

MÔNICA KRAHL

**O PRAZER E O SOFRIMENTO NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DE
CENTRO CIRÚRGICO**

PASSO FUNDO, JULHO DE 2000.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/UPF**

**O PRAZER E O SOFRIMENTO NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DE
CENTRO CIRÚRGICO**

MÔNICA KRAHL

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção de título de Mestre em Assistência de Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof.^a Dr.^a ROSITA SAUPE

PASSO FUNDO, JULHO DE 2000.

PASSO FUNDO, JULHO DE 2000.

**O PRAZER E O SOFRIMENTO NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO
DE CENTRO CIRÚRGICO**

MÔNICA KRAHL

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada em sua forma final em 28 de julho de 2000, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Assistência de Enfermagem.



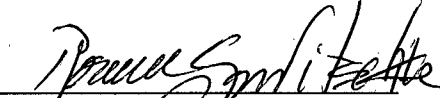
Prof.^ª Dr.^ª Denise Elvira Pires de Pires – Coordenadora

BANCA EXAMINADORA:



Prof.^ª Dr.^ª Rosita Saupe

Presidente



Prof.^ª Dr.^ª Rosane Nitschke

Prof.^ª Dr.^ª Rosane Nitschke

Membro



Prof.^ª Dr.^ª Cleusa Rios Martins

Prof.^ª Dr.^ª Cleusa Rios Martins

Membro

Prof.^ª Dr.^ª Zuleica Maria Patricio

Membro Suplente

Dedico este trabalho à

Rubens, Enedina, Simone e Guilherme

*“Poder dormir, poder morar, poder sair, poder chegar, poder viver bem devagar e depois partir, poder voltar e dizer este aqui é o meu lugar”
(Toquinho/Vinícius).*

AGRADECIMENTOS

“A gratidão é a memória do coração”

(J. B. Massieu).

A **Deus**, que sempre esteve presente.. Acima de tudo quero agradecer porque isto não é o fim de nada, mas o começo de tudo...

Aos meus pais, **Rubens e Enedina** por me darem a vida e me ensinarem a vivê-la com dignidade. Por me darem coragem e determinação através de seus exemplos. Por terem muitas vezes renunciado a seus ideais e a muitos sonhos, para que eu pudesse realizar os meus. Porque, mesmos diante de tantas dificuldades, me incentivaram e me deram condições de seguir firme diante dos obstáculos. Devo a vocês tudo o que sou e tudo o que eu tenho. Os amo muito. Esta conquista é para vocês.

Aos meus irmãos **Guilherme e Simone**, que sempre estiveram comigo, mesmo quando era muito árdua a caminhada. Que acolheram as minha queixas, meu sofrimento e meu desânimo. A vocês: o sonho, o abraço, o beijo, o título....o futuro. Com muito amor.

Aos meus avós **Arnildo e Hildegard Zillita Krahl e Giacomo e Emília Balbinot**, que foram o começo de tudo, pois tudo o que me ensinaram é a semente deste meu trabalho. Saudades.

À **Dr.^a Rosita Saupe**, minha orientadora, mas antes de tudo mestre, amiga, guia, companheira, exemplo. Exemplo de dedicação, de dignidade e de pessoa. Agradeço o

compartilhar de seus conhecimentos, a sua firmeza, competência, paciência e, sobretudo, pelo apoio nos momentos mais difíceis e a alegria com minhas vitórias. Carinho.

À minha querida amiga **Tanira Rozauro Donadussi**, companheira de muitas horas, alegres e tristes, pelo seu apoio irrestrito, mesmo quando talvez não o merecesse. Estou torcendo por você.

À **Lorena Terezinha Consalter Geib**, minha querida mestre, que desde a graduação me tomou pela mão e me ensinou o que é ser Enfermeira, especialmente no Centro Cirúrgico, e ainda despertou em mim o desejo de ser pesquisadora e professora. Você é o exemplo que procuro seguir, espero não decepcionar. Obrigada.

Aos demais colegas de mestrado: **Adriana Ribeiro Madalosso, Rejane Agne de Carvalho, Maristela Tagliari, Carla Andrea Kerber, Rejane Mocinho, Maristela Rodrigues, Daniela Schneider, Domingos de Oliveira, Ruth Hass, Helenice Scortegagna, Ana Maria Migott,, Luis Anildo da Silva, Vera Lúcia Fortes**. Quantas vezes, motivados por nossa fragilidade humana, tivemos intenção de parar e desistir, mas amparado-nos uns nos outros, lutando numa mesma direção e portando armas de amor, incentivo e solicitude; concluímos, agora, uma etapa importante nas nossas vidas. Suas companhias, seus sorrisos, suas palavras foram por demais importantes. Seus carinhos, estímulos e compreensão são a alma desta vitória. Este momento não estaria completo sem a suas presenças. Recebam a minha gratidão, reconhecimento e lembrança de que nos méritos de minha conquista há muito da suas presenças. Parabéns a todos.

Aos **meus queridos amigos**, que de uma forma e de outra sempre me apoiaram e aceitaram as minhas ausências e minhas “maluquices”. Saibam que, mesmo que porventura nos afastemos, sempre ficará a lembrança do que passamos juntos e de todo o apoio que me deram nesta época difícil. “... amigo é coisa para se guardar no lado esquerdo do peito, dentro do coração” (Milton Nascimento).

Aos Enfermeiros de Centro Cirúrgico **Vilmar, Fátima, Martin, Magali, Marcos, Sandra, Luiz Carlos, Henrieles, Nara**, que foram a razão de ser deste trabalho, e que me ajudaram de uma forma irrestrita. Sua contribuição foi de extrema importância para ilustrar o cotidiano de um setor que muitos não conhecem e que é a razão de nossa existência profissional. Obrigada.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da **Universidade Federal de Santa Catarina**, pelas importantes contribuições a esta etapa de minha formação.

Aos colegas do Curso de Enfermagem da **Universidade de Passo Fundo**, pelo apoio e companheirismo, que contribuíram significativamente para esta dissertação e possibilitaram ausências durante a realização deste curso.

Aos alunos de enfermagem da **Universidade de Passo Fundo**, pelas contribuições e apoio nas horas em que possivelmente falhei no seu processo de graduação, devido ao meu processo de capacitação.

À **Universidade de Passo Fundo**, por possibilitar a realização deste Curso de Mestrado, principalmente à **Prof.^a Dr.^a Solange Longhi, Prof.^a Dr.^a Jurema Schonz e Prof.^a Branca Severo**.

Aos funcionários do Curso de Enfermagem da **Universidade de Passo Fundo**, especialmente **Rodrigo e Nelson**, pela disponibilidade, empenho e convívio cordial.

À artista plástica **Márcia Aliprandini** pela disponibilidade e competência artística, que soube captar e representar as minhas idéias.

À **CAPES e FAPERGS**, pelo apoio financeiro, tornando menores as dificuldades e mais fácil à concretização deste trabalho.

E, finalmente, à todos que contribuiriam, direta ou indiretamente, para a realização deste Mestrado, seja por gesto, palavra ou intenção.

RESUMO

O PRAZER E O SOFRIMENTO NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO

A experiência acumulada no trabalho docente assistencial, com a “tribo” e o “caos” do Centro Cirúrgico, gerou inquietações sobre como eram percebidas e vividas as situações e emoções no cotidiano deste ambiente carregado de demandas estressantes. A ambivalência entre sofrer no exercício das atividades e a certeza, geradora de algum tipo de prazer, de querer ali permanecer, levaram ao questionamento se este era um comportamento particular da autora ou se era compartilhado pelos colegas que labutam neste mesmo “locus” de atuação profissional. Para responder a esta questão, foi construído um referencial, apoiado nos conceitos de prazer e sofrimento, e eleita a teoria do estresse, de Lazarus & Folkman, para orientar o percurso metodológico do estudo. Um grupo de enfermeiros (as) de Centro Cirúrgico, provenientes dos vários hospitais da cidade de Passo Fundo, foi voluntariamente constituído e realizadas reuniões para encontro do pensamento e da ação através do debate das percepções dos sujeitos sobre seu ambiente de trabalho e as relações que o permeiam. A análise dos dados confirmou o questionamento que originou o estudo, mostrando a ambigüidade dos sentimentos que são experienciados por estes trabalhadores, afirmando que prazer e sofrimento formam uma díade que, bem enfrentada através de mecanismos saudáveis, não adquire a configuração antagônica, na medida em que compõem o processo de viver e trabalhar. O estudo evidenciou, ainda, os principais mecanismos utilizados pelos componentes do grupo para enfrentamento das situações de estresse que vivenciam no trabalho e que estão concentradas em estratégias focalizadas na emoção, bem como centradas no problema. Temas para a continuidade do estudo também emergiram da experiência, comprometendo os envolvidos a dar seguimento ao processo iniciado.

ABSTRACT

THE PLEASURE AND THE SUFFERING IN THE DAILY OF THE OPERATION ROOM NURSE.

The experience accumulated in the work educational assistance as the " tribe " and the " chaos " of the Operation Room generated inquietudes on as they were noticed and lived the emotions situations in the daily of this set loaded of treading demands . The ambivalence among suffering in the exercise of the activity and the certainty, creating of some pleasure type to want there to stay, they took to the questions if this it was a peculiar behavior of author or if it was shared by the colleagues that labour in this same crazyness professional performance. To answer to this question , a referral was built, supported in the pleasure concepts, suffering, and chosen the theory of the stress, of Lazarus & Folkman, to guide the methodological course of the study. A group of Operation Room nurses, coming of the several hospital of city of Passo Fundo, it was constituted voluntarily and accomplished meetings for encounter of the thought and the action through the debate of the perceptions of the subjects about its work atmosphere and the relationships that permeate it. The analysis of the data confirmed the questioning that originated the study, showing the ambiguity of the feelings that are experiences for these workers, affirming that pleasure and suffering form a delay that, well faced through healthy mechanisms, they don't acquire the configuration of antagonistic, in the measure in that compose the process of to live and to work. The study still evidenced the main mechanisms used by the components of the group for challenge of the stress situations that live in the work and that they are concentrated in strategies focus in the emotion, as well as concentrated in the problem. Themes for the continuity of the study also emerged of the experience, committing them involved with the continuity of the initiate process.

SUMÁRIO

PREÂMBULO.....	12
1. DAS INQUIETAÇÕES DA XAMÃ.....	16
2. DA TRIBO E SUA HISTÓRIA.....	21
3. DAS CONCEPÇÕES XAMANÍSTICAS.....	28
4. DAS PRÁTICAS XAMANÍSTICAS.....	41
5. DO COTIDIANO DA TRIBO.....	43
6. DAS REFLEXÕES DA XAMÃ.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXO.....	68

PREÂMBULO

Quando me preparava, através das leituras feitas, para a fundamentação do presente estudo, deparei-me com o depoimento de uma autora que havia realizado um estudo ao estilo desse, ou seja, também versava sobre o cotidiano de um Centro Cirúrgico, embora com uma conotação um pouco diferente. Neste estudo, Chaplin (1996) relata que, durante o desenvolvimento de seu trabalho, surgiu uma fala, na qual o sujeito comparava o Centro Cirúrgico à uma tribo.

Na ocasião da Banca de Qualificação do Mestrado, em seu parecer, a Prof^a.Dr.^a Rosane Nitschke, referiu ter percebido a questão tribal do grupo que estava descrito no Relatório de Prática Assistencial.

Achei a comparação muito pertinente, pois, vieram-me à memória lembranças de um tempo vivido e, ainda, hoje compartilhado, no cotidiano de um Centro Cirúrgico, onde todos os sujeitos deste “teatro” diário comportavam-se realmente como uma tribo. A um olhar desavisado, parece que todos vestem as mesmas roupas, falam a mesma linguagem, utilizam termos só entendidos por quem convive a mesma realidade, enfrentam as mesmas lutas diárias, têm seus próprios rituais, mitos e “deuses”.

Mais tarde, já com os dados para este trabalho coletados, no processo solitário da análise, tentando compreender tanto o discurso explícito, quanto as inferências passíveis

de serem captadas, pude vislumbrar, no cotidiano dos participantes deste estudo, uma realidade bastante parecida, uma vivência quase que tribal.

A partir disto, resolvi dar-me o direito de usar esta analogia: a de comparar o cotidiano estudado ao cotidiano tribal, já que as similitudes estavam tão emergentes. Fiz isto com a intenção de, através desta, ilustrar melhor os sentimentos e os enfrentamentos que fazem parte do cotidiano de um Centro Cirúrgico.

Todavia, é importante salientar, que o uso dessa analogia, mesmo reconhecendo a extrema relação entre o vivido e o ilustrado, não foi precedida de um estudo aprofundado sobre a antro-p-sociologia indígena, mas somente no meu conhecimento sincrético e empírico.

Através deste conhecimento sincrético, advindo dos livros de estória, dos contos ouvidos em uma infância longínqua e dos poucos colóquios sobre o tema, percebo o Centro Cirúrgico como uma grande tribo. Na minha idéia de tribo, esta é formada por “tabas” que, por sua vez, seriam um aglomerado de “ocas” (as habitações dos convíveres). No “meu” Centro Cirúrgico, existem várias tabas: a dos médicos (cirurgiões, auxiliares, anesthesiologistas), a dos enfermeiros, a dos auxiliares de enfermagem; e outras tabas onde co-habitam os demais sujeitos desta tribo, sendo eles os estudantes, os auxiliares administrativos, e tantos outros. Cada taba têm a sua devida importância, com diferentes funções para cada um dos seus membros.

Toda sociedade necessita de um líder. Para o povo indígena, o chefe é o “cacique”, que é o responsável pela organização, pela manutenção da subsistência da comunidade, é o executor das determinações de “Tupã”, que é Deus. Nesta “minha” sociedade, o “cacique” é o Enfermeiro, pois está sobre ele a responsabilidade da manutenção do setor, desde o ambiente físico, o bem-estar dos membros da equipe, o suprimento dos instrumentos de trabalho e todas as outras funções inerentes ao cargo.

Aos outros membros da comunidade, são delegadas atividades relacionadas com a produção da tribo. Nesta “tribo cirúrgica” as tarefas são voltadas às atividades com o paciente que poderia ser aqui nomeado o “produto” desta sociedade, ou seja, é ele o

responsável ou a razão de ser da comunidade. É através e para ele que ela sobrevive. É o elo de ligação das tabas.

A religião indígena é carregada de tabus, mitos, ritos. Podemos trazer isto para o Centro Cirúrgico, ao imaginarmos todos os rituais que precedem os procedimentos, seja para manter a assepsia do local e da cirurgia, como também os advindos de mitos antigos, hoje não muito bem fundamentados, ou aos quais já se sabe não haver razão prática da sua existência.

Como nas sociedades mais primitivas, no Centro Cirúrgico também encontramos os “totens”, que são objetos ou fenômenos aos quais estas sociedades se julgavam ligadas de modo específico, ou ainda uma coisa julgada sagrada. Quando revisitava meus dados, para proceder a análise, pareceu-me claro que na cultura do Centro Cirúrgico o “totem” é o médico.

Além do cacique, outra presença importante na tribo é a do “Pajé” ou “Xamã”, que, segundo Ramos (1986), tem como atribuições a manutenção da saúde da tribo, ou mais especificamente, a realização de curas, cabendo ainda a ele o diagnóstico e o tratamento, ou seja, no dizer do referido autor, “... tomar providências para eliminar o mal depois de identificada a causa” (p. 82).

Neste estudo, vejo-me com a “Xamã” desta tribo, pois com ele pretendi melhorar a saúde dos membros da equipe, em especial a saúde dos “caciques”, ou seja, dos enfermeiros, através da oportunização de um espaço para que eles pudessem refletir e discutir o seu cotidiano, procurando descobrir as situações que geram prazer e sofrimento e entender a forma, ou as “armas”, utilizadas para enfrentar as adversidades cotidianas.

O primeiro capítulo desta dissertação, ao qual intitulei “Das Inquietações da Xamã”, introduz o assunto, colocando um pouco da minha vivência no Centro Cirúrgico, a forma como vislumbro este cotidiano e seus personagens, além de expor os objetivos do presente estudo e a opção de realizar um trabalho em grupo com esses enfermeiros.

“Da Tribo e sua História”, o segundo capítulo, expõe uma revisão sobre a Enfermagem, sua história e organização, o papel do enfermeiro, principalmente de Centro Cirúrgico, passando rapidamente pela história da cirurgia. Este capítulo contém, também,

uma apresentação da cidade, na qual o estudo foi realizado; e, ainda, busca retratar os sujeitos do estudo, ou seja, o “grupo” de Enfermeiros de Centro Cirúrgico desta cidade, o qual serviu de subsídio para este trabalho.

O próximo capítulo, intitulado “Das Concepções Xamanísticas”, pretende ser o referencial teórico desta dissertação de mestrado. Nele estão contidos os conceitos de Prazer e Sofrimento, utilizados como referenciais para este estudo, bem como uma reflexão sobre trabalho, em especial sobre o trabalho na enfermagem. Ainda apresenta a Teoria Cognitiva do Estresse de Lazarus & Folkmann (1984), utilizada pela autora para detectar as formas de enfrentamento que os Enfermeiros de Centro Cirúrgico utilizam, no seu dia-a-dia, para combater as fontes de estresse, ou de sofrimento. Poderia, se utilizando a analogia pretendida, entender as formas de enfrentamento como as “armas” utilizadas pelos “caciques” para combater as ameaças à sua tribo.

No quarto capítulo, “Das Práticas Xamanísticas”, apresento o referencial metodológico deste estudo. Contemplo os sujeitos, o local e a forma como os encontros foram realizados e os dados coletados.

A seguir, “Do cotidiano da Tribo” apresenta os dados coletados, a análise destes, bem como a discussão com outros autores, retratando o viver diário dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico, seus sentimentos, principalmente o prazer e o sofrimento advindos deste convívio, suas “armas” ou estratégias de enfrentamento, bem como suas avaliações sobre este estudo.

Finalmente, em “Das Reflexões da Xamã”, teço minhas considerações finais sobre o tema, as contribuições deste estudo, bem como inspirações para novos trabalhos sobre o tema.

1. DAS INQUIETAÇÕES DA XAMÃ

"Pode-se resistir à invasão dos exércitos, não à invasão das idéias"(Victor Hugo).

O Enfermeiro, no seu trabalho diário, vivencia situações e relações que desencadeiam uma gama de conflitos dele com ele mesmo, com quem convive com ele e com o ambiente. Estes conflitos, por sua vez, geram sentimentos e reações neste profissional, que farão parte de seu cotidiano.

No Centro Cirúrgico, estes conflitos parecem acentuar-se, pois o ambiente é crítico, o convívio é mais intenso e as relações parecem ser mais fortes. Na intensidade deste convívio cotidiano, o grupo transmuta-se em "tribo", pois ali as pessoas tem os mesmos ritos, mitos, falam uma linguagem muito própria, cultuam os mesmos deuses, tem suas próprias crenças, usam a mesma roupa, o que os destaca, criando uma cultura toda própria, diferente dos demais setores de um hospital.

Maffesoli (1998) chama este convívio grupal/tribal de comunidade emocional. Para o autor, "trocas de sentimentos, discussões de botequim, crenças populares, visões de mundo e outras tagarelices sem consistência, que constiuem a solidez da comunidade do destino"(p.19).

Enquanto profissional, o Enfermeiro de Centro Cirúrgico vivencia o sofrimento do paciente, a sua luta constante com a vida e com a morte; os esforços, muitas vezes sobre-humanos para que a vida vença. Vê o sofrimento dos seus pares, quando não se ajustam ou talvez só não se conformem com a dureza do ambiente, das situações, das relações..

Convive com transgressões de uma ordem imposta para tentar organizar o “caos” diário. Transgressões estas que ele aceita, talvez por serem o único modo encontrado para suportar o cotidiano muitas vezes duro e frio.

O Enfermeiro de Centro Cirúrgico é visto, quase sempre, como pessoa fria, impessoal e burocrata, intensamente preocupada com ordens, técnicas, assepsia, disciplina. É o “carrasco”, o que pune, o que impinge suas regras, é aquele que controla para que estas regras sejam cumpridas.

Mas atrás desta “carapaça” de força, existe o ser humano tentando se proteger das agressões diárias sobre seus sentimentos, suas emoções, sua alma, resistindo a se transformar em um “mecânico de corpos”.

Junto com este sofrer há certamente, o prazer. Há o homem que ri, se emociona e chega até a ser feliz. Sente-se feliz com pequenos e grandes fatos diários. Pode ser a cumplicidade que a aridez do ambiente provoca; a sensação de solidez das relações que ali se formam; o sentimento de pertencer a uma grande e heterogênea família e, certamente, a certeza de terminar o dia vencedor. Acreditando que a vida, finalmente, de uma forma ou outra, venceu sua batalha constante, e que, apesar das rugas, a solidez das relações se manteve. Certeza, no final do dia, de ter mantido seu “santuário” intacto e que o amanhã chegará novamente com suas agruras, suas batalhas e seus prazeres

Desde a minha graduação como enfermeira, e lá já se foram 11 anos, trabalhei em Centro Cirúrgico. No começo, recém-formada, fui trabalhar como Enfermeira de Centro Cirúrgico em um hospital de grande porte. Era a única enfermeira no turno da tarde, o que significava estar a frente de uma equipe composta de aproximadamente 50 pessoas, entre auxiliares de enfermagem, assistentes administrativos, secretários, copeiros auxiliares de sanificação, manutenção, Rx, etc. Naquela época, este centro cirúrgico realizava por

volta de 40 procedimentos diariamente, metade deles no meu turno de trabalho, o que significava o dobro do contingente de pessoas a circular pelo setor, como médicos cirurgiões, auxiliares, anesthesiologistas, além de estudantes de enfermagem, medicina e sobretudo do paciente e, eventualmente, seus acompanhantes. Isto significa que enquanto enfermeira do setor, era responsável pelo bem-estar e sobretudo pela manutenção de excelentes condições de trabalho e convívio para todo esta “tribo”. Esta vivência era extremamente estressante mas, ao mesmo tempo estimulante, pois me incitava a usar toda criatividade possível para manter este setor funcionando.

Depois de quatro anos convivendo com este “caos” passei de enfermeira assistente à docente na disciplina de Enfermagem em Centro Cirúrgico do Curso de Enfermagem da Universidade de Passo Fundo, e por contingência deste mesmo hospital ser o campo de estágio dos alunos dos Cursos de Enfermagem e Medicina, entre outros, continuei participando do cotidiano deste setor, durante as atividades práticas da disciplina. Agora já com um olhar mais acadêmico, pude observar mais claramente o papel e a importância do enfermeiro neste local.

Após onze anos vivendo o Centro Cirúrgico - sim, porque Centro Cirúrgico a gente vive, ele entra na alma da gente e a possui se permitirmos - vivenciei milhares de fatos e situações que me fizeram apaixonar pela área de trabalho, e despertou-me a curiosidade de estudá-la, ou seja, eu queria entender o que fazia, ou o que movia as pessoas que lá habitam. Eu queria compreender melhor aquele “caos” organizado, entender como as pessoas, como eu mesma, podiam trabalhar em um lugar onde o inesperado sempre acontece e os nossos sentimentos vagueiam rapidamente do amor ao ódio, da paz à guerra, da vida à morte.

Várias vezes eu chegava em casa e pensava se era somente eu que tinha esta sensação de descontrole e, ao mesmo tempo, de poder. Parecia que por mais que a situação estivesse fora de controle, eu daria um jeito e logo tudo se resolveria. Estas situações tinham um custo altíssimo para mim. O meu desgaste emocional era enorme, mas mesmo assim nem pensava, como não penso até hoje em mudar de ambiente. Será que os meus pares também pensam assim?

Quando iniciei o Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, e os professores nos orientavam a começar a pensar no tema de nossa dissertação, a única certeza que eu tinha era que queria trabalhar com quem trabalhava no Centro Cirúrgico, ou seja, pessoas que viviam o meu cotidiano. Não sabia muito bem o que.

Depois de muita angústia, e várias mudanças de enfoque no tema, resolvi que o que eu realmente queria era conhecer os sentimentos dos outros enfermeiros que trabalhavam no Centro Cirúrgico e saber a forma como eles enfrentavam situações de estresse. Na verdade, queria saber se todos vivíamos a mesma realidade.

Definido o tema O PRAZER E O SOFRIMENTO NO COTIDIANO DO ENFERMEIRO DE CENTRO CIRÚRGICO, veio o medo. Medo de que ninguém achasse que este trabalho fosse importante o suficiente para servir como dissertação de Mestrado; medo de que os outros enfermeiros não achassem importante o tema, não o achando relevante para a melhoria de seu dia-a-dia.

Estas angústias me fizeram protelar o máximo possível o convite aos participantes do trabalho. Mas felizmente, quando me arrei de coragem e fui conversar com cada um pessoalmente, a receptividade foi excelente e, prontamente todos se prontificaram a participar.

Acredito que nesta fase vivi com intensidade o sofrimento que buscava compreender, a partir de leituras sobre o tema. E também foi minha primeira experiência em descobrir de que forma eu enfrentaria isto. Cheguei a conclusão de que o melhor era usar estratégias centradas no problema e não na emoção.

A partir daí, estimulada pela receptividade dos colegas e pelo diálogo com a literatura, meu projeto começou a apresentar maior consistência e os objetivos do mesmo foram se evidenciando naturalmente. Então, os **objetivos** estabelecidos para este trabalho de grupo participativo foram:

- proporcionar um espaço para encontro e discussão do cotidiano do Enfermeiro de Centro Cirúrgico;

- identificar as situações que desencadeiam sentimentos, principalmente de prazer e de sofrimento;
- conhecer as formas de enfrentamento destas situações, baseado na Teoria Cognitiva Estresse de Lazarus & Folkman .

A opção pelo trabalho em grupo foi por acreditar que, ao proporcionar um espaço para a discussão dos sentimentos que deste cotidiano emergem, estas pessoas pudessem trocar experiências e que se ajudassem/cuidassem mutuamente, através de depoimentos, a enfrentarem melhor este dia-a-dia e assim ter uma vivência mais saudável no seu trabalho.

Para Munari & Rodrigues (1997, p. 14) “...como suporte, um grupo pode ajudar pessoas durante períodos de ajustamento à mudanças, no tratamento de crises ou, ainda, na manutenção ou adaptação à novas situações. O potencial preventivo desses grupos emerge da possibilidade dessas pessoas com situações semelhantes poderem compartilhar experiências comuns.” Estas autoras, referem ainda que “o grupo pode oferecer ao indivíduo procurar novas alternativas para suas satisfações interpessoais e o treino de seu perfil para o meio em que vive” (p. 15).

2. DA TRIBO E SUA HISTÓRIA

"A vida é uma viagem a três estações: ação, experiência e recordação" (Júlio Camargo).

A intenção deste capítulo é apresentar alguns fragmentos da história da enfermagem e, com isto, propiciar uma melhor compreensão sobre o aparecimento do Centro Cirúrgico e a inclusão da enfermagem neste espaço profissional, além de retratar a realidade, em particular, da "tribo" estudada, ou seja, dos Enfermeiros de Centro Cirúrgico de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, onde este estudo foi realizado

São poucos ou raros os trabalhos que tratam do Enfermeiro de Centro cirúrgico enquanto ser humano, embora sejam fartos os que abordam as funções técnicas deste profissional. Segundo Castellanos (1991, p. 177) "a análise do papel do enfermeiro no Brasil tem sido apresentada de várias maneiras, mas usualmente têm-se limitado à descrição das ações que esse profissional executa (ou deve executar)."

A enfermagem, enquanto profissão, organizou-se a partir do século XIX, com as contribuições de Florence Nightingale. Até então, basicamente o cuidado com o doente era realizado no domicílio do paciente, por alguma pessoa treinada para isto, ou simplesmente pela dona da casa (Pires, 1989).

Por outro lado, Gueler (1990, p.1) afirma que "a enfermagem é uma profissão que surgiu através dos séculos e com estreitas relações com a história da civilização.

Houve épocas em que esta profissão era uma atividade regida pelo espírito de serviço humanístico, associado às ciências e às superstições, sem nenhuma conotação científica.”

Pires (1989, p. 106) diz que:

Uma das primeiras vertentes do trabalho da enfermagem, organizado como serviço reconhecido socialmente, foi o trabalho caritativo e assistencial aos indivíduos objetivando o cuidado do corpo e da alma. Outra foi o trabalho leigo das parteiras, curandeiras e práticas que assistiam os indivíduos por meio de uma atividade de cunho profissional, tipo do artesão mas não institucionalizado (tanto no que diz respeito ao tipo de formação quanto no que diz respeito ao processo de trabalho em si). E, outra, como já foi caracterizada, foram os cuidados prestados por mães e escravas aos filhos e aos incapacitados, nos domicílios. Sem contar o trabalho dos feiticeiros e sacerdotes, das sociedades tribais, que incluía um auxílio global aos indivíduos necessitados de assistência de saúde.

A enfermagem profissional, a partir do século XIX , é fundada sobre as bases científicas propostas por Florence Nightingale, que, segundo Padilha e cols. (1998) foi influenciada por seus contatos com locais onde a enfermagem leiga era praticada e baseada principalmente em conceitos religiosos de caridade, amor ao próximo, doação e humildade. Florence, então, cria uma enfermagem que valoriza o ambiente adequado para o cuidado, e que tem uma divisão formal do trabalho.

Carraro (1997, p.28) afirma que o objetivo da enfermagem para Florence Nightingale “é propiciar ao ser humano as melhores condições a fim de que o poder vital possa ser potencializado para um viver saudável. Para tanto a enfermagem utiliza estratégias para a prevenção de doenças, manutenção e recuperação da saúde, conforto, apoio, educação à saúde e mobilização junto ao meio ambiente”.

Madureira (1993, p.46) diz que “a definição de Nightingale para a Enfermagem foi estabelecida em meados do século XIX e representou a primeira tentativa de caracterizá-la enquanto profissão: depois, já no século XX, foram criadas várias outras definições que ampliaram e/ou modificaram a primeira”.

Para Carraro (1997, p.28) o enfermeiro

é um ser humano com todas as suas peculiaridade, portador de uma formação universitária que lhe concede o título de

profissional diante da lei e da ética. Possui direitos e deveres e está comprometido com o desenvolvimento da enfermagem. Relaciona-se com outros seres humanos, trabalha em equipe, compartilha conhecimentos, observa princípios bioéticos e mobiliza o meio ambiente, proporcionando ao ser humano e sua família condições favoráveis à saúde.

Após a organização da enfermagem como profissão, e juntamente com a organização dos estabelecimentos que tratavam os doentes e sua transformação em hospitais, com estruturas mais ou menos semelhantes as que temos hoje, sentiu-se a necessidade da especialização, ou talvez, da fragmentação do trabalho da enfermagem em sub-áreas do conhecimento, para que esta desse conta dos diversos tipos de tratamentos necessários aos pacientes.

Uma das especializações que foi necessária é a de Enfermagem em Centro Cirúrgico, criada para dar suporte aos tratamentos cirúrgicos, que passaram a ser institucionalizados e tratados com uma cientificidade até então não existente.

Até o início do século XIX, segundo Thorwald (s/d, p. 22-23),

cirurgia era sinônimo de amputação, redução de hérnias, extração de cálculos, operação de catarata e umas poucas intervenções de urgência, mais ou menos importantes, dolorosas e sem esperança de êxito para o paciente - nunca, porém de intervenção direta no interior do corpo humano. A isto se opunham a impossibilidade de superar a dor da operação, as mortíferas febres infecciosas, mais comuns, aliás, nas operações abdominais e prontas a se declararem, mal se abrisse o peritônio.

Sobre as origens do ato cirúrgico, encontramos o seguinte relato: no dia 15 de dezembro de 1809, Mackdoel, um médico rural itinerante, em Danville (Kentucky, USA) foi chamado a atender uma jovem senhora, que tinha sintomas de um parto eminente e muito doloroso. Lá chegando, o jovem médico diagnostica não um trabalho de parto, mas sim um tumor ovariano, já se alastrando para o estômago e os intestinos e aumentando o trabalho cardíaco da paciente. Em face a gravidade da situação da mulher, e a seus apelos desesperados, Mackdoel decide operá-la para a retirada do tumor, medida até então nunca tentada. O médico transporta sua paciente até sua própria residência, onde acha que terá melhores condições de executar seu intento. Então, no dia de Natal do ano de 1809, numa

manhã gélida, com uma nevasca intensa a castigar as janelas, realiza-se, em uma pequena casa, o procedimento realmente invasivo ao qual se tem registro. Esta cirurgia foi realizada na mesa de carvalho da sala do médico, forrada com um pano branco e com a paciente amarrada sobre ela. O cirurgião só tinha para lhe ajudar poucos instrumentos, água quente e fria, faixas e ataduras. Enquanto realizava tão ousado procedimento, a multidão tentava invadir a pequena residência, para tentar salvar a pobre mulher do cruel assassino (Thorwald, s/d).

A Enfermagem de Centro Cirúrgico tem como definição histórica a parte da enfermagem responsável pelos cuidados ao paciente no período pré, intra e pós operatório (Ladden, 1997).

Quanto aos cuidados pré-operatórios, entre 1900 e 1919 o paciente era orientado para a cirurgia tão logo o procedimento fosse marcado e tomava como cuidados a hiperalimentação, o repouso e o banho. A enfermeira chegava a casa do paciente no dia da cirurgia e tinha como função a escolha do ambiente mais adequado, o preparo deste ambiente, a fervura das lâminas e o preparo psicológico deste paciente. Entre 1920 e 1939, os cirurgiões passam a operar em hospitais (Oetker -Black, apud Ladden, 1997).

Segundo Castledine apud Barker (1997, p. 9) “historicamente, os enfermeiros de bloco eram originalmente enfermeiros de enfermaria responsáveis por assistirem ao cirurgião e defenderem o doente quando novos procedimentos cirúrgicos davam os primeiros passos”.

Barker (1997, p. 9) afirma que

com o avanço das técnicas cirúrgicas e um aumento correspondente no número de operações efetuadas, tornou-se cada vez mais evidente que não só estes deveres exigiam que o enfermeiro estivesse afastado durante períodos excessivos dos seus outros deveres, mas também que era essencial um meio ambiente asséptico especializado para efetuar a cirurgia e que pudesse ser monitorizado e controlado.

Cria-se então a Enfermagem de Centro Cirúrgico. “Os manuais de enfermagem sobre os cuidados ao paciente cirúrgico incluíam a anatomia normal e fisiologia,

fisiopatologia, tratamento clínico e cirúrgico, e as intervenções de enfermagem” (Oetker-Black apud Ladden, 1997, p. 4).

A especialização do Enfermeiro de Centro Cirúrgico e o seu isolamento dos demais em lugar fechado podem ter contribuído para a falta de compreensão do papel do enfermeiro deste setor (Barker, 1997).

Segundo Chaplin (1996, p. 21), “o Centro Cirúrgico é um setor pertencente deste todo hospitalar, porém, de circulação restrita. Esta ‘privacidade’ tem relação com o tipo de atividade e de assistência ao paciente que ali é prestada.”

Continua a autora:

a separação física que o torna um lugar fechado, restrito, ao mesmo tempo que evita a entrada de pessoas estranhas ao local, dificulta a saída dos que aqui trabalham (...) Os que chegam observam situações, fragmentos da existência do interior do Centro Cirúrgico, porém as motivações destes atos, os enraizamentos que dão sentido a estas cenas presenciadas, muitas vezes permanecem obscuros, pois, estão na interioridade deste local”

Para Barker (1997, p. 9) “inicialmente, este isolamento era apenas geográfico, provocado pela separação forçada dos enfermeiros de sala de operações dos seus colegas de enfermarias com o objetivo de manter a assepsia. Com o passar do tempo, no entanto, este isolamento geográfico desenvolveu-se num fenômeno mais sinistro e potencialmente lesante: o isolamento profissional ”.

Além do isolamento profissional, o enfermeiro de Centro Cirúrgico passa por outras situações que geram estresse e, talvez, até sofrimento no seu dia-a-dia profissional. A incompreensão de sua atividade, de sua função e até o questionamento sobre a sua capacidade administrativa podem gerar nele sentimentos de desprazer.

De acordo com Chaplin (1996, p. 22):

O tipo de atividade que ali se desenvolve, onde a vida do paciente é que está em jogo, suscita o fazer imediato originado em necessidades presentes, com exigências para o aqui-agora. A isto, muitas vezes, é acrescido as intolerâncias, as ansiedades, as educações menos refinadas, os estrelismos individuais. Coisas que conferem ao local, uma dinâmica

ruidosa e que tem como centro o paciente; o concreto (...) . O Centro Cirúrgico é visto então, como um lugar desordenado, caótico, incontrolável, de extravagâncias e que, por isto, deve ser modificado.

Além do apresentado, a luta constante contra a morte, que parece rondar o ambiente continuamente, torna ainda mais sofrível a vida do enfermeiro de Centro Cirúrgico. Segundo Figueiredo e cols., in Meyer e cols. (1998, p. 137) “a enfermagem, através de seus cuidados, tem um compromisso com a vida, mesmo que ronde entre ela uma real ameaça de morte. A enfermagem luta o tempo todo para manter o cliente no fluxo da vida, mesmo acreditando que a morte pode ser um outro fluxo, uma outra dimensão que transcende, na maioria das vezes a sua compreensão”.

A falta de condições adequadas de trabalho e a pouca capacidade física da maioria dos Centros Cirúrgicos contribuem, muitas vezes, para a sensação de impotência dos enfermeiros frente aos desafios diários. “Estas ocorrências e manifestações ressaltam que, quando, a política administrativa desloca a qualidade para a produtividade, o paciente é visto como um indicador desta produção e o trabalhador como instrumento para o alcance destes objetivos, o homem está em realidade, sendo violado em seus instintos de conservação e valorização da vida”(Chaplin, 1996, p. 26).

Apesar de tantos aspectos negativos, o cotidiano do enfermeiro de Centro Cirúrgico pode ser revestido de uma aura de prazer, que se traduz nas relações ali estabelecidas, o compartilhar de um mundo “misterioso”, o desenvolvimento de um saber e um conhecimento todo próprio.

Para Chaplin, (1996, p. 29) “o encontro dos indivíduos no vestiário do Centro Cirúrgico afirma o aqui-agora que vamos viver juntos. Ao trocarmos nossas roupas pessoais, que nos diferencia uns dos outros, por roupas próprias do Centro Cirúrgico, que nos une a estes, ao dizermos palavras gentis como um simples bom dia, damos início às trocas, às comunicações; atualizamos o viver-junto”.

Os sujeitos deste estudo, ou seja, os enfermeiros de Centro Cirúrgico que subsidiaram este trabalho, são todos oriundos dos hospitais de Passo Fundo, no Rio Grande do Sul, cidade na qual vivo e trabalho, e portanto fazem parte da minha realidade.

O município de Passo Fundo está localizado na Região Norte do Rio Grande do Sul, no chamado Planalto Serrano. Foi fundado em 1857, possui área de 790Km², com uma população de 156.033 habitantes. É considerado a 11ª economia do estado, participando com 1.73% do PIB gaúcho. Representa um importante polo industrial, comercial, cultural, educacional e de serviços, tendo no comércio a atividade mais forte do município, atendendo uma demanda de cerca de 1,5 milhões de consumidores de toda a região.

Quanto aos indicadores de saúde, o município de Passo Fundo encontra-se na gestão plena de atenção básica e tem sua rede assistencial distribuída em 36 (trinta e seis) unidades básicas, 1 (um) Centro de Atendimento Integral à Saúde, 4 (quatro) Centros Especializados em Saúde, 18 (dezoito) Postos de Atendimento e 5 (cinco) Hospitais, perfazendo um total de aproximadamente mil leitos hospitalares. Sedia a 6ª Delegacia Regional de Saúde (DRS), que abrange 54 (cinquenta e quatro) municípios e é um polo de referência de assistência à saúde da Região Norte do estado e Oeste de Santa Catarina.

Como sujeitos deste trabalho participaram Enfermeiros de Centro Cirúrgico dos cinco hospitais da cidade. Curiosamente, todos eles fizeram a sua graduação em enfermagem na Universidade de Passo Fundo, tendo portanto uma formação muito parecida. A maioria desenvolve suas atividades profissionais na maior instituição de saúde curativa, qual seja um hospital de grande porte, universitário, com aproximadamente 530 leitos, e uma média de 70 procedimentos cirúrgicos diários. Este dado torna-se relevante na consideração de que há somente um enfermeiro por turno de trabalho. A partir deste fato, podemos imaginar como é o cotidiano destes profissionais, o que me motivou a elaboração deste estudo.

A partir desta breve revisão histórica e das reflexões sobre a temática tratada, este estudo pretendeu contribuir para o avanço do conhecimento nesta área, compreendendo melhor o enfermeiro de Centro Cirúrgico da atualidade, suas alegrias e dissabores, suas facilidades e dificuldades, enfim o prazer e o sofrimento que percebe no desenvolvimento de suas ações profissionais.

3. DAS CONCEPÇÕES XAMANÍSTICAS

“ Uma esperança ou, talvez... uma utopia ”

(Chaplin, 1996, p.82).

Após leituras de alguns autores como Lowel, 1970 e Stagner, 1976, entendo **prazer** como uma sensação de bem-estar, alegria ou euforia que aparece como resposta positiva do ser humano a certas situações. Para Lowel (1970, p. 60) “no prazer, a pessoa se sente macia, vibrante e animada; os olhos vibram e a pele fica quente...Apresenta um estado de conforto e relaxamento do corpo manifestado, por movimentos silenciosos e harmoniosos....Pode ser considerado como o *estado básico* de um corpo sadio”.

Já para Alves (1994, p.26) “há um jeito fácil de saber se o que o corpo sente é prazer ou alegria. Basta prestar atenção no corpo. Se ele for ficando cada vez mais pesado, é prazer. Se for ficando cada vez mais leve, é alegria”.

Acredito ser o prazer uma sensação mais intensa que a alegria, que julgo mais efêmera, mais passageira. Já o prazer perpetua, fica no inconsciente e sempre que nos reportamos a situação que o gerou ele retorna, trazendo junto a alegria.

Este estudo pretende encontrar o prazer advindo do trabalho do Enfermeiro de Centro Cirúrgico. Lowel (1970, p.22) refere que “O trabalho geralmente não é considerado como ocasião de diversão ou razão para se sentir feliz, entretanto como todos sabem, pode ser uma fonte de prazer. Depende, evidentemente, das condições do trabalho e da atitude

que se tem em relação à tarefa. Tenho conhecido muitas pessoas que sentem prazer em seu trabalho, mas nenhuma delas diria que é divertido ou que as fazia feliz.”

Para este estudo foram consideradas prazerosas todas as expressões de bem estar advindas de situações ou relações geradas no e pelo trabalho.

Sufrimento pode ser descrito como uma sensação de angústia, dor, medo ou ansiedade (Stagner, 1976). É também uma reação negativa do ser humano à influências do meio-ambiente.

Dejours (1996, p. 153) define o sofrimento como “...o espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o “bem-estar” (para retomar aqui o termo consagrado pela definição de saúde fornecido pela OMS), e, de outro, a doença mental ou a loucura”.

No meu entendimento, o que o autor quer dizer é que sempre que nos deparamos com uma situação desfavorável, a nossa mente trava uma luta para que possamos enfrentar esta situação. Este esforço gera o sofrimento. Se esta “guerra” não for travada ou não conseguirmos encontrar formas de enfrentamento, advêm a loucura.

Para Dejours (2000) o sofrimento dos trabalhadores pode se manifestar como ansiedade e/ou insatisfação. Para ele, a satisfação ou insatisfação são vinculadas às condições de trabalho (ambiente, higiene e segurança), e a organização do trabalho, entendida como a divisão das tarefas, a habilidade para executá-las, as relações de poder e a responsabilidade inerente.

Para este estudo, foi considerado sofrimento do enfermeiro no Centro Cirúrgico toda e qualquer situação de desconforto gerado no e pelo trabalho, através das frustrações diárias e dos problemas profissionais que possam ser transformados em problemas pessoais.

O trabalho representa, para o homem, segundo Gonzales (2000, p.19), não apenas

um modo de ganhar a própria vida, mas um status social ao qual se associa, no caso da enfermagem, uma roupa específica, um vocabulário próprio, um hospital, uma unidade sanitária, um trabalho em equipe, um nível hierárquico,

pessoas doentes, sofrimento, morte, ambiente tenso, conflitos, solidariedade, resignação, entre outras tantas coisas.

Segundo a mesma autora (2000), o trabalho, que ocupa parte considerável de nosso tempo, de nossas vidas, pode ser uma fonte de interesse, de realização, de cansaço, de aborrecimentos, sendo, portanto, fonte tanto de prazer quanto de sofrimento.

Para De Masi (2000), após algum tempo, os trabalhadores ficam até orgulhosos de somar o tempo de seu trabalho normal ao tempo de horas extras. “No entanto, perderam o gosto pelo tempo livre, fechando-se em uma solidão cada vez mais rancorosa, perderam poder em casa e ganharam no trabalho, onde encontrarão refúgio a tempo integral e serão pagos quase que exclusivamente para fazerem companhia uns aos outros” (p. 37). Acredito que, na modernidade, o trabalho tornou-se uma válvula de escape, servindo-nos muitas vezes de desculpa para não enfrentarmos situações de nosso cotidiano pessoal, não profissional, que preferimos ignorar, talvez por não as dominarmos, como dominamos as do trabalho, já que lá permanecemos mais tempo. Creio, ainda, que com esta fala o autor pretenda ilustrar a importância do trabalho para o homem moderno, que faz com que este muitas vezes se utilize de horas extras, que nem sempre são tão necessárias.

Dejours (1996, p. 150) refere que “o trabalho pode ser também fonte de prazer, e mesmo mediador de saúde” e que devemos nos lembrar que este pode ser também um fator equilíbrio e de desenvolvimento. Já que, na minha opinião, conseguimos e preferimos mais enfrentar as situações profissionais, ao invés das pessoais, as atividades laborais nos permitem ser mais realizados.

Para Beck (2000, p. 27) “o trabalhador em muitas situações, pode conceber o trabalho como dual, ou seja, o trabalho pode ser realizador ou castrador, criativo ou aniquilador, desgastante ou realizador, prazeroso ou enlouquecedor, cada forma com conseqüências mais ou menos importantes sobre a vida cotidiana”.

Dejours (1994) refere que o trabalho que permite a diminuição da carga psíquica é equilibrante; o contrário torna-o como fonte de tensão e desprazer, propiciando fadiga e a patologia psíquica do trabalhador.

Referindo-se sobre a atual organização do trabalho, De Masi (2000, p. 37-38) acusa-a pela sua

...incapacidade de compensar os inconvenientes que a maioria dos trabalhadores experimenta no contexto profissional. Por contexto profissional entendo a atmosfera complexa, o clima psicológico determinado pelo que acontece à nossa volta enquanto trabalhamos, pelo que fazem todos os que nos cercam enquanto desempenhamos os novos deveres profissionais.

Este autor esboça uma tipologia dos trabalhadores com base nos seus possíveis “contextos profissionais”. Ele os desloca do pior para o melhor. No mais baixo nível ele classifica os coveiros e os que trabalham com funerais. Segundo ele, trabalhar com mortos, num ambiente de dor inconsolável, como devem ser os velórios ou o cemitério “deve ser tudo, menos gratificante, a não ser que sejamos necrófilos, masoquistas ou santos” (De Masi, 2000, p. 38).

Num nível um pouco mais elevado que o dos coveiros, o autor coloca os enfermeiros, no seu trabalho com doentes e deficientes, num ambiente de sofrimento como hospitais, sanatórios ou hospícios.

Não é por acaso que, em tempos menos escolarizados do que os nossos, tais encargos fossem considerados missões e confiados a padres ou monges, como querendo dizer que não bastava dinheiro para remunerá-los nesta terra e que a única recompensa adequada era a eterna bem aventurança no paraíso (De Masi, 2000, p. 38).

Dejours (1994, p. 31-32) refere que

... é essencial transformar o trabalho fatigante em um trabalho equilibrante e que, para que isto ocorra, é necessário flexibilizar a organização do trabalho, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e para encontrar gestos que são capazes de lhe oferecer prazer, isto é, uma expansão ou uma diminuição de sua carga psíquica de trabalho.

As situações e relações diárias vividas pelo Enfermeiro de Centro Cirúrgico desencadeiam, certamente sensações de prazer e sofrimento. Quando o resultado desta vivência é o prazer, o trabalho é compensador, mas se o que for gerado por estes encontros é o sofrimento, virá o estresse e qualquer pessoa buscará, ativamente, prevenir ou recompor a felicidade. Ao enfrentar o estresse a pessoa está prevenindo o sofrimento ou querendo deixar de sofrer. Quando a forma encontrada para este enfrentamento for basicamente centrada na emoção, esta resposta poderá apenas amenizar o sofrimento, ou adiá-lo para uma nova situação de estresse. Esta forma de enfrentamento até poderá ser aceitável, desde que não se torne um processo permanente. Outra maneira de enfrentar o estresse advém da busca de soluções ativas, o que levará o indivíduo a ser e viver saudavelmente.

Consideramos que a maior parte das situações (boas ou ruins), que modificam de alguma forma a nossa rotina diária, fazem com que nossos sentimentos oscilem e, muitas vezes, tenhamos que tomar decisões que afetarão nosso cotidiano, podemos considerar que tanto o sofrimento quanto o prazer podem gerar estresse.

Para que se possa entender de uma melhor forma, o modo de se enfrentar o estresse, busquei na TEORIA COGNITIVA do ESTRESSE, DE LAZARUS E FOLKMAN, uma parte da fundamentação teórica deste trabalho de Prática Assistencial.

A referida teoria foi desenvolvida por Richard Lazarus e Susan Folkman. Richard Lazarus é PhD., psicólogo, professor de psicologia da Universidade da Califórnia. Pesquisador da teoria de estresse. Em 1966, publicou o livro "Psicologia do Estresse e o Processo do Enfrentamento". Considerado a maior figura nos assuntos de teoria da emoção, personalidade e psicologia clínica. Susan Folkman é PhD, psicóloga, pesquisadora da Universidade da Califórnia.

Esta teoria está publicada no livro "Stress, appraisal, and coping", de Lazarus e Folkmann (1984) e "enfoca o enfrentamento aos eventos estressantes como um processo e não como um estado, como referido por outros autores" (Landerdahl, 1997).

Seu tema central é a avaliação cognitiva frente à situações estressantes e a forma de lidar com elas. Avaliação cognitiva pode ser subtendida como a compreensão do significado acerca do que está ocorrendo num determinado encontro estressante.

Os autores defendem que lidar com o estresse implica em esforço, o qual é diferenciado de comportamentos adaptativos automatizados, que denotam passividade e aceitação das situações.

Esta teoria caracteriza-se por tentar trabalhar os aspectos psicológicos e sociais do estresse, ao invés dos aspectos fisiológicos.

Os pressupostos básicos desta teoria são:

- O estresse constitui um aspecto inevitável na vida das pessoas, sendo que a forma como ele é abordado pelos seres humanos é que pode direcionar para o tipo de resposta advinda daí;
- O significado de um acontecimento para um indivíduo adquire a forma da resposta emocional e comportamental desta pessoa;
- A forma como uma pessoa lida com o estresse é determinada, em parte, por seus recursos, que incluem saúde, energia e crenças existenciais;
- A ambigüidade e a vulnerabilidade são características de muitos, senão de todos os encontros da vida real.

Como **conceitos** esta teoria apresenta:

- **ESTRESSE:** é a relação entre um indivíduo e o seu meio ambiente, a qual é avaliada pela pessoa como excedendo os seus recursos, ou pondo em perigo o seu bem estar.
- **ENFRENTAMENTO:** são esforços comportamentais e cognitivos, que estão constantemente mudando para manejar demandas internas e/ou externas específicas, que são avaliadas como excedendo os recursos da pessoa.
- **AVALIAÇÃO COGNITIVA:** é o processo no qual o indivíduo compreende, descobre ou percebe o significado de determinado evento, e o quanto ele afeta sua vida ou

seu bem-estar. A teoria relata três tipos de avaliação cognitiva: primária, secundária e reavaliação.

Deste modo, Lazarus e Folkmann (1984) abordam o enfrentamento como um processo indivíduo/meio ambiente, denotando, desta forma, o aspecto dinâmico/transacional, onde existem trocas constantes entre um e outro elemento. Esse processo se preocupa com o que a pessoa pensa, sente ou faz em determinados contextos estressantes e com as mudanças que podem ocorrer nestes pensamentos e ações, frente ao momento do evento, seja ele qual for. Esta abordagem nega portanto, o lidar com o estresse como um resultado adaptativo automatizado, por este ser estático e não denotar esforços no manejo de situações, independente dos resultados obtidos, o que fica explícito no processo de enfrentamento.

Assim, os autores sustentam um processo de enfrentamento fundamentado na avaliação cognitiva, em que a pessoa avalia o SIGNIFICADO que a situação ou evento representa para si e para o seu bem-estar. Desta forma os autores identificam três tipos de avaliação cognitiva: Primária, Secundária e Reavaliação.

- **AVALIAÇÃO PRIMÁRIA:** se estabelece quando o indivíduo percebe, através de seu julgamento, que determinado encontro, evento ou situação apresenta um significado irrelevante ou benigno-positivo ou então estressante. Os dois primeiros casos não conduzem à avaliação secundária. Se o encontro é visto como estressante, ele pode tomar a forma de perda/prejuízo, ameaça ou desafio.

- **perda - prejuízo:** diz respeito à perdas ou danos que a pessoa já viveu;

- **ameaça:** danos que a pessoa pensa que pode vir a sofrer;

- **desafio:** situações que ainda têm a possibilidade de serem ganhas ou propiciarem sentimentos de vitória ao indivíduo.

- **AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA:** conduz o indivíduo a pensar ou selecionar estratégias de como lidar com as demandas apresentadas frente a um determinado evento estressor.

Seria o julgamento sobre o que pode ou deve ser feito ante a presença de estressores. É a ação, propriamente dita.

- **REAVALIAÇÃO:** subentende uma avaliação que sofreu mudanças frente à novas informações advindas do meio ambiente ou do indivíduo que está vivenciando a situação. Pode-se dizer que é a fase do pensamento, do sentimento e da ação.

Os autores colocam que a vulnerabilidade é um elemento que se relaciona muito de perto com a avaliação cognitiva, por considerar que, muitas vezes, as pessoas apresentam recursos deficientes ao lidar com o estresse. Colocam, ainda, que os processos de avaliação cognitiva podem se dar à nível consciente ou inconsciente.

Os processos de avaliação cognitiva podem ser influenciados por fatores pessoais e fatores situacionais.

- **FATORES PESSOAIS:** são considerados relevantes por representarem o que é importante ou não para as pessoas como linha de pensamento e atitude pessoal, muitas vezes implícitas no comportamento das pessoas, e que são fundamentadas na visão de mundo de cada ser humano. São eles os valores, as crenças e os engajamentos das pessoas.

- **FATORES SITUACIONAIS:** referem-se às propriedades formais dos encontros que criam potencial para as formas de ameaça, perda ou desafio. Os autores enfocam como fatores situacionais que influenciam na avaliação cognitiva a “novidade, a previsibilidade e a incerteza”. Destas, a incerteza sobre como determinado evento ocorrerá dará uma tonalidade extremamente estressante ao episódio, fazendo com que ocorra um efeito imobilizador no processo de enfrentamento.

A ambigüidade é ressaltada como uma característica da maioria dos encontros do dia-a-dia, e quanto maior for a ambigüidade, mais os fatores pessoais, referidos anteriormente, moldam o significado da situação. O sentimento de ameaça pode ser intensificado ou diminuído na presença da ambigüidade, por proporcionar interpretações alternativas ou errôneas da significação do encontro com a pessoa.

Os autores relacionam duas **estratégias de enfrentamento** com sendo:

- **centrada no problema:** constitui-se nos esforços que o indivíduo utiliza, à fim de mudar ou diminuir a fonte de estresse. Tentativa de mudar o motivo que conduz ao estresse ou a realidade.
- **focalizada na emoção:** regula ou dosa a emoção que acompanha o estresse, como tentativa de proporcionar sensação de bem-estar ao indivíduo.

Para efeito de medir ou equacionar as formas de lidar com o estresse, os autores sugerem uma relação de opções sobre o que o indivíduo pensa, sente ou faz quando lida com as demandas de determinado encontro estressante: “Para medir, lidar com o estresse nós perguntamos ao sujeito que indique em uma lista de formas de lidar com estresse o que ele ou ela pensa, sente ou fez para lidar com as várias demandas de um encontro. Estas respostas de lidar com estresse podem ser racionalmente e empiricamente classificadas de acordo com a função, por exemplo, focalizadas na emoção ou focalizadas no problema, ou de acordo com o tipo, por exemplo: evitação, procura de informação, suporte emocional” (Lazarus e Folkmann, 1984, p.333).

Os itens listados como formas de lidar com o estresse pelos autores da teoria estão apresentados são:

1. Eu simplesmente me concentrei naquilo que tinha de fazer a seguir.
2. Tentei analisar o problema para compreendê-lo melhor.
3. Voltei-me para o trabalho ou atividade substituta para não pensar em outra coisa.
4. Eu sinto que o tempo poderia fazer uma diferença. A única coisa a fazer é esperar.
5. Me comprometi para conseguir alguma coisa positiva da situação.
6. Eu fiz alguma coisa que eu não pensava que poderia dar certo, mas pelo menos estava fazendo alguma coisa.
7. Tentei conseguir fazer a pessoa responsável mudar seu pensamento, seu modo de ver.
8. Falei com algumas pessoas para tentar saber mais da situação.
9. Simplesmente me critiquei, me censurei ou dei conselhos para mim mesma.
10. Tentei não queimar as minhas pontes, mas deixei as coisas abertas para alguma coisa.

11. Esperei que um milagre acontecesse.
12. Concordei com o destino, algumas vezes não tenho boa sorte.
13. Continuei como se nada tivesse acontecido.
14. Tentei conservar os meus sentimentos para mim.
15. Tentei olhar o lado positivo das coisas.
16. Dormi mais do que o normal.
17. Expressei raiva pelas pessoas que causaram o problema.
18. Aceitei o compadecimento e compreensão de alguém.
19. Disse para mim mesma coisas que me ajudaram a sentir melhor.
20. Eu fiquei inspirado para fazer alguma coisa criativa.
21. Tentei esquecer totalmente da coisa.
22. Busquei auxílio profissional.
23. Mudei e cresci como pessoa de forma positiva.
24. Esperei para ver o que acontecia antes de fazer qualquer coisa.
25. Desculpei-me.
26. Fiz um plano de ação e o segui.
27. Aceitei a próxima coisa boa que eu estava esperando.
28. Deixei meus sentimentos de alguma forma fora disso.
29. Me dei conta que eu trouxe o problema para mim mesma.
30. Falei com alguém que poderia fazer alguma coisa concreta sobre o problema.
31. Saí da experiência melhor do que tinha entrado.
32. Saí deste problema por um tempo, tentei descansar, tirar férias.
33. Tentei fazer com que me sentisse melhor, comendo, bebendo, fumando, usando drogas, medicamentos...

34. Fiz alguma coisa de muito risco.
35. Tentei não agir de forma precipitada ou ser impulsiva.
36. Achei uma nova fé.
37. Mantive meu orgulho e continuei com meu nariz para o alto.
38. Redescobri o que é importante na vida.
39. Mudei alguma coisa, de forma que ficasse melhor.
40. Evitei ver as pessoas.
41. Não deixei que isso chegasse até mim, me recusei a pensar muito sobre o assunto.
42. Pedi conselhos a um parente ou amigo que respeito.
43. Não falei nada para os outros.
44. Dissimulei, recusei ser muito sério sobre isso.
45. Falei para alguém sobre como estava me sentindo.
46. Coloquei os pés no chão e lutei pelo que queria.
47. Descarreguei em outras pessoas.
48. Busquei no meu passado situações similares para me inspirar.
49. Sabia que tinha que ser feito e então redobrei meus esforços para que as coisas funcionassem.
50. Recusei a acreditar que havia acontecido.
51. Fiz uma promessa para mim mesmo de que as coisas seriam diferentes da próxima vez.
52. Apareci com uma quantidade de soluções para o problema.
53. Aceitei, uma vez que nada podia ser feito.
54. Tentei conservar meus sentimentos sem que outras coisas interferissem muito.
55. Gostaria de mudar o que tinha acontecido ou como me sentia.
56. Mudei alguma coisa a cerca de mim mesma.

57. Sonhei ou imaginei um lugar ou tempo melhor do que aquele em que me encontrava.
58. Desejei que a situação pudesse terminar.
59. Tive fantasias ou desejos de como as coisas poderiam ter acontecido.
60. Rezei.
61. Me preparei para o pior.
62. Fiquei pensando no que poderia fazer ou dizer.
63. Pensei como uma pessoa que eu admiro lidaria com esta situação e usei-a como modelo.
64. Tentei ver as coisas do ponto de vista de outras pessoas.
65. Relembrei de como as coisa podem ser ainda piores.
66. Fiz exercícios físicos.
67. Tentei alguma coisa completamente diferente das descritas acima. (Por favor, descreva o que foi tentado).

Os autores ressaltam que o manejo do estresse pode trazer as seguintes mudanças no contexto geral do enfrentamento:

- os sentimentos podem moldar os pensamentos e as ações;
- as ações podem moldar pensamentos e sentimentos;
- os pensamentos podem moldar sentimentos e ações.

Os sentimentos, pensamentos e ações são interdependentes, isto é, se os pensamentos sobre determinado encontro estressante sofrerem mudança, provavelmente os sentimentos e as ações no manejo da situação também sofrerão mudanças. Igualmente, se as ações frente à determinado evento mudarem, é muito provável que os sentimentos e pensamentos também mudem. Essa constatação reforça o enfoque teórico exposto de que o processo deve ser visto de forma transacional, como produto da interrelação pessoa - meio - ambiente.

Os programas de manejo do estresse deve conduzir o indivíduo a avaliar as situações que se apresentam e lidar com suas demandas de maneiras novas, se assim for necessário.

4. DAS PRÁTICAS XAMANÍSTICAS

“Não basta adquirir a sabedoria, é preciso praticá-la (Cícero).”

Este estudo foi desenvolvido através de trabalho em grupo com Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Central de Material e Esterilização e Sala de Recuperação Pós-Anestésica, já que considero que estas três áreas fazem parte de um todo chamado Unidade de Centro Cirúrgico, dos hospitais de Passo Fundo – RS.

No total participaram 9 (nove) enfermeiros. A participação foi voluntária e obtida através de contato prévio com os participantes. Destes, 7(sete) trabalham em um mesmo hospital, sendo 4 (quatro) do centro cirúrgico propriamente dito, 2 (dois) da Central de Material e Esterilização e 1(um) da Sala de Recuperação. Os demais (dois) trabalham em outros dois hospitais da cidade e são responsáveis, sozinhos, pelos três setores.

Realizaram-se 5 (cinco) encontros, no período de agosto à dezembro de 1999, de aproximadamente uma hora de duração. Os encontros eram realizados à noite, fora do horário de trabalho destes enfermeiros, em uma sala localizada nas dependências da UPF, pois parti do princípio de que sendo em um ambiente estranho ao trabalho, os enfermeiros teriam mais conforto em colocar situações de seu cotidiano.

O número de encontros foi definido pelo grupo, durante a primeira reunião, quando também foram esclarecidos os objetivos e o método do trabalho, o compromisso de

participação, o direito de abandonar o grupo, o sigilo quanto aos depoimentos, a propriedade intelectual dos dados e obtenção do consentimento livre e esclarecido (anexo 1) e a autorização para a publicação e divulgação dos resultados e das fotos do grupo, se houvessem. Os participantes do grupo foram consultados sobre o interesse ou não da manutenção do anonimato.

Nos demais encontros, foram discutidas situações do cotidiano do Enfermeiro de Centro Cirúrgico, quais seus reflexos sobre os sentimentos do profissional e como são enfrentados, através de depoimentos dos componentes do grupo, discussões sobre as situações vividas, utilizado-se uma técnica de dinâmica de grupo modificada de Lima (1982), chamada de "O Jardim Zoológico" e as estratégias de enfrentamento propostas por Lazarus e Folkmann.

Quando foram indagados sobre a permissão para que as reuniões fossem gravadas, inicialmente, alguns membros do grupo referiram que poderiam sentir-se restringidos ao prestar alguns depoimentos se o gravador estivesse ligado. Colocamos em discussão e ficou acertado que, quando houvesse necessidade, o gravador seria desligado. Embora este acordo tenha sido feito, nunca houve a necessidade de se desligar o gravador, em nenhum dos encontros.

No último encontro, o projeto foi retomado, lembrando os objetivos e a proposta inicial, acrescentando-se à interpretação preliminar da pesquisadora o conteúdo dos discursos, com objetivo de validar estas impressões junto ao grupo.

Os encontros foram gravados, com o consentimento do grupo, e, posteriormente transcritos pela autora, registrando data, hora de início e término, bem como todas as falas expressas pelos sujeitos da pesquisa. A análise dos dados obtidos foi realizada, através dos depoimentos e vivência grupal, em seu conteúdo, utilizando para isto as categorias dialéticas do geral, do particular e o singular, conforme Krapivini (1986).

5. DO COTIDIANO DA TRIBO

“A vida vivida em todas as potencialidades, encontra-se neste vitalismo que emana do Centro Cirúrgico e ressalta as mais diferentes formas de existência em seu interior” Chaplin (1996, p. 25).

No primeiro encontro, para minha surpresa, já que estava bastante temerosa sobre a participação ou não dos meus convidados, a maioria compareceu, com exceção de dois colegas que haviam comunicado a sua impossibilidade de estarem presentes neste dia, mas garantiram sua participação nos próximos. Chegaram lentamente, cada um a sua vez, mas parecendo muito curiosos com o que estava sendo proposto.

Durante todos os encontros a presença foi assídua, com algumas exceções dos que, eventualmente, não puderam participar de alguns encontros, mas sempre justificando a sua ausência, o que me pareceu ilustrar o interesse e a importância que os encontros estavam tendo para o grupo.

Já neste primeiro encontro, observei ter acertado na escolha de realizar um trabalho em grupo, e assim proporcionar um espaço para todos poderem se expressar e trocar idéias, percepções e até realizar desabafos sobre o seu cotidiano.

Para Beck (2000, p.10) “as vivências dos profissionais de saúde, nas situações de crise, são incorporadas diferentemente, porque cada um vive à sua maneira, embora não solitariamente”. A mesma autora, citando Heller, destaca a “importância de se reconhecer a

singularidade de cada homem, mas ao mesmo tempo, a necessidade que todos têm de compartilhar seu cotidiano com os outros” (Heller, apud Beck, 2000, p. 10).

O que eu pude perceber foi que todos tinham uma grande necessidade de falar, de expor os seus sentimentos e de serem compreendidos pelos seus pares, já que todos fizeram questão de dar o seu depoimento, mesmo passando muito do horário combinado para encerrar os encontros.

Durkheim apud Maffesoli (1998 p. 18-19), refere-se a “natureza social dos sentimentos” e enfatiza sua eficácia. Para este autor, “é neste quadro que se exprime a paixão, que as crenças comuns são elaboradas, ou simplesmente, que se procura a companhia daqueles que pensam e sentem como nós”.

Após a assinatura dos consentimentos, iniciei a leitura do protocolo, em voz alta, para que eventuais dúvidas fossem sanadas e fossem feitas alterações se houvesse necessidade.

Logo no início da leitura da justificativa, um dos participantes começou a dar o seu depoimento, referindo que concordava com a descrição do ambiente cirúrgico contido no texto e de que forma ele se sentia enquanto enfermeiro de Centro Cirúrgico. Assim, não continuamos a leitura do protocolo, pois me pareceu que eles estavam sentindo uma enorme necessidade de falar do seu dia-a-dia, de seus sentimentos enquanto profissionais.

Após o primeiro depoimento, outros se sucederam, praticamente sem ter a necessidade da intervenção da coordenadora da reunião. Nestes depoimentos, eles referiram sentir-se diferentes dos demais enfermeiros de outras unidades do hospital. Julgam-se com um conhecimento mais avançado que os seus pares e por isso sentem-se isolados dos outros.

Um dos participantes coloca que

...O enfermeiro, de um modo geral, que trabalha no centro cirúrgico, não é que ele seja mal visto pelos próprios colegas dentro do hospital, ele é...por que assim ó, o enfermeiro que vai para o Centro Cirúrgico e se sustenta dentro do Centro Cirúrgico, consegue se manter

dentro do setor dele, ele só consegue através do conhecimento, não tem outra maneira, ou ele está sempre ao par da evolução, porque o médico viaja muito, traz muita evolução. E o enfermeiro de Centro Cirúrgico se colocando ao lado do médico, ele aprende por osmose mesmo. E os que tão fora do centro cirúrgico só acompanham o médico para trocar o curativo e pronto...

Num outro momento eles colocam que não participam das reuniões com os outros enfermeiros

...porque eles (os outros) ficam discutindo coisinhas simples como sondas, etc, e nós estamos numa outra dimensão. Para nós, isto não é nem assunto para ser discutido.

A maior parte dos componentes do grupo concordou com as colocações do colega e referiram que, como eles têm mais conhecimento, em geral, que os outros colegas, estes muitas vezes acham que eles estão “querendo se mostrar”. Percebo, nestas falas, que estes enfermeiros sentem-se discriminados pelos demais colegas. Isto, na opinião do grupo, faz com que sejam mal interpretados, e assim eles se sentem isolados dos demais.

Chaplin (1996) refere que o Centro Cirúrgico é um setor de circulação restrita e que esta privacidade tem relação com o tipo de atividade e de assistência ao paciente que ali é prestada. Segundo a autora, os princípios científicos que tem por objetivos tentar evitar a entrada de contaminantes de fora para dentro deste local, determinam a sua arquitetura, levantando barreiras físicas que separam áreas irrestritas, de circulação comum a todos, e áreas restritas, nas quais só é permitido entrar com roupas próprias de Centro Cirúrgico. Estas barreiras, continua Chaplin, torna-o local fechado, restrito e, ao mesmo tempo que evita a entrada de pessoas “estranhas” ao local, dificulta a saída de quem ali trabalha. Acredito ser este um dos maiores fatores que desencadeiam a sensação de isolamento desta “tribo”.

Nos depoimentos, fica claro, para mim, que o fato deles estarem trabalhando em um local onde se requer o uso de tecnologia de última geração, onde um grande conhecimento técnico é exigido, os faz sentirem-se muito valorizados, exatamente por dominarem esta tecnologia e este conhecimento.

Beck (2000) preocupa-se exatamente com a supervalorização da tecnologia, ou dos recursos tecnológicos, em detrimento ao cuidado direto do enfermeiro ao paciente, “sob o pretexto de a máquina ser capaz de identificar alterações mensuráveis...”(p.104).

No grupo estudado, o domínio desta tecnologia, que parece os diferenciar dos enfermeiros de outras unidades, determina uma auto-valorização. Aí já se pode perceber uma “pitada” de prazer, advinda da sensação de bem estar gerada pelo poder do conhecimento.

Para Lowel (1970, p.98-99)

o ego tem um importante papel no prazer quando identifica-se com o corpo. O ego forte permite que se aproveite mais a vida. O ego fraco diminui a capacidade de prazer... Muitas pessoas, excessivamente conscientes do ego, não se satisfazem com prazeres simples. Se atiram flechas, exigem alvos que irão desafiar sua habilidade. O alcance do alvo traz um outro elemento a essa imagem. Atingindo-o, consegue-se uma satisfação adicional do ego oriunda do sucesso que aumenta o prazer da atividade.

A importância de ter seu trabalho reconhecido e valorizado, principalmente pelos seus pares, é relevante para o bem estar do ser humano. Segundo Dejours (1996, p.158) “o julgamento só pode ter sentido para o sujeito se for pronunciado pelos parceiros que possuem competência para julgar a qualidade do trabalho. O julgamento dos pares não é contornável (mesmo que ademais, o sujeito possa buscar o julgamento de um auditório mais amplo, como toda a sociedade, visando celebridade).” Ainda sobre esse assunto continua o autor: “...o julgamento dos mais próximos é o mais temível e também o mais severo, mas é o julgamento decisivo.”

Outra percepção que obtive através dos depoimentos foi a de que todos valorizam muito seu trabalho, sentem orgulho do seu conhecimento, mas se sentem

injustiçados pelos colegas por não terem o seu trabalho reconhecido e por isso sentirem-se isolados dos demais.

Pareceu-me, através da leitura dos depoimentos, que uma relação dialética está estabelecida entre o prazer e o sofrimento percebidos por estes trabalhadores no seu cotidiano, pois o mesmo trabalho que lhes gera prazer, por lhes diferenciar dos demais, lhes traz sofrimento, exatamente por esta diferenciação o isolar dos seus pares. Para Ramos (1986, p. 50) “o isolamento social por tempo prolongado é uma das piores sanções que se pode infligir a alguém”.

Em um outro momento, uma componente do grupo, que trabalhava em um setor antes de ser transferida para o centro cirúrgico, referiu que realmente, antes de vir para o centro cirúrgico não conseguia entender os colegas e que:

...para mim foi um choque assim na verdade, enfrentar uma central de material, até porque não passava pela minha cabeça... parecia muito distante das minhas outras atividades, e hoje eu resgato como é muito interessante, de muito teste, de muito conhecimento, estudo, as outras pessoas te testam, e agora eu sinto uma grande diferenciação das outras unidades.

Em outros depoimentos, os participantes colocaram também as dificuldades que encontraram para definir os seus papéis quando chegaram no centro cirúrgico, e a importância que o trabalho que eles executam tem para o paciente e para a equipe. Julgam o Centro Cirúrgico o setor mais importante do hospital.

Durante os encontros tive a curiosidade de conhecer como estes enfermeiros foram levados a trabalhar no Centro Cirúrgico e de que forma eles se sentiram no início da sua carreira neste setor. Uma das componentes referiu que já trabalhava no setor como auxiliar de enfermagem e, que durante o curso, sofreu preconceito tanto dos colegas de trabalho, quanto dos enfermeiros do setor. No período de seu curso não tinha a intenção de continuar no centro cirúrgico após a formatura. Mas, alguns dias antes da colação, de

grau, foi convidada a substituir uma das enfermeiras que estava saindo e aceitou. Ela refere:

...é muito difícil mudar de função dentro do mesmo setor. A gente perde a identidade. Os colegas não aceitam. Quando se muda de função fica muito difícil. Acho que eu nem recomendo. A cabeça mexe muito. Existe muita cobrança.

Em um outro depoimento, o participante diz que trabalhar no Centro Cirúrgico é obra do acaso. Ninguém escolhe trabalhar lá. Eles é que são escolhidos. Acredita que um dos critérios, agora, para a contratação, é que o candidato seja homem, pois estes se adaptam melhor ao setor.

Considero este depoimento curioso, pois foge a regra geral de que, no trabalho de enfermagem, existe uma supremacia do feminino, talvez por se acreditar, segundo Pitta (1994), que as atividades cuidadoras aos enfermos sempre estiveram delegadas às mulheres.

A respeito disto, Gonzales (2000, p.26) diz que “temos um grande contingente de mulheres na enfermagem, evidenciando uma divisão sexual do trabalho, oriunda de uma época onde as mulheres eram responsáveis pelo cuidado das crianças, dos velhos e dos incapazes”. Beck (2000) reflete acerca das mulheres serem especialistas no enfrentamento do sofrimento que é o cuidado de um doente, já que desde cedo são treinadas para cuidar e se sacrificar para obtenção de um ganho moral.

As participantes do sexo feminino acharam a colocação do colega “machista”, quando este fala a respeito da necessidade de ser homem para ser enfermeiro de Centro Cirúrgico, mas acreditam que isto se deva, segundo elas, à maioria dos cirurgiões serem homens, e o **“homem dá uma sensação mais de respeito e a mulher é mais sensível”**.

No Centro Cirúrgico, como nas outras áreas de atuação do enfermeiro, percebe-se ainda uma “subalternidade” do trabalho do enfermeiro ao do médico. Através de análise das falas dos sujeitos deste estudo, posso considerar o médico, ou o cirurgião mais

especificamente, como o “toten”, ou seja a imagem do “sagrado”, que deve ser reverenciado e servido, pois dá-se a entender que todas as tarefas executadas devem servir a este. É a partir de seus desejos e necessidades que as coisas acontecem, e é para ele que os atos são realizados, ao invés de para o paciente, que deveria ser a razão de ser do trabalho do enfermeiro.

Talvez este “endeusamento”, deva-se, nas palavras de Beck (2000, p. 139) “aos sentimentos que muitos profissionais da enfermagem ainda têm em relação aos médicos, sentindo-se muitas vezes inferiorizados, com menos poder, especialmente em função do conhecimento”.

Não concordo com a autora, quando esta refere-se a um conhecimento menor do enfermeiro em relação ao conhecimento médico. Acredito que cada uma dessas ciências tem um corpo de conhecimentos próprio, o que não nos permite comparar a intensidade destes.

Segundo Beck (2000) cabe ao médico a coordenação e o controle do processo de trabalho, uma vez que lhe cabe o diagnóstico e a escolha da terapêutica para o paciente. Isto parece lhe conferir a parte mais intelectual do trabalho, relegando aos enfermeiros o papel de meros executores do trabalho.

Talvez o que falte à enfermagem seja definir seu papel de cuidador, ao invés de sentir-se, em muitos casos, como meros auxiliares do médico. Acredito que esta indefinição transforme-se em um sofrimento imenso.

Lunardi (1998, p. 322-323) acredita que

para o enfermeiro, as habilidades em realizar uma observação minuciosa e precisa passam a ser cada vez mais necessárias, não apenas para descrever os fatos ocorridos fielmente ao médico, como era preconizado por Florence Nightingale, à sua época. Tais habilidades, associadas às demais habilidades técnicas e ao acervo de conhecimentos em saúde, constituem-se no patrimônio técnico-científico atual da enfermagem.

Em um dos depoimentos, um dos participantes comenta que um dos seus maiores prazeres enquanto enfermeiro de Centro Cirúrgico, é que nesta tarefa ele pode se sentir “**quase um médico**”, já que o convívio entre os profissionais é mais intenso.

Pessoalmente imagino o sofrimento advindo de um prazer relativo a sentir-se inferiorizado, ou seja, fica claro nesta fala o papel subalterno a que este sujeito se coloca, e ainda se sente feliz com isto.

Em outro momento, os participantes referem ter sentido-se rejeitados pelos funcionários e médicos logo que chegaram ao setor, mas com o passar do tempo eles conseguiram achar o seu espaço:

...mas depois que você entra no setor e começa a conhecer e começa a dominar ele, você se sente meio proprietário dele, começa a conhecer os problemas e dificuldades e tu vai crescendo com elas e pronto.

Todos os participantes já se dizem adaptados ao setor, e que a maior fonte de prazer é quando conseguem resolver algum problema que parecia crônico e quando recebem reconhecimento, principalmente da equipe médica.

Para Gonzales (2000, p. 93)

os profissionais de enfermagem tem dificuldade em reconhecer a sua própria força e de assumirem seus compromissos profissionais. O reconhecimento, a valorização, quando está apenas centrada no que vem de fora (no elogio do outro, no agradecimento do outro), mesmo que exista e seja verdadeiro, não são recebidos como tal, não preenchem o vazio deixado por sua ausência dentro de cada um. A baixa auto-estima aparece na dependência e aprovação dos outros (principalmente do médico), quando a felicidade passa a estar na dependência das variações de humor de outros profissionais, principalmente daqueles que são ou que julgamos ser hierarquicamente superiores.

Alguns componentes referiram que sentem dificuldade em definir o seu papel. Têm a sensação, no final do dia, de não ter feito nada de produtivo, embora tenham trabalhado arduamente durante toda a jornada. As situações problemas se repetem continuamente, o que gera neles, muitas vezes, uma sensação de impotência e até de

incompetência. Referem que, na maior parte das vezes eles, sabem quais as soluções para estes problemas, mas estão amarrados por entraves administrativos, ou falta de apoio dos próprios colegas.

A respeito disso Chaplin (1996, p.30) diz que

mesmo sabendo que para além de nossos desejos e idealizações, a imediatividade dos atos necessária à manutenção da vida do paciente, muitas vezes acaba por 'matar' nossas pequenas ilusões de uma prática planejada; mesmo sabendo que nossos conhecimentos e habilidades não evitem que o inesperado se mostre e que as frustrações aconteçam.

Um dos participantes referiu que logo no início o "caos" do setor, a sua impotência frente as situações, o fez pedir para sair do centro cirúrgico, mas a Chefia de Enfermagem conversou com ele e o encaminhou para o serviço de apoio psicológico do hospital. Então, aos poucos, ele se ajustou ao setor e hoje ele diz gostar do que faz. Todos os outros membros referiram ter passado pelo setor de apoio psicológico, alguns espontaneamente e outros encaminhados pela chefia.

O fato de todos os componentes do grupo terem necessitado de um apoio psicológico, nos remete à carga psíquica necessária para a realização do trabalho na enfermagem. Para Gonzales (2000), estas cargas estão relacionadas com a atenção constante, ao ritmo alucinante do seu cotidiano, ao estresse, a insatisfação, ao trabalho repetitivo e parcelado, as horas extras, as dobras de plantão, as responsabilidades, à falta de comunicação, de criatividade e autonomia.

Posso concluir, através das falas, que nenhum participante foi trabalhar no centro cirúrgico por opção pessoal. Por opção entendo a escolha de setor. Nenhum deles referiu, em nenhum momento, ter se imaginado como enfermeiro de centro cirúrgico durante a sua graduação, e este não seria o local de trabalho que escolheriam para trabalhar. Também não tiveram nenhum preparo para assumir a nova função, o que gerou em todos uma fonte grande de angústia e sofrimento. Mas depois que foram aceitos e se ajustaram, passaram a sentir-se parte importante do ambiente, sentindo orgulho pelo que fazem.

Quando questionados sobre a possibilidade de trocar de setor, já que lá o sofrimento é muito grande, somente uma das participantes referiu ter vontade de sair, mas que ao mesmo tempo;

... lá é minha casa, é isto que eu sei fazer, e não sei se me adaptaria em outro setor.

Beck (2000, p.95) refere que, durante a coleta de dados para sua tese de doutoramento, desenvolvida em setores críticos hospitalares teve a sensação de que “aqueles trabalhadores consideravam o seu local de trabalho o mais difícil, o mais sofrido, mas não faziam nenhuma referência à saída para outro”. A autora acredita que esta resistência está relacionada com a acomodação, à segurança, a partir do próprio controle de pacientes, da assistência e do próprio ambiente, do medo do desconhecido, dentre outros aspectos.

Em um dos encontros adaptei uma técnica de dinâmica de grupo chamada de “O Jardim Zoológico” de Lima (1982) na qual o autor utiliza animais para descrever ou identificar o comportamento e as atitudes de cada membro do grupo. Baseada nesta técnica, solicitei que cada participante descrevesse a si mesmo, enquanto enfermeiro de Centro Cirúrgico, como um animal e justificasse a sua escolha.

O meu maior objetivo, com esta técnica, era de que eles conseguissem ilustrar os seus sentimentos de uma forma mais concreta, para retratarem exatamente como são enquanto profissionais.

Para ilustrar, podemos usar a analogia da tribo, para alguns índios Yanomani que vivem no norte de Roraima, quando uma criança nasce, ela recebe o nome de um animal, que foi caçado por seu pai quando de seu nascimento. Este fato é muito importante para esta população, pois esta caçada é “misticamente sobrecarregada de perigos, em parte porque a criança receberá do animal, além do nome, também um certo espírito que se instala em seu corpo”(Ramos, 1986, p.24) .

A primeira componente disse que:

...tem dias que eu me sinto uma *anta* porque me sinto totalmente ignorada, e tem dias que eu me sinto uma

vaquinha de presépio. É, acho que é isto... , um vaquinha de presépio. Na hora que precisam do capacho, então tá lá, a anta. Sugam o máximo de mim e no final não me dão bola. Tem dias que me sinto o lixo do lixo. Mas tem dias que eu me sinto melhor, poucos dias é claro

Neste depoimento parece claro a insatisfação, a expressão de menos valia, ou a baixa auto-estima e a sensação de ser usada no seu trabalho. O sofrimento pelo desprezo, da pouca valorização da sua função.

A próxima participante refere-se com a si mesma como uma **leoa**, porque passa o dia brigando pelo que não é dela, e tem que responder por coisas que acontecem até quando ela não está lá. Em resumo, ela se sente uma eterna lutadora, pois tem que estar o tempo todo defendendo o seu setor e os seus funcionários.

Uma outra componente, que é enfermeira da sala de recuperação, se diz uma **gata**, uma gata que briga:

...mas tem dias que eu estou bem mansinha, fico uma gata mansinha.. Mas na maioria das vezes eu fico muito irritada.... Eu brigo principalmente com as colegas de outros setores, por causa do meu pouco espaço, e parece que eles não entendem que não podem deixar os pacientes muito tempo depois do necessário aqui na SR, pois eu não tenho espaço. Mas é um briga daquele momento. Daqui a pouquinho já tá tudo numa boa.

Os demais componentes acham que estes atritos acontecem porque os colegas de outros setores não conhecem a realidade do Centro Cirúrgico.

Um outro enfermeiro se definiu como uma **fuinha**, pois ele acha que esta sempre em tudo que é lugar, mas não consegue ficar muito tempo em lugar algum, pois esta sempre sendo chamado em outro lugar para resolver outra coisa.

No próximo depoimento o enfermeiro referiu se sentir como uma **lebre**, porque esta sempre sendo caçado. Ele não pode parar nunca, tem que estar sempre correndo de um

lado para o outro, porque se ele parar, alguma coisa vai acertá-lo, ou seja, alguma coisa vai dar errada.

O mais novo enfermeiro do grupo, que é recém formado diz se sentir um **filhote de fuinha**, porque ainda está na fase de ficar somente observando. Não conseguiu ainda descobrir o seu papel, está em fase de aprendizagem, por isto fica **xereteando** em todas as cirurgias. Ainda não sentiu o peso da responsabilidade. **Não me acharam ainda.** Sente a necessidade de ser mais solicitado, de se sentir mais útil.

Uma outra participante diz que:

Qual é o bicho que tem ficar sempre atento, com o ouvido sempre aguçado, não posso perder nada, mesmo se eu não estou enxergando, tenho que estar ouvindo tudo. Também me sinto uma fuinha, porque tenha que estar em vários lugares ao mesmo tempo. ... Lembrei! Acho que o bicho é um cão de caça, sempre com o ouvido atento.

De Masi (2000, p. 31) resume todos estes depoimentos ao relatar um texto, que segundo ele é encontrado em muitos escritórios e que diz:

Toda manhã, na África, uma gazela desperta. Sabe que deverá correr mais depressa do que o leão ou será morta. Toda a manhã, na África, um leão desperta. Sabe que deverá correr mais do que a gazela ou morrerá de fome. Quando o sol surge, não importa se você é um leão ou uma gazela; é melhor que comece a correr.

Na minha visão, no Centro Cirúrgico, o enfermeiro ora é o leão, ora é a gazela. Pelos animais escolhidos para demonstrar o seu dia a dia, percebi que estes sempre se sentem caça ou caçadores. Ora fortes e poderosos, ora submissos e assustados.

A minha percepção foi de que eles ora referiam sofrimento, quando se colocavam como caça, e prazer, enquanto caçadores. Ou seja, confirmando a visão dialética do mundo, a vida e o viver, bem como o trabalho, não gera só sofrimento ou somente alegria...o pêndulo oscila entre estes pólos o tempo todo.

Este encontro foi bastante divertido, pois a técnica utilizada serviu para descontrair o ambiente, permitindo que eles falassem sobre os seus sentimentos de uma forma mais livre e metafórica.

Em outro encontro utilizei a TEORIA COGNITIVA DO ESTRESSE DE LAZARUS E FOLKMANN, com o objetivo de avaliar quais as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos enfermeiros participantes, quando se deparavam com situações de crise, ou seja, quais as “armas” que estes “caciques” utilizam para enfrentar suas adversidades.

Num primeiro momento, foi explicado, de uma forma sucinta, aos participantes o que é a teoria, e então entregue a cada enfermeiro um formulário que continha um espaço para que eles descrevessem a situação mais difícil que eles já haviam enfrentado durante sua vida profissional, e solicitado para que assinalassem quais as estratégias que utilizaram para enfrentar esta situação. Utilizei como estratégias as sugeridas por Lazarus & Folkman, já listadas no capítulo “Das Concepções Xamanísticas”.

Todos os membros do grupo preferiram contar em voz alta as situações vividas, e então assinalarem suas estratégias. Entendo esta escolha como reforço a percepção que tive da necessidade de todos compartilharem suas experiências.

O interessante foi que todas as situações relatadas envolviam discussões com membros da equipe médica, chegando um dos participantes a comentar que pensou em **matar aquele homem**. Acredito que esta fala representa a vontade de se desvencilhar da supremacia do médico, de encontrar a sua própria identidade profissional.

As estratégias mais assinaladas, em ordem de aparecimento, foram:

1. Tentei analisar o problema para compreendê-lo melhor.
2. Continuei como se nada tivesse acontecido
3. Busquei auxílio profissional.
4. Desculpei-me.
5. Tentei não agir de uma forma precipitada e impulsiva.
6. Evitei ver as pessoas.

7. Aceitei , uma vez que nada podia ser feito.
8. Tentei ver as coisas do ponto de vista da outra pessoa.
9. Sabia o que tinha que ser feito, então redobrei meus esforços para que as coisas funcionassem.
10. Fiz um plano de ação e o segui.

O que me pareceu interessante foi que praticamente todos assinalaram as mesmas alternativas, e basicamente apareceram tanto estratégias baseadas na emoção, quanto centradas no problema, evidenciando a identidade grupal e a similitude dos problemas que enfrentam.

De outra forma, pareceu-me pelas estratégias escolhidas, que em parte das vezes, o enfermeiro se sentia responsável pelo fato que estava gerando o conflito, chamando para ele a “culpa” do conflito.

Talvez porque, enquanto “cacique”, o enfermeiro sinta-se responsável pelo ambiente de trabalho, pela manutenção da paz e do equilíbrio. Quando não consegue, se culpa, se frustra e sofre.

No último encontro, procurei rever os objetivos do trabalho e validar as impressões coletadas em cada um dos encontros anteriores. Após a releitura destes, todos os componentes do grupo concordaram que os mesmos tinham sido, na sua grande parte, alcançados.

A conclusão a que o grupo chegou sobre o ambiente, ou o seu cotidiano, foi de **caos**, mas um **caos organizado**, ao qual estão praticamente todos ajustados, embora nem sempre se sintam confortáveis nesta rotina diária.

Os componentes definem o seu ambiente como muito barulhento, muito instável. Da mesma forma que em um momento está calmo, no próximo segundo já está completamente caótico, o que exige deles grande poder de adaptação e habilidade para agir rapidamente.

O ambiente do Centro Cirúrgico é o espaço, o local acrescido de vida, dinamizado por emoções e paixões. Algo mais do que uma área física com equipamentos e instrumentos especiais onde são realizadas as cirurgias; mais do que um

local de cumprimento de normas, rotinas e princípios científicos; bem mais do que um espaço de produção de trabalho com fins lucrativos. Por isto, pondo de lado as suspeitas que fazem deste local um reservatório do mal, da desordem, da indisciplina, da intolerância, talvez possamos vê-lo como um local onde a brutalidade do cotidiano constrói uma harmonia entre homens e materialidade (Chaplin, 1996, p. 28)

Quanto ao objetivo que era “levantar os sentimentos de prazer e sofrimento”, o grupo concluiu, validando a minha percepção, que os sentimentos que geram sofrimento, como angústia, tensão, sensação de impotência e incompetência aparecerem com muito mais frequência nos depoimentos. Sobre o prazer, eles novamente frisaram que vem do reconhecimento e do conhecimento que o Centro Cirúrgico lhes propicia, fazendo com que se sintam a **elite da enfermagem**. Pode-se observar, novamente, e agora nos dizeres dos próprios sujeitos, não somente baseado nas minhas inferências, que a necessidade da proximidade e do reconhecimento pelo cirurgião é muito importante para este grupo.

Em um outro momento, foi devolvido aos participantes o resultado do levantamento do tipo de estratégias de enfrentamento utilizadas durante as crises. O grupo referiu ter achado muito interessante conhecer a teoria e aprender a tomar decisões baseadas na resolução dos problemas e não somente na emoção.

O último momento foi o da avaliação da importância deste trabalho. Questionei-os se o grupo tinha sido importante para eles, e se o objetivo de proporcionar um espaço para que pudessem expor seus sentimentos tinha sido alcançado e como eles se sentiram participando do grupo.

Todos referiram ter gostado de participar do grupo, principalmente por poderem ter contato com outros enfermeiros que vivem as mesmas situações.

O importante foi poder falar de nós.

Valeu a pena, botei para fora. Não assim, tipo aquela coisa de terapia, que tu faz mas tu diz as coisas meio melindradas.

Acho que poderíamos ter feito isto por mais tempo. O tempo foi meio curto.

A gente precisa deste espaço, para poder por tudo para fora.

Quando questionados se eles realmente tinham conseguido fazer suas colocações sem melindres e com liberdade, responderam que no início eles ficaram com um pouco de receio, mas que logo sentiram que tinham liberdade e até necessidade de colocar seus verdadeiros sentimentos.

Os participantes referiram que a presença no grupo também foi importante pois eles puderam conhecer melhor os seus colegas e que isto com certeza melhorará as relações entre eles. Houve a sugestão de, com o tempo, formar um grupo permanente para discussão, estudo, e produção de conhecimento.

O grupo se mostrou bastante interessado em saber se eles tinham correspondido as minhas expectativas, e se de alguma forma eles tinham ajudado no meu trabalho. Coloquei que a participação de todos tinha sido muito importante, e que o grupo havia superado as minhas expectativas em relação à participação e na sinceridade de suas colocações, o que realmente me surpreendeu, pois não esperava tanta receptividade.

Encerrei a reunião e o trabalho desenvolvido, convidando-os para participarem da apresentação pública desta dissertação.

Após rever os depoimentos, e ao analisar os dados obtidos, separei-os em duas grandes categorias, sendo elas **prazer e sofrimento**, que por sua vez, foram divididas em sub-categorias e apresentadas no quadro 1.

Quadro 1: Categorias e Sub-categorias, de prazer e sofrimento.

PRAZER	SOFRIMENTO
<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhecimento elevado 2. Domínio da tecnologia 3. Auto-valorização 4. Bem-estar gerado pelo poder do conhecimento 5. Reconhecimento 6. Sensação de pertença ao setor 7. Ajuste ao setor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Isolamento social/geográfico 2. Discriminação pelos colegas 3. Subalternidade 4. Sentimento de baixa produtividade 5. Sensação de impotência 6. Sensação de incompetência 7. Falta apoio da administração e dos colegas.

Depois desta etapa, a possibilidade de uma representação gráfica foi sendo evidenciada. Discutindo, ora com a orientadora, ora com a artista plástica Márcia B. Aliprandini, surgiu a Ilustração a seguir apresentada e que descrevo a seguir:

Na base da cruz verde, que representa a saúde e, pela cor, a enfermagem aparecem pessoas isoladas, a beira de um abismo, **sofrendo** por este isolamento e solidão nas suas concepções. A partir da formação do grupo, estas pessoas emergem, aparecendo agora unidas e acalentando-se, e através da emoção e razão representadas pelos homens pensando nos braços da cruz, “brota” uma flor, representado o **prazer**.



2002 JIMMYE WALKER

6. DAS REFLEXÕES DA XAMÃ

“O que sobrou de todas as andanças deve ser o meu verdadeiro eu”

(Mário Quintana).

Ao meu ver, os objetivos foram praticamente todos atingidos e as leituras, realizadas para formação do marco conceitual, ou seja “Das Concepções Xamanísticas”, se mostraram bastante importantes para que pudesse entender e me instrumentalizar melhor para poder compreender o universo, ou a tribo, do enfermeiro de Centro Cirúrgico.

Os conceitos de **prazer e sofrimento** foram utilizados para tentar elucidar os sentimentos que advinham da suas práticas diárias e, principalmente de situações inesperadas que provinham dessas.

Pude observar que o **sofrimento** pareceu ser mais freqüente, ou parecia ser mais predominante, pois o dia-a-dia destes enfermeiros é cansativo e, têm-se a impressão que é pouco produtivo, segundo as próprias falas, quando dizem que seu trabalho parece nunca ser finalizado, ser repetitivo e não ter resolução.

O **prazer** foi relatado quando comentava-se do seu grande conhecimento, que é resultado, segundo os sujeitos, da complexidade e da alto grau de exigência do setor em que atuam, e também da rápida especialização de outras profissões que trabalham em conjunto com o enfermeiro de Centro Cirúrgico, principalmente dos médicos.

Outro ponto que apareceu, com bastante frequência, foi a **satisfação** que estes caciques demonstravam quando relatavam sentirem-se bastante aceitos e ter seu trabalho reconhecido pela equipe médica. Para os sujeitos deste trabalho, isto parece ter uma grande importância, pois segundo eles, isto os diferencia dos demais enfermeiros e lhes confere um certo “status” na profissão.

Acredito que, na grande maioria das vezes, os sentimentos de **prazer** e de **sofrimento** apareceram muito juntos, de uma forma ambígua. Tive momentos em que me foi muito difícil definir se o que se estava sendo relatado era uma situação prazerosa, ou se era de sofrimento.

A Teoria Cognitiva do Estresse se mostrou de uma ajuda valiosa para que eu pudesse entender a forma de agir dos enfermeiros nas situações adversas do seu cotidiano.

Embora esta teoria não tenha sido utilizada na sua totalidade, ou seja, só foi aplicado o instrumento para diagnosticar se as estratégias de enfrentamento usadas era centrados no problema ou focalizadas na emoção, ela deu conta de me fazer perceber, como diz em um dos seus pressupostos: “ambigüidade e vulnerabilidade são características de muitos, senão de todos os encontros da vida real”.

Quando do uso de parte da teoria, pude observar que as estratégias ou as armas de todos os caciques eram muito semelhantes, aparecendo frequentemente as mesmas respostas para vários sujeitos, o que pareceu contradizer os autores da teoria quando referiam que os fatores pessoais devem ser considerados relevantes pois: representam o que é importante ou não para as pessoas como linhas de pensamento e atitude pessoal, muitas vezes implícitas no comportamento das pessoas, e que são fundamentadas na visão de mundo de cada ser humano. São eles os valores, as crenças e os engajamentos das pessoas.

Por outro lado, o que pode explicar a similaridade das estratégias de enfrentamento pode ser o que os autores chamam de fatores situacionais, que referem-se às propriedades formais dos encontros que criam potencial para as formas de ameaça, perda ou desafio. Como as situações de estresse que apareceram para todos eram muito parecidas, é comum acreditar que as formas para enfrentar estas situações sejam parecidas.

Outro fator para as estratégias usadas para o enfrentamento serem muito parecidas, talvez seja a forte identidade grupal, ou cultura grupal, que se estabeleceu, talvez, por terem a mesma formação, e conviverem em ambientes muito iguais, no sentido das situações e relações que lá se estabelecem.

Foi gratificante trabalhar com pessoas que vivenciam as mesmas situações e sentimentos que eu durante a minha vida profissional, principalmente a “sensação de descontrole e ao mesmo tempo de poder” e que o desgaste emocional é muito grande, mas “mesmo assim não pensava e, não penso até hoje, em mudar de ambiente”.

Outro prazer derivado deste estudo foi o de ver que este trabalho parece ter melhorando um pouco as relações e a qualidade de vida destes caciques, na medida em que oportunizou um espaço para que pudessem discutir e repensar o seu cotidiano, talvez até levando-os a descobrir alternativas ou armas para modificação das situações que geram sofrimento, ou para uma melhor forma de enfrentá-las.

Acredito ser importante a continuidade dos encontros destes enfermeiros, mas agora partindo deles mesmos a iniciativa da formação do novo grupo, para que tenham um apoio para o enfrentamento das adversidades do seu cotidiano.

Além de propiciar uma melhoria nas relações dos caciques desta tribo, acredito ser este trabalho importante, na medida que nos faz refletir sobre a necessidade de instrumentalizarmos melhor os “aspirantes à cacique”, ou seja os alunos da graduação em Enfermagem, para que possuam “armas” suficientes para enfrentar este cotidiano, ou estas batalhas diárias, e também levá-los a vislumbrar precocemente este dia-a-dia, e assim não sentirem-se tão abandonados e despreparados quando chegar a sua vez de serem caciques, talvez assim, podendo melhorar um pouco a sua qualidade de vida no trabalho e, conseqüentemente, na sua vida pessoal. Santo (1996, p.24) refere que “a qualidade de vida somente se torna viável quando o homem consegue ampliar sua consciência de forma a ver-se integralmente e, por conseqüência, perceber o mundo à sua volta, sempre constatando a perfeita harmonia e unidade entre ambos”.

Este estudo inspirou-me outros, como o estudo dos mitos e ritos que existem no Centro Cirúrgico, ou seja, o que, dentro deste cotidiano, tem um real valor científico, e o que é fruto de uma concepção empírica, criado pelo hábito das convivências e identidade

grupais. Outra pesquisa que poderia ser realizada, com base nos dados apresentados é a da visão que os enfermeiros de outras unidades, ou até outros profissionais, têm do enfermeiro de Centro Cirúrgico, para comparar se a impressão que estes revelaram durante os encontros reflete realmente os sentimentos dos outros trabalhadores da área.

Penso, finalmente, que também é importante **sofrermos** para podermos crescer, pois assim chegaremos ao **prazer**, ou seja, ao prazer de nos sabermos capazes de enfrentar o sofrimento e transformá-lo em conhecimento, maturidade e assim nos tornarmos seres humanos mais capazes, mais sensíveis.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, Ruben. **Teologia do cotidiano: meditações sobre o momento e a eternidade.** São Paulo: Olho d' Água, 1994.
- BARKER, Mie. Deverá haver a presença de enfermeiro na sala de operações? **Nursing**, n.115, ano 10, p. 9 – 13, 1997.
- BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho.** Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade de Santa Catarina.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência – resgatando Florence Nightingale.** Goiania: AB editora, 1997.
- CASTELLANOS, B.E.P. O trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico no Brasil (década de 80). **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 25, n. 2, p. 177-94, 1991.
- CASTLEDINE, G. Theatre nursing: isolated or integrated?. London, Br. Journal of Nursing 1 (11): 559, 1992. In: Barker, Mike. Deverá haver a presença de enfermeiro na sala de operações?. **Nursing**, n. 115, ano 10, p. 9 –13, 1997.
- CHAPLIN, Maria José M. **A dinâmica do centro cirúrgico numa perspectiva de relacionamentos cotidianos.** Rio Grande, 1996. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- DEJOURS, Christophe; ABDOUCHELI, Elisabeth & JAYET, Christian. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho.** São Paulo; Atlas, 1994.

- DEJOURS, Christophe. Uma nova visão de sofrimento humano nas organizações. In: CHANTAL, Jean-François. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996, v.1.
- DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2000.
- DE MASI, Domênico. **O futuro do trabalho: fadiga e ócio na sociedade pós-industrial**. Brasília: UNB – José Olympo, 2000.
- DURKHEIM, E. De la division du travail social. In: MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- FIGUEIREDO, Nêbia M. A. et all. A dama de branco transcendendo para a vida/morte através do toque. In: MEYER, Dagmar et all. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: ArtMed, 1998.
- GONZALES, Rosa Maria Bracini. **Sufrimento na práxis da enfermagem: real ou imaginário?** Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- GUELER, Rodolfo F. **Grande tratado de enfermagem**. São Paulo: Santos Maltese, 1990.
- HELLER, Agnes. Sociologia de la vida cotidiana. In: BECK, Carmem Lúcia Colomé. **Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho**. Florianópolis, 2000. Tese (Doutorado) – Universidade de Santa Catarina.
- LADDEN, Carol S. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. In: MEEKER, Margareth; ROTHROCK, Jane. **Cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- LANDERDAHL, Maria Celeste. **Climatério: perda, ameaça ou desafio?** Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina.
- LAZARUS, Richard; FOLKMANN, Susan. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- LIMA, Lauro de Oliveira. **Treinamento em dinâmica de grupo**. Petrópolis, RJ: Ed. Vozes, 1982.
- LOWEL, Alexander. **Prazer: uma abordagem criativa da vida**. São Paulo: Sumus, 1970.
- LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. **O mito da subalternidade do trabalho de enfermagem à medicina**. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Santa Catarina.

- MADUREIRA, Valéria S. F. O conceito “enfermagem” – suas definições na ciência e no senso comum. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 2. P. 45-58, 1993.
- MAFFESOLI, Michel. **O tempo das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- MUNARI, Denize B.; RODRIGUES, Antonia R. F. **Enfermagem e Grupos**, Goiânia; Ed. AB, 1997.
- OETTKER-BLACK, S.L. Preoperative preparation: historical development. *AORN Journal*, 57 (6), 1402-10. Apud LADDEN, Carol S. Conceitos básicos de enfermagem perioperatória. P. 14. In: MEEKER, Margareth; ROTHROCK, Jane. **Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- PADILHA, Maria Ithayra C. S. et all. O legado e o (re)negado –a enfermagem e as ordens/associações religiosas. **Texto e Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 7, n.1, p. 71-89, 1998.
- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989.
- RAMOS, Alcida Rita. **Sociedades Indígenas**. São Paulo: Ática, 1986.
- SANTO, Ruy César do Espírito. **Pedagogia da transgressão**. Campinas: Papyrus Editora, 1996.
- STAGNER, Roos. **Psicologia de la personalidad**. México: Trillas, 1976.
- THORWALD, Jurgen. **O século dos cirurgiões**. São Paulo: Humus, s/d.

ANEXO**CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO**

Eu -----, após receber todas as informações pertinentes ao projeto de Prática Assistencial do Curso de mestrado Interinstitucional em Assistência de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Pólo Passo Fundo, denominado Prazer e Sofrimento no Cotidiano do Enfermeiro de centro Cirúrgico, desenvolvido pela mestrandia Mônica Krahl, sob a orientação da Dr.^a Rosita Saupe, concordo em participar do referido como voluntário.

Declaro também, ter sido esclarecido sobre meu compromisso de participação, o direito de abandonar o grupo, o sigilo quanto aos depoimentos e o anonimato.

Concordo com a publicação dos resultados, bem como das fotos do grupo, se houverem e com a propriedade intelectual dos dados em favor da autora deste projeto.

Data: _____

Assinatura: _____