 15, p. 65-76, 2005.

MARTINS, V. M. F. **Concepção de estresse entre profissionais da equipe de enfermagem**: estudo em um hospital público. 2013. 136 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) - Faculdade de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, Brasília, 2012.

MELO, M. F. V. Psicanálise e análise de discurso: interlocuções possíveis e necessárias. **Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line**, v. 5, n. 1, p. 61-71, 2005.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev. Fac. Ciênc. Méd.**, v. 16, n. 1, p. 35 - 39, 2014.

MERLO, A. R. C.; LAPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 19, n. 1, p. 61-68, 2007.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010. 407 p.

MOREIRA, J. O. A alteridade no enlaçamento social: uma leitura sobre o texto freudiano “O mal-estar na civilização”. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 2, p. 287-294, 2005.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso**: princípios e procedimentos. 6. ed. Campinas: Editora Pontes, 2005.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-109, 2001.

PONTES, E. P.; GONÇALVES, R. M. As expectativas da melhoria da qualidade da assistência em unidades de terapia intensiva neonatal do estado de Minas Gerais, no Sistema Único de Saúde, obtidas a partir da capacitação profissional. In: CONGRESSO CONSAD DE GESTÃO PÚBLICA, 5., 2012, Brasília. **Anais...**, Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Estado de Administração, 2012.

RIBEIRO, A. C.; SOUZA, J. F.; SILVA, J. L. A precarização do trabalho no SUS na perspectiva da enfermagem hospitalar. **Cogitare Enferm.**, v. 19, n. 3, p. 569-575, 2014.

RODRIGUES, R. S. V. Saussure e a definição da língua como objeto de estudos. **ReVEL**, Edição especial n. 2, 2008.

SANTOS, I. P. Linguística. **Estudos Avançados**, v. 8, n. 22, 1994.

SANTOS, K. A. Análise do discurso e psicanálise: diálogos possíveis. **Interface**, v. 3, n. 1, 2012.

SILVEIRA, L. C.; BRAGA, V. A. B. A equipe de saúde mental numa aproximação sociopoética: das relações interpessoais à produção de subjetividade. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 38, n. 4, p. 429-437, 2004.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. – Gerontol.**, v. 17, n. 1, 2014.

SOUZA, A. C. C.; MUNIZ FILHA, M. J. M.; SILVA, L. F.; MONTEIRO, A. R. M.; FIALHO, A. V. M. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. **Rev. bras. enferm.**, v. 59, n. 6, p. 805-807, 2006.

TEIXEIRA, L. C.; MOREIRA, J. O. O Eu e o Outro no mito freudiano da fundação da cultura. **Psicologia em Revista**, v. 19, n. 2, p. 187-202, 2013.

TFOUNI, F. E. V. Interdito e silêncio: análise de alguns enunciados. **Ágora**, v. 16, n. 1, p. 39-56, 2013.

TORRE, E. H. G.; AMARANTE, P. Protagonismo e subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 73-85, 2001.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – ROTEIRO PARA APLICAÇÃO DE ENTREVISTA ABERTA

Iniciais do sujeito: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Religião: \_\_\_\_\_ Renda Pessoal: \_\_\_\_\_ Renda Familiar: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de trabalho em UTI: \_\_\_\_\_

Pós-Graduação: ( ) Sim ( ) Não Qual? \_\_\_\_\_

Instituições onde trabalha: \_\_\_\_\_

Tempo de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_ Tempo de formação profissional: \_\_\_\_\_

01. Como você pode descrever o seu trabalho como integrante da equipe interdisciplinar em saúde da UTI?

02. Quais sentimentos você pode relacionar ao seu trabalho como integrante da equipe interdisciplinar em saúde da UTI?

03. Como tais sentimentos podem influenciar o seu dia-a-dia, dentro do ambiente de trabalho e fora dele?

04. O que você faz com esses sentimentos? Utiliza alguma estratégia de enfrentamento?

05. Você sente necessidade de um serviço de suporte/apoio às questões relacionadas ao trabalho na UTI? Você tem alguma sugestão?

## APÊNDICE B – TCLE DA UECE E HSJDI

Prezado(a) Senhor(a). Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **DISCURSOS PRODUZIDOS EM UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: UM LUGAR DE SOFRIMENTO PSÍQUICO?**, que tem por objetivo geral analisar os discursos dos profissionais da equipe Interdisciplinar acerca do sofrimento psíquico gerado em uma unidade de terapia intensiva. Durante o atendimento iremos perguntar diversos dados sobre sua identificação, sobre os sentimentos gerados acerca do seu trabalho na unidade de terapia intensiva, a fim de amenizar o sofrimento e promover o cuidado. Esse processo demorará aproximadamente 20 minutos; os riscos do estudo serão o desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento e a perda de tempo do profissional, já que a entrevista se dará durante o turno de trabalho; os benefícios do estudo serão a possibilidade de amenização do sofrimento dos profissionais diante da investigação deste, e consequentemente, a promoção da saúde dos profissionais e do cuidado prestado por eles na unidade de terapia intensiva.

A sua participação será espontânea. Caso aceite, mas se em algum momento quiser desistir, terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízos em seu emprego na instituição. Também esclarecemos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as dos outros profissionais participantes, não sendo divulgada a identidade de ninguém.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo. A qualquer momento poderemos esclarecer eventuais dúvidas. Caso necessite você poderá ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo que o principal investigador é Karla Corrêa Lima Miranda e o investigador assistente é Patrícia Bernardo Dantas. Elas poderão ser encontradas no endereço: Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza – CE, CEP: 60714-903, fone: (85) 3101-9823. Elas atendem nos telefones: (85) 99171-2310 e 99764-1006; e respondem os e-mails enviados para: kfor026@terra.com.br e patricia\_dantas1703@hotmail.com, respectivamente.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Este comitê fica na Avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza – CE, CEP: 60714-903, fone: 3101-9600, e-mail: cep@uece.br.

Não há despesas pessoais para os participantes em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação relacionada à sua participação.

Como pesquisadores, nos comprometemos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que você leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos, riscos e benefícios, as garantias de

confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2016

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

---

Assinatura do responsável pelo estudo

## APÊNDICE C – TCLE DO HGF

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) para participar, de forma voluntária, da pesquisa intitulada: Discursos produzidos em unidade de terapia intensiva: um lugar de sofrimento psíquico?, que está sob a responsabilidade da pesquisadora: Patrícia Bernardo Dantas e tem como objetivo geral: analisar os discursos dos profissionais da equipe Interdisciplinar acerca do sofrimento psíquico gerado em uma unidade de terapia intensiva.

Para isso precisamos que o senhor (a) responda algumas perguntas contidas na nossa entrevista, que será gravada em um gravador de áudio. Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Os dados coletados serão utilizados apenas nesta pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Esta pesquisa poderá trazer como riscos o desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento e a perda de tempo do profissional, já que a entrevista se dará durante o turno de trabalho; contudo, os benefícios do estudo serão a possibilidade de amenização do sofrimento dos profissionais diante da investigação deste, e conseqüentemente, a promoção da saúde dos profissionais e do cuidado prestado por eles na unidade de terapia intensiva, podendo o Sr. (a) interromper o procedimento se assim desejar. A sua participação é de caráter **voluntário**, isto é, a qualquer momento o (a) Sr. (a) pode recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participa e retirar seu consentimento, entrando em contato com a responsável pela pesquisa pelo telefone (85) 3101 9823. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é formado de um grupo de profissionais de diversas áreas, cuja função é avaliar as pesquisas com seres humanos. O CEP foi criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa e também, dos pesquisadores. Qualquer dúvida ética o Sr. (Sra.) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza, fone: 3101 7078. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido é feito em duas vias, no qual o Sr. (Sra.) terá uma via e não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Participante da pesquisa:

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável pela coleta dos dados

Rubrica:

## APÊNDICE D – TCLE DO IJF

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: Discursos produzidos em unidade de terapia intensiva: um lugar de sofrimento psíquico?

**A JUSTIFICATIVA, OS OBJETIVOS E OS PROCEDIMENTOS:** O motivo que nos leva a estudar o problema do sofrimento psíquico dos profissionais da saúde que trabalham em unidade de terapia intensiva é a possibilidade de redirecionar o modo de trabalho e o cuidado prestado pelas equipes interdisciplinares em unidade de terapia intensiva, por meio da atenção voltada à saúde dos profissionais, a pesquisa se justifica pela necessidade de investigar essa realidade de trabalho difícil, onde o sofrimento dos profissionais desvalorizados podem prejudicar o cuidado aos pacientes. O objetivo geral desse projeto é analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca do sofrimento psíquico gerado em unidades de terapia intensiva.

**O(s) procedimento(s) de coleta dos dados serão da seguinte forma: primeiramente será realizada uma observação descritiva, que terá o auxílio de um diário de campo; em seguida, será realizada uma entrevista aberta, que será gravada por meio de gravador de áudio.**

**DESCONFORTOS E RISCOS E BENEFÍCIOS:** Existe um desconforto e risco mínimo para você que se submeter à coleta dos dados, estes riscos serão o desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento e a perda de tempo do profissional, já que a entrevista se dará durante o turno de trabalho, sendo que se justifica pelos benefícios gerados pelo estudo, este benefício será o da possibilidade de amenização do sofrimento dos profissionais diante da investigação deste, e conseqüentemente, a promoção da saúde dos profissionais e do cuidado prestado por eles na unidade de terapia intensiva.

**FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA:** Caso você apresente algum problema relacionado aos riscos gerados pela participação na pesquisa, você será encaminhado a ser acompanhado para tratamento com a psicóloga Karla Corrêa Lima Miranda, uma das autoras da pesquisa.

**GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO:** Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar.

Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de benefícios.

O(s) pesquisador(es) irá(ão) tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa serão enviados para você e permanecerão confidenciais. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado(a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada no Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará e outra será fornecida a você.

**CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS:** A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. No caso você sofrer algum dano decorrente dessa pesquisa os danos serão compensados pela pesquisadora.

**DECLARAÇÃO DA PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELA PARTICIPANTE:** Eu, \_\_\_\_\_ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. A enfermeira mestranda Patrícia Bernardo Dantas e a professora orientadora Dra. Karla Corrêa Lima Miranda certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa. Em caso de dúvidas poderei chamar a enfermeira mestranda Patrícia Bernardo Dantas ou a professora orientadora Dra. Karla Corrêa Lima Miranda no telefone (85) 3101-9823 ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará situado na avenida Dr. Silas Munguba, 1700, Campus do Itaperi, Fortaleza – CE, CEP: 60714-903.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

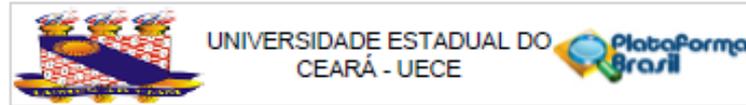
De acordo com a Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS:

1. O sujeito de pesquisa ou seu representante, quando for o caso, deverá rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.
2. O pesquisador responsável deverá da mesma forma, rubricar todas as folhas do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido –TCLE– apondo sua assinatura na última página do referido Termo.

Nome	Assinatura do Participante	Impressão Datiloscópica	Data
Nome	Assinatura do Pesquisador		Data

**ANEXOS**

## ANEXO A – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DA UECE



## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Discursos produzidos em unidades de terapia intensiva: um lugar de sofrimento psíquico?

**Pesquisador:** PATRÍCIA BERNARDO DANTAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55192516.6.0000.5534

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.506.189

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, a ser realizada com os profissionais da equipe interdisciplinar de saúde que atuam nas unidades de terapia intensiva dos seguintes hospitais: Instituto Dr. José Frota (IJF), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJDI). Os dados serão coletados através da observação descritiva, do diário de campo e da entrevista aberta, e serão analisados por meio da análise de discurso francesa, cujo precursor é Michel Pêcheux. A análise procederá da seguinte maneira: 1º: estudo das palavras do texto (separação dos termos constituintes, análise dos adjetivos, substantivos, verbos, advérbios); 2º: análise da construção das frases; 3º construção de uma rede semântica que ressalte uma dinâmica intermediária entre a gramática e o social; 4º: elaboração da análise a partir da produção social do texto como parte integrante de seu próprio sentido.

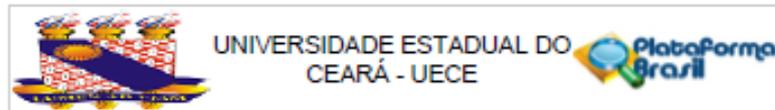
**Objetivo da Pesquisa:**

Analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca do sofrimento psíquico gerado em unidades de terapia intensiva.

 **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os riscos do estudo serão o desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento; e a perda de tempo do profissional, já que a entrevista se dará durante o turno de

Endereço: Av. Sílex Murgubis, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-0800 Fax: (85)3101-0806 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.506.109

trabalho. Caso ocorra o desconforto, é importante que o pesquisador esteja preparado para confortar os profissionais, sabendo escutá-los. Adicionalmente, é importante que não se identifique os participantes no momento de divulgação dos dados. Os benefícios do estudo serão a possibilidade de amenização do sofrimento dos profissionais diante da investigação deste, e consequentemente, a promoção da saúde dos profissionais e do cuidado prestado por eles na unidade de terapia intensiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante.

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

Folha de rosto adequada, No TCLE trocar "você será encaminhado a ser acompanhado para tratamento com a psicóloga" para "Você, se quiser, poderá conversar com a psicóloga". Cartas de anuências adequadas. Cronograma adequado.

**Recomendações:**

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

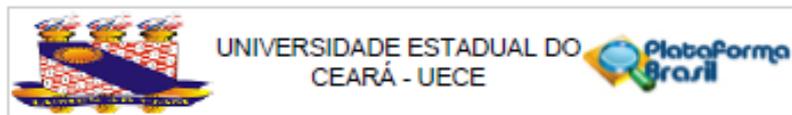
Não há pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_678970.pdf	23/03/2016 15:39:02		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/03/2016 15:38:09	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_UF.jpg	21/03/2016 14:47:04	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_HS_JDI.jpg	21/03/2016 14:46:09	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HSJDI.jpg	21/03/2016 14:45:16	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_HGF.jpg	21/03/2016 14:44:32	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SEAP_HGF.jpg	21/03/2016 14:43:32	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HGF.jpg	21/03/2016 14:42:49	PATRICIA BERNARDO	Aceito
TCLE / Termos de	TCLE_HGF.docx	21/03/2016	PATRICIA	Aceito

Endereço: Av. Sítio Murgubá, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (08)3101-0990 Fax: (08)3101-0906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.506.109

Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HGF.docx	14:41:22	BERNARDO DANTAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UF.doc	21/03/2016 14:41:04	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UECE.doc	21/03/2016 14:40:30	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_ABERTA.doc	21/03/2016 14:39:04	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.doc	21/03/2016 14:36:23	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/03/2016 14:35:54	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	21/03/2016 14:35:14	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 19 de Abril de 2016

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho  
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Murgubla, 1700  
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-9890 Fax: (85)3101-9905 E-mail: cep@uece.br

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP DO HGF

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

Elaborado pela Instituição Coparticipante

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Discursos produzidos em unidades de terapia intensiva: um lugar de sofrimento psíquico?

**Pesquisador:** PATRÍCIA BERNARDO DANTAS

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 55192516.6.3001.5040

**Instituição Proponente:** PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 1.584.355

**Apresentação do Projeto:**

**Título:** Discursos produzidos em unidades de terapia intensiva: um lugar de sofrimento psíquico?

**Projeto de Dissertação apresentado ao Curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem da UECE**

**Apresentação do Projeto:**

No ambiente de terapia intensiva, sentimentos de angústia, tristeza e medo da morte podem estar presentes diariamente para os profissionais da equipe interdisciplinar, gerando estresse e sofrimento psíquico, daí os questionamentos: como os profissionais que trabalham em UTI se sentem ao conviver diariamente com situações relacionadas a finitude? Quais os discursos produzidos pela equipe interdisciplinar acerca do sofrimento psíquico gerado em uma unidade de terapia intensiva?

A relevância deste estudo poder ser compreendida diante da possibilidade de redirecionar o modo de trabalho e o cuidado prestado pelas equipes interdisciplinares em unidade de terapia intensiva, por meio da atenção voltada à saúde dos profissionais e contribuir para a formulação de políticas públicas voltadas para a saúde do trabalhador, no sentido de melhoria das condições de trabalho e

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
Bairro: Papió CEP: 60.155-200  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.554.390

da saúde dos profissionais atuantes em unidades de cuidados críticos, com conseqüente melhoria da qualidade da assistência prestada. objetivou-se analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca do sofrimento psíquico gerado em unidades de terapia intensiva. Trata-se de uma pesquisa exploratória descritiva, com abordagem qualitativa, a ser realizada com os profissionais da equipe Interdisciplinar de saúde. Os sujeitos do estudo serão compostos por 40 profissionais da equipe Interdisciplinar (8 médicos, 8 enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem e 8 fisioterapeutas) (e serão utilizados os seguintes critérios: 1. Critério de Inclusão: profissionais, de ambos os sexos, que estejam atuando no serviço há no mínimo seis meses. 2. Critério de Exclusão: Serão excluídos os profissionais, que no período de coleta dos dados, estiverem afastados do serviço há mais de seis meses) que atuam nas UTIs nas unidades de terapia intensiva dos seguintes hospitais: Instituto Dr. José Frota (IJF), Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSDI). Os dados serão coletados através da observação descritiva, do diário de campo e da entrevista aberta (contemplarão a caracterização dos sujeitos (idade, sexo, vínculos empregatícios, tempo de serviço no local, tempo de formação profissional, tempo de trabalho em UTI, título acadêmico, religião, renda pessoal e renda familiar), pela própria pesquisadora e terá duração de cerca de 20 minutos. Serão analisados por meio da análise de discurso francesa, cujo precursor é Michel Fêcheux. A análise procederá da seguinte maneira: 1º: estudo das palavras do texto (separação dos termos constituintes, análise dos adjetivos, substantivos, verbos, advérbios); 2º: análise da construção das frases; 3º construção de uma rede semântica que ressalte uma dinâmica intermediária entre a gramática e o social; 4º: elaboração da análise a partir da produção social do texto como parte integrante de seu próprio sentido. Desfecho Primário: A partir do estudo, será possível a identificação dos fatores relacionados ao sofrimento psíquico gerado nos sujeitos e das estratégias defensivas individuais e/ou coletivas que os profissionais da equipe Interdisciplinar utilizam para mediar esse sofrimento. Desfecho Secundário: O estudo contribuirá para a promoção da saúde dos profissionais da equipe Interdisciplinar que trabalham nas UTIs das instituições de estudo e, assim, para a promoção do cuidado humanizado aos pacientes.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar os discursos dos profissionais de saúde acerca do sofrimento psíquico gerado em unidades de terapia intensiva

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
 Bairro: Papeis CEP: 60.155-290  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: ocp@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Protocolo: 1.584.358

**Objetivo Secundário:** Os objetivos secundários serão definidos durante o desenvolvimento do estudo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos do estudo serão o desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento e a perda de tempo do profissional, já que a entrevista se dará durante o turno de trabalho.

**Benefícios:**

Os benefícios do estudo serão a possibilidade de amenização do sofrimento dos profissionais diante da investigação deste, e consequentemente, a promoção da saúde dos profissionais e do cuidado prestado por eles na unidade de terapia intensiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa poderá contribuir para que as Unidades de Saúde planejem ações futuras de promoção a saúde dos profissionais de UTIs, e consequentemente, melhorias na qualidade do cuidado prestado por eles.

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

**Termos anexados:**

- carta de autorização assinada pelo Diretor do HGF
- Carta de autorização da comissão de pesquisa da SEAP
- Carta de autorização do chefe da UTI
- CRONOGRAMA COM COLETA DE DADOS PARA JUNHO
- Folha de rosto assinada pela Coordenadora do CCS - UECE
- Orçamento 870,90 - responsabilidade da pesquisadora
- Instrumento - Entrevista com as seguintes questões de identificação: Iniciais do sujeito, Data de Nascimento, Sexo, Religião, Renda Pessoal, Renda Familiar, Profissão, Tempo de trabalho em UTI, Pós-Graduação - Qual? Instituições onde trabalha, Tempo de trabalho na instituição, Tempo de formação profissional. Questões abertas: 01. Como você pode descrever o seu trabalho como

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
 Bairro: Papió CEP: 60.155-290  
 UF: CE Município: FORTALEZA  
 Telefone: (85)3101-7078 Fax: (85)3101-3163 E-mail: csp@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.594.390

Integrante da equipe interdisciplinar em saúde da UTI? 02. Quais sentimentos você pode relacionar ao seu trabalho como integrante da equipe interdisciplinar em saúde da UTI? 03. Como tais sentimentos podem influenciar o seu dia-a-dia, dentro do ambiente de trabalho e fora dele? 04. O que você faz com esses sentimentos? Utiliza alguma estratégia de enfrentamento? 05. Você sente necessidade de um serviço de suporte/apoio às questões relacionadas ao trabalho na UTI? Você tem alguma sugestão?

- TCLE: existe a afirmação do pesquisador que a entrevista será gravada em um gravador de áudio, sem nenhuma sondagem da permissão do entrevistado

#### Recomendações:

O CEP HGF propõe que as seguintes recomendações sejam atendidas:

1. No TCLE e no corpo do projeto quando a pesquisadora refere-se ao RISCO de "desconforto gerado pelo confronto com os fatores geradores do sofrimento" - sugerimos que, sempre que acaso venham a ocorrer e sejam percebidos pelo pesquisador ou relatados pelo usuário estes desconfortos, o pesquisador deverá adotar a postura de interromper imediatamente a entrevista a fim de não reviltar o profissional; Não é ético deixar que os sujeitos fiquem "mexidos em suas angústias, tristezas, insatisfações" até que se conclua a pesquisa, daí até que os hospitais sejam sensibilizados e coloquem em prática estratégias para isso, se é que assim farão?

Também recomenda-se que para a entrevista seja previamente combinado o dia, horário e local adequado. Solicitamos ainda, melhorar a redação dos benefícios do estudo para compreensão de forma mais clara.

2. Ainda no TCLE e no corpo do projeto - deixar claro que as entrevistas só poderão ser gravadas com a anuência do profissional entrevistado;

3. Retirar a intervenção escuta terapêutica mencionada:

"Grupos em que serão divididos os participantes da pesquisa neste centro"

ID Grupo Nº de Individuos intervenções a serem realizadas

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
Bairro: Pajuá CEP: 60.155-200  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (08)3101-7076 Fax: (08)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.584.350

Enfermeiros 8 ESCUTA TERAPÊUTICA  
Fisioterapeutas 8 ESCUTA TERAPÊUTICA  
Técnicos de Enfermagem 16 ESCUTA TERAPÊUTICA  
Médicos 8 ESCUTA TERAPÊUTICA

**Justificativa:**

1. Não existe na metodologia nenhuma referência a utilização da Escuta Terapêutica como intervenção;
2. Ressaltando também as recomendações na utilização desta escuta, conforme o artigo de Mesquita e Carvalho citado no referido projeto:

“É importante que o profissional tenha habilidades para fornecer apoio emocional e prático ao paciente, sendo necessário a aquisição destas habilidades não adquiridas de forma empírica ou com o passar do tempo, mas somente com educação adequada, eficaz sob a forma de treinamentos sobre as habilidades de escuta, atividades como a dramatização, leituras, atividades práticas, discussões acerca do processo da escuta, palestras entre outras, podem contribuir para o ensino dessa técnica de comunicação. A falta de habilidade para a prática da Escuta Terapêutica pode, por exemplo, depender da forma como forem parafraseadas as declarações do paciente, gerar sentimentos de raiva e depressão no mesmo. No entanto, é importante atentar para a necessidade da capacitação dos profissionais de saúde para a realização de tal atividade, visto que a falta de habilidades para a condução da Escuta Terapêutica pode acarretar prejuízos ao paciente.”

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

Seguir as recomendações acima citadas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------

Endereço: Rua Arlindo Goulart, nº 900  
Bairro: Pópulo CEP: 60.195-290  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (08)3101-7076 Fax: (08)3101-3163 E-mail: cep@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Parecer: 1.554.355

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_678970.pdf	23/03/2016 15:39:02		Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/03/2016 15:38:09	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_UF.jpg	21/03/2016 14:47:04	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_HG JDI.jpg	21/03/2016 14:46:09	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HGJDI.jpg	21/03/2016 14:45:16	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_H GF.jpg	21/03/2016 14:44:32	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SEAP_HGF.jpg	21/03/2016 14:43:32	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HGF.jpg	21/03/2016 14:42:49	PATRICIA BERNARDO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HGF.docx	21/03/2016 14:41:22	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UF.doc	21/03/2016 14:41:04	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UECE.doc	21/03/2016 14:40:30	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Aceito
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_ABERTA.doc	21/03/2016 14:39:04	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_COMPLETO.doc	21/03/2016 14:36:23	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/03/2016 14:35:54	PATRICIA BERNARDO	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	21/03/2016 14:35:14	PATRICIA BERNARDO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Aprovação da CONEP:

Não

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 500  
Bairro: Pipoas CEP: 60.155-290  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7075 Fax: (85)3101-3163 E-mail: ocp@hgf.ce.gov.br

HOSPITAL GERAL DE  
FORTALEZA/SUS



Continuação do Processo: 1.554.356

FORTALEZA, 10 de Junho de 2016

---

Assinado por:  
Ilyana Lima Verde Gomes  
(Coordenador)

Endereço: Rua Avila Goulart, nº 900  
Bairro: Pópulo CEP: 60.155-290  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3101-7075 Fax: (85)3101-3163 E-mail: ocp@hgf.ck.gov.br



INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -  
IJF/ PREFEITURA DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 1.598.024

prestado por eles na unidade de terapia intensiva.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante e importante para os profissionais da Terapia Intensiva.

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

Apresentou toda a documentação necessária para análise do estudo.

**Recomendações:**

Sem recomendações

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

Estudo aprovado

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Solicita-se ao pesquisador responsável que, ao término do estudo, seja enviado para o CEP/IJF, os resultados, discussão e conclusão, via Plataforma Brasil como notificação.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_678970.pdf	23/03/2016 15:39:02		Acelto
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/03/2016 15:38:09	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA_IJF.jpg	21/03/2016 14:47:04	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_HS_JDI.jpg	21/03/2016 14:46:09	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HSJDI.jpg	21/03/2016 14:45:16	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_DIRETOR_GERAL_HGF.jpg	21/03/2016 14:44:32	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_SEAP_HGF.jpg	21/03/2016 14:43:32	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Outros	AUTORIZACAO_UTI_HGF.jpg	21/03/2016 14:42:49	PATRICIA BERNARDO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_HGF.docx	21/03/2016 14:41:22	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TCLE_UJ.doc	21/03/2016 14:41:04	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1816  
Bairro: Centro CEP: 60.025-061  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (08)3255-5003 Fax: (08)3255-5003 E-mail: cep@if@outlook.com

INSTITUTO DR. JOSÉ FROTA -  
IJF/ PREFEITURA DE  
FORTALEZA



Continuação do Parecer: 1.598.824

Ausência	TCLE_IJF.doc	21/03/2016 14:41:04	PATRICIA BERNARDO	Acelto
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_UECE.doc	21/03/2016 14:40:30	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Outros	ROTEIRO_ENTREVISTA_ABERTA.doc	21/03/2016 14:39:04	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Projeto Detalhado / Brochura Investidor	PROJETO_COMPLETO.doc	21/03/2016 14:36:23	PATRICIA BERNARDO DANTAS	Acelto
Orçamento	ORCAMENTO.docx	21/03/2016 14:35:54	PATRICIA BERNARDO	Acelto
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	21/03/2016 14:35:14	PATRICIA BERNARDO	Acelto

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 17 de Junho de 2016

Assinado por:  
Márcia Maria Pinheiro Dantas  
(Coordenador)

Endereço: Rua Barão do Rio Branco, nº 1815  
Bairro: Centro CEP: 60.025-061  
UF: CE Município: FORTALEZA  
Telefone: (85)3255-5003 Fax: (85)3255-5003 E-mail: cnpj@outlook.com