

UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA
INSTITUTO DE GEOGRAFIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO MESTRADO PROFISSIONAL
EM SAÚDE
AMBIENTAL E SAÚDE DO TRABALHADOR

MÁRCIA FERREIRA DE MEDEIROS ANDRADE

O CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

UBERLÂNDIA

2018

MÁRCIA FERREIRA DE MEDEIROS ANDRADE

**O CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DE UM
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador da Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Geografia (PPGAT/UFU), como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador.

Orientador: Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão.

UBERLÂNDIA

2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFU, MG, Brasil.

A553c Andrade, Márcia Ferreira de Medeiros, 1981-
2018 O cuidado de si na perspectiva dos enfermeiros de um hospital
 universitário / Márcia Ferreira de Medeiros Andrade. - 2018.
 133 f.

 Orientador: Ailton de Souza Aragão.
 Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Uberlândia,
 Programa de Pós-Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do
 Trabalhador.

 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.14393/ufu.di.2018.139>
 Inclui bibliografia.

 1. Geografia médica - Teses. 2. Saúde e trabalho - Teses. 3. Hábitos
 de saúde - Teses. 4. Enfermeiros - Saúde - Teses. I. Aragão, Ailton de
 Souza. II. Universidade Federal de Uberlândia. Programa de Pós-
 Graduação em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. III. Título.

CDU: 910.1:61

MÁRCIA FERREIRA DE MEDEIROS ANDRADE

**A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS
ENFERMEIROS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Dissertação apresentada para obtenção do
Título de Mestre no Programa de Pós
Graduação Mestrado Profissional em Saúde
Ambiental e Saúde do Trabalhador da
Universidade Federal de Uberlândia, Instituto
de Geografia (PPGAT/UFU), pela banca
examinadora formada por:

Uberlândia, 07 de Fevereiro de 2018.

Resultado: _____.

Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, UFTM/MG. (Orientador)

Prof. Dr. Álvaro da Silva Santos, UFTM/MG.

Prof. Dra. Karine Santana Azevedo Zago, UFU/MG.

Prof. Dr. Samuel do Carmo Lira, UFU/MG. (Suplente)

Dedico este trabalho, em primeiro lugar, à Deus que iluminou o meu caminho durante esta caminhada, e em especial ao meu esposo Clenio, a minha família e amigos que de forma especial e carinhosa, me apoiaram nos momentos de dificuldades, respeitaram e compreenderam os meus momentos de estresse. Obrigada sem vocês eu não teria conseguido.

AGRADECIMENTO

Quero agradecer a Deus por todas as bênçãos que tem me proporcionado. Que falou comigo quando recorri a tua palavra nos meus momentos de angústia. E que sempre está ao meu lado, me protegendo e guiando pelos caminhos traçados por Ele.

Ao meu esposo Clenio que sempre me deixou livre para ir atrás dos meus sonhos, que me apoiou e ajudou a enfrentar os desafios de cabeça erguida. Mesmo quando eu pensei em desistir, me fazia repensar em toda minha trajetória acadêmica, profissional e de vida para chegar até onde cheguei. E dessa forma, eu concluía que não seria agora que a palavra desistir estaria no meu vocabulário.

Aos meus pais e família que foram o meu suporte, me apoiando e incentivando a continuar. Em especial, a minha mãe Creuza, que nunca mediu esforços para que suas filhas tivessem estudo e um trabalho digno. Que sempre se abdicou de si em prol de nós, que fez, faz e fará o que for necessário para que os nossos sonhos e desejos sejam realizados.

Ao meu orientador Prof. Dr. Ailton de Souza Aragão, pelo carinho e acolhimento. Que soube entender minhas dificuldades e fraquezas. Ensinou-me a percorrer caminhos não antes desbravados pela minha pessoa. Obrigada mestre pelos seus ensinamentos, pela paciência e pela dedicação com esta pesquisa. Fez-me aprender a esperar, no auge da minha ansiedade e impaciência. Enfim, sobrevivi e estou aqui para brindarmos na linha de chegada.

Aos meus amigos, amigos de trabalho e em especial a CAROLLINE VIANA e MARÍLIA BERARDI, minhas coordenadoras que não mediram esforços para que esse sonho fosse concretizado. A vocês da Endoscopia do HC UFU, o meu carinho especial, obrigada por me acolherem, por também terem mudados seus horários de trabalho para me ajudarem. As minhas coleguinhas mestradas ILDA, LÍGIA, CELEIDE e VIVIANE e aos demais da II turma do PPGAT, que cada um com o seu jeito todo especial, nos juntamos e superamos os desafios. Enfim, obrigada amigos pela paciência, por terem me ouvido, que enxugaram minhas lágrimas e me abraçaram.

Obrigada aos professores do PPGAT/UFU pelo compartilhamento das informações, que também não mediram esforços para nos ensinar. Aos participantes da pesquisa por terem contribuído grandemente com este estudo, disponibilizaram parte do seu tempo de trabalho para falarem de si para uma pessoa desconhecida para alguns. Essa Dissertação só foi

concluída porque tivemos atores muito especiais envolvidos: VOCÊS, ENFERMEIROS DO GÊNERO MASCULINO DO HC/UFU.

As professoras Dra. Karine Zago e Dra. Efigenia Freitas que contribuíram satisfatoriamente na minha Banca de Qualificação, com um olhar atento e cuidadoso aos detalhes que se passaram despercebidos. Espero que eu tenha conseguido contemplar as sugestões propostas.

“O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.”

Leonardo Boff

RESUMO

Historicamente, o foco da enfermagem, em relação ao cuidado, sempre foi voltado ao cuidado do outro e, minimamente, ao cuidado do profissional. Diante da dor, da morte, das condições e organização do trabalho, da prestação do cuidado, os enfermeiros também, ao perderem sua saúde, sofrem seus impactos, dialeticamente, na realização do trabalho. Numa perspectiva foucaultiana, cuidado de si é o modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais se assume, se modifica, se purifica, se transforma e se transfigura. Estudar o cuidado de si, portanto, possibilita a compreensão não somente das ações dos sujeitos no âmbito da saúde, mas dos sentidos que eles atribuem a essas ações em face dos contextos em que elas são produzidas, justificando suas atitudes frente às realidades vivenciadas. Este estudo objetivou compreender o significado e os desafios para o cuidado de si na perspectiva dos enfermeiros de um Hospital Universitário. Trata-se de um estudo de caso com metodologia qualitativa e, para tanto, a construção e análise dos aspectos sócio demográfico, o diagnóstico das práticas do cuidado de si e os seus desdobramentos para a saúde desses trabalhadores ocorreram por meio de entrevistas semi estruturadas. Participaram deste estudo 15 enfermeiros do gênero masculino que estavam lotados em setores assistenciais e administrativos do cenário estudado, com idades entre 30 e 62 anos. As narrativas foram analisadas segundo a análise de conteúdo na modalidade temática, que permitiram a emergência de cinco categorias temáticas, a saber: 1) “Eu sou eu”: desafios do cuidado de si na rotina cotidiana; 2) “Cuidar de mim é...”: o cuidado de si entre saberes e práticas; 3) “Escolhas, liberdade, responsabilidade e desafios na produção do cuidado de si”; 4) “O cotidiano do trabalho de Enfermagem e os desafios do cuidar de si: A saúde do trabalhador em foco”, 5) “Cuidado de si: desafio institucional frente à Saúde do Trabalhador”. Os resultados revelaram que os enfermeiros apresentaram dificuldades para falarem de si, mas se caracterizaram como pessoas “caseiras” e “tranquilas”, tendo como entretenimento atividades com a família e amigos. A prática de atividades físicas integra parte do cotidiano desses profissionais, ainda que para alguns não seja rotineira. O cuidado de si vai além do cuidar da saúde, do corpo, da doença e do mundo, ou do famoso *check up*. O descuido de si é constatado pela reduzida ou ausência de cuidados consigo, como uma alimentação balanceada, prática de atividades físicas e lazer, acompanhamento médico ou realização de exames. A pesquisa reconheceu a importância da subjetividade do cuidado frente ao processo de trabalho e como este impacta naquela, pois o trabalho da enfermagem podem afetar o cuidado de si e o autocuidado e, ao mesmo tempo, impor barreiras nas demandas diárias de trabalho e/ou vida social. Evidencia-se a necessidade de uma escuta humanizada, de uma gestão focada nas pessoas, com valorização da equipe, fomentando o diálogo e o reconhecimento.

PALAVRAS -CHAVE: Cuidado de si. Trabalho de Enfermagem. Gênero Masculino.

ABSTRACT

Historically, the focus of nursing, in relation to care, has always been directed towards the care of the other and, minimally, to the care of the professional. Faced with pain, death, conditions and organization of work, care delivery, nurses also, when they lose their health, suffer their impacts, dialectically, in the performance of work. In a Foucaultian perspective, caring for oneself is the way to face things, to be in the world, to practice actions, to have relationships with others; a certain way of looking at oneself; of actions that are exercised from self to self by which one assumes, modifies, purifies, transforms, and transforms. Studying care for self, therefore, enables the understanding not only of the actions of the subjects in the health area, but of the senses that they attribute to these actions in the face of the contexts in which they are produced, justifying their attitudes towards the realities experienced. This study aimed to understand the meaning and challenges for self care from the perspective nurses from a University Hospital. It is a case study with a qualitative methodology, and for that, the construction and analysis of socio-demographic aspects, the diagnosis of self-care practices and their unfolding for the health of these workers occurred through semi-structured interviews. Fifteen male nurses who were employed in care and administrative sectors of the scenario studied, aged between 30 and 62, participated in this study. The narratives were analyzed according to the content analysis in the thematic modality, which allowed the emergence of five thematic categories, namely: 1) "I am me": challenges of caring for oneself in the daily routine; 2) "Caring for me is ...": caring for each other between knowledge and practice; 3) "Choices, freedom, responsibility and challenges in the production of self-care"; 4) "The daily work of Nursing and the challenges of caring for oneself: The health of the worker in focus", 5) "Care of self: institutional challenge to Workers' Health." The results revealed that the nurses presented difficulties to talk about themselves, but they were characterized as "home" and "quiet" people, having as entertainment activities with family and friends. The practice of physical activities integrates part of the daily life of these professionals, although for some it is not routine. Self-care goes beyond caring for health, body, disease and the world, or the famous check up. Carelessness is evidenced by the reduced or lack of care with you, such as a balanced diet, physical activity and leisure, medical monitoring or testing. The research acknowledged the importance of the subjectivity of care in relation to the work process and how it impacts on it, since the work of nursing can affect self care and self care and, at the same time, impose barriers in the daily demands of work and / or social life. There is a need for humanized listening, for people-centered management, for team appreciation, and for fostering dialogue and recognition.

KEYWORDS: Self Care. Nursing Work. Male Gender.

RESUMEN

Históricamente, el foco de la enfermería, en relación al cuidado, siempre fue vuelto al cuidado del otro y, mínimamente, al cuidado del profesional. Ante el dolor, la muerte, las condiciones y la organización del trabajo, de la prestación del cuidado, los enfermeros también, al perder su salud, sufren sus impactos, dialécticamente, en la realización del trabajo. En una perspectiva foucaultiana, cuidado de sí es el modo de encarar las cosas, de estar en el mundo, de practicar acciones, de tener relaciones con el otro; una cierta forma de mirar a sí mismo; de acciones que son ejercidas de sí para consigo por las que se asume, se modifica, se purifica, se transforma y se transfigura. Estudiar el cuidado de sí, por lo tanto, posibilita la comprensión no sólo de las acciones de los sujetos en el ámbito de la salud, sino de los sentidos que ellos atribuyen a esas acciones en vista de los contextos en que ellas son producidas, justificando sus actitudes frente a las realidades vivenciadas. Este estudio objetivó comprender el significado y los desafíos para el cuidado de sí en la perspectiva de los profesionales enfermeros de un Hospital Universitario. Se trata de un estudio de caso con metodología cualitativa y, para ello, la construcción y análisis de los aspectos socio demográfico, el diagnóstico de las prácticas del cuidado de sí y sus desdoblamientos para la salud de esos trabajadores ocurrieron por medio de entrevistas semi estructuradas. Participaron de este estudio 15 enfermeros del género masculino que estaban abarrotados en sectores asistenciales y administrativos del escenario estudiado, con edades entre 30 y 62 años. Las narrativas fueron analizadas según el análisis de contenido en la modalidad temática, que permitieron la emersión de cinco categorías temáticas, a saber: 1) "Yo soy yo": desafíos del cuidado de sí en la rutina cotidiana; 2) "Cuidar de mí es ...": el cuidado de sí entre saberes y prácticas; 3) "Elecciones, libertad, responsabilidad y desafíos en la producción del cuidado de sí"; 4) "El cotidiano del trabajo de enfermería y los desafíos del cuidar de sí: La salud del trabajador en foco", 5) "Cuidado de sí: desafío institucional frente a la Salud del Trabajador". Los resultados revelaron que los enfermeros presentaron dificultades para hablar de sí mismos, pero se caracterizaron como personas "caseras" y "tranquilas", teniendo como entretenimiento actividades con la familia y amigos. La práctica de actividades físicas integra parte del cotidiano de esos profesionales, aunque para algunos no sea rutinaria. El cuidado de sí va más allá del cuidado de la salud, del cuerpo, de la enfermedad y del mundo, o del famoso check up. El descuido de sí es constatado por la reducida o ausencia de cuidados consigo, como una alimentación balanceada, práctica de actividades físicas y de ocio, acompañamiento médico o realización de exámenes. La investigación reconoció la importancia de la subjetividad del cuidado frente al proceso de trabajo y cómo éste impacta en aquella, pues el trabajo de la enfermería pueden afectar el cuidado de sí y el autocuidado y, al mismo tiempo, imponer barreras en las demandas diarias de trabajo y / o vida social. Se evidencia la necesidad de una escucha humanizada, de una gestión enfocada en las personas, con valorización del equipo, fomentando el diálogo y el reconocimiento.

PALABRAS-CLAVE: Cuidado de Sí. Trabajo de Enfermería, Género Masculino.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
DR	Doutorado
ENF	Enfermeiro
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HC	Hospital de Clínicas
MG	Minas Gerais
MS	Mestrado
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PASS	Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SIASS	Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
UFU	Universidade Federal de Uberlândia

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Uberlândia/MG: característica da Amostra do Estudo (n= 15), 2017.	61
--	----

APRESENTAÇÃO

Neste momento, apresento a dissertação e toda sua estruturação contendo os referenciais teóricos e metodológicos além dos resultados e discussão dos mesmos. Percorremos um caminho árduo e de muitas reflexões que relacionassem o cuidado de si com o enfermeiro do gênero masculino.

O interesse pela pesquisa advém da minha formação enquanto enfermeira, e casada com um enfermeiro que trabalha e também sofre para conciliar esse trabalho com as questões relacionadas com as práticas do cuidado de si. E a partir disso, procurei estudar os meus colegas enfermeiros do gênero masculino, para tentar entender qual o significado do cuidado de si frente aos desafios do trabalho a que estão expostos. Como eles se cuidam diante dessa loucura do trabalho de Enfermagem.

A minha trajetória profissional se inicia no curso técnico de Enfermagem, e após 1,5 ano, ingresso na graduação em Enfermagem, ambos pela Universidade Federal de Uberlândia. O primeiro emprego como técnica de Enfermagem na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital de Clínicas da UFU. Após concluir minha graduação, inicio no mercado de trabalho como enfermeira graduada em UBSF de uma cidade do interior de Goiás, e docente em um curso profissionalizante para técnicos de Enfermagem, e algum tempo depois em uma faculdade particular para os cursos de Enfermagem e Fisioterapia. Durante esse período buscando desempenhar melhor minhas funções e adquirir mais conhecimentos, fiz duas especializações em Saúde Pública e Enfermagem do Trabalho.

Durante esses 15 anos desde o meu primeiro emprego, visualizei que a presença masculina na Enfermagem sempre foi minoria, tanto no campo profissional como no acadêmico. Percebi também, uma corrida contra o tempo para se concluir a graduação ou se estabelecer profissionalmente, ou seja, mais uma vez as tarefas cotidianas eram colocados a priori em detrimento do próprio cuidado. Eu e meu esposo passamos por isso: a necessidade de se estabelecer financeiramente, fizeram com que sacrificássemos a nossa saúde, diante das longas jornadas de plantão, o trabalho que se estendia para dentro de casa, a baixa remuneração e atividades extras para complementar a renda. Enfim, ainda enquanto jovens tínhamos a energia suficiente para nos desgastar com todos esses aspectos relacionados com o trabalho, porém, baixa energia para refletir sobre o cuidado de “ nós ” e praticar o autocuidado.

Durante minha especialização em Enfermagem do Trabalho, fizemos um artigo de revisão integrativa que abordava sobre a Qualidade de vida dos enfermeiros que atuavam nas UBSF. Mais uma vez, eu me deparava com os desgastes físicos e mental sofridos pelos enfermeiros frente ao cenário da Saúde Pública. De continuarem a trabalhar mesmo adoecidos por serem somente eles que gerenciavam as UBSF.

E assim, eu via no reflexo desse espelho a minha própria vida no cotidiano. E diversas vezes, me indagava como eu conseguia cuidar do outro se eu não cuidava de mim, que tipo de assistência eu estava oferecendo para o meu cliente/usuário dos serviços? Essa mesma situação eu via no meu esposo, sobrecarregado com o trabalho, alimentando-se mal, sedentário porque o cansaço era maior que a vontade de fazer alguma atividade física. E dessa forma, a vida ia se desenrolando e tropeçando entre o trabalho e o descuido de “nós” .

Esse mestrado profissional em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador possibilitou que eu pudesse desenvolver a pesquisa sobre o cuidado de si (como eu não poderia pesquisar o meu esposo até porque ele não faz parte da instituição pesquisada) estendendo a proposta para os enfermeiros do gênero masculino. Entendendo que na sociedade em geral, a representatividade do cuidado é atribuído à mulher, logo, como o enfermeiro masculino que trabalha com o cuidado do outro, cuida de si mesmo? Essa foi uma das questões levantadas para problematizar a pesquisa, no capítulo I trouxéssemos uma breve introdução do tema proposto.

Para percorrer os caminhos que pudesse responder tal indagação, fizemos um conciso relato no Capítulo II sobre o contexto da Enfermagem hospitalar no Brasil e a partir de quando o homem enfermeiro se insere nessa prática de domínio feminino, tendo a partir disso a necessidade de se abordar as relações de gênero nessa profissão, pois a representatividade do cuidar era atribuição feminina, colocando o homem em uma posição inferior. Tal invisibilidade masculina quanto ao cuidado no decorrer da história, e também cultural, tem afastado os homens da prática do cuidar, expresso pela pouca procura nos serviços de saúde, ou a própria questão do Ser Homem como invulnerável e forte, colocando-os como vulneráveis diante da população em geral. Diante disso, o próprio Ministério da Saúde cria uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem para se promover ações voltadas ao público masculino.

No segundo capítulo designado como Marco Teórico, traçamos uma breve retrospectiva teórica para se apreender e diferenciar os conceitos de autocuidado e cuidado de

si, usados por muitos autores como semelhantes. Trilhamos os caminhos de saberes e práticas que conduziu à construção do entendimento do cuidado de si, na acepção de Michel Foucault. Esse cuidado de si se desenvolve diante do cenário do mundo do trabalho na atualidade do capitalismo, posto que esse trabalhador é um ser em relação, pois influencia e é influenciado nessas relações sociais. Nessa perspectiva, C. Dejours contribui ao analisar essa dinâmica do trabalho com a subjetividade desses trabalhadores, demonstrando que a questão do descuido de si e a saúde do trabalhador são passíveis de existir frente à dinâmica do mundo do trabalho.

A terceira parte deste conteúdo está descrita a metodologia utilizada, assim como o detalhamento dos recursos metodológicos escolhidos, população, local alvo, aplicação e recursos de análises.

Na sequência, o quarto capítulo revela os resultados e discussões dos dados, em que emergiram cinco categorias, a saber: ***“Eu sou eu: desafios do cuidado de si na rotina cotidiana”*** fazendo referência à caracterização da amostra em estudo; ***“Cuidar de mim é...o cuidado de si entre saberes e práticas”***, abordando as práticas de cuidado e descuido realizado por esses enfermeiros; ***“Escolhas, liberdade, responsabilidade e desafios na produção do cuidado de si”*** que traz a luz os aspectos relacionados ao trabalho de Enfermagem e a produção do cuidado de si; ***“O cotidiano do trabalho de Enfermagem e os desafios do cuidar de si: a saúde do trabalhador em foco”*** que descreve sobre os impactos das condições de trabalho para o cuidado de si. E finalmente, ***“Cuidado de si: desafio institucional frente à Saúde do Trabalhador”*** que analisa a situação institucional na visão dos enfermeiros quanto às possibilidades do cuidar da saúde do trabalhador.

E, na última seção do texto foram realizadas as considerações evidenciadas por esta pesquisa.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	16
2 MARCO TEÓRICO.....	22
2.1 A Enfermagem em sua atuação hospitalar no Brasil: breves notas.....	22
2.2 Gênero – um conceito-ponte para refletir a Enfermagem	27
2.3 Cuidado de si e Autocuidado: diversidade conceitual no entendimento da Saúde do Trabalhador	35
2.4 Descuido de si, Saúde do Trabalhador e a Enfermagem.....	43
3 OBJETIVOS	52
3.1 Objetivo Geral.....	52
3.2 Objetivos Específicos.....	52
4 PERCURSO METODOLÓGICO	53
4.1 Tipo de Pesquisa	53
4.2 Campo de Investigação	53
4.3 Participantes da Pesquisa	54
4.4 Entrada no Campo de pesquisa	55
4.5 Entrevistas Semiestruturadas.....	57
4.6 Análise dos Dados.....	57
4.7 Aspectos Ético.....	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	60
5.1 “Eu sou eu”: desafios do <i>cuidado de si</i> na rotina cotidiana	60
5.2. Cuidar de mim é...: o <i>cuidado de si</i> entre saberes e práticas.....	66
5.3 Escolhas, liberdade, responsabilidades e desafios na produção do <i>cuidado de si</i>	75
5.4 O cotidiano do trabalho de enfermagem e os desafios do cuidado do si: a saúde do trabalhador em foco.....	87
5.5 Cuidado de si: desafios institucionais frente à saúde do trabalhador	98
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	107
REFERÊNCIAS	111
ANEXOS: APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITE DE ÉTICA.....	127
APÊNDICES.....	130
APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA.....	130
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE	131

1 INTRODUÇÃO

O autocuidado, que significa cuidar de si próprio, englobam as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. O cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. O autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana, não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si, refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida. (BRASIL, 2008).

A saúde, como conceitua Mendes (1996), é um produto social resultante das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem na sociedade, propiciando as condições de vida das populações. E deve ser vista como um recurso para a vida e não como objetivo de viver. É um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. (BRASIL, 1996).

A preocupação com a saúde necessita ser contínua. Refletir em relação de como estamos nos cuidando, dado que estamos inseridos em uma sociedade capitalista, e em constante transformação na cultura, na política e na forma de produzir e consumir em sociedade. Diante desse cenário das configurações do mundo do trabalho, encontramos trabalhadores dispostos a desempenhar inúmeras funções, com múltiplas especialidades e imersos em processos cada vez mais acelerados, que muitas vezes, implicam em modificações de seu ritmo orgânico, psíquico e social. Dessa maneira, o corpo físico do trabalhador passa a ser um ponto de impacto de exploração capitalista, desempenhando funções mecanizadas por longas jornadas, sem tempo para descanso, ocasionando, assim, desgaste físico, psíquico e social diante do enfrentamento das condições de vida e trabalho.

Nesse cenário das contradições da relação capital-trabalho e a produção do processo saúde-doença reside o trabalho da enfermagem. Estes se enquadram neste perfil de modificação do seu ritmo laboral, pois com a diversificação da força de trabalho em saúde houve a ampliação das categorias e ocupações profissionais a serem inseridos em diversos setores do mercado de trabalho. Além disso, vivem em um contexto de vulnerabilidade e riscos físicos, biológicos, químicos e psicossociais tendo, portanto, que conciliar todos esses fatores com a sua tarefa de cuidar.

Esta é uma profissão que trabalha com o processo de cuidar, auxiliando na recuperação da saúde do indivíduo. Este cuidar é a razão existencial dessa categoria profissional.

Enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do autocuidado; de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais. (HORTA, 1979, p. 29).

A história do cuidado humano e a enfermagem sempre estiveram ligadas ao cuidado do outro e pouco ao cuidado do cuidador. A responsabilidade do cuidado embora faça parte do trabalho da enfermagem, poderá causar nesses profissionais prejuízos à sua saúde quando o mesmo deixa de pensar no cuidar de si.

O profissional da saúde lida diariamente com o processo saúde-doença, às vezes se tem a impressão que esse profissional não adoece e não se cansa. Diante da prestação de cuidados ao outro por vez, faz com que o profissional da enfermagem se esqueça de si mesmo. (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007).

Ainda de acordo com Baggio e Formaggio (2007), os sujeitos mesmo cuidando do outro, podem descuidar de si. O profissional enfermeiro orienta o ser que está sob seus cuidados, fundamentado em seus conhecimentos em enfermagem, mas, percebe que tais conhecimentos sobre cuidado não são colocados em prática para o cuidado de si mesmo, enquanto cuidador. Se o profissional está descuidando de si mesmo o cuidado ao outro estará, também, prejudicado.

O cuidado de si é fundamental para o equilíbrio físico, mental e espiritual do trabalhador, além de ser fator que pode qualificar o cuidado do outro. O cuidado de si é um processo de subjetivação, em que situações e ações envolvidas ajudam os trabalhadores ao alcance do bem-estar biopsicossocial. (BAGGIO; ERDMANN, 2010).

O descuido de si poderá interferir na saúde física e psíquica do trabalhador, podendo também interferir na qualidade da assistência prestada ao outro. Devido a sua importância, é necessário abordar as inúmeras relações e seus reflexos nos diversos campos sociais, em específico aos profissionais enfermeiros do gênero masculino.

Faz-se necessário estabelecer a relação saúde e homem para compreender a prática do cuidado de si do enfermeiro do gênero masculino, levando em consideração que a enfermagem é exercida predominantemente pelo gênero feminino, e as mulheres

historicamente sempre se ocuparam com o cuidado no âmbito doméstico diferentemente dos homens que ocuparam posição social privilegiada.

Araujo e Rotenberg (2011) afirmam que o trabalho dos homens e das mulheres ainda mantém características com atribuições de valor e reconhecimento baseados nas diferenças de sexo mesmo ocupando, ainda que executem as mesmas funções. Os homens exercendo funções predominantemente femininas mantêm-se em posição de comando, podendo tal fato ser observado no trabalho da enfermagem. Estamos diante de clássica divisão sexual do trabalho: de um lado funções, masculinas baseadas em competências pelo processo de qualificação, e do outro, funções femininas ligadas às qualidades do sexo, fundadas nas relações de gênero.

Na busca do nexo das relações de gênero e o cuidado de si, visualiza-se a mulher mais preocupada a esse cuidado quando comparada ao homem.

[...] as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades. (COUTO et al., 2010, p. 258).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontam que os homens procuram menos pelos serviços de saúde quando comparados com as mulheres, no sentido de hábito de prevenção. E quando procuram já estão em estágios avançados da enfermidade, demandando ao Sistema Único de Saúde (SUS) um custo maior com o tratamento. A procura pelos serviços de saúde relaciona-se ao entendimento de ser homem, como sendo invulnerável, forte e viril, ou seja, que demonstraria sinal de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, colocando em risco a masculinidade e aproximando homem das representações de feminilidade.

Os autores citados no parágrafo anterior acrescentam, ainda, outros motivos para que os homens se afastem dos serviços de saúde que é a dificuldade de se ausentar do trabalho nos horários comumente agendados para consulta e a falta de unidades específicas voltadas ao atendimento dos problemas da saúde masculina. Couto et al. (2010) retratam o trabalho como um problema, seja pelas unidades não possuírem um horário ampliado, isto é, terceiro turno para o atendimento; seja pela existência de uma cultura social e do mundo do trabalho que desvaloriza a ausência masculina motivada por saúde/doença ou pelo fato dos homens evitarem assumir essa procura pelo receio de se revelarem frágeis no seu contexto social.

Há de se complementar que mesmo quando esses homens comparecem aos serviços de atenção básica, não significa que eles tenham suas necessidades de saúde atendidas, já que a lógica das ações programáticas não tem buscado historicamente contemplá-las, pois em diversos momentos permanecem ainda na lógica curativa e/ou de reabilitação. (SCHRAIBER et al., 2010).

Nos estudos divulgados por Silva et al. (2012) evidencia-se a necessidade de incentivar o distanciamento do modelo biomédico, prescritivo e não preventivo ainda predominante nos serviços e na cultura masculina e, efetivando a integralidade no atendimento, a partir da visão holística do ser humano, e para além daquilo que a clínica pode detectar.

Nessa seara, Gomes et al. (2008) destacam que a escassez de programas voltados para a saúde masculina quase que inviabiliza o atendimento especializado ao homem, como na urologia, diferente de como acontece com as mulheres na ginecologia, em especial na atenção primária. Essa crítica converge a Silva et al. (2012) ao apontarem que a inexistência de programas voltadas a saúde masculina, revelam a falta de profissionais capacitados para a especificidade da saúde do homem, correlacionando situações de vida e de trabalho desta população com possíveis agravos à saúde e demarcando ações de proteção e de promoção a saúde.

Perante essas dificuldades, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem - Princípios e Diretrizes (PNAISH), sendo instituída pela Portaria Nº 1.944, de 27 de agosto de 2009 da Secretaria Atenção à Saúde, com as diretrizes de organizar, implantar, qualificar e humanizar, em todo território brasileiro, a atenção integral à saúde do homem, dentro dos princípios que regem o SUS. Esta política de saúde compreende a população masculina na faixa etária de 25 a 59 anos de idade, trabalhando questões voltadas para as temáticas da violência, morbidade e mortalidade, saúde sexual e reprodutiva. (BRASIL, 2009).

Alguns dos objetivos da PNAISH (BRASIL, 2009) são: promover a mudança de paradigmas no que concerne à percepção da população masculina em relação ao cuidado com a sua saúde e a saúde de sua família; ampliar o acesso às informações sobre as medidas preventivas contra os agravos e as enfermidades que atingem a população masculina; estimular, na população masculina, o cuidado com sua própria saúde, visando à realização de exames preventivos regulares e à adoção de hábitos saudáveis. A promoção da saúde é um

processo através do qual a população se capacita e busca meios para conseguir o controle dos fatores que favorecem seu bem-estar e o da comunidade ou que podem estar colocando-a em risco, tornando-a vulnerável ao adoecimento e prejudicando sua qualidade de vida. (BRASIL, 1996).

O objetivo do estudo foi evidenciar como o cuidado, sendo uma atividade do enfermeiro do gênero masculino, nem sempre se concretiza no cuidado de si, seja dentro ou mesmo fora do ambiente de trabalho. Dito de outro modo: cuidar dos outros (pacientes), em meio aos processos de trabalho no hospital, cabe à reflexão: a atividade (fazer) pode possibilitar o reconhecimento (saber) da necessidade de resgatar o cuidado de si para cuidar do outro.

Partindo-se do pressuposto que a (des)preocupação com o cuidado de si pode repercutir no processo saúde-doença do trabalhador e na qualidade da assistência prestada ao paciente/processo de trabalho. A pesquisa pretende compreender o significado do cuidado de si para o enfermeiro do gênero masculino que atua em Hospital de grande porte.

Esta pesquisa visa responder a pergunta: qual o significado do cuidado de si para enfermeiros do gênero masculino? Assim, teve como objetivo compreender o significado do cuidado de si para os enfermeiros de um Hospital Universitário perpassando pela construção dos aspectos sócio-demográficos dos participantes; descrevendo e analisando as práticas do cuidado de si. E discutir os desdobramentos do cuidado de si para a saúde desses trabalhadores.

A temática é considerada de suma importância para a área da saúde do trabalhador, haja vista poucas publicações sobre o tema envolvendo os temas do trabalho de enfermagem, o gênero masculino e o cuidado de si. Algo que também se mostra importante a ser pensado, pois está ligado ao processo do cuidar que é a essência do trabalho da Enfermagem, que ao cuidar do outro como o profissional cuida de si mesmo. Além de provocar uma reflexão sobre o cuidado de si frente aos desafios institucionais.

Portanto, espera-se com o desenvolvimento dessa temática acerca da prática do cuidado de si na perspectiva do enfermeiro do gênero masculino propiciar reflexões para mudança no seu contexto de vida, objetivando a saúde do trabalhador e, por conseguinte, da família e da comunidade. Os resultados que serão disponibilizados ao público permitirão que os próprios participantes e outros profissionais da área da saúde, a comunidade acadêmica e instituições de saúde possam ser beneficiadas com as discussões propostas por essa pesquisa.

E aos pacientes que estão sob os cuidados desse profissional possam sentir essa preocupação do enfermeiro com o cuidado de si, contribuindo para uma assistência de qualidade.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 A Enfermagem em sua atuação hospitalar no Brasil: breves notas

Desde os tempos remotos a presença feminina nas práticas de enfermagem estava vinculada ao desempenho da arte do cuidar das mais diferentes formas, concebidos através de saberes que eram passados de geração para geração, voltados para o cuidado de homens, mulheres, crianças, idosos, deficientes e pobres. Esta relação estabelecida entre a enfermagem e o gênero feminino é um fator determinante na segregação técnica, política e social do trabalho, infligindo menor valor profissional para quem a exerce. (LIMA, 1993).

De acordo com Paixão (1979), a figura matriarcal foi considerada a primeira enfermeira da família na antiguidade, onde esta era responsável por transmitir os saberes acerca do cuidar para as gerações femininas seguintes e os conhecimentos a respeito da enfermagem estavam diretamente ligados a assuntos médicos, religiosos e sociais.

Antecedente à Era Cristã, o cuidado à pessoa doente era exercido por sacerdotes, feiticeiros e por mulheres que conheciam o preparo das ervas. A participação das mulheres ocorria de forma auxiliar, e aos sacerdotes as funções equivalentes à Enfermagem, Medicina e Farmácia. (GEOVANINI, 2002).

Após a Era Cristã, no século V, a enfermagem surge como uma prática leiga e o desenvolvimento dos cuidados no contexto dos movimentos cristãos. Nesse período o modelo de cuidado praticado era o religioso, dirigido ao conforto espiritual da pessoa enferma. Dos séculos V ao XVII a Enfermagem passa a ser exercida principalmente por mulheres (domésticas e escravas) e grupos religiosos (monjas e monges). Os monges Enfermeiros participavam nas ações de cuidado, motivados pela valorização do cuidado ao doente, que pressupunha a recompensa divina através da salvação e, também a motivação bélica durante as Cruzadas, na qual a Enfermagem era exercida por homens, sendo caracterizada como atividade masculina. Esse período histórico evidencia que a divisão sexual do trabalho, comum para todas as sociedades, mobiliza-se de acordo com princípios organizadores, sejam eles políticos, religiosos ou econômicos. (OGUISSO, 2007).

Até o século XVI, a Enfermagem permaneceu articulada à prática religiosa, ficou enclausurada nos hospitais religiosos, permanecendo empírica e desarticulada durante muito tempo, e com a Reforma Religiosa e das conturbações da Santa Inquisição veio a se desagregar. (GEOVANINI et al., 2002).

Enquanto a Enfermagem seguia o modelo religioso, a Medicina se fortalecia como prática masculina vinculada às transformações políticas, econômicas e científicas. Com a evolução da Medicina, da Cirurgia e da Saúde Pública foram criados novos procedimentos que careciam da participação de diferentes pessoas. (OGUISSO, 2007).

Segundo Oguisso (2007) no transcorrer desse processo assistimos a expulsão das/os religiosas/os dos mosteiros, conventos e hospitais. Em decorrência disso, muitos hospitais cristãos foram fechados e houve a substituição das pessoas que cuidavam das/os doentes por mulheres marginalizadas, rotuladas de baixa moral, como bêbadas e prostitutas, e que em troca de atividades realizadas a partir do fazer doméstico, recebiam baixa remuneração. Esse período se estende até o século XVII e caracteriza o período de decadência da Enfermagem.

Geovanini et al. (2002, p. 20) demonstram que nesse período as mulheres desenvolviam:

Tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptos. Sob exploração deliberada, o serviço de Enfermagem é confundido com o serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que o sustentavam, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada.

Para Potter e Perry (1999), durante o século XVIII, com o crescimento das cidades, houve a ampliação dos hospitais devido à epidemia da varíola, nas colônias francesas e durante a Guerra Revolucionária nas colônias Inglesas, ocasionando a expansão do serviço de Enfermagem. As habilidades e o conhecimento de enfermagem eram repassados pelos enfermeiros práticos, porque ainda era pouca a educação formal.

A Enfermagem tem sua origem na profissionalização das atividades, pois as práticas femininas relacionadas ao cuidado que, até então, eram executadas no âmbito doméstico passa a ser institucionalizadas e inseridas no mundo do trabalho. (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

No século XIX, foi restabelecida a Ordem das Diaconisas pela Igreja Protestante, queram mulheres leigas nomeadas pelos bispos, que faziam parte da alta posição social, tal nomeação possui grande status, cuja atribuição era visitar os doentes. Florence Nightingale, em 1847, foi para Kaiserswerth (Alemanha) para trabalhar com as diaconisas. Tempos depois foi nomeada superintendente dos Hospitais Gerais Ingleses na Turquia. Seus esforços auxiliaram na redução da mortalidade de 42,7% para 2,2% em 6 meses, com medidas de saneamento e higiene dentro da instituição hospitalar. Além de deixar um grande legado para a prática da Enfermagem, fazendo com que se refletisse sobre o cuidado ao ambiente,

proporcionado ar fresco, luz, calor moderado, limpeza, tranquilidade e nutrição adequada favoreceria a melhora dos pacientes. (POTTER; PERRY, 1999).

Ainda segundo essas autoras, em 1923, a Fundação Rockefeller patrocinou uma pesquisa sobre a educação de enfermagem, concluindo-se que necessitavam de aumento de apoio financeiro, sugerindo que fosse dado às escolas universitárias de enfermagem. A própria Fundação financiou vários programas de enfermagem. Esse fato permitiu a expansão do desenvolvimento da Enfermagem bem como o exercício da profissão. Esse período caracteriza a Enfermagem Moderna.

No Brasil, segundo Geovanini (2005), a história da Enfermagem é estudada utilizando-se critérios de períodos, segundo os quais o desenvolvimento da Enfermagem latino-americana considera três fases principais: a organização da Enfermagem na sociedade brasileira, o desenvolvimento da educação em Enfermagem no Brasil e a Enfermagem no Brasil moderno.

A organização da Enfermagem na sociedade brasileira compreende desde o período Colonial até o final do século XIX. A assistência aos doentes, após a colonização, foi realizada pelos padres jesuítas, em caráter missionário, assumindo a tarefa de doutrinação cristã daquela população colonial.

O segundo período começa no final do século XIX, estendendo-se até o começo da Segunda Guerra Mundial que consiste no desenvolvimento da educação em Enfermagem, de acordo com o movimento de secularização da atenção à saúde. A questão de saúde no Brasil passa a ser importante para o governo, a partir do momento, em que as doenças infecto-contagiosas oriundas com a chegada da população europeia e escravos africanos passam a ser um problema econômico-social, já que poderiam resultar em epidemias e endemias no país, afetando a economia brasileira.

Geovanini (2005) acrescenta também que a formação de profissionais de Enfermagem, seriam destinados inicialmente aos hospitais civis e militares e, posteriormente, às atividades de saúde pública o que culminou com a criação pelo governo, da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, no Rio de Janeiro, junto ao Hospital Nacional de Alienados do Ministério dos Negócios do Interior. Atualmente essa é a Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO. A Fundação Rockefeller patrocinou o projeto de organização do serviço de Enfermagem de saúde pública, no Brasil, sob a orientação de enfermeiras norte-americanas.

O terceiro momento da Enfermagem no Brasil consiste na Enfermagem moderna, que tem início com a Segunda Guerra Mundial e atinge os dias de hoje. Diante da sofisticação do ato médico e a crescente especialização na área, exigiu-se, cada vez mais, habilidades específicas dos profissionais de saúde, multiplicando-se, assim, os cursos de especialização de um modo geral e, em particular, na Enfermagem.

Na década de 1980, ocorreram alguns avanços como a aprovação de Lei nº 7.498 em 25 junho de 1986, que regulamenta o exercício profissional, reconhecendo as categorias de enfermeiro, técnico de Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. Dentre todas as atividades de enfermagem, cabe privativamente ao Enfermeiro:

[...] direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem; organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços; planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem; consulta de enfermagem; prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas; educação visando à melhoria de saúde da população. (BRASIL, 1986).

De acordo com o levantamento das inscrições ativas dos profissionais de enfermagem realizados pelos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN) e a Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) disponibilizados no site do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) até novembro de 2016 haviam no Brasil 1.927.689 profissionais de enfermagem, sendo 434.668 Auxiliares de Enfermagem, 1039.860 Técnicos em Enfermagem, 452.870 Enfermeiros e 291 obstetrias. Minas Gerais é o terceiro estado com maior continente de profissionais da Enfermagem, resultando em 170.968, sendo 25.304 auxiliares, 101.178 técnicos, 44.485 enfermeiros e 01 obstetra.

Em Uberlândia, de acordo com o COREN/MG (2017), são 6245 profissionais ativos, 1954 são enfermeiros, 3788 técnicos e 503 auxiliares de enfermagem, 87,47% constituído pelo público feminino e 12,52% masculino. E no Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, segundo os dados da Gestão de Desenvolvimento de Recursos Humanos (2017) são 1175 profissionais de enfermagem, 368 auxiliares de enfermagem, 593 técnicos e 214 enfermeiros. Do total de trabalhadores da enfermagem 968 (82,4%) é do gênero feminino e 207 (17,6%) masculino. Essas informações demonstram a predominância

feminina no trabalho da enfermagem, confirmando os dados encontrados pelo estudo do perfil da enfermagem de 2013.

Sobre este estudo do perfil da Enfermagem de 2013 chegou-se a conclusão que 80% do quadro da enfermagem correspondem aos técnicos/auxiliares e 20% aos enfermeiros. A força de trabalho se concentra na região Sudeste. Em relação ao mercado de trabalho, 59,3% da equipe de enfermagem está no setor público, 31,8% no setor privado, 14,6% filantrópico e 8,2% nas atividades de ensino. A equipe é predominantemente feminina 84,6% e 15% presença dos homens, vale ressaltar que esse contingente está aumentando configurando uma masculinização da categoria.

Na enfermagem, a supremacia feminina foi influenciada pelo modelo nightingaleano implantado no Brasil no século XX, pois o ingresso à profissão era destinado somente às mulheres. Essa imagem se perpetua até os dias atuais entre os profissionais e a população assistida devido a referencia cultural da enfermagem como uma prática “naturalmente feminina”. Tal concepção pode trazer resistência à participação masculina na profissão em decorrência da essência feminina da Enfermagem, causando desconforto em alguns homens em se pensarem ou serem vistos como enfermeiros ou ao ingressar na profissão, denotando preconceito no exercício da Enfermagem. A partir de 1949 com a criação das escolas de Enfermagem vinculadas às faculdades de medicina no País, e em 1966 com a Reforma Universitária que vinculou o ensino de Enfermagem a Universidade, rompem com a obrigatoriedade de ser do sexo feminino para o ingresso na profissão. (PEREIRA, 2008).

Padilha, Vaghetti e Bordersen (2006) descrevem que as escolas de Enfermagem no século XX optavam para o uso da palavra enfermeira para designar as mulheres na profissão e enfermeiro para os homens. Tais termos, também, se inscreviam nos diplomas expedidos por essas escolas. A linguagem feminina foi utilizada até aproximadamente a década de 1960, no qual se visualizava em documentos, leis e decretos que regiam a profissão. O termo no masculino passou a ser usado como referência a cursos práticos da época, como o de enfermeiros do exército e da polícia militar e os enfermeiros práticos, abstraindo, portanto, que esses cursos destinavam às pessoas envolvidas com as forças armadas, ou seja, somente poderiam participar pessoas do sexo masculino.

Por um tempo, entendia-se que os acontecimentos que não se enquadrassem nas práticas consideradas domésticas, não diziam respeito às mulheres. Aos homens por serem dotados de maior força física, foram atribuídas uma série de outros cuidados com o corpo em situações como: acidentes durante a caça e a pesca; ferimentos de guerra; traumatismos e

fraturas; domínio de pessoas agitadas, embriagadas ou em estado de delírio. (OGUISSO, 2007).

Nesse sentido, os autores destacam que há a desigualdade nas relações de trabalho no campo da enfermagem. Logo, a histórica dominância das mulheres nesse campo revela a construção e a permanência objetivada do “lugar de mulher” no cuidado com os outros, sobretudo, os que sofrem. Assim, a “abertura” desse campo de saber-fazer para os homens demonstra o questionamento desse “lugar” objetivado da mulher e a sua desconstrução como espaço, também, para o homem. (ARRUDA, 2002; SOUZA et al., 2014).

Com a evolução do capitalismo, o mundo do trabalho se reestruturou, porém algumas profissões ainda carregam em sua essência características ditas como masculinas ou femininas. A Enfermagem é uma delas, mas é importante lembrar que, o trabalho da enfermagem está inserido no campo da saúde, e que está comprometida em atender as necessidades do seu público, ou seja, daqueles que por si só não conseguem se cuidar ou que necessitam de algum auxílio.

Sendo a Enfermagem uma profissão predominantemente feminina nada impede que os homens possam também exercê-la. Assim como há mulheres em atividades essencialmente masculinas. Essa divisão sexual do trabalho, poderá ser pensada com base nas relações de gênero, devido às profundas transformações tecnológicas, sociais, econômicas, culturais e do próprio contexto do trabalho, essas relações sociais também foram sendo modificadas. Os estudos sobre gênero masculino são discutidos confrontando com o gênero feminino, já que são poucos os estudos que abordam especificamente o assunto na temática do masculino.

2.2 Gênero – um conceito-ponte para refletir a Enfermagem

A discussão do conceito de gênero surge com o movimento feminista contemporâneo, século XIX. Movimento social organizado que luta contra a discriminação feminina ao direito de voto (sufragismo), este considerado como a “primeira onda” do feminismo, tendo como objetivo reivindicações ligadas à organização da família, acesso aos estudos e a determinadas profissões. A “segunda onda” se inicia no fim da década de 1960, juntamente com os grupos de intelectuais, estudantes, negros, mulheres, jovens inconformados se mobilizam com os tradicionais arranjos sociais e políticos vigentes de discriminação, segregação e silenciamento. As militantes femininas participantes da academia trazem à tona a visibilidade

feminina dentro das universidades e escolas, surgindo dessa forma, os estudos da mulher. (LOURO, 1997).

Gênero é a representação de uma relação. Para Lauretis (1994, p. 210), gênero “[...] representa não um indivíduo e sim uma relação, uma relação social; em outras palavras, representa um indivíduo por meio de uma classe”. Na visão de Pereira (2011, p. 53), gênero é “[...] um conceito que ignora o reducionismo da explicação biológica das diferenças entre homens e mulheres, e passa a percebê-las como produto de uma construção social e cultural, imbricadas, sobretudo, nas relações de poder”.

A produção da existência, de acordo com Carlotto (2001), tem bases biológicas devido à intervenção dos dois sexos, macho e fêmea. E em toda sociedade conhecida, a produção social da existência implica na intervenção conjunta dos dois gêneros, masculino e feminino. E cada um deles contribuem para a produção e reprodução da existência. A dinâmica das relações sociais permite a construção dos gêneros. Essa categoria foi desenvolvida sob a perspectiva de se compreender e responder, baseado em parâmetros científicos, a desigualdade entre os sexos, analisando como se apresenta na realidade e de que forma interfere no contexto das relações sociais.

Saffioti (1992, p. 210) acrescenta que:

Não se trata de perceber apenas corpos que entram em relação com outro. É a totalidade formada pelo corpo, pelo intelecto, pela emoção, pelo caráter do EU, que entra em relação com o outro. Cada ser humano é a história de suas relações sociais, perpassadas por antagonismos e contradições de gênero, classe, raça/etnia.

Em relação à visibilidade as diferenças de características e condições de trabalho entre homens e mulheres, são possíveis frente à desconstrução do processo de naturalização da divisão sexual do trabalho, em que coloca o trabalho masculino como parâmetro universal de análise. Essa visibilidade busca romper com a concepção de trabalho de homem e trabalho de mulher, ancorados nas diferenças biológicas e nos processos de subordinação e hierarquização das relações sociais e de trabalho. (ARAUJO; ROTENBERG, 2011).

Padilha, Vaghetti e Brodersen (2006) contribuem dizendo que as relações de gênero podem ser modificadas à medida que as relações sociais também se alteram. A construção social do sujeito masculino e feminino se altera conforme as transformações histórico-sociais, não permanecendo mais como uma identidade biológica sexuada, imutável e fixa. Vale ressaltar, que o gênero possui sua dimensão biológica e, portanto, nesse processo social e

histórico os corpos dos sujeitos estão envolvidos. A sociedade predefine características comportamentais tanto para os homens quanto para mulheres desde a infância, colocando a mulher em posição inferior ou como objeto de prazer, e os papéis importantes no trabalho e social são os homens que ocupam.

A masculinidade situada no âmbito do gênero, para Gomes, Nascimento e Rebello (2008, p. 1) “[...] representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera que um homem tenha em uma determinada cultura”. Historicamente, as relações de trabalho estão organizadas de acordo com princípios de separação (atividades ditas masculinas e atividades ditas femininas) e de hierarquização (as primeiras são mais valorizadas do que as segundas). Estes princípios são mantidos e legitimados através da associação do sexo biológico ao desempenho de papéis sociais de gênero. (KERGOAT, 2009).

Nas sociedades contemporâneas o trabalho masculino e feminino ainda carrega características diferenciadas com relação às atribuições de valor e o reconhecimento baseado nas diferenças de sexo, considerando uma mesma ocupação. A enfermagem é um exemplo disso, as mulheres permanecem responsáveis pelas atividades do cuidado, e os homens encontram-se super-representados nas funções de direção e gestão do trabalho na saúde. Essa divisão do trabalho advém da construção da qualificação (preparo profissional no âmbito público) devido às competências adquiridas nas funções masculinas e de qualidades (âmbito privado) configurando-se as mulheres por estarem ligadas às qualidades do sexo. (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

A divisão dos sexos segundo Bourdieu (2012) é delineada sob a hierarquia das profissões. As atividades públicas e de poder como economia, produção – tecnológicas seriam atribuídas aos homens e às mulheres as ocupações de cunho privado ou que tenha uma produção simbólica (por serem predominantemente femininas) como artes, jornalismo, pediatria, psicologia, isto é, que envolvem cuidados.

Essas relações de gênero ocorrem dentro de um sistema de hierarquia dando lugar a relações de poder em que o masculino não é excepcionalmente desigual ao feminino. Isso acontece devido à concepção de que a ordenação da existência se faz em função do masculino, traduzindo uma hegemonia de supremacia masculina. (CARLOTO, 2001).

Bourdieu (2012) retrata a dominação masculina a partir de uma perspectiva simbólica, como ele diz a “violência simbólica”:

[...] se institui por intermédio da adesão que o dominado não pode deixar de conceder ao dominante (e, portanto, à dominação) quando ele não dispõe, para pensá-la e para se pensar, ou melhor, para pensar sua relação com ele, mais que de instrumentos de conhecimento que ambos têm em comum e que, não sendo mais que a forma incorporada da relação de dominação, fazem esta relação ser vista como natural; ou, em outros termos, quando os esquemas que ele põe em ação para se ver e se avaliar, ou para ver e avaliar os dominantes (elevado/baixo, masculino/feminino, branco/negro etc), resultam da incorporação de classificações, assim naturalizadas, de que seu ser social é produto. (BORDIEU, 2012, p. 47).

O poder, segundo o autor supracitado, é compreendido pelas significações, impondo-as como legítimas, de forma a dissimular as relações de força que sustentam a própria força, ou seja, a manutenção de um poder que se disfarça nas relações.

Segundo Pereira (2008), as masculinidades são produtos da articulação do gênero com a raça/etnia, classe social, sexualidade e geração. A hierarquia de gênero que ocorre em diversos grupos socioculturais estabelece relações de poder entre as distintas masculinidades, em que algumas masculinidades são superiores a outras, fazendo-se cumprir as regras de socialização na qual um homem de verdade deve seguir. Dessa forma, estabelece-se uma relação social hierárquica. A masculinidade é constituída em relação com o feminino, bem como o feminino com o masculino, sendo múltipla e complexa.

Essas relações de poder também podem colocar o gênero masculino em situação de vulnerabilidade, em decorrência dos valores culturais que se impõem aos masculinos, pois os mesmos não estão prontos, devendo a todo tempo provarem sua masculinidade diante das expectativas sociais. (PEREIRA, 2008).

Os homens procuram menos pelos serviços de saúde quando comparados com as mulheres, no sentido de hábito de prevenção. E quando procuram já estão em estágios avançados da enfermidade, demandando ao Sistema Único de Saúde (SUS) um custo maior com o tratamento. Os homens não se reconhecem como alvo da atenção à saúde. A procura pelos serviços de saúde relaciona-se ao entendimento de ser homem, como sendo invulnerável, forte e viril, ou seja, que demonstraria sinal de fraqueza, medo, ansiedade e insegurança, colocando em risco a masculinidade e aproximando homem das representações de feminilidade. (BRASIL, 2008; COUTO et al., 2010; GOMES, NASCIMENTO e ARAUJO, 2007).

Os profissionais relatam que a restrição masculina nas unidades de saúde é devido aos fatores próprios dos homens que não procuram os serviços, desmotivados pela cultura

machista, pela falta de tempo e por não atribuir valor às questões de saúde. (COUTO et al., 2010; GOMES, NASCIMENTO; ARAUJO, 2007).

Na mesma linha, Gomes, Nascimento e Araújo (2007) consideram que os serviços de saúde são pouco aptos a absorver a demanda masculina, devido a sua organização já que não estimula o acesso, as campanhas de saúde pública não estão voltadas para esse segmento ou são sazonais, como a violência no trânsito ou no carnaval. Percebem o serviço de saúde como um ambiente feminilizado, particularmente frequentado e composto por mulheres, em que as ações são dirigidas quase exclusivamente às mulheres.

Schraiber et al. (2010, p. 966) nos revelam que “[...] a representação do cuidar como tarefa feminina, as questões relacionadas ao trabalho, à dificuldade de acesso aos serviços e a falta de unidades voltadas especificamente para o cuidado do homem” são os principais motivos expressos pelos homens para a pouca procura pelos serviços de saúde, em especial na atenção primária.

Abordar os valores sociais que influenciam os comportamentos dos homens no tocante ao cuidado e à busca de assistência à saúde, de um lado, e a organização da assistência e a prática dos profissionais na Atenção Primária à Saúde, do outro. Para Couto et al. (2010) implica adotar um referencial de análise que considere que gênero seja um princípio ordenador e normatizador de práticas sociais. A prática da invisibilidade das necessidades de saúde do homem acaba por negar as possibilidades de atuação como sujeitos de direitos na relação com os serviços de saúde.

Compreender as representações do ser homem pode nos ajudar a refletir os princípios para a promoção da saúde masculina, na perspectiva das relações de gênero. Essa compressão nos remete à possibilidade, de junto ao modelo hegemônico de masculinidade que pode comprometer os cuidados de saúde, investir em ações de empoderamento, tornando a vida dos homens mais saudável e contribuindo para uma maior simetria entre os gêneros. Permitindo, portanto, que homens e mulheres sejam sujeitos de direito, com a promoção de ações que valorizem ambientes estimulantes e que permitam a esses homens serem protagonistas das ações do setor saúde dirigidas aos mesmos, de forma a reduzir as desigualdades de poderes na relação de gênero e compreensão das especificidades de ser homem e ser mulher. (GOMES, NASCIMENTO; REBELLO, 2008; SCHRAIBER et al., 2010).

A construção da masculinidade, de acordo com Vieira et al. (2013) e também Nascimento e Gomes (2008), é regida através de marcas de identidade, tais como a

invencibilidade, capacidade de exposição a riscos, dominador, ativo e provedor da família, contribui para dificultar a adoção de ações promotoras de saúde, fazendo com que muitos homens se declarem saudáveis, mesmo sem conhecerem seu real estado de saúde.

Na pesquisa realizada por Moura (2012), intitulada Perfil da situação de saúde do homem no Brasil, retrata que a taxa de mortalidade geral no Brasil na faixa etária de 20 a 59 anos de idade é igual a 3,5, sendo 2,3 vezes maior entre os homens do que entre as mulheres. Brasil (2008) ressalta que a grande maioria dos agravos à saúde que acometem a população masculina poderiam ser evitados se os homens buscassem medidas preventivas com regularidade, junto aos serviços de atenção básica.

Nesse sentido, a PNAISH foi instituída, com a finalidade de reduzir os indicadores de morbidades, mortalidade e agravos dessa população alvo. Visando qualificar a saúde da população masculina na perspectiva de linhas de cuidado que resguardem a integralidade da atenção. Devendo considerar a heterogeneidade das possibilidades de ser homem. Pois as masculinidades são construídas historicamente e sócio-culturalmente, estando em um processo de permanente construção e transformação. É de suma importância essa consideração para a promoção da equidade na atenção a essa população, que deve ser considerada em suas diferenças por idade, condição socioeconômica, étnico-racial, por local de moradia urbano ou rural, pela situação carcerária, pela deficiência física e/ou mental e pelas orientações sexuais e identidades de gênero não hegemônicas. (BRASIL, 2008).

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população à situações de violência e de risco para a saúde. Mobilizar a população masculina brasileira pela luta e garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios dessa política. Ela pretende tornar os homens protagonistas de suas demandas, consolidando seus direitos de cidadania. (BRASIL, 2008, p. 7).

Para Schwarz (2012), o grande desafio da PNAISH é o de atender a necessidades individuais e coletivas das diversas populações masculinas, a partir de práticas democráticas e participativas nos três níveis de gestão – Federal, Estadual e Municipal – visibilizando e integrando as especificidades das necessidades das populações masculinas na lógica dos serviços oferecidos, pela Atenção Primária e a Rede de Atenção à Saúde (RAS).

Embora exista uma política que abranja a saúde do homem, existem ainda lacunas que o distancia do sistema de saúde. Mesmo a saúde sendo um direito de todos, percebe-se que existe dificuldade na garantia do acesso a esses serviços de saúde. Seja porque a assistência oferecida tenha pouca resolutividade ou exija exames e terapêuticas complementares. Além, do despreparo dos profissionais diante do processo de trabalho em saúde, aliada à falta de um ambiente terapêutico nos serviços, agravam esta condição. O adequado acolhimento seria uma forma de reduzir essa problemática, garantindo acesso universal, resolutividade e humanização do atendimento ao homem que busca o serviço de saúde com intuito de retorno imediato a suas atividades cotidianas. (COUTO et al., 2010; GOMES, NASCIMENTO e REBELLO, 2008).

Historicamente, o acesso ao serviço de saúde da atenção básica fora estruturado para atender mulheres e crianças, e cujos horários de funcionamento coincidem com as jornadas laborais dos trabalhadores, dificultando o atendimento de pessoas do sexo masculino. Vale ressaltar que, mesmo quando esses homens comparecem aos serviços de atenção básica, não significa que eles tenham suas necessidades de saúde atendidas, já que na dinâmica das ações programáticas não tem buscado contemplá-las, pois muitas vezes elas permanecem na lógica curativa e/ou de reabilitação. (GOMES, NASCIMENTO e REBELLO, 2008; SCHRAIBER et al., 2010).

Couto et al. (2010) e Silva et al. (2012) sugerem a necessidade de se estruturar os serviços de saúde em termos de organização e processo do trabalho a fim de atender à especificidade dessa população masculina, adequando qualitativa e quantitativamente os recursos humanos e materiais a essa demanda específica, oferecendo facilidade no acesso a serviços estreitamente ligados ao homem e se readequando às instalações físicas e horários de funcionamento do serviço para que a assistência seja favorecida.

Acrescentam ainda a necessidade de se desconstruir a ideia de invulnerabilidade, que impede o homem de procurar a prevenção nos serviços de saúde. Sendo indispensável à população masculina a expressão de seus medos, ansiedades, fragilidades, de forma que se sintam mais acolhidos para resolver suas questões de saúde. (Silva et al., 2012).

Alves et al. (2011) e Couto et al. (2010) enfatizam a importância de se reavaliar os serviços de Atenção Primária à Saúde de forma a atrair um público diferenciado, incluindo homens em idade ativa. E que para avançar no processo de melhoria da saúde do homem, os profissionais envolvidos devem ser capacitados para que essa política seja efetivada.

Brasil (2008) reafirma também que os homens têm dificuldade em reconhecer suas necessidades, cultivando o pensamento mágico de não adoecer. A posição de provedor, papel historicamente atribuído ao homem de sustentar sua família, é apontada pelos homens como uma questão que os impede de procurar os serviços de saúde, alegando que o horário do funcionamento dos serviços coincide com a carga horária do trabalho.

Esse é um dos problemas também enfrentados pelos profissionais da Enfermagem que trabalham em longas jornadas de trabalho, rodízios de turnos, apresentam mais de um emprego devido à baixa remuneração, ou seja, vivem em um ritmo intenso de trabalho. Apesar de trabalharem em instituições de saúde, também não é fácil ter acesso a esse sistema, pois estão ali numa condição de prestador de serviço, ou seja, prestando assistência. Ao mesmo tempo em que o serviço é ofertado para a população, paradoxalmente, o trabalhador da enfermagem não o consome, devido à incompatibilidade de horário ou tendo que esperar por uma folga para buscar o atendimento, correndo o risco também de não conseguir, diante dos vários imprevistos do cotidiano como falta de vaga, demora no atendimento, falta do profissional.

Nesse ritmo intenso, que não sobra tempo para o próprio profissional reparar seu desgaste diante das tantas cargas de trabalho a que é submetido, ele vai praticando o descuido de si, ou seja, sendo imprudente com o cuidado de si, negligenciando sua própria saúde.

Felli (2015) acrescenta que as transformações advindas da globalização, aliadas à introdução de novas tecnologias, de novos modelos gerenciais, exigiu dos trabalhadores uma intensificação maior do ritmo de trabalho, maior responsabilidade e complexidade das tarefas, o que implicou em um aumento do consumo da força de trabalho, no qual comprometeu a sua vida social e a vida de trabalho, impactando, portanto, nos processos saúde-doença.

As cargas de trabalho a que os profissionais de enfermagem estão expostos permite identificar o trabalho como penoso, ou seja, inadequado às condições físicas e psicológicas dos trabalhadores, pois provoca sofrimento e/ou desgaste à sua saúde no ambiente laboral, além do trabalho insalubre, isto é, exposto aos agentes nocivos à saúde. (FELLI, 2012; SELIGMANN-SILVA, 2011;).

Diante do que foi exposto, o enfermeiro do gênero masculino antes de se constituir como profissional, ele é biologicamente um homem, que culturalmente carrega em sua trajetória histórica e relações sociais como um ser viril, provedor e forte, ou seja, características que o faz diferenciar das mulheres, consideradas como o sexo frágil. Esse

pensamento ao longo dos anos vem se transformando, porém permanece a resistência de alguns homens quanto ao cuidado de si.

O profissional de enfermagem sendo do gênero masculino, que lida diariamente com situações de saúde e doenças, possui o saber técnico científico para capacitar e orientar a quem está sob seus cuidados. Trabalha com promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação, também omite o seu autocuidado? Negligencia o cuidado de si? São reflexões importantes a serem feitas por esses trabalhadores, que precisam estar bem cuidados e bem consigo mesmo, para que possam desenvolver o seu trabalho com o mínimo de erros possíveis.

2.3 Cuidado de si e Autocuidado: diversidade conceitual no entendimento da Saúde do Trabalhador

Este item objetiva refletir o conceito de autocuidado e cuidado de si, partindo de uma breve retrospectiva histórica, abordando os conceitos por diferentes tendências teóricas, a fim de que se possa estabelecer o entendimento desses conceitos que outrora são usados como semelhantes.

O tema do “Cuidado de si mesmo” foi levantado de forma específica durante uma aula de Michel Foucault, no *Collège de France* nos anos de 1981 e 1982, e publicado no Brasil sob o nome de “A hermenêutica do sujeito”. A expressão “cuidado de si mesmo” é usada para referenciar e traduzir o que os gregos utilizavam para designar as atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, ao fato de ‘ocupar-se’ e de ‘preocupar-se consigo’ descrita como *epiméleia heautoû*. Como tarefa epistemológica Foucault separa a noção de *epiméleia heautoû* da *gnôthi seautón*, a consagrada expressão “conhece-te a ti mesmo”.

A *epiméleia heautoû* é uma atitude ligada ao exercício da política, ao modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com o outro; uma certa forma de olhar para si mesmo; de ações que são exercidas de si para consigo pelas quais se assume, se modifica, se purifica, se transforma e se transfigura (FOUCAULT, 2004).

Na obra supracitada, Foucault (2004) aborda uma compreensão dos modos de ser do sujeito baseado em uma estrutura ética e relacional de si para consigo mesmo, ou seja, a ética do cuidado de si. Esta obra é um curso de doze aulas ministradas por Foucault, em que reflete

o acesso do sujeito à verdade, buscando na História da Filosofia a compreensão dos meios pelos quais o sujeito se transformou para se chegar a essa verdade. Descreve as técnicas do cuidado de si utilizadas nos dois primeiros séculos depois de Cristo, na qual ele elege como a época de idade do ouro do cuidado de si e que viveram homens como Sêneca, Epicteto, Marco Aurélio, que se dedicaram a pensar e a viver de um modo que suas ações os levassem ao governo de si mesmo.

A hermenêutica do sujeito se funda na ideia de que há em nós algo oculto e que vivemos sempre na ilusão de nós mesmos, uma ilusão que mascara o segredo. Daí a exigência contínua, para o sujeito, de decifrar-se a si mesmo e ao seu desejo. (CASTRO, 2009, p.203).

Na filosofia antiga, o cuidado de si foi considerado ao mesmo tempo um dever e uma técnica, uma obrigação fundamental e um conjunto de procedimentos cuidadosamente elaborados. Não é somente prestar atenção em si mesmo, a evitar erros e perigos ou a proteger-se, é todo um domínio de atividades complexas e regradas. (FOUCAULT, 2004).

O cuidado de si não se refere a um cuidado de interesses (riqueza, privilégio, poder, *status*) é um “exercício filosófico”, é cuidado ético-moral de si mesmo, orientado para um estilo de vida, uma estética da existência, para artes da existência. Voltar o olhar para si, isso implica em dizer, de certa maneira, de estar atento ao que se pensa e ao que se passa no pensamento. Como ele mesmo diz: “É preciso converter o olhar, do exterior, dos outros, do mundo, etc. para si mesmo”. (FOUCAULT, 2004, p. 14).

Para que isso ocorra, de acordo com Foucault (2010), é necessário o uso de técnicas específicas que os homens utilizem para compreenderem o que são. O que foi por ele denominada como “*técnicas de si*”. As técnicas de si permitem aos indivíduos efetuarem, sozinhos ou com a ajuda de outros, um certo número de operações sobre seus corpos e suas almas, seus pensamentos, suas condutas, seus modos de ser; de transformarem-se a fim de atender um certo estado de felicidade, de pureza, de sabedoria, de perfeição ou de imortalidade.

Foucault (1985) descreve que na cultura grega os temas “*cuidado de si*” e o “*ter cuidado consigo*” foram temas reconhecidos por Sócrates como uma arte do cuidar não de suas riquezas, nem de sua honra, mas deles próprios e de sua própria alma. O cuidado de si aparece, pelos escritos antigos, intrinsecamente ligados a um serviço de salvação da alma. E também, há uma relação estreita com o pensamento e a prática médica, tal concepção perdurou por muitos anos. O cuidado não pertencia a um ofício ou profissão, mas dizia

respeito às pessoas que ajudavam quaisquer outras como crianças, doentes, velhos, gestantes, a garantir o que lhes era necessário para continuar a vida e em relação com a vida em grupo. No âmbito familiar, os filhos desde pequenos eram ensinados quanto aos valores, normas, hábitos e costumes de vida referente à tomada de conduta para cuidarem-se.

A intensificação e valorização das relações de si para consigo foram desenvolvidas a partir da cultura de si, em que enfatiza a necessidade de se ter cuidados consigo, esse princípio do cuidado de si que fundamenta o desenvolvimento e organiza a sua prática. Para saber governar é preciso primeiro, ocupar-se de si próprio, ainda enquanto se é jovem, pois com cinquenta anos será muito tarde. Sócrates apresenta aos juízes que deus mandou-o para lembrar aos homens que eles devem cuidar deles mesmos e de sua própria alma, e não de suas riquezas e honra. (FOUCAULT, 1985).

Nessa perspectiva, Portocarrero (2011) agrega que o cuidado de si abrange diversas práticas, experiências modificadoras da existência do sujeito, tendo como objetivo a transformação do ser desse sujeito para que ele tenha acesso à verdade e assegurar um modo de vida ético, belo, brilhante e heroico. A relação da subjetividade com a verdade se busca não no interior do conhecimento como pregava a tradição filosófico-científica, mas na história.

No mesmo momento em que diz a verdade, o sujeito se compromete a fazer o que diz e a ser sujeito dessa conduta, conduta esta que obedece rigorosamente à verdade por ele formulada. O sujeito é o exemplo dessa enunciação da verdade. "Esta verdade que te digo, tu a vês em mim." (FOUCAULT, 2004, p.495).

É preciso que esta verdade afete o sujeito, e não que o sujeito se torne objeto de um discurso verdadeiro. É um saber que se reporta às coisas, ao mundo, aos deuses e aos homens, mas cujo efeito e função são modificar o ser do sujeito. Na *parrhesía* trata-se também de agir sobre os outros, não tanto para exigir-lhes algo, para dirigi-los ou incliná-los a fazer uma ou outra coisa. Agindo sobre eles, trata-se, fundamentalmente de conseguir que cheguem a constituir por si mesmos e consigo mesmos uma relação de soberania característica do sujeito sábio, do sujeito virtuoso, do sujeito que atingiu toda a felicidade que é possível atingir neste mundo. (FOUCAULT, 2004).

O termo *parrhesía*, usado pelos antigos e por Foucault (2004) significa abrir o coração ao outro, é a necessidade de nada esconder um ao outro e de se falar francamente. Essencialmente, não é franqueza, não é liberdade de palavra, mas a técnica - *parrhesía* é um

termo técnico - que permite ao mestre utilizar como convém, nas coisas verdadeiras que ele conhece, o que é útil, o que é eficaz para o trabalho de transformação de seu discípulo. É uma técnica utilizada na relação entre médico e doente, entre mestre e discípulo: é aquela liberdade de jogo, se quisermos, que faz com que, no campo dos conhecimentos verdadeiros, possamos utilizar aquele que é pertinente para a transformação, a modificação, a melhoria do sujeito. Na *parrhesía*, o conteúdo do diálogo é a verdade e a sua regra é a habilidade, as condições que fazem com que se deva dizer algo, de tal forma, a tal indivíduo na melhor oportunidade.

Contrariamente, mas também complementar ao preconizado pela *parrhesía*, o *stultus* não pensa na velhice, deixa a vida correr, muda constantemente de opinião; sua existência passa sem memória. Para Foucault (2004), *stultus* é aquele que não tem cuidado consigo mesmo, é aquele que está à mercê de todos os ventos, aberto ao mundo exterior. Ele aceita as representações sem saber analisar o que elas representam.

Para Foucault (2004), alguém que conseguiu finalmente alcançar a si próprio, é para si, um objeto de prazer. Atinge um estado que não é acompanhado por nenhuma perturbação no corpo e na alma; ele é definido pelo fato de não ser provocado por nada que seja independente de nós. É um estado que nasce em nossa profundidade e ali permanece.

Nos mesmos escritos Foucault (2004) salienta que é preciso cuidar de si em qualquer situação, pois a pedagogia, isolada, é incapaz de nos apoiar para a vida. O cuidado de si é um complemento pedagógico que prepara para a velhice; a idade decisiva para começar a cuidar de si é a juventude. Não se deve esperar a velhice para cuidar de si, do mesmo jeito que é mais fácil curar a doença no seu início, é fundamental iniciar o cuidado de si quando se é jovem. O idoso é, portanto, aquele que se deleita consigo e a velhice, quando bem preparada por uma longa prática de si, é o ponto em que o eu, como diz Sêneca, finalmente atingiu a si mesmo.

O cuidado de si nos estudos de Alcebiades (450 – 404 a. C.) se relacionava com a política, com a pedagogia e com o conhecimento de si. Em relação à política se devia cuidar de si, na medida em que pretendia mais tarde ocupar-se com os outros. Trata-se, portanto, de ocupar-se consigo, para si mesmo. E preciso ser para si mesmo, seu próprio objeto ao longo de toda a sua existência. Ocupar-se consigo não é, pois, uma simples preparação momentânea para a vida, é uma forma de vida: converter-se a si mesmo. A conversão de si tem por objetivo estabelecer algumas relações consigo mesmo. Estas relações são, por vezes, concebidas segundo o modelo jurídico-político: ser soberano de si mesmo, exercer sobre si mesmo um domínio perfeito, ser plenamente independente. Elas são também, muitas vezes,

representadas segundo o modelo do gozo possessivo: regozijar-se consigo, ter prazer consigo mesmo, encontrar em si todo o deleite. (FOUCAULT, 2004).

Segundo Foucault (2004) a relação do cuidado de si e a pedagogia tratavam de oferecer uma formação. A partir do momento em que a aplicação a si se tornou uma prática adulta a ser exercida por toda a vida, seu papel pedagógico tendeu a se dissipar e outras funções se afirmaram como: a *função crítica*, a prática de si devia permitir desfazer-nos de todos os maus hábitos, opiniões falsas que receberemos das pessoas que nos cercam; a *função de luta*, a prática de si é concebida como um combate permanente. É necessário fornecer ao indivíduo as armas e a coragem que lhe permitirão lutar durante toda a sua vida; e a *função curativa e terapêutica* que no campo metafórico permite aplicar ao corpo e à alma expressões como cuidar, curar, amputar, escarificar, purgar.

Nessa linha, Foucault (2004) expressa que o nexos do cuidado de si e o conhecimento de si ocorrem a partir da relação consigo que sempre será considerada como devendo apoiar-se no relacionamento com um outro, ou seja, que não se pode ocupar-se consigo sem a ajuda de um outro.

Ainda segundo Foucault (1985) esse princípio do cuidado de si está situado no cerne da arte da existência e tomou a forma de uma atitude, de comportamento que impregnou a forma de viver, na qual se desenvolveu em procedimentos e práticas que se refletia, desenvolvia, aperfeiçoava e eram ensinadas. Constituiu-se como uma prática social que deu lugar às relações interindividuais, as trocas e comunicações, proporcionando certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber.

Nessa esteira, ganhou força o que se denomina de Teoria de Orem¹, a qual enfoca o cuidado numa dimensão diferente das análises foucaultiana, esta em sua essência buscar levar o indivíduo a refletir sobre suas ações, na qual conduziria para o caminho das práticas dessas ações. Bub et al. (2006) confirmam que a teoria do autocuidado, foi desenvolvida para estabelecer um sistema que pudesse organizar as práticas de enfermagem na sua especificidade.

¹ Dorothea E. Orem nasceu em 1914, em Baltimore, Maryland, EUA, formando-se em 1930, recebendo o título de Bacharel em Ciências e Educação de Enfermagem em 1939 e Mestre em Ciências em Educação em Enfermagem em 1945. Obteve Doutorado em Ciências em 1945 e novamente em 1980 e 1988; Nomeada Membro Honorário da Academia Americana de Enfermagem em 1992. Continua a trabalhar como consultora de enfermagem e a desenvolver sua teoria de enfermagem. Disponível em: <<https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/teoria-de-dorothea-e-orem/25162>>. Acesso em: 16 jan. 2018.

A teoria de enfermagem do déficit de autocuidado (Teoria Geral de Enfermagem de Orem) é composta de três teorias inter-relacionadas, ou seja, i) a do autocuidado, ii) do déficit de autocuidado e iii) dos sistemas de enfermagem. Incorporados a essas três teorias Orem preconiza seis conceitos centrais. Os seis conceitos centrais são: autocuidado, ação de autocuidado, déficit de autocuidado, demanda terapêutica de autocuidado, serviço de enfermagem e sistema de enfermagem. (DIÓGENES; PAGLIUCA, 2003).

Diógenes e Pagliuca (2003) destacam que o autocuidado, de acordo com essa teoria, é representado como um dos aspectos do viver saudável. São as atividades que os indivíduos praticam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem estar. Portanto, a realização de ações dirigidas a si mesmo ou ao ambiente, a fim de regular o próprio funcionamento de acordo com seus interesses na vida, funcionamento integrado e bem-estar.

A diferença entre o cuidado de si e o autocuidado para Bub et al. (2006), é que o primeiro remete o sujeito à reflexão sobre seu modo de ser e agir, uma noção da ética como estética da existência. E o autocuidado é vinculado à saúde humana, ao exercício do desejo humano de saber, de busca da verdade e de fazer o bem a si mesmo e aos outros. Apesar de apresentar também uma dimensão ética, porém com uma tendência focada na forma de viver saudável.

No estudo realizado por Silva et al. (2009) que buscou compreender o cuidado humano numa perspectiva paradigmática da totalidade e da simultaneidade, chegaram à conclusão que o cuidado é uma característica do ser humano e que foi adotado pela Enfermagem como sua essência. No entanto, em relação ao cuidado de enfermagem, quando é executado pelo outro para manter o bem estar, esse termo cuidado passa a ser descrito como autocuidado ou cuidado de si, os quais possuem diferença semântica e paradigmática.

O autocuidado está centrado no paradigma da totalidade, adota o pressuposto que de que o ser humano é a somatória de suas partes: é a soma do biológico, psicológico, espiritual e social, além de evidenciar que a pessoa tem que se adaptar ao meio ambiente. Já o cuidado de si está atrelado ao paradigma da simultaneidade que adota que a pessoa não é um ser somativo, pois o todo é maior do que a soma das partes, assim como as partes são representativas desse todo. Outro aspecto a considerar é que o indivíduo não cabe unicamente se adaptar ao meio ambiente, mas sim interagir com o mesmo podendo ser transformado e transformar o meio ambiente. (SILVA et al., 2009, p. 702) (Grifos nossos).

Esses autores destacam, ainda, que no processo saúde-doença o autocuidado está vinculado ao objetivismo, enquanto o cuidado de si ao subjetivismo. Isto é, o primeiro orienta e condiciona para o plano de cuidado e o outro, através do diálogo, da reflexão permite a

pessoa entender o contexto que ela está vivenciando. E, portanto, assumir seu papel ativo em relação ao cuidado.

Baggio e Formaggio (2007) esclarecem que o cuidado de si na compreensão dos profissionais de enfermagem está relacionado à satisfação das necessidades do indivíduo, tais como: o sono; o repouso; atenção estética; as atividades físicas e de lazer; bem como as relações de afetividade com o outro, seja com familiares, amigos ou colegas de trabalho. Cabe destacar que, em relação à importância atribuída pelos profissionais de enfermagem à aparência pessoal, percebem o estético como uma forma de cuidado de si e destaca que, muitas vezes os profissionais cuidam do outro, conforme o cuidado que prestam consigo mesmo.

As pesquisas de Tomaszewski-Barlem et al. (2016) retratam que o cuidado de si entremeia os aspectos sociais, culturais, ambientais e até também a própria formação profissional. Faz lembrar que o cuidar de si é essencial, para que o profissional possa se sentir bem no ambiente de trabalho e prestar o cuidado de excelência ao outro. No que se refere à formação profissional, a compreensão e valorização do exercício do cuidado de si são conquistados pelo compromisso, pelo conhecimento e o exercício da autonomia pelos estudantes. Assim, considerando o cuidado de si, como princípio ético do trabalho da enfermagem, tanto Baggio e Formaggio (2007) quanto Tomaszewski-Barlem et al. (2016) reforçam a necessidade da criação de possibilidades de assumir um fazer autônomo e de encontrar caminhos que favoreçam as relações do profissional consigo mesmo, com a profissão, com a equipe de trabalho e com aqueles que são cuidados.

Em relação às práticas do cuidar, Becker e Crossetti (2007) e Derzozzi e Crossetti (2008) ressaltam a importância das crenças, da espiritualidade, da oração, do contato íntimo com a natureza e a conexão com a Força Superior como fatores que podem ajudar no enfrentamento de dificuldades no trabalho. O que proporcionariam bem-estar, tranquilidade, e ampliariam a consciência e a compreensão da importância do exercício do cuidado de si, até mesmo compreensão por parte daquele que é cuidado.

No tocante a saúde do trabalhador, o cuidado de si como infere Ferreira et al. (2015), repercute positivamente no contexto biopsíquico e social do trabalhador, uma vez que esta prática favorece a promoção e manutenção da saúde. Destacando-se o lazer, atividades físicas, dieta saudável, bom relacionamento interpessoal e uma atuação trabalhista que viabilize o cuidado de si com essas práticas que beneficie a saúde do trabalhador. Vale ressaltar que, no relacionamento interpessoal dos profissionais de enfermagem com a equipe multiprofissional,

se não estiverem em uma conexão positiva com o ambiente de trabalho, poderão ter dificuldades para manter esse bom relacionamento.

Nesse sentido, Baggio e Erdmann (2010) apontam que o ser humano/profissional de enfermagem precisa ser instigado a ter um olhar ampliado, minucioso e reflexivo para a realidade que vive, para que possa compreender a dimensão do cuidado humano na sua complexidade.

A atitude crítica e reflexiva deve ser estimulada, considerando a inter-relação e interação do cuidado no seu ambiente de relações, seja o cuidado de si, o cuidado do outro e o cuidado “do nós”, na circularidade que se constitui, como uma noção em construção, desafiada pelo foco e domínio de conhecimento ou compreensão sobre o “nós”, associando/integrando as relações de si com o outro, mutuamente; favorecendo as trocas entre os seres envolvidos; aproximando a compreensão acerca das relações, interações e associações estabelecidas entre os seres humanos, dos seres com seu ambiente, com sua realidade e consigo mesmos, bem como as influências particulares e recíprocas, possibilitando a construção de novas formas de pensar e agir que, conseqüentemente, impulsionam para novas e melhores práticas de cuidado (BAGGIO; ERDMANN, 2010, p. 3).

Na ótica de Souza, Passos e Tavares (2015), o campo da saúde considera esta condição do trabalhador como fenômeno social de alta significação no processo saúde-doença. Que a vida é degradada diante do sentido econômico da atividade de trabalho, devido à exposição aos riscos, a escravização consciente pelo trabalho e sem poder de barganha sobre o próprio salário. Acrescentam ainda, que as condições de trabalho em saúde e enfermagem no Brasil sofrem influencia do modelo de política neoliberal, onde o setor de saúde é submetido à rígida contenção de custos, que impõe salários defasados aos trabalhadores, em geral, e aos de enfermagem, em particular, provocando a deteriorização do campo de atuação da enfermagem.

Tal cenário, pode vir a impactar as atitudes de cuidado de si e autocuidado, haja visto, que os impactos financeiros na vida desses trabalhadores, os influenciam a aumentar sua jornada de trabalho seja com plantões extras ou outras atividades. E dessa forma, diante da falta de escolha para continuar a se manter financeiramente, eles se desgastam fisicamente e psicologicamente, entrando em um estado de *stultia*, o cuidado de si deixa de ser relevante.

A partir dos conceitos de cuidado de si e de autocuidado é possível construir uma relação com a saúde do trabalhador de enfermagem, independentemente do gênero², pois

² Embora a pesquisa seja com os homens, é importante ressaltar que a situação da mulher não é diferente, podendo até ser pior quando comparada ao homem, pois ela trabalha para compor a renda da família, em muitos casos, recebem valores inferiores mesmo executando a mesma função. Apresentam dupla ou tripla jornada de trabalho, além de ter que conciliar esse trabalho com as tarefas cotidianas de mulher e mãe. Sem contar, que

compartilham das mesmas condições e organização de trabalho, são submetidos aos mesmos desgastes e precarização do trabalho, ou seja, do processo de trabalho em saúde. E assim, diante dessa dinâmica do mundo do trabalho na saúde, o trabalhador da saúde pode vir a enfrentar dificuldades para as práticas do cuidado de si/autocuidado, seja por desconhecimento da importância dessas práticas ou por falta de escolhas, de tempo.

Essas reflexões iniciais acerca do pensamento foucaultiano sobre a *parrhesía* e o *stultus* e suas conexões ao ato de cuidar atribuído à Enfermagem nos conduzem a refletir sobre o preenchimento do tempo, posto ser povoado por tarefas práticas, atividades diversas. Assim, não somente cuidados com o corpo, os regimes de saúde, os exercícios físicos sem excesso e a satisfação, mas também com práticas de meditações, leituras, anotações que se faz sobre os livros ou conversas que poderão ser relidas posteriormente. Essas atividades não se constituem como um exercício da solidão, mas sim uma verdadeira prática social. Portanto, atitudes de cuidado de si, um zelo consigo próprio, uma prática que se desenrola com o outro, agora é desenvolvida para si, uma forma de transformação e mudança de condutas frente ao conhecimento da verdade.

Diante dos desafios do cuidado de si na vida cotidiana, é relevante compreender como o mundo do trabalho afeta a saúde do indivíduo e suas relações intra e extralaborais. Para tanto, os estudos de C. Dejours e outros sobre a psicodinâmica do trabalho, nos auxilia no estabelecimento de paralelos que ampliem nosso entendimento sobre como a prática laboral pode interferir no cuidado de si, como exposto por Michel Foucault.

2.4 Descuido de si, Saúde do Trabalhador e a Enfermagem

O trabalho da enfermagem hospitalar conhecido como penoso, devido às longas jornadas de trabalho, o estresse e sofrimento decorrentes da própria organização e condição de trabalho, são situações que acabam prejudicando o olhar-se para si, o refletir sobre suas atitudes e praticar seja o autocuidado quanto o cuidado de si. Nesse sentido, para Benetton (2002, p. 242), “[...] A vida atual, atribuladíssima e altamente consumptiva, facilita que o homem moderno questione pouco sobre si mesmo e sobre sua condição existencial”. E assim, deixando de cuidar-se.

muitas dessas mulheres são chefes da família sozinha, assumindo o sustento e educação dos filhos. Portanto, trabalhadoras que enfrentam os desafios do mundo do trabalho.

Aquele que não tem cuidado consigo mesmo encontra no estado de *stultitia*. O *stultus* está à mercê de todos os ventos, aberto ao mundo exterior. Ele aceita as representações sem saber analisar o que elas representam. O *stultus* não pensa na velhice, deixa a vida correr, que não tenta reconduzi-la a uma unidade pela memorização do que merece ser memorizado, e que não guia a sua atenção, seu querer, em direção a uma meta precisa e bem determinada, muda constantemente de opinião. Sua existência passa sem memória. (FOUCAULT, 2004).

Fernandes (2011, p. 26) cita que “[...] como fundo do cuidado com as coisas e do cuidado com os outros está o cuidado consigo mesmo”. E que todo cuidado é cuidar de si mesmo, mesmo quando cuidamos das coisas ou dos outros. E que em algumas vezes, já se perdeu mediante a multiplicidade de ocupações com as coisas e preocupação com os outros.

Portanto, o cuidado é a essência do existir que oferece sentido ao viver, na qual o sujeito é responsável por sua existência. Envolvendo uma atitude de atenção, de preocupação, de compreensão afetiva consigo mesmo e com o outro. É se responsabilizar com a vida. E diante das relações sociais ele se descobre e se constrói no mundo.

Nesta seara, Leonardo Boff (1999) destaca uma visão de cuidado que valoriza a historicidade do sujeito e sua relação com o outro e o meio ambiente onde vive, de forma que tanto quem cuida quanto quem é cuidado, sejam sujeitos da construção do cuidado.

O foco da enfermagem em relação ao cuidado sempre foi voltado ao cuidado do outro e de reduzido cuidado de si. Esquece-se diante da prestação do cuidado que os enfermeiros, como exposto anteriormente, também sofrem diante da dor, da morte, das condições de trabalho e das formas como este trabalho está organizado, provocando neste trabalhador diversas formas de desgaste e, conseqüentemente, adoecimento. Diante disso, é necessário que esses profissionais que trabalham com o cuidar do outro, reflitam sobre a necessidade do cuidado de si e isso seja uma prática diária.

Todo trabalho, independente de sua origem e classificação, exerce efeitos nos trabalhadores que o realizam, e estão citados na literatura em duas versões como efeitos positivos e efeitos negativos:

Efeitos positivos: em geral, quando satisfaz as necessidades fundamentais de subsistência (função econômica), de criação (função psicológica), e de colaboração (função social), o trabalho faz bem à saúde, constituindo-se num gerador de bem-estar. São positivos, sem dúvida, o crescimento da competência e o sentimento de utilidade social. A maioria dos estudos refere à grande motivação do pessoal de enfermagem pelo seu trabalho. **Efeitos negativos:** em decorrência da carga de trabalho físico, mental e psíquico gerada pela excessiva atividade laboral. Alguns

efeitos são reversíveis, como a fadiga. Já não se pode dizer o mesmo sobre desgaste excessivo, envelhecimento precoce, doenças profissionais e morte prematura (BULHÕES, 1994, p. 61).

Dejours (2004a) reforça o reconhecimento de que trabalhar pode promover o equilíbrio psíquico, a identificação com aquilo que se faz, a realização de si, pode dotar de sentido à vida e, em contrapartida, pode gerar sofrimento patológico e ser fonte de desequilíbrio, doenças físicas e mentais.

Nos estudos de C. Dejours (1992), desenvolvidos na França, há uma crítica ao modelo taylorista³ e demonstram que é a organização do trabalho a responsável pelas consequências penosas ou favoráveis para o funcionamento psíquico do trabalhador. Afirma-se que podem ocorrer vivências de prazer e/ou de sofrimento no trabalho, expressas por meio de sintomas específicos relacionados ao contexto sócio-profissional e à própria estrutura de personalidade. Esse cenário se evidencia com a Revolução Industrial, ainda no século XVIII. Mas será no século seguinte que veremos a divisão entre a saúde física e mental dos trabalhadores, como consequência de jornadas de trabalho prolongadas, ritmo acelerado da produção, fadiga física, e, sobretudo, automação dos processos produtivos fabris. Divisão essa que tem como marca a não participação no processo produtivo e parcelamento das tarefas. (HUBERMAN, 1981).

Nos anos de 1950, “psicopatologia do trabalho” foi a primeira denominação dada por Dejours (2004a) ao analisar a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados pela confrontação do sujeito com a realidade do trabalho. Porém, ele encontrou contradições nos estudos das relações entre a saúde mental e o trabalho. Uma delas residia na esfera em que ocorre o problema relacionado ao trabalho que pode ser individual ou coletivo, ou seja, o sofrimento psíquico ocorre na esfera individual do sujeito ou na esfera coletiva. A segunda contradição refere-se ao sofrimento em si que pode ser patológico ou não-patológico.

Essas contradições implicaram em se buscar um método que analisasse de um lado, o indivíduo em relação, e do outro, pudesse superar a dicotomia entre o normal e o patológico, privilegiando a normalidade.⁴ E alcançar a aproximação do indivíduo trabalhador para

³ Iniciado por Frederick Winslow Taylor nas últimas décadas do século XIX. Propõe que o controle do processo de trabalho deve passar para as mãos da gerência pelo controle e fixação de cada fase do processo, inclusive seu modo de execução. O administrador assume o encargo de reunir todo o conhecimento tradicional que no passado era possuído pelos trabalhadores. O objetivo era aumentar a produção, segundo ele o sistema de tarefa dava margens para que o trabalhador trabalhasse menos do que poderia. (BRAVERMAN, 1987).

⁴ Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores às normas anteriores, serão chamadas patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou

compreender como este chega a um certo equilíbrio psíquico, mesmo estando submetido às condições desestruturantes de trabalho.

A partir disso, Dejours (1994) definiu o conceito de Psicodinâmica do trabalho em substituição à Psicopatologia do trabalho. Pois ele buscava compreender não mais o que adoecia o sujeito, mas como ele continuava são, apesar das adversidades encontradas no trabalho. Assim, o objetivo da psicodinâmica do trabalho é entender as estratégias às quais os trabalhadores recorrem para manterem-se saudáveis diante da organização de trabalho potencialmente patogênica.

Para Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994) a Psicodinâmica do trabalho propõe cinco categorias para analisar a relação organização do trabalho e trabalhador. Essas categorias são agrupadas em duas grandes categorias. A primeira engloba 1) a organização do contexto do trabalho; 2) condições de trabalho e 3) as relações de trabalho. E a segunda categoria agrega 4) a mobilização subjetiva do trabalhador: vivências de prazer e sofrimento; 5) estratégias defensivas e espaço de discussão coletiva.

A organização do trabalho foi conceituada em oposição às condições de trabalho, na qual esta se refere às pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho. As pressões relacionadas às condições de trabalho têm como alvo o corpo dos trabalhadores, podendo ocasionar desgastes, envelhecimento e doenças somáticas. Em oposição, na organização do trabalho reside a divisão do trabalho: divisão de tarefas entre os operadores, isto é, o modo operário prescrito. E por outro lado, a divisão dos homens: repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle. A organização do trabalho atua ao nível do funcionamento psíquico. (DEJOURS, ABDOUCHELLI e JAYET, 1994).

Ainda de acordo com os autores supracitados, o sofrimento no trabalho suscita estratégias defensivas. Forma de adaptação do sujeito às pressões de trabalho com o objetivo de minimizar o sofrimento, diante dessa pressão patogênica. Os espaços de discussão coletiva são um espaço público de fala e escuta em que podem ser expressas opiniões contraditórias e/ou baseadas nas crenças, valores e posicionamento ideológico dos participantes do espaço. E por fim, a mobilização subjetiva é um processo que se caracteriza pelo uso da inteligência operária e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho. A utilização destes recursos pelos trabalhadores depende da dinâmica contribuição-retribuição simbólica, que pressupõe o reconhecimento da competência do trabalhador pelos pares e pela hierarquia.

superiores – em outro meio – serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. (Canguilhem, 2002, p. 113).

Destarte, o ato de trabalhar para Dejours (2004b) é preencher a lacuna entre o prescrito e o real, porém não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho deve ser inventado ou descoberto a cada momento pelo trabalhador. O fato de trabalhar envolve gestos, saber-fazer, engajamento do corpo, inteligência e reflexão.

[...] o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhe são designados; ou ainda aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para enfrentar o que não funciona quando ele se atém escrupulosamente à execução das prescrições. (DEJOURS, 2004b, p. 28)

Há contradições na organização do trabalho prescrito e o real, em que cada incidente ou acidente leva à elaboração de uma nova prescrição ou regulamentação que ao longo do tempo vai somando-se as regras anteriores e se tornando mais complexas. Chegando ao limite de se tornar impossível a execução do trabalho, caso todo o conjunto de regras e normas venham a ser cumpridos, levando, às vezes, a desorganização do trabalho. (DEJOURS, 2004).

Essa desorganização do trabalho poderá implicar em sofrimento para indivíduo, que se distingue em dois tipos de sofrimentos: *o sofrimento criador* e *o sofrimento patogênico*. O primeiro reconhece o sofrimento como uma mola propulsora, que o faz produzir, que impulsiona o processo criativo e preserva a saúde desse trabalhador, criando soluções favoráveis para sua vida e saúde em geral. A segunda, no entanto, há um esgotamento de todos os recursos defensivos do trabalhador, provocando descompensações que o adoecem fisicamente e mentalmente. O trabalhador não consegue adaptar-se ao funcionamento da organização do trabalho. O desafio é definir ações suscetíveis para modificar o destino do sofrimento e favorecer sua transformação. Quando o sofrimento puder ser transformado em criatividade, passa a ser considerado benéfico, pois aumenta a resistência do indivíduo ao risco de desestabilização psíquica e somática. O trabalho passa a ser um mediador para a saúde. Mas, se a situação de trabalho, as relações sociais de trabalho e as escolhas gerenciais produzem um sofrimento patogênico, o trabalho passa a ser, então, um mediador da desestabilização e fragilidade para a saúde. (DEJOURS; ABDOUCHELI e JAYET, 1994).

Na abordagem da psicodinâmica do trabalho, na relação trabalho-homem, este nunca foi considerado como um indivíduo isolado, mas sempre ativo nas relações com outros trabalhadores que sofrem para construir estratégias defensivas em comum; relação com os pares, na tentativa de um reconhecimento de sua originalidade e sua identidade ou de sua pertença a um coletivo ou comunidade de ofício; relação com a hierarquia para fazer reconhecer a utilidade de sua habilidade ou de seus achados técnicos; relação com aos

subordinados, na tentativa de uma busca de um reconhecimento de sua autoridade e de suas competências etc. (DEJOURS, ABDOUCHELLI, e JAYET, 1994).

Assim, como exposto anteriormente, de maneira positiva, o trabalho constitui-se num gerador de bem-estar, crescimento da competência e o sentimento de utilidade social; e de maneira negativa afeta a saúde como consequência da carga de trabalho físico, mental e psíquico gerada pela excessiva atividade laboral. As alterações abruptas e não planejadas do estilo de vida, juntamente com a relação trabalho-saúde, requerem de tratamento sério quanto ao desenvolvimento de doenças, sejam ocupacionais ou não, e mais importantes que isto: necessitam ser uma preocupação dos trabalhadores da Enfermagem com o seu bem-estar.

O trabalho da enfermagem não é diferente de outras profissões. Reconhecemos e identificamos as pressões por produtividade e as variações entre o trabalho prescrito e o real imposto pelo ritmo e as jornadas intensas. Realidades que impõem aos trabalhadores a contínua elaboração de estratégias para enfrentar os imprevistos, individual e/ou coletivamente, haja vista que as relações sociais dentro desse campo podem também ser afetadas. Uma vez que a forma como o trabalho é organizado e as condições para sua execução podem contribuir para o sofrimento, desprazer, relações conflituosas entre colegas e os superiores.

Nessa lógica, Baggio, Monticelli e Erdmann (2009) corroboram que o cuidado de si, como desenvolvido por Michel Foucault, aparenta ser negligenciado pelo profissional de Enfermagem. Em virtude da falta de tempo para realizar atividades esportivas, culturais ou de lazer, para alimentar-se corretamente, para cuidar da aparência ou por não dispensar tempo para si em detrimento do trabalho, emergindo o descuido de si. Contrariando, dessa forma, a formação profissional desses profissionais que os qualificam para o cuidar do outro, e mediante essas evidências, reduzem ou anulam o cuidado de si.

Outros fatores que podem contribuir significativamente para o descuido de si são a organização e ambiente de trabalho, em virtude da sobrecarga de trabalho, das exigências de superiores, os conflitos, problemas nos relacionamentos interpessoais, baixa remuneração e dupla jornada de trabalho, portanto, dessa forma prejudicando o profissional quanto ao seu cuidado. (BAGGIO; FORMAGGIO, 2007; 2008).

Nessa acepção, esse descuido de si pode produzir sinais e sintomas, que ocasionam prejuízos para a saúde dos trabalhadores da enfermagem, conforme exposto por Silva e

Baptista (2015). Pois para além da exposição às cargas fisiológicas, estes trabalhadores também apresentam outros agravos como fadiga física e mental, edemas, hipertensão arterial, irritabilidade e alterações do padrão de sono e repouso que são decorrentes de uma série de atividades, que exigem além da fisiologia do corpo, manipulação de pesos, percursos de longa distancia, posições inadequadas e trabalhos em turnos.

O trabalho da enfermagem, a exemplo dos demais, pode comprometer o processo de viver saudável dos seus trabalhadores. Dessa forma, a qualidade de vida destes profissionais no espaço laboral e extralaboral é consequência do trabalho, percebido como possível desencadeador de saúde, bem-estar, doença, desestruturação mental e loucura. As condições de trabalho, o ambiente institucional e as relações interpessoais podem contribuir para o (des) prazer no trabalho. As atividades adaptadas às condições físicas e psíquicas individuais, por sua vez favorecem a saúde e até servem de imunidade para o trabalhador. No entanto, o contrário pode desencadear doença física ou mental, levando, posteriormente, a que este trabalhador se afaste definitivamente do trabalho (BAGGIO, 2007; BAGGIO; FORMAGGIO, 2007; 2008).

Segundo Carvalho et al. (2010) e Silva e Baptista (2015) tem-se percebido que a realidade vivida por muitos trabalhadores de enfermagem, especialmente em instituições hospitalares, vem provocando agravos à saúde, provenientes, em geral, do ambiente de trabalho, da organização e das atividades insalubres executadas, o que causa prejuízo não só aos profissionais, mas também às instituições empregadoras e assistenciais em todo o mundo.

Esses agravos à saúde física e psíquica dos profissionais de enfermagem podem levar ao afastamento do trabalho, além de ter potencial para prejudicar a qualidade da assistência, pois a ausência do trabalhador implica em uma sobrecarga de trabalho para as equipes de enfermagem, gerando, portanto, diversos transtornos. (FELLI, 2015; FERREIRA et al., 2015; MANTOVANI et al., 2015).

No contexto dessas considerações se observa que a carga de trabalho enquanto “sobrecarga de trabalho” interfere diretamente no processo de desgaste laboral, tendo relação com as condições de trabalho.

Laurell e Noriega (1989) mencionam que as cargas de trabalho como elementos do processo de trabalho que interagem entre si e com o corpo do trabalhador, desencadeiam alterações nos processos biopsíquicos, que se manifestam como desgastes físicos e psíquicos potenciais ou efetivamente apresentados, os quais devem, portanto, ser analisados no contexto do processo de trabalho. Ou seja, entendem-se as cargas de trabalho como os elementos que

sintetizam a mediação entre o trabalho e o desgaste do trabalhador, as quais não atuam isoladamente, mas em combinação com outras cargas que determinam a condição na qual o trabalhador enfrenta a lógica global do processo de trabalho.

Frente às transformações que o mundo do trabalho vem passando, Antunes (2015), revela que as consequências do capitalismo têm propiciado um *estranhamento (alienação)* pois a classe-que-vive-do-trabalho não produziu o desenvolvimento de uma subjetividade, mas ao contrário, desfigurou-se a personalidade humana, ou seja, a subordinação à lógica do capital configurou em sacrificar o indivíduo. E Martins (2014), acrescenta que isso tem acarretado consequências diretas na vida e saúde dos trabalhadores, em sua maioria, de maneira negativa, em razão do aumento do ritmo de trabalho implicando no consumo de energia física e psicológica desses trabalhadores, levando-os a desenvolver um quadro de estresse em sua vida pessoal e profissional. Assim, a Psicodinâmica do trabalho se mostra complexa em sua re-produção sob a lógica das relações de produção capitalistas, posto que assistimos o emergir de novas patologias relacionadas ao trabalho atravessadas por um mínimo de resistência ao estado de coisas.

A síndrome de *burnout*, segundo os estudos de Benevides-Pereira (2003), é uma doença característica do meio laboral, e que esta é um processo que se dá em resposta à cronificação do estresse ocupacional, trazendo consigo consequências negativas tanto em nível individual, como profissional, familiar e social. Na esfera institucional, os efeitos do *burnout* se fazem sentir tanto na diminuição da produção como na qualidade do trabalho executado, no aumento do absenteísmo, na alta rotatividade, no incremento de acidentes ocupacionais, na visão negativa da instituição denegrindo a imagem desta e, tendo como resultado importantes prejuízos financeiros.

Aí reside a importância de estudos como os de Cecilio e Lacaz (2012), ao expor que a discussão sobre a saúde do trabalhador dos serviços de saúde é recente, dos anos de 1990. A perda da saúde desses trabalhadores advém da impotência frente à estrutura hierárquica centralizadora das instituições e da dificuldade de atuar de forma criativa nas relações de trabalho do cotidiano. Logo, as restrições que a própria organização do trabalho impõe à utilização de seu saber geram sofrimento e desgaste de várias ordens. Acrescido a isso, a sobrecarga de trabalho, o alto absentismo relacionado ao aumento de horas extras criam um círculo vicioso de deterioração.

Nessa mesma perspectiva, os Serviços de Medicina do Trabalho existentes nos serviços de saúde, atuam de forma curativa e individual, ou seja, apenas paliativa, não

resolvendo as reais causas dos problemas de saúde. Além da precariedade das informações sobre os agravos à saúde dos trabalhadores dos serviços públicos de saúde, por não existir registros apropriados dificultando tomadas de decisões e ações que possam impactar nas organizações. (CECILIO; LACAZ, 2012).

Diante dos agravos que os descuidos de si podem provocar na vida pessoal e profissional do trabalhador de enfermagem, Xavier et al. (2017) consideram a necessidade emergente do avivar dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado de si, para que a assistência prestada contemple o campo dialógico entre o discurso sobre o cuidado, o exercício do cuidar de si e a ação de cuidar do outro, efetivando uma atitude de saúde pautada sob um olhar reflexivo, consciente, humanizado e integral, direcionado tanto aos profissionais quanto aos pacientes.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Compreender o significado do cuidado de si para os enfermeiros de um Hospital Universitário.

3.2 Objetivos Específicos

- Construir os aspectos sociodemográficos dos participantes da pesquisa;
- Descrever as práticas do cuidado de si dos enfermeiros do gênero masculino;
- Analisar o desdobramento das práticas do cuidado de si para a saúde do trabalhador.

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Pesquisa

Trata-se de um estudo de caso com metodologia qualitativa, utilizando-se de um roteiro semiestruturado para a coleta de dados. O estudo de caso dentro da perspectiva social pode ser utilizado nos serviços de saúde, em diversos momentos, seja citar experiência de usuários, de uma equipe, de uma unidade até mesmo de um serviço como um todo; na qual, esse estudo de um desses casos não se esgota através da pesquisa, e sim, se aproxima da realidade do caso. Assim, ao focalizar as principais marcas identitárias do caso e estabelecer ligações entre elas, identificar suas estruturas e sua relação com o seu contexto, estamos tentando compreender a realidade. (DESLANDES; GOMES, 2007).

O Estudo de Caso é considerado como possivelmente o mais relevante dos tipos de pesquisa qualitativa. Segundo Triviños (1987, p. 133), “[...] é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”. É adequado para investigar um fenômeno dentro da realidade. (GIL, 2002).

A pesquisa qualitativa, para Minayo (2002, p. 22), “[...] trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”.

4.2 Campo de Investigação

A pesquisa realizou-se dentro do Hospital Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia no qual é referência na região do Triângulo Mineiro. O hospital possui 520 leitos e mais de 50 mil m² de área construída. É uma unidade de alta complexidade, referência para uma população de mais de dois milhões de habitantes. Oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatorial, cirúrgico e internação. Maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no *ranking* dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC). É referência em média e

alta complexidade para 86 municípios da macro e microrregiões do Triângulo Norte. (HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA, 2017).

4.3 Participantes da Pesquisa

Na metodologia qualitativa o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas dificilmente pode ser determinado *a priori* – e que dependem da qualidade das informações obtidas, bem como da profundidade e do grau de recorrência e divergência destas informações. Durante o tempo que estiverem aparecendo “dados” originais que tragam novas perspectivas à investigação, as entrevistas precisam continuar. (DUARTE, 2002).

Utilizamos-nos da amostragem não probabilística intencional que é quando se deseja por exemplo, obter a opinião ou conhecer a situação de determinadas pessoas ou serviços, por sua especificidade e não representatividade do universo. As amostras não probabilísticas são mais usadas em pesquisas qualitativas, e estão preocupadas em captar a diversidade do universo. (MARSIGLIA, 2007).

De acordo com as informações prestadas pelo serviço de Gestão de Desenvolvimento Humano em Saúde do HC-UFU (2016) para o levantamento de dados do quantitativo de enfermeiros do gênero masculino, haviam 37 lotados no hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia, sendo que 3 (três) foram excluídos da pesquisa (1 lotado em Ambulatório, 2 afastamentos) não sendo contabilizados, totalizando, portanto, 34 profissionais.

A população do estudo foi composta por 15 profissionais enfermeiros do gênero masculino lotados no HC/UFU, com escala de trabalho 36 horas semanais. Que concordaram em participar da entrevista audiogravada em formato *mp3*, utilizando de um roteiro com a entrevista semiestruturada (apêndice A). E para tanto, consentiram assinando o TCLE (Apêndice B).

Além de ser pesquisadora, também sou trabalhadora da instituição, o que facilitou a interação com esses enfermeiros, tendo em vista que os conheciam pelos percursos de trajeto no interior do hospital. Os enfermeiros do gênero masculino do HC UFU foram sendo convidados à participar da pesquisa mediante a carta convite, em que ao visitar os setores nos diferentes horários, eu os abordavam e realizava o convite. Inicialmente, seriam pesquisados

todos os enfermeiros do gênero masculino, mas em decorrência da repetição dos dados, e estando na 15ª entrevista, e entendendo que havia material suficiente para análise, encerramos a coleta mediante a saturação dos dados. Outro aspecto se relaciona aos preceitos éticos da pesquisa de identificação dos sujeitos, já que a população geral de enfermeiros masculinos do HC UFU são minoria, sendo assim, estaríamos os identificando.

Foram estabelecidos alguns critérios de inclusão e exclusão no estudo, assim foram inclusos os profissionais de enfermagem do gênero masculino com o cargo de enfermeiro, servidores que trabalham nas unidades assistenciais e administrativas dentro do Hospital de Clínicas de Uberlândia com escala de 36 horas semanais. Que foram convidados a participar através da Carta Convite (Apêndice B) consentirem em participar da pesquisa e fornecer informações pelo método descrito. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em 2 vias sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores, .Em contrapartida, foram excluídos os profissionais que estivessem afastados por motivo de férias, folgas ou licença médica ou do trabalho durante o período da coleta de dados.

4.4 Entrada no Campo de pesquisa

Como disse anteriormente, além de pesquisadora também faço parte do quadro de profissionais da instituição HC-UFU, o que favoreceu a minha entrada nos diversos setores do hospital e pudesse ter contato com esses enfermeiros trabalhadores do gênero masculino. Ao me identificar como pesquisadora e expor a minha pesquisa, de forma a convidá-los a participar, alguns em torno de 5, me ouviram atentamente, porém não manifestaram interesse em participar, portanto, recusando-se. Apesar de elogiar o intuito da pesquisa. Outro enfermeiro que sempre eu tentava marcar para conversarmos dava uma desculpa, portanto, entendemos que isso era uma forma de recusa. Os que aceitaram a participar, me receberam prontamente e mediante um melhor horário para conversarmos, agendávamos um momento que não fosse atrapalhar as atividades desenvolvidas no setor. Sempre buscamos um lugar tranquilo e que não houvesse interrupções durante a gravação. Esse ambiente foi escolhido pelo próprio participante até porque preferiram conversar no setor de trabalho e no seu horário de serviço, mas sempre atentos caso surgisse algum contratempo relacionado às intercorrências no setor. Também deixei claro que eles poderiam se ausentar durante a

entrevista, caso isso acontecesse, dando uma pausa na gravação ou retornaria em outro momento que fosse favorável ao participante.

Ao explicar de como conduziríamos a entrevista em que se utilizaria de um gravador para captar toda a conversa, houve no primeiro momento um espanto por parte de alguns, dizendo que esta seria a primeira vez que participaria de uma pesquisa audiogravada, e que na maioria das vezes eles preenchiam formulários. Procurei fazer desse momento, um bate papo, uma escuta humanizada, para que eles pudessem me contar quem eram eles, das rotinas do cotidiano e do trabalho, dos cuidados que se autoproporcionava. Essas conversas duraram em torno de 16 a 40 minutos. Teve homens que interagim mais, outros menos e só respondia o que era necessário.

Durante a entrevista e com suporte do roteiro semiestruturado as conversas iam dando seguimento e sempre que determinado assunto causava dúvida, era solicitado que esclarecesse melhor. Na verdade, foi uma conversa prazerosa, em que à medida que se desenrolava eles iam me deixando os conhecer melhor, um pouco além dos cumprimentos de corredor do HC. Teve momentos com alguns participantes que me senti fragilizada diante dos relatos da prática do cuidado de si e os aspectos relacionados ao trabalho. O sentimento enquanto enfermeira foi realmente cuidar deles, são pessoas que necessitam de um olhar mais aguçado que estão ali do nosso lado, e muitas vezes em decorrência do excesso de trabalho e das tarefas a serem cumpridas não temos tempo de conversar um pouquinho, de escutar os desabafos. Senti que essas pausas para as conversas eram necessárias, pode ser que nem eles tenham se atentados para pensar na importância disso, perante os desafios diários do trabalho que por diversos momentos é tão mecanizado, sempre no desejo de se cumprir as tarefas prescritas com o trabalho real.

Ao final, quando eu perguntava se queriam abordar algo que não foi contemplado durante a entrevista, eles assinalaram que esse momento de parar para refletir sobre eles e seu trabalho foi importante e que na maioria das vezes era mais fácil falar do outro do que de si mesmo.

Em encontros casuais pelos corredores do HC UFU, alguns enfermeiros me perguntavam sobre o andamento da pesquisa e relatavam a incorporação de novas práticas quanto aos cuidados com eles mesmos. Isso me proporcionou um sentimento de satisfação, durante poucos minutos de conversa a pesquisa conseguiu despertar nesses homens alguma transformação e a necessidade de mudar.

4.5 Entrevistas Semiestruturadas

A técnica da entrevista semiestruturada é realizada mediante roteiro pré-estabelecido e flexível, com perguntas ou tópicos que permitam os sujeitos falarem sobre o tema por meio de uma conversa informal, permitindo um aprofundamento dos tópicos e esclarecimentos de fatos relatados. (SANTOS; OSTERNE; ALMEIDA, 2014).

Essa técnica foi utilizada para compreender o significado do cuidado de si para os enfermeiros do gênero masculino, que possibilitou a construção dos aspectos sociodemográficos e descrição das práticas do cuidado de si por esses profissionais.

O período de coleta dos dados foi de 13/01/2017 a 24/02/2017. Cada uma delas durou em média, 22,4 minutos. Para esse processo foi utilizado o roteiro de perguntas (APÊNDICE A). As entrevistas foram agendadas e realizadas com cada enfermeiro de acordo com sua disponibilidade. Foi observado o sigilo e resguardado o anonimato dos entrevistados, de acordo com os preceitos da legislação que regulamenta este estudo. As entrevistas foram audiogravadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora para não se perder os detalhes das informações e totalizaram 100 páginas e 5,6 horas de gravações. Além disso, informamos que as gravações ficariam guardadas com o pesquisador por um período de cinco anos e que serão posteriormente destruídas.

4.6 Análise dos Dados

A análise dos dados obtidos do roteiro de entrevista semiestruturado que caracterizam os profissionais foi construída, a partir do momento que os entrevistados falam de si, retratando sobre sua vida cotidiana e a rotina de trabalho no decorrer da gravação. Usou-se de uma análise estatística simples e os dados apresentados em uma tabela para uma melhor visualização e compreensão do perfil dos participantes.

A análise das entrevistas do mesmo roteiro ocorreu com o emprego da análise de conteúdo em sua modalidade temática. Segundo Bardin (2011), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas que pretende analisar as comunicações por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, para obter indicadores ou categorias que sejam quantitativos ou não, e que permitam inferências de conhecimentos destas mensagens.

Essa técnica pode ser aplicada em diversos discursos, em variadas formas de comunicação e de diferentes naturezas.

Para organizar os dados esta autora revela os critérios que são a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados. O tratamento dos resultados compreende a codificação e a inferência. Após a transcrição dos dados, inicia-se a leitura flutuante. Em seguida, defini-se os índices ou categorias que permitam o enquadramento das questões norteadoras ou temas. De posse dos temas que se repetem, são recortadas as falas “[...] do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática e de modalidades de codificação para o registro dos dados.” (BARDIN, 2011, p. 100).

Dessas análises emergiram cinco categorias, a saber: i) **“Eu sou eu: desafios do cuidado de si na rotina cotidiana”** fazendo referência a caracterização da amostra em estudo; ii) **“Cuidar de mim é...o cuidado de si entre saberes e práticas”**, abordando as práticas de cuidado e descuido realizado por esses enfermeiros; iii) **“Escolhas, liberdade, responsabilidade e desafios na produção do cuidado de si”** que traz a luz os aspectos relacionados ao trabalho de Enfermagem e a produção do cuidado de si; iv) **“O cotidiano do trabalho de Enfermagem e os desafios do cuidar de si: a saúde do trabalhador em foco”** que descreve sobre os impactos das condições de trabalho para o cuidado de si. E por fim, v) **“Cuidado de si: desafio institucional frente à Saúde do Trabalhador”** que analisa a situação institucional na visão dos enfermeiros quanto as possibilidades do cuidar da saúde do trabalhador.

4.7 Aspectos Ético

Espera-se que essa pesquisa permita aos sujeitos um momento de reflexão ética quanto à sua experiência de atuação no serviço/setor de referência no território, enquanto processo histórico; tendo sua história valorizada a partir do seu conjunto de valores; oportunidade de reflexão enquanto sujeito de mudanças sociais e, ainda, a construção de uma interpretação própria sobre o cuidado de si e as condições de trabalho.

Para a realização da coleta de dados entramos em contato com os sujeitos envolvidos para expor os objetivos da pesquisa e convidá-los a participar como voluntários, bem como sua autorização para gravar as entrevistas e transcrevê-las posteriormente, para não perder os

detalhes das informações. Além disso, informamos que as gravações ficariam guardadas com o pesquisador por um período de cinco anos e que serão posteriormente destruídas. Foi observado o sigilo e resguardado o anonimato dos entrevistados, de acordo com os preceitos da legislação que regulamenta o estudo.

Após essa etapa de explicações sobre o estudo, foi repassado aos sujeitos participantes do estudo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), que compõe o protocolo de pesquisa e é a expressão e garantia da autonomia dos sujeitos envolvidos na pesquisa, ficando uma cópia para o pesquisador e outra para o sujeito da pesquisa. Esse processo se deve ao fato de o estudo proposto ter seres humanos como sujeitos e, por este motivo, deverá atender as exigências éticas e científicas fundamentadas na Resolução 466/2012 do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos.

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) para análise. A pesquisa obteve parecer favorável do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) sob o n. 60207116.0.0000.5154 em 01 de dezembro de 2016. (Anexo A).

Considerando os aspectos éticos da pesquisa e de forma a garantir o anonimato dos entrevistados, utilizamos da abreviação (Enf.) seguida de números ordinais para designar os enfermeiros. Exemplo: Enf.1; Enf.2, até Enf. 15.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

5.1 “Eu sou eu”: desafios do *cuidado de si* na rotina cotidiana

Foucault (2004), em seu livro *A Hermenêutica do Sujeito*, expressa que é a partir da prática do cuidado de si que se tem conhecimento de si. Esse capítulo retrata como o enfermeiro do gênero masculino tem se cuidado na sua rotina cotidiana. Para a análise dos dados obtidos, consideramos relevante, além de compreender a importância e o significado do cuidado de si para o enfermeiro do gênero masculino, construir o perfil sociodemográfico.

Inicialmente, procurou-se identificar alguns dados pessoais, o qual possibilitou a caracterização da amostra. Entre esses dados estão informações referentes à idade, etnia, religião, estado civil, filhos, renda mensal, formação complementar, tempo de formação e tempo de trabalho na instituição, turno e horas de trabalho semanais.

A amostra constou de 15 enfermeiros do gênero masculino trabalhadores do HC-UFU que desenvolvem suas atividades nos turnos diurno e noturno, no regime de 36 horas semanais. (Tabela 1).

Segundo os resultados obtidos, houve uma predominância da cor branca (60%), idade abaixo de 39 anos (53,3%), média de 40,53 anos, desvio padrão (DP) 8,97, idade mínima de 30 anos e idade máxima de 62 anos; a maioria casados e católicos (66,6%), e (40%) não possuem filhos e tem uma renda entre 4 a 6 salários mínimos.

Em relação ao tempo de formado 60% têm entre 11 a 30 anos de formados e 53,3% atuam na instituição entre 11 a 20 anos. Aqui há ressalva para alguns trabalhadores que já atuavam na instituição, antes de se tornarem graduados em Enfermagem (33,3%).

Quanto ao turno de trabalho e ao vínculo com a instituição 73,3% trabalham no período Diurno e são Servidores Federais. Sendo que 40% estão cursando o mestrado. Cabe salientar que para os Servidores Federais há o Plano de Carreira dos Cargos Técnico-Administrativos em Educação, no âmbito das Instituições Federais de Ensino vinculadas ao Ministério da Educação, portanto, sendo um incentivo para se qualificarem.

Tabela 1- Uberlândia/MG: característica da Amostra do Estudo (n= 15), 2017.

Características	Frequência (n)	Porcentagem (%)
Idade		
30-39	08	53,3
40-49	05	33,3
Mais de 50	02	13,3
Etnia		
Branca	09	60,0
Parda	06	40,0
Religião		
Católica	10	66,6
Evangélico	03	20,0
Espírita	02	13,3
Estado civil		
Casado	10	66,6
Solteiro	03	20,0
Divorciado/Separado	02	13,3
Filhos		
Nenhum	06	40,0
1 a 2 filhos	05	33,3
Mais de 3 filhos	04	26,6
Renda		
4 SM a 6 SM	06	40,0
7 SM a 12 SM	05	33,3
Mais que 12 SM	04	26,6
Tempo de formação		
0 a 10 anos	04	26,6
11 a 30 anos	09	60
Mais de 31 anos	02	13,3
Formação complementar		
Especialização	05	33,3
MS completo	02	13,3
MS incompleto	06	40,0
DR completo	01	6,66
DR incompleto	01	6,66
Atuação no HC-UFU		
Até 10 anos	03	20,0
De 11 a 20 anos	08	53,3
De 21 a 30 anos	03	20,0
Mais 31 anos	01	6,66
Turno de trabalho		
Diurno	11	73,33
Noturno	04	26,66
Vínculo na Instituição		
UFU	11	73,33
FAEPU	04	26,66

Fonte: Banco de dados da pesquisadora. 2017.

O subtema “eu sou eu” nos apresenta a visão dos trabalhadores sobre si enquanto pessoa no seu cotidiano, nos fornecendo características pessoais que permitem conhecê-los:

[...] eu acho que nem sei quem sou eu. (Enf.4).

[...] eu sou eu né (Enf.11).

[...] nossa que pergunta complicada né (Enf.9).

[...] sou uma pessoa humilde, que batalhou muito para chegar onde chegou. (Enf.6).

[...] difícil falar da gente (Enf.7).

Os relatos acima nos remetem a dificuldade de falar de si mesmo. De parar e refletir sobre quem são eles, de citar características que os definam, no tempo e na história. Martinazzo (2010) explica que a identidade humana é um traço característico de cada ser que permite distinguir um indivíduo de outro, ou seja, características próprias de cada um, da espécie humana e da sociedade. Na qual delinea as semelhanças e diferenças entre os seres humanos, destacando suas características físicas, seu modo de pensar, ser e agir.

O homem constitui sua identidade quando entra em contato com o mundo, transforma a natureza e produz as diferenças culturais. Esse modo de pensar, ser e agir são desenvolvidos no decorrer das ações cotidianas em meio à realidade cultural no qual está inserido. (MARTINAZZO, 2010).

A vida é produzida no cotidiano. É a partir das pequenas ações diárias que nos construímos enquanto seres humanos e os nossos interesses são desenvolvidos. Cada cotidiano é vivido de forma única e particular por cada pessoa, que se constrói conforme a singularidade individual e realidade vivida pelo contexto social. O conceito de cotidiano se estabelece na relação entre aquilo que é singular do sujeito com o que é coletivo e social. Porém, a ideia de cotidiano não pode se restringir somente aquilo que é feito diariamente, mas abrange como o sujeito se vê, como constrói sua identidade, como participa da vida comunitária e também às formas de organização social. (SALLES; MATSUKURA, 2013).

Cuidar de si implica enxergar a vida como prova no sentido de experiência, ou seja, no sentido de que o mundo é reconhecido como sendo aquilo através do que fazemos a experiência de nós mesmos, aquilo através do que nos conhecemos e nos revelamos a nós mesmos. O que há de grande nesta técnica de cuidado de si no sentido das provações, é aceitar todos os acontecimentos como se os desejasse. Uma alma torna-se firme e serena diante da adversidade. (FOUCAULT, 2004).

Nos fragmentos das narrativas a seguir, percebemos que os sujeitos se veem como tranquilos e responsáveis pela família em relação à vida cotidiana, exemplificando os que os autores acima discorrem:

[...] minha rotina foi sempre de casa [...] procuro ser mais tranquilo possível (Enf.3).

[...] um cara tranquilo, hoje pai de família, cuidador de família [...] porque quando você está na casa dos pais você quer saber só de farra, brincadeira e passa a ser agora mais responsável, mais caseiro (Enf.15).

Agnes Heller (2000) acrescenta que a inserção no cotidiano se manifesta numa dupla condição através da “consciência do Eu” e da “consciência de nós”. A condição humana se revela simultaneamente no ser particular e no ser genérico, em que o humano-genérico é aquele que se orienta para o “nós”, para o coletivo e se manifesta na arte, no trabalho, na ética. Dessa forma, a cotidianidade ocorre no encontro do singular e do coletivo ao buscar a satisfação das necessidades pessoais e, também, das necessidades coletivas. O trabalho, a família, as relações sociais e o lazer compõem a vida cotidiana.

Outro aspecto que emergiu dos depoimentos, diz respeito à prática de atividades que proporciona prazer na vida cotidiana. Essas atividades de lazer estão relacionadas ao entretenimento como assistir um filme, cuidar de animais domésticos e cultivo de plantas, alimentar-se e viajar que ao final favorece a sensação de relaxamento.

[...] o que me dá prazer é assistir filme [...] adoro comer [...] eu tenho um hobby que são orquídeas [...] eu cultivo, eu gosto. (Enf. 4)

[...] canto no coral [...] às vezes vou para o meu pai, saio com minha esposa [...] eu tenho um sítiozinho na minha cidade [...] eu viajo esses 300km e fico lá 3-4 dias lá mexendo com a roça mesmo. (Enf. 14)

[...] de criar pequenos animais, criar galinha, de criar cachorro, de passear na feira. O tempo livre que tenho. (Enf. 10)

[...] viajo todo ano, [...] para Vila Velha [...] terra da minha esposa, que a família dela é de lá e a gente aproveita e dá outros passeios. (Enf. 11)

Essas pausas para o lazer se mostram frequentes no grupo de participantes. Pois para eles, viabilizam a sensação de bem-estar, uma vez que se “desligam” das atividades produtivas. Silva et al. (2010) expõem que as atividades de lazer devem estar presentes na vida cotidiana do profissional de saúde para que ele se sinta bem.

De acordo com Foucault (2004), o princípio do cuidado de si foi convertido em uma série de fórmulas como “ocupar-se consigo mesmo”, “sentir prazer em si mesmo”, “buscar

deleite somente em si”, “respeitar-se”. A nossa tendência é buscar por aquilo que nos tragam bem estar e prazer.

O lazer é uma ocupação escolhida livremente e não remunerada, escolhido porque é agradável as pessoas. É imprescindível em todas as idades, o lazer ativo, consciente, prazeroso e lúdico que poderá contribuir com a saúde em todos os aspectos, bem como na sua qualidade de vida. (CAMARGO, 1986; ALMEIDA, 2014).

Marcellino (2001) acrescenta sobre a importância das pessoas terem conhecimento em relação às diversas atividades que podem ser desenvolvidas em seus momentos de lazer. Mas, é necessário, conhecer, ter orientação e serem estimulados a se envolverem, para que possam escolher. Desse modo, esse autor afirma que essas atividades podem atender às necessidades dos indivíduos de forma global.

Diante disso, entendemos que o lazer é fundamental para as atividades no cotidiano dos enfermeiros do gênero masculino como busca de um meio alternativo para o relaxamento e alívio dos problemas, derivados do contexto do trabalho e cotidiano do indivíduo. Fazer uma atividade que permita ter um tempo para o cuidado de si, voltar-se para si mesmo, e se “desligar” das atividades relacionadas ao trabalho. Esses momentos propiciam um bem-estar pessoal e podem trazer benefícios para o âmbito do trabalho.

A prática da atividade física integra parte do cotidiano desses profissionais, ainda que para alguns não seja rotineira devida às queixas de saúde que os impossibilita, em comparação com outros em que a atividade se torna um cuidado diário. É essencial se pensar na importância de uma atividade física na vida cotidiana, pois propicia benefícios tanto para saúde, como bem-estar e aumento de qualidade de vida.

[...] eu fazia musculação, tive um problema no ombro [...] e dei um tempo na academia [...] eu faço corrida [...] aos sábados, jogo futebol. (Enf. 15)

[...] não faço atividades físicas [...] estou vindo de bicicleta, isso tem me ajudado bastante. (Enf. 2)

[...] faço atividades físicas, eu vou na academia pelo menos no mínimo 4x/semana, com atividades aeróbicas né, musculação. (Enf. 13)

[...] faço musculação [...] eu costumo ir no Kung Fu à noite. (Enf. 7)

Silva et al. (2010) entendem que o exercício físico é uma forma de lazer, e também restabelece a saúde diante dos efeitos nocivos do estresse, em decorrência da rotina de trabalho e estudos. Porém, para o fenômeno da inatividade física algumas hipóteses se dirigem à alteração/adoção de estilos de vida associadas às transformações no mundo do

trabalho e a revolução tecnológica, como o uso de transportes motorizados (como automóveis, escadas rolantes e elevadores) e pelo lazer hipocinético (como assistir televisão, usar computadores e vídeo games), em oposição ao deslocamento a pé ou bicicleta, e da ocupação do tempo livre com atividades físicas recreativas. (JESUS; JESUS, 2012).

Segundo Foucault (1985) a *epimeleia* não é simplesmente uma preocupação, mas um conjunto de ocupações, são os cuidados que se devem ter para com um doente ou ferido, as obrigações que se prestam aos deuses ou aos mortos, como se tem consigo mesmo. Implica em um labor, e que precisa tempo, sendo, portanto, um grande problema dessa cultura de si em fixar-se no decorrer do dia ou da vida. Ou seja, de reservar um momento para examinar tudo o que foi feito e de memorizar os princípios úteis.

Refletindo sobre a dimensão espiritual no cuidar de si na vida cotidiana, apreende-se nas entrevistas a importância da crença. Na qual, o cuidado ao espírito pode ocorrer a partir de se acreditar em uma força superior que lhes permite sentir o cuidado. De acordo com Enf. 14, “[...] eu acredito muito em Deus, eu acredito que tudo o que acontece em minha vida é por permissão de Deus”.

Em relação ao conceito de espiritualidade Foucault (2004) fala a respeito das condições da constituição da subjetividade do sujeito por si mesmo e, como tal, implica um:

“conjunto de buscas, práticas e experiências tais como as purificações, as ascetes, as renúncias, as conversões do olhar, as modificações de existência, etc, que constituem, não para o conhecimento, mas para o sujeito, para o ser mesmo do sujeito o preço a pagar para ter acesso à verdade.” (FOUCAULT, 2004, p. 19).

Maftum, Souza e Bais (2008) consideram que para o ser humano a crença em um ser superior “Deus”, faz surgir uma força que permite ajudar a pessoa a vencer os obstáculos, os problemas do cotidiano, a fortalecer para vivenciar os momentos de dificuldades, até mesmo os de doença.

De acordo com Santo et al. (2013, p. 376), essa temática da espiritualidade vem sendo discutida nos campos científicos, principalmente na área da saúde. Esses autores ressaltam que “a qualidade de vida dos profissionais de saúde depende também de sua espiritualidade, principalmente no que se refere a um melhor enfrentamento do estresse cotidiano na atuação profissional”. Estudos estão sendo desenvolvidos relacionando a espiritualidade com a qualidade de vida (GASPAR et al., 2011; NUNES et al., 2009; REIS; COSTA, 2010;), bem como com o enfrentamento de doenças e a promoção (CHAVES et al., 2011; GUERRERO et

al., 2011) e a reabilitação da saúde (BACKES, 2012; PILLON, 2011). A atenção à abordagem espiritual tem se tornado importante na prática de assistência à saúde, tendo em vista, o reconhecimento pela ciência do papel da espiritualidade na dimensão do ser humano, uma vez que, este busca o significado e razão em tudo que está em si mesmo e à sua volta, buscando ser um ser completo. (PERES, 2007).

Ao expormos nessa primeira parte alguns traços que influem no cuidado de si para os participantes algumas questões se abrem para a construção desse caminho do cuidado, como por exemplo: quais saberes os profissionais se apropriaram ao longo de suas experiências e que balizam o cuidado de si? A dinâmica da vida cotidiana, permeada pelo fazer profissional, tem possibilitado a realização de práticas de cuidado de si? Quais desafios estão postos no horizonte do cuidado de si para esses profissionais?

São algumas das questões que norteiam os resultados no próximo item.

5.2. Cuidar de mim é...: o *cuidado de si* entre saberes e práticas.

Como exposto acima, este item contextualiza o conceito de cuidado de si e sua prática pelos enfermeiros do gênero masculino. Segundo Leonardo Boff (1999), o termo “cuidado” abrange os significados de desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bons tratos para com o outro – indicando uma relação de respeito. Ou como demonstra Enf. 14: “[...] *é pensar no meu bem-estar*”.

O cuidado revela a natureza humana e a maneira mais concreta de ser humano. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano, desestrutura-se, definha, perde o sentido e morre. Se ao longo da vida não fizer com cuidado tudo o que empreender, acaba por prejudicar a si mesmo e por destruir o que estiver a sua volta (BOFF, 1999). Esse autor assevera, portanto, que um dos sentidos do viver humano reside no ato de cuidar.

Foucault (1985) reportando aos filósofos expressa que o cuidado de si não quer dizer que o zelo esteja reservado para aqueles que escolhem uma vida semelhante à deles, mas é um princípio válido para todos, durante toda a vida e o tempo todo. O homem é na natureza o ser que foi encarregado do cuidado de si próprio.

Amorim (2013) observa que o homem esquece, ou deixa em segundo plano, de ser e de conviver (o viver com) na busca incessante do ter. Esse homem, na sua atualidade

globalizada, está mais preocupado com a aparência externa, em detrimento ao cuidado com a sua essência, com o mundo que o envolve. Tendo como resultado um homem continuamente insatisfeito, que sofre e adocece, no qual se comprova com os aumentos das doenças de ordem mental e psíquica e das “dores da alma”.

Enf. 8 destaca esse fenômeno em sua narrativa, pois cuidar de si requer tempo, o qual tem sido ocupado com o trabalho, ainda que esse trabalho seja cuidar de outros, ou seja, “[...] *É algo que significa muito, mas, no entanto, fica sempre no 2º plano. Às vezes a gente preocupa muito como o trabalho, com o cuidar dos outros, mas pouco cuidar de mim*”.

Esse depoimento permite lembrar sobre a necessidade da conversão de si em Foucault (1985, p. 70) que é “afastar-se das preocupações com o exterior, dos cuidados com a ambição, do temor diante do futuro, pode-se, então, voltar-se para o próprio passado, compilá-lo, passá-lo em revista e estabelecer com ele uma relação que nada perturbará.”

Waldow (1998) lembra que a enfermagem moderna por essência desde o seu surgimento, expressa através do cuidado a garantia do alívio do sofrimento e manutenção da dignidade em meio às experiências de saúde, doença, vida e morte. Esse cuidado deve atingir além dos pacientes e familiares, a sua equipe de forma a garantir melhor relacionamento, interdependência, coesão e competência. Logo, cuidar significa romper com algumas fronteiras do conhecimento, como destaca Enf. 6 pois passa pelo aprendizado: “[...] *para mim aprender mais, para mim cuidar melhor de mim e cuidar da minha família*”.

Para os gregos na antiguidade, o cuidado de si significava a busca no comportamento da vida social e pessoal, e direcionava o viver de cada pessoa, sua conduta, sua moral. Com o advento do cristianismo seu comportamento passou a ser conduzido por normas, buscando a estética da existência. (FOUCAULT, 1985).

Ainda segundo Foucault (2004) o cuidado de si não se refere a um cuidado de interesses (riqueza, privilegio, poder, *status*) é um “exercício filosófico”, é cuidado ético-moral de si mesmo, orientado para um estilo de vida, uma estética da existência, para artes da existência.

Nesse sentido, Foucault expressa uma preocupação crítica com os modos de cuidar instituídos pela modernidade capitalista: a doença biológica; o corpo, mas que por vezes estão atravessados por ensaios reflexivos mais abrangentes: o mundo; as potencialidades humanas. Modos esses expressos pelos enfermeiros.

[...] é saber das minhas co-morbidades, por exemplo, eu tenho na família histórico de cardiopatia, então já pratico atividades físicas, já tento ter o controle do peso corporal. (Enf. 13)

[...] busca de auto conhecimento como a gente faz o diagnóstico do mundo, a leitura do mundo, fazer uma leitura de si mesmo, identificar suas limitações, suas necessidades, ou suas potencialidades. (Enf. 10)

[...] se eu não cuidar de mim eu não posso cuidar do outro, eu não posso se esquecer do cuidador, essa é uma meta [...] e cuidar do cuidador tenho que cuidar de mim. (Enf. 5)

Os estoicos referiam que o cuidado de si implicava em três regimes: o *dietético*, que se relacionava aos cuidados com o corpo incluindo a alimentação, vestimenta, sono e repouso. O *econômico* que estava relacionado às atividades lucrativas para se obter recursos financeiros para viver. E o *erótico* que se relacionava com elementos pertencentes ao amor, maneiras de relacionar com os outros. Os três domínios passam pela aplicação do cuidado de si. (FOUCAULT, 2004).

De acordo com Foucault (2004), é essencial cuidar de si em qualquer situação. O cuidado de si é um complemento pedagógico que prepara para a velhice. A juventude é a idade decisiva para começar a cuidar de si. Não devendo esperar a velhice para cuidar de si, de modo similar que é mais fácil curar a doença no seu início. É primordial que se comece a cuidar de si ainda quando jovem. Faz-se necessário que a cada momento mesmo jovens ou adultos, tenhamos para com tudo que fazemos a atitude, o desapego e a completude de alguém que já tivesse chegado à velhice e contemplado sua vida.

O cuidado de si seria, portanto, uma prática preparatória para se chegar à velhice, de caminhar para a plenitude, marcada pelo cuidado de si durante toda a vida, com o exercício de bons hábitos e a prática do cuidado de si como uma arte de viver. (COUTO; MEYER, 2011). Esse pensamento é compartilhado pelo Enf. 15 que visualiza a importância do cuidado de si no decorrer dos anos, pois o descuido pode gerar problemas, como ele refere abaixo: “[...] Hoje estou dando mais importância porque vai passando os anos e a gente vai vendo os problemas que vai tendo né”.

Além do aprendizado, convertido em saberes de cuidado, outros enfermeiros associam o cuidado de si com a saúde enquanto processo:

[...] Cuidar de mim é estar atento a todas aquelas coisas que envolve minha saúde né. (Enf. 12)

[...] Cuidado de si acho que é saúde, e cabeça boa, por isso que tenho minha cabeça boa desse tanto. (Enf. 3)

[...] Cuidar de mim, eu penso assim é saúde, é estilo de vida, na minha mente eu não consigo ver saúde sem ter estilo de vida saudável né. (Enf. 11)

[...] O cuidado de si eu acredito que não somente o físico, mas como o mental, como espiritual, a gente precisa ter isso. Então, como definem saúde pela OMS é o bem-estar físico, mental, social enfim, eu acredito nisso. (Enf. 4)

De acordo com Scliar (2007) o conceito de saúde reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural. Não tendo o mesmo significado para todas as pessoas. Sendo influenciado pela época, o lugar e a classe social. Além dos valores individuais, bem como das concepções científicas, religiosas, filosóficas.

A Organização Mundial de Saúde define saúde como o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade. Araújo e Xavier (2014) relatam que a amplitude da premissa da OMS possibilitou que as dicotomias entre corpo e mente, biológico e social, saúde e doença fossem superadas ao admitir a importância das esferas social e psicológica para o estado pleno da saúde. No entanto, falham no sentido de tentar identificar e delimitar o que deve ser admitido como bem-estar ou mal-estar psicossocial, em decorrência de que as concepções variam de acordo com os sujeitos e seus modos de ver, perceber e significar a vida, suas relações e acontecimentos. Agrega-se a isso, a dificuldade nas esferas política e nos serviços de saúde, de se colocar em prática esse conceito, pois transforma a saúde em algo ideal e de difícil alcance.

A primitiva concepção sobrenatural de saúde foi sendo gradualmente substituída pela compreensão biológica, que atribuía saúde simplesmente ao equilíbrio orgânico e que tinha como principais estratégias a utilização de exames e a conduta medicamentosa. No entanto, essa concepção ignora a subjetividade, o contexto e história de vida das pessoas. Surge então, a Clínica Ampliada como alternativa centrada na singularidade do sujeito, envolvendo o indivíduo, a doença, a família e o contexto histórico social/cultural na compreensão da enfermidade e no estabelecimento de estratégias de conduta. (ARAÚJO; XAVIER, 2014).

As concepções da singularidade e do equilíbrio na dimensão subjetiva do cuidado de si são percebidas nos depoimentos de alguns enfermeiros. O indivíduo busca nas atividades prazerosas uma forma de se sentir bem, na qual o possibilite enfrentar às diversidades do cotidiano. E a busca pelo equilíbrio como estratégia de prevenção ao vir adoecer.

[...] se você não esta bem consigo você não esta bem com nada, eu tento levar isso, fazer isso, fazer coisas que eu gosto. (Enf.7)

[...] Então, tem que ter equilíbrio, tudo o que foge do equilíbrio leva o adoecimento. A própria definição de saúde é equilíbrio. (Enf. 9)

O princípio da conversão de si em Foucault (1985) deve ter uma modificação de atividade, não sendo necessário interromper suas ocupações para consagrar-se exclusivamente, mas nas atividades desempenhadas é preciso ter em mente que o fim principal a ser proposto para si próprio deve ser buscado no próprio sujeito, na relação de si para consigo. É o deslocamento do olhar para si.

O cuidar de si é comparado ao cuidado com a saúde. O contexto hegemônico do modelo biomédico, curativista e com realização de *check ups* para detectar qualquer alteração precoce, e *screening* (rastreamento de doenças) ainda é lembrado dentre as estratégias de cuidado. Estratégias essas observadas por Enf.1, mas que não se restringem aos exames clínicos: “[...] é cuidar da saúde isso envolve exames médicos periódicos de prevenção, agora principalmente lazer e descanso”.

Segundo Martins (2005), o *check-up* só faz sentido se for associado a uma investigação cuidadosa de hábitos, estilo de vida e fatores de risco, bem como se o paciente for bem orientado quanto a alternativas para uma vida saudável. Ele ainda enfatiza que são poucos os exames comprovadamente eficazes como estratégia de rastreamento. Tal concepção é oriunda do avanço tecnológico que seria capaz de identificar precocemente as doenças e aumentar significativamente as chances de um tratamento bem-sucedido.

Na cultura de si, o cuidado médico é uma forma de atenção ao corpo, diferente da valorização do vigor físico, mas de uma moral em que afirma que a morte, a doença, ou mesmo o sofrimento físico não constituem verdadeiros males, e que é melhor aplicar-se à própria alma do que consagrar seus próprios cuidados manter o corpo. Ou seja, os males do corpo e da alma podem comunicar-se entre si e intercambiar seus mal-estares. Dessa forma, deve-se corrigir a alma se quer que o corpo não prevaleça sobre ela, e retificar o corpo se quer que a alma mantenha o completo domínio sobre si. (FOUCAULT, 1985).

A partir do exposto, os enfermeiros demonstram algumas estratégias que consideram cuidado de si. Logo, cuidar do corpo, preocupar-se com exames clínicos periódicos que envolvem alta tecnologia demonstram a predominância dos dispositivos de cuidado sob a égide do modelo biomédico.

Ainda que esses cuidados incluam na rotina cotidiana as atividades físicas, estas se voltam para a produção de um corpo resistente aos desafios diários, com o intuito de aumentar suas resistências às infidelidades dos muitos espaços de relação, em particular, do trabalho.

Porém, nem todos os participantes adquiriram a oportunidade ou tiveram oportunizadas as formas de cuidado de si, ainda que com algumas limitações conceituais. Esse fenômeno para Foucault demonstra o “descuido de si”.

É frequente o profissional de enfermagem preocupar-se com o bem-estar do outro, em detrimento de si. Este fenômeno é verificado no pensamento de alguns enfermeiros:

[...] cuido de todo mundo e acabo que não cuido de mim mesmo. (Enf. 14)

[...] a gente não cuida de si mesmo. (Enf. 2)

[...] a gente cuida das pessoas, mas eu mesmo, não cuido de mim. (Enf. 4)

Aquele que não tem cuidado consigo mesmo, conforme Foucault (2004) encontra-se no estado de *stultitia*. O *stultus* está à mercê de todos os ventos, aberto ao mundo exterior. Ele aceita as representações sem saber analisar o que elas representam. O *stultus* não pensa na velhice, deixa a vida correr, que não tenta reconduzi-la a uma unidade pela memorização do que merece ser memorizado, e que não guia a sua atenção, seu querer, em direção a uma meta precisa e bem determinada muda constantemente de opinião. Sua existência passa sem memória.

Em relação ao cuidado consigo mesmo, Fernandes (2011, p. 26) acrescenta que “[...] como fundo do cuidado com as coisas e do cuidado com os outros está o cuidado consigo mesmo”. E que todo cuidado é cuidar de si mesmo, mesmo quando cuidamos das coisas ou dos outros. E que em algumas vezes, já se perdeu mediante a multiplicidade de ocupações com as coisas e preocupação com os outros.

Portanto, o cuidado é a essência do existir que oferece sentido ao viver, na qual o sujeito é responsável por sua existência. Envolvendo uma atitude de atenção, de preocupação, de compreensão afetiva consigo mesmo e com o outro. É se responsabilizar com a vida. E diante das relações sociais ele se descobre e se constrói no mundo.

Neste sentido, Boff (1999) destaca uma visão de cuidado que valoriza a historicidade do sujeito e sua relação com o outro e o meio ambiente onde vive, de forma que tanto quem cuida, quanto quem é cuidado, sejam sujeitos da construção do cuidado.

Entre os relatos de cuidado e descuido, visualizam-se também aqueles que se cuidam parcialmente, como o observa Enf. 1, que em relação ao sono, ele tem tido mais cuidado em detrimento das outras atividades:

[...] Geralmente está sendo só dormir (rsrsrsrs), mas eu quero melhorar isso, eu quero voltar a fazer atividade física, [...] alimentação adequada, sono e atividade

física. Acho que desses, eu estou tendo só o sono porque eu acho que descanso bem, eu preciso fazer atividade física e acompanhamento médico melhor.”

O sono perdido, de acordo com Silva et al. (2011), muitas vezes, não consegue ser recompensado pela pessoa que executa atividades no período noturno. Quando persistente e com efeito cumulativo, o sono pode desencadear a diminuição da capacidade mental e o cansaço físico inevitável. Além disso, a privação do sono é fator que pode comprometer tanto a saúde do trabalhador quanto a assistência prestada, pois reduz o estado de alerta e a atenção do trabalhador.

A prática de se buscar atendimento médico mediante ao aparecimento de alguma sintomatologia pela população masculina, também foi referida por alguns enfermeiros do gênero masculino, conforme os relatos a seguir:

[...] eu to fazendo Pilates. [...] não tenho hábito de procurar médico. (Enf. 9)

[...] não faço atendimento preventivo, procuro o médico só quando estou sentindo alguma coisa, isso é um erro, enfim às vezes, faço o exame periódico. Não tenho problema de saúde nenhum. (Enf. 4)

Segundo Foucault (1985) a aproximação da medicina e a moral, possibilitou que o sujeito se constituísse face a si próprio, não como um simples indivíduo imperfeito, e que tem necessidades de correção, formação e instrução, mas sim como um indivíduo que sofre de certos males e que deve se cuidar ou seja cuidado por alguém competente. Cada ser deve descobrir seu estado de necessidade e assim receber medicação e socorro. O que os médicos desejam é que não se fique doente, mas se isso ocorrer não se deve ignorar.

[...] vou ao medico, [...] vou à igreja, faço meus exames periodicamente, faço PSA, vou ao urologista, tanto é que eu descobrir um câncer no inicio, um câncer de próstata. (Enf. 5)

[...] exames de rotina só faço os daqui, porque uma vez ao ano nos temos os periódicos e em relação à dentista vou 1 vez ao ano, mas tipo eu não gosto muito de ir à hospital, ir ao medico, mas se estou com alguma coisinha eu procuro sim, [...] hábito da atividade física, eu acho que eu não tenho ficado doente não. Não tenho problema de saúde. (Enf. 7)

Esse também foi um dos motivos relatados pelos participantes dos estudos de (FIGUEIREDO; SCHRAIBER, 2008; GOMES et al., 2011), onde ressaltam que os homens só procuram um serviço de saúde se sentem muitas dores, sendo a dor um referencial para

procurar cuidados, ratificando uma tendência ainda hegemônica do modelo curativo, no perfil de utilização dos serviços.

[...] faço meus exames periódicos que o hospital exige, mas fica limitado a isso, se eu percebo que tem algum problema é que eu procuro, mas isso não é, comum não. (Enf. 8)

[...] deixa um pouco de lado não tem essa rotina de si cuidar, ainda mais quando é homem, [...] eu comecei a me preocupar a mais com a minha saúde, não que seja o ideal, mas eu comecei a caminhar um pouco.[...] ir fazer um exame, ir ao médico, [...] pratica de esporte mesmo, alimentação. (Enf. 15)

A necessidade de se desconstruir a ideia de invulnerabilidade, é sugerida por Silva et al. (2012), o que faz impedir o homem de procurar a prevenção nos serviços de saúde. Sendo indispensável à população masculina, a expressão de seus medos, ansiedades, fragilidades, de forma que se sintam mais acolhidos para resolver suas questões de saúde.

Assim, quem cuida de si adequadamente segundo Bub et al. (2006) encontra-se em condições de conduzir-se na relação com o outro. O cuidado de si requer um controle e uma delimitação do poder, pois quem cuida de si, conhece a si, e conhece também quais são seus deveres e limites nas diferentes relações que desenvolve. Cuidar de si não é simplesmente uma obrigação; é uma maneira de viver, da qual cada um deve se incumbir ao longo de sua vida. O cuidado de si nasce como um conjunto de práticas políticas e tem como propósito também produzir acontecimentos políticos.

[...] faço consultas periódicas, sou muito rígido com essa questão de acompanhar exames, consultas, [...] tento ter uma vida mais saudável possível, embora, eu não tenha uma vida saudável, mas eu evito ações que possam prejudicar minha saúde mesmo. Não faço exercícios, mas tento ter uma boa alimentação, não ficar exposto à determinadas coisas que possam ser prejudiciais à saúde. (Enf. 12)

Em relação às práticas do cuidado, os enfermeiros do gênero masculino relatam que desenvolvem algum tipo de cuidado, sejam com a alimentação, a prática de atividades físicas, atividades de lazer, acompanhamento médico e realização de exames. Ainda que eles não se cuidem de forma integral, assistimos a criação de estratégias para sua efetivação. Não sendo totalmente negligentes quanto ao seu autocuidado.

Foucault (1985) nos mostra que é possível ainda, no meio ou fim da própria carreira, livrar-se de suas diversas atividades e aproveitar o declínio da idade onde os desejos ficam apaziguados e retomar um trabalho filosófico para se tomar à posse de si próprio.

Ainda segundo o autor acima, o tempo não é vazio, é povoado por práticas de exercícios, tarefas e atividades diversas, em que ocupar-se de si não é uma tarefa fácil, pois exige cuidados com o corpo, regimes de saúde, exercícios físicos sem excesso, e a satisfação das necessidades. Isto não se constitui um exercício de solidão, mas uma verdadeira prática social.

[...] então, hoje já lido mais com as consequências do mal cuidado, [...] já é quase curativo. [...] eu tenho esse diagnóstico estabelecido diabetes tipo 2, então, o único cuidado para lidar com isso é que tive que [...] deixar o trabalho noturno, eu reduzi meus vínculos empregatícios porque vários profissionais tiveram a leitura que um dos fatores determinantes para minha diabetes foi a questão do estresse.[...] Reintroduzi a prática da atividade física [...] a caminhada ainda que leve, e estou no processo de reorganização da minha dieta [...] um repouso mais adequado, e o afastamento dessas questões mais exaustivas do ponto de vista intelectual, moral, político. (Enf. 10)

As narrativas expõem que eles, em sua maioria, se consideram saudáveis, ainda que com alguma enfermidade, e que a procura por um atendimento médico ocorre na circunstância do surgimento de algum sintoma. Gomes et al. (2011), abordam a temática “masculinidade e saúde”, através de uma discussão em torno da ausência e/ou invisibilidade masculina no serviço de atenção primária, podendo ser constatada a conseqüente ausência da inclusão dos homens nos cuidados preventivos.

[...] a não presença dos homens no serviço de saúde está associada a uma suposta ausência ou a um não reconhecimento de sua singularidade que pode ser interpretada como uma invisibilidade não do sujeito/usuário e sim das políticas de saúde em reconhecê-lo e, portanto, incorporá-lo também como um protagonista de suas ações. (GOMES et al. 2011b, p. 984).

As práticas de saúde executadas pelos enfermeiros do gênero masculino, visando o cuidado de si, estão situadas no terreno da prevenção de agravos ou adoecimentos oriundos do cotidiano de trabalho no hospital. Contudo, ações que promovam saúde, tanto dentro quanto fora do espaço de trabalho encontram muitas barreiras.

A promoção da saúde é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso País, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle sociais na gestão das políticas públicas. (BRASIL, 2010, p. 09).

Assim, conquistadas e construídas as condições para a promoção da saúde, os trabalhadores poderiam enfrentar o cotidiano de trabalho melhor preparados ante os desafios

impostos pelo trabalho. Mas, urge reforçar que os trabalhadores (re)pensem e compreendam, de modo ampliado, a importância do cuidado de si, e se tornem coparticipantes no processo saúde-doença, para que ofereçam uma assistência de qualidade a quem está sob seus cuidados.

Em face da relação das práticas do cuidado de si e descuido, o próximo item aborda os aspectos relacionados à organização do trabalho como o trabalho em equipe, o relacionamento interpessoal, a satisfação no ambiente de trabalho, as jornadas de trabalho, enfim trazem questões que permitem entender como se produz o cuidado de si ou descuido frente aos paradigmas do campo de trabalho.

5.3 Escolhas, liberdade, responsabilidades e desafios na produção do *cuidado de si*.

Alguns dos enfermeiros relataram que a motivação para escolher a profissão de enfermagem, foi por influência de alguém que já a exercia, e pelo simbolismo/representatividade do trabalho da Enfermagem.

A mãe foi à figura citada:

[...] minha mãe é técnica de enfermagem, eu achava bonito o trabalho dela em si. (Enf. 4)

[...] enfermagem foi mais por incentivo da minha mãe que é enfermeira [...] tenho uma irmã que é enfermeira. (Enf. 7)

Por afinidade pessoal ou vocação:

[...] eu sempre quis ser enfermeiro [...] eu falo que eu me encontrei na enfermagem porque a gente pensa e pensa, cresce pensando no que vai ser. (Enf. 14)

[...] enfermeiro de vocação que escolheu mesmo essa área, e que por amar realmente essa profissão. (Enf. 10)

De acordo com Ribeiro et al. (2006), opção profissional dificilmente se dá aleatoriamente, pelo contrário, muitas são as motivações. Na escolha por uma carreira, o indivíduo procura basear-se em algum motivo, num valor atribuído, ou em uma justificativa pessoal considerada significativa, essencial e até mesmo vocacional, uma vez que envolve o seu cotidiano pessoal e profissional e, conseqüentemente, a sua realização como pessoa.

Outros são motivados devido às chances de emprego no mercado de trabalho, ou seja, mais pelo fator econômico do que pela realização pessoal, ou como citado por Dejours (2011)

mais pela dimensão material da retribuição que pela dimensão simbólica do reconhecimento. Enf.1 retrata esse pensamento ao dizer que “[...] *caí na Enfermagem meio sem querer [...] me atraiu [...] porque eu queria trabalhar*”.

Dejours (2011) versa sobre os sentidos do trabalho, referindo que não se trata de negar a paixão ou o prazer pelo trabalho, mas de compreender as condições que isso possa se tornar possível. O confronto do trabalho com o real poderá ser gerador de um sofrimento patológico, em que o confronto se torna intransponível e a repetição dos mesmos problemas, torna-se insustentável. Mas, em um sentido inverso, quando se utiliza de estratégias, de mobilizações da inteligência, que a saúde e o prazer podem ser conquistados, jamais adquiridos. Portanto, “paixão e prazer são relegados à esperança de uma melhora”. (DEJOURS, 2011, p.435).

Spíndola, Martins e Francisco (2008) avaliaram os fatores que influenciam na opção pela enfermagem e ressaltam essas escolhas. Concluíram que o mercado de trabalho em expansão e a oportunidade de uma remuneração melhor são fatores que atraíram o aluno da faculdade particular para a graduação em enfermagem. A profissão e o campo de atuação do enfermeiro são desconhecidos pela maioria dos alunos da faculdade pública que associaram a imagem do profissional à pessoa que ajuda ao próximo numa visão de solicitude e assistencialismo. Outro achado da pesquisa é a presença de familiares que atuam na área da saúde sendo um dos fatores que contribuem para a inserção do aluno na graduação em enfermagem, considerando que obtiveram informações acerca da profissão, principalmente, junto a amigos e familiares.

Diante da formação profissional, a busca por ingressar e se estabelecer no mercado de trabalho se iniciam. E que, como apontamos em outro momento, é através do trabalho que essa relação se instaura. O recém-formado agrega todos os seus conhecimentos e experiências adquiridos durante sua fase acadêmica para desempenhar com sucesso o seu trabalho, e assim, trilhar pelo mercado de trabalho almejando o seu crescimento enquanto profissional.

Para que esse crescimento profissional aconteça, além da graduação, das experiências diárias do trabalho, há a necessidade de continuar se capacitando seja por leituras diversas ou dando prosseguimento a carreira acadêmica (especializações, mestrado, doutorado, pós-doutorado), com o objetivo de atender, de um lado, as demandas crescentes que o mercado de trabalho exige de qualidade e competência, e de outro, alcançar a realização profissional e pessoal além de projetar em ambos os conjuntos a possibilidade de melhora, conforme exposto por Dejours (2011). O Enf. 10 relata essa prática no seu cotidiano: “[...] *o tempo livre*

que eu tenho estou estudando [...] estudo todos os dias [...] estudo por prazer [...] não só questões da nossa área não, mas leio coisas mais gerais”.

Em contrapartida, existem aqueles que não dão continuidade aos estudos, param em determinada atividade e sentem o reflexo dessa atitude no seu ambiente de trabalho. O Enf. 4, expressa um sentimento de sofrimento ou “culpa” quando diz:

[...] eu terminei o mestrado e não fiz nada, enfim, não publiquei meu artigo. [...] Eu poderia ter engajado, ter dado continuidade, ter feito publicação já, enfim ter dado sequência para dar continuidade nos estudos que assim eu poderia até produzir melhor no trabalho, tendo conhecimento a mais.

Dejours (2011) considera-se que existe um conflito inevitável entre os desejos do sujeito e a organização do trabalho, a qual estabelece normas, limites e prescrições aos sujeitos. Trabalhar consiste em se deparar com os imprevistos o que conduz à vivência de sofrimento. E a solução é um produto direto do sofrimento no trabalho. Entende-se, portanto que o sofrimento é o que move o sujeito que trabalha a buscar a solução para se libertar desse sofrimento que o aflige.

Como forma de amenizar esse sofrimento reconhece-se a importância da pesquisa e do ensino, pois por meio deles o enfermeiro produz e transmite conhecimentos técnicos e científicos atualizados que colaboram e embasam a prática de enfermagem. No processo de trabalho em enfermagem, a pesquisa figura como peça-chave para o desenvolvimento da ciência Enfermagem, ao produzir ou aprimorar tecnologias para o cuidado, para a gerência e para o ensino. (DANSKI et al., 2011; FELLI; PEDUZZI, 2010).

Esses autores ainda consideram que, atualmente, o processo de trabalho de enfermagem está dividido em quatro subprocessos: cuidar ou assistir, administrar ou gerenciar, pesquisar e ensinar. Esses campos são interligados na prática profissional, possuem um corpo científico próprio que os fundamenta e possibilita o desenvolvimento de um cuidado de qualidade ao paciente. Os diversos papéis exercidos pelo enfermeiro acarretam, em suas interfaces, responsabilidades específicas. Entretanto, todas essas ações são interligadas e sobrepostas, sendo o cuidado ao ser humano o foco do trabalho assistencial.

De acordo com a Lei Nº 7.498/86, Art.11, Inciso 1, § 3º “*ao enfermeiro cabe o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem*”. (BRASIL, 1986).

Os participantes da pesquisa relataram um pouco de suas atribuições no ambiente laboral, que transcende o campo da assistência direta ao paciente, mas que perpassa pelo campo da liderança, supervisão e coordenação.

[...] eu sou enfermeiro assistencialista [...] se tiver alguma intercorrências no procedimento de maior complexidade eu atuo [...] falta profissionais técnicos e acaba que a gente tem que desenvolver também as atividades técnicas [...] (Enf. 14).

[...] ritmo aqui é determinado pelas necessidades do paciente [...] complexidades maior e com alta demanda de cuidados [...] garantir que todos os interesses [...] paciente [...] equipe [...] instituição sejam preservados. O enfermeiro além de prestar assistência direta ao paciente [...] ele tem que supervisionar esse trabalho do técnico, orientar, coordenar, supervisionar, tem que liderar essa equipe. (Enf. 10).

Danski et al. (2011) acrescentam que dentro das ações do enfermeiro assistencial, estão a supervisão dos membros de diferentes níveis de formação que compõem a equipe de enfermagem, e também a realização de procedimentos invasivos e complexos. As intervenções desempenhadas por esses enfermeiros assistencialistas visam atingir a finalidade do subprocesso assistir/cuidar, a melhora do estado de saúde do paciente.

Além dessas atividades de assistência e supervisão, são atributos dos enfermeiros as funções administrativas como gerenciamento de unidades, elaboração de escalas e capacitações conforme destacam os participantes:

[...] atualmente estou como chefe de enfermagem da equipe [...] faço assistência domiciliar [...] atividade administrativas, estou conciliando duas funções. (Enf. 11).

[...] rotina administrativa e confecções de escala, remanejamento de escala, de participação de reuniões, capacitações. (Enf. 6)

Nesse sentido, Felli e Peduzzi (2010) afirmam que a enfermagem administrativa ou gerencial pode ser dividida em quatro dimensões: a *técnica*, na qual o enfermeiro planeja, coordena, supervisiona, controla e avalia tanto os recursos humanos como os materiais e físicos; a *política*, em que se articulam determinantes internos de trabalho e externos da sociedade, de caráter político-ideológicos, econômicos, organizações corporativas e diversidade de usuários dos serviços, para o bom desenvolvimento do setor; a *comunicativa*, na qual se estabelece uma relação de trabalho entre a equipe de saúde e a comunidade; e a *dimensão de desenvolvimento da cidadania*. Além das atividades já citadas, o enfermeiro administrativo tem como objetivo instituir o cuidado ao paciente, organizar o ambiente e os profissionais técnicos em enfermagem, treinando-os e utilizando as técnicas disciplinares.

Na equipe de enfermagem, de acordo com Danski et al. (2011), o profissional enfermeiro é a referência no que diz respeito à gerência da unidade, ao passo que este deve saber se comunicar, ter espírito de liderança, motivar, conhecer e ter entrosamento com a equipe que trabalha; mas, principalmente, ser capaz de planejar as atividades do turno a fim de que possa atender as demandas diárias.

Outro aspecto relacionado ao trabalho da enfermagem são os duplos vínculos empregatícios. O trabalho é considerado fator para o crescimento e realização pessoal, social e profissional, além de contribuir para a sobrevivência. Porém, existem contradições no que diz respeito ao trabalho, o que por um lado traz reconhecimento e status, por outro lado desenvolve sentimentos de estresse e frustração e, agravos à saúde, sendo a enfermagem responsável por boa parte da força de trabalho, quando se trata da assistência e gestão 24 hs. (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Em busca desse reconhecimento e *status*, o profissional de enfermagem recém-ingresso no campo de trabalho, tenta conciliar todo o seu tempo livre com o trabalho, a fim de ter uma melhor remuneração, se submetendo a dupla jornada. Portanto, aumentando seu ritmo de trabalho, e conseqüentemente, podendo ter sua qualidade de vida afetada frente ao processo de trabalho.

Sobre a dupla jornada de trabalho, Pafaro e Martino (2004, p. 155) comentam que:

[...] a dupla jornada de trabalho, faz-se necessária aos trabalhadores de enfermagem devido à situação econômica da área da saúde, aos baixos salários insuficientes para o sustento da família, o que os leva a procurar novas fontes de renda. Na realidade, necessitam enfrentar dupla atividade, o que pode interferir em alguns aspectos referentes à qualidade de vida do trabalhador.

Essa situação é visualizada nos depoimentos dos participantes que relembram que na fase de egresso na profissão, também se submeteram a esse desafio de trabalho intenso e que ao longo do tempo, a busca por uma melhor qualidade de vida, os fizeram frear esse ritmo, diminuir seus campos de atuação.

[...] eu tinha dois vínculos, assim quando a gente é jovem, a gente quer trabalhar muito. (Enf. 4)

[...] hoje num diria como fim de carreira, já num processo de desacelerar [...] fechei outros processos de atuação [...] e to me concentrando na atividade assistencial. (Enf. 10)

[...] Antes de casar eu fazia muito plantão, então fiz a opção de reduzir minha renda [...] para ter qualidade de vida melhor. (Enf. 9).

Oliveira et al. (2013) e Souza et al. (2012) ressaltam que a qualidade de vida dos profissionais de enfermagem é colocada em risco diante condições enfrentadas pelos mesmos, por terem que desempenhar rotinas de trabalho alternadas entre diurno e noturno levando-os a sofrerem alterações orgânicas.

As constantes mudanças advindas da reestruturação produtiva, no estilo de vida das pessoas em uma sociedade globalizada favorecem o aumento das exigências no trabalho. Essas mudanças repercutem na saúde dos trabalhadores que são submetidos ao trabalho competitivo, em turnos, com jornadas excessivas e em ritmo acelerado. (FELLI; PEDUZZI, 2010; PAFARO; MARTINO, 2004).

Mesmo que não se visualize o duplo vínculo empregatício nas falas dos enfermeiros abaixo, é observado que dentro da própria instituição de trabalho, eles possuem uma jornada excessiva de trabalho em decorrência dos plantões agregados a escala diária.

[...] a minha escala é 12/36 h [...] e eu faço cerca de 10-11 plantões por mês [...] eu faço muito plantão extra que é o Adicional de Plantão Hospitalar. (Enf. 14).

[...] a maioria dos finais de semana estou no PS ou quando não estou o mês inteiro. Tem mês que a escala é pior. (Enf. 2).

[...]eu tenho uma escala normal de 36 horas/semanais, além dessas 36 h/semanais eu faço em média 36 hs de plantão, então minha escala normal de trabalho é 72 horas aproximadamente. [...] aqui trabalho dia e noite, meu horário mais é noturno. (Enf. 13).

Em face dessa jornada intensa e extensa é notório que profissionais de enfermagem estejam sujeitos a acidentes e doenças relacionadas ao trabalho. Paiva (2012) destaca em seus estudos que os profissionais de enfermagem com jornada de trabalho extensa (40 horas semanais ou mais), têm quase o dobro de chances de sofrerem acidentes de trabalho, em decorrência do duplo vínculo e horas extras realizadas.

Em acréscimo, Lisboa et al. (2010) contribuíram com seus estudos mostrando que os trabalhadores que exercem o trabalho no período da noite têm menor disposição para o exercício do trabalho, por haver a troca de horário de repouso, gerando sonolência e cansaço, e causa deterioração a saúde, sendo um turno onde a eficiência biológica encontra-se em níveis mais baixos, fatores estes que desencadeiam sentimentos de insatisfação. Com isso pode-se perceber que a extensa jornada e as múltiplas jornadas (diurnas) vinculadas aos sentimentos de desvalorização e desmotivação são características de insatisfação profissional que influenciam na saúde do trabalhador de enfermagem.

Esse sentimento de insatisfação é relatado pelo Enf. 1, quando se refere ao seu ambiente de trabalho comparado a outras experiências:

[...] e não sou satisfeito no setor que estou [...] já me desgastei com o tipo de ambiente fechado e tive a experiência de trabalhar no setor aberto [...] e me identifiquei melhor. [...] mas isso faz parte da enfermagem, de trabalhar às vezes onde a gente não quer, por um tempo, até a gente conseguir se situar num local mais adequado.

Insatisfação no trabalho depende do que a organização oferece ao trabalhador, acrescido do que cada pessoa deseja para si na organização, e no atendimento ou não de suas necessidades, seguindo um parâmetro considerado possível nos aspectos econômicos, sociais, físicos e mentais. (DEJOURS, 1986, 2004; NUNES et al., 2010).

Dejours (1994) aborda o sofrimento no trabalho por meio da noção de "carga psíquica", que se refere aos elementos afetivos e relacionais da carga mental do trabalho, onde a carga mental compreende fenômenos de ordem neurofisiológica e psicológica. Neste contexto, o bem-estar, em matéria de carga psíquica, seria decorrente da existência de um sentido atribuído ao trabalho executado. Se um trabalho é livremente escolhido e organizado ele oferece vias de descarga da carga psíquica e é um trabalho equilibrante, estruturante. Se não permite a descarga da energia psíquica acumulada, tornando-se fonte de tensão e desprazer, a carga psíquica origina a fadiga e, a partir daí, a patologia; é o trabalho fatigante.

Rech et al. (2015) enfatizam que a partir dos motivos de insatisfação elencados pelos profissionais de enfermagem é possível conhecer os aspectos do trabalho que precisam ser repensados por parte das instituições de saúde, para assim, adotar medidas que transformem a realidade vivenciada por estes e tantos outros profissionais da saúde, minimizando suas insatisfações tangentes às funções que desempenham.

Em contrapartida, há profissionais que se sentem satisfeitos e realizados no seu ambiente de trabalho, conforme nos relata Enf. 11:

[...] mas é um serviço muito gratificante, eu trabalho aqui com muita satisfação [...] tenho muito prazer em trabalhar aqui [...] gosto de fazer visita [...] conhecer as famílias [...] fazer uma orientação [...] ouvir o que eles tem para falar, isso é muito bom [...] eu me sinto muito bem realizado trabalhando aqui.

Dejours (1986) discorre que a organização do trabalho é quem faz o interjogo entre o indivíduo e o trabalho e que ela pode favorecer ou não o estabelecimento de um encontro satisfatório tanto para a empresa (gerando alta produtividade) quanto para o funcionário (proporcionando reconhecimento social).

Em consonância Nunes et al. (2010) nos revela que a satisfação no trabalho é a somatória de diferentes elementos que compõem o mundo pessoal e profissional, bem como o resultado da avaliação que o trabalhador tem acerca de seu trabalho. Destacando-se um conjunto de elementos que contribuem para que haja satisfação, como: o reconhecimento, a felicidade, o respeito, o ambiente de trabalho e as condições de trabalho. E quanto maiores forem os fatores de satisfação, maior poderá ser o empenho do profissional em prestar uma assistência qualificada, refletindo um serviço de melhor qualidade.

Em relação a esse empenho profissional, o Enf. 5, 62 anos nos confidencia que “[...] *tenho período para aposentar [...] não desejo me aposentar tão cedo, me sinto bem, gosto do que faço, gosto do trabalho: trabalho para viver e não vivo para o trabalho*”. O trabalho é uma atividade antiga e inerente ao ser humano, ocupa parte considerável da vida e compreende a subjetividade do sujeito, podendo ser fonte de sofrimento e de fadiga para uns e de prazer para outros. (KESSLER; KRUG, 2012).

Apesar do trabalho da enfermagem ser desgastante, cansativo e realizado em ritmo intenso, mesmo assim existem profissionais que sabem lidar com essa situação, conseguindo transformar o sofrimento gerado pelo processo de trabalho em algum tipo de conforto e satisfação. O Enf. 10 remete esse sentimento em sua fala quando nos diz que: “[...] *o nosso trabalho aqui é muito exaustivo sabe, muito cansativo, mas eu me sinto muito bem, eu gosto muito do que eu faço aqui e, esse ritmo de coisas me traz um conforto para trabalhar.*”.

Segundo Dejours (2004a), o trabalho é um dos principais mediadores entre os indivíduos e o campo social e deve ser entendido com um *continuum* que se estende e influencia outras esferas da vida. As relações forjadas no trabalho são fontes de desenvolvimento da identidade do indivíduo e da transformação do sofrimento em prazer, a partir dos vários processos de reconhecimento do trabalho realizado. O não reconhecimento do fazer resulta em processo de desvalorização que atinge outras esferas da vida cotidiana. Quando não se reconhece a violência presente nas relações de trabalho, a inteligência empregada para realizar a prática profissional e os esforços que os indivíduos desenvolvem para conseguir continuar trabalhando, há um desgaste adicional em qualquer situação.

Como vimos, para alguns enfermeiros o trabalho é fonte de prazer e realização, mas esse sentimento não é compartilhado por todos. Os relatos de cansaço, de desgaste, sejam físicos ou psicológicos no interior do campo de trabalho, interferem nas atividades extra laborais. Esse tipo de situação é vivenciado pelos enfermeiros a seguir:

[...] Durante o dia, só estou dormindo. Depois que fui para UTI, estou ficando tão cansado que eu só durmo. (Enf. 1).

[...] Trabalho muito com computador [...] a gente cansa muito de tanto mexer no computador, muitas reuniões sabe que acaba se tornando muito cansativa também, quase todos os dias tem reunião, [...] com a chefia, com a direção, com os setores. (Enf. 5).

[...] eu procuro ter (atividade física) porque eu sinto melhor depois, mas é, acontece de muitas vezes, eu sair daqui muito tarde tipo 8 da noite, 7:30 (horas) já vai ficando inviável. (Enf. 8).

Dejours, Abdouchelli e Jayet (1994), debatem sobre a análise das verbalizações e do comportamento dos profissionais, ressaltando que a expressão direta das vivências de sofrimento pelo trabalhador manifesta-se através de atitudes agressivas, medo e desconfiança, sentimento de não reconhecimento, sensação de estar sendo injustiçado, desânimo, resignação, conflitos entre colegas, tensões entre equipes, rivalidades e individualismo exacerbado.

Essa sobrecarga de trabalho manifestada pelo cansaço, desânimo pode interferir no trabalho em equipe. Figueiredo (2012, p. 21) aponta que “o trabalho em equipe deve ser compartilhado, interativo, com respeito aos diversos saberes bem como com a corresponsabilização de todos os integrantes da equipe”. Enquanto Peduzzi (2001, p. 108) define o trabalho em equipe como uma “modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais”.

O enfermeiro presta assistência 24 horas, atua dentro da equipe multidisciplinar, acompanha toda evolução do paciente, portanto, passa a ser uma fonte de informações das ocorrências e intercorrências desenvolvidas por aqueles que estão aos seus cuidados. Dessa forma, o papel do enfermeiro também é subsidiar informações para os outros profissionais envolvidos com o cuidado dos pacientes, para que condutas sejam tomadas em prol da saúde dos enfermos. O Enf. 10 nos mostra isso em sua fala, quando cita a mediação do enfermeiro dentro da equipe:

[...] fazer a mediação com os demais profissionais que são médicos, nutricionistas, psicólogos, assistência social, fisioterapeutas, porque como o enfermeiro está presente na unidade praticamente o tempo todo e acaba concentrando a maioria das informações que subsidiam a tomada de conduta dos demais profissionais.

As novas tendências na área de saúde indicam que é preciso aprender a atuar com as vertentes do multiprofissionalismo e da interdisciplinaridade, o que nem sempre tem sido uma tarefa fácil para o enfermeiro que gerencia o processo de trabalho de uma unidade hospitalar.

Os cuidados de enfermagem vão além das semiotécnicas. É imprescindível destacar que na arte de cuidar os enfermeiros ocupam outros espaços além dos seus, cuidam também dos setores, a necessidade de prever e prover material para os procedimentos, preparar salas cirúrgicas, atender aos familiares, dialogar com a equipe multiprofissional as necessidades de cada paciente que está sob seus cuidados, dar subsídios para que os outros membros da equipe de saúde possam desempenhar as suas funções. Tendo ainda que estabelecerem como foco a satisfação e segurança dos pacientes que se encontram expostos às situações de riscos. (LOPES, et al., 2015).

A atuação do enfermeiro na gerência do cuidado e como agente articulador, responsável por estabelecer conexões entre as ações realizadas pelos profissionais da equipe de saúde de modo a mediar às relações estabelecidas no contexto do trabalho, com vistas ao desenvolvimento de melhores práticas assistenciais. O enfermeiro configura-se como um agente estratégico na promoção do trabalho em equipe, sendo capaz de sensibilizar, estimular e articular a equipe para a efetivação de um trabalho integrado. (SANTOS et al., 2016).

[...] se você mostra-se desestruturado [...] toda sua equipe vai desmoronar. Valorizo demais a equipe de trabalho, que eu sei que a gente tem pontos fortes e fracos. (Enf. 9)

[...] parece que a maioria das pessoas gostam de trabalhar comigo. (Enf. 3)

Como seres humanos, de acordo com Baggio (2007), estamos constantemente interagindo com outras pessoas, porque dependemos de relações sociais, da interação com os amigos, a família, os colegas de trabalho e até com pessoas que não conhecemos. O tipo de relação com essas pessoas dependerá, também, da maneira como dispensamos o cuidado para nós mesmos, pois precisamos estar bem conosco mesmos para estarmos bem com o próximo.

No ambiente laboral na qual as pessoas interagem diariamente, em virtude de suas atividades profissionais, é necessário que haja um equilíbrio harmonioso entre elas. Quando um profissional apresenta algum problema, seja de saúde, pessoal ou profissional, pode contagiar o ambiente com seu estado de humor. O relacionamento interpessoal pode influenciar positivamente o cotidiano de trabalho da equipe, através de relações harmoniosas que propiciem o aprimoramento das pessoas, ou negativamente, por meio de relações desfavoráveis, tensas, dificultando o desenvolvimento e a realização das atividades. (BAGGIO, 2007; BAGGIO; FORMAGGIO, 2008; WALDOW, 1998).

Para evitar essa desestruturação no ambiente de trabalho, o processo de comunicação é um bom caminho. Ainda seguindo o pensamento de Baggio (2007), no qual incita dizer que a comunicação, seja verbal ou não-verbal, faz parte do processo de cuidar em enfermagem, para tanto, entre os profissionais do cuidado, deve ser conduzida com ética e zelo, vislumbrando a construção de relações humanas harmônicas e um clima de satisfação mútua no ambiente profissional.

O relacionamento entre os profissionais envolvidos no ambiente de trabalho, para ser positivo, deve promover o crescimento e o bem-estar do outro, no sentido de ajudarem-se mutuamente, aceitando o outro com as suas diferenças e particularidades. (WALDOW, 1998). Nesse sentido, o Enf. 11, também compartilha dessa ideia: “[...] *tenho bom relacionamento com a equipe, a gente tem uma ou outra antipatia, mas conseguimos lidar bem com isso*”. Demonstrando a importância de saber lidar com as diferenças nas relações interpessoais.

Um dos aspectos ligados ao trabalho do enfermeiro é, também, mediar às relações de conflitos existentes no espaço laboral, Enf. 8 relembra que:

[...] tem a questão das relações pessoais que no meio de tudo isso, você tem que mediar às relações, conflitos. [...] setor fechado [...] o convívio é muito intenso, muito próximo, o que aumenta a quantidade de atritos.

Blanco et al. (2013) abordam que os conflitos interpessoais dentro da equipe de enfermagem podem ser derivados pela dificuldade na comunicação, pela incompreensão das diferenças, desmotivação gerada no ambiente de trabalho, ou ainda pelo descaso ao próximo, possivelmente ocasionado pela falta de humanização nas relações entre as pessoas.

[...] as diferenças pessoais colocam as pessoas de um grupo em desarmonia, gerando uma relação profissional deficiente, passando por líderes, liderados e refletindo no grupo como um todo. No entanto, o mesmo deverá ser contornado através de um relacionamento que tem como princípio a boa comunicação, porém não sem considerar a peculiaridade humana, uma vez que indivíduos possuem desejos e necessidades diferentes e, independentemente da facilidade de compreensão ou da conveniência administrativa, não existe estratégia específica para que todos tenham um bom desempenho enquanto profissionais, até mesmo por que, para haver boa comunicação não basta o líder se disponibilizar a ter uma boa comunicação com o grupo, mas também é preciso que o grupo esteja disposto a interagir de maneira produtiva, buscando um relacionamento sadio com seu líder, visando boas condições no ambiente de trabalho. (BLANCO et al., 2013, p. 215-216).

As relações sociais, de acordo com Dejours (1992), incluem todos os laços humanos criados pela organização do trabalho, envolvendo as relações hierárquicas (com gestores e coordenadores), as interações com colegas, usuários e familiares. As pessoas interagem no

sentido de construir a organização real do trabalho, o que pode amenizar o sofrimento decorrente de conflitos da organização prescrita do trabalho. Quanto maior a discrepância entre a tarefa prescrita e a atividade real, maiores serão os conflitos no trabalho e o custo psíquico para o trabalhador, ao realizar um esforço permanente, a fim de dar conta da realidade.

Essa discrepância do trabalho real e prescrito é observada nas narrativas dos enfermeiros do gênero masculino. Em virtude da deficiência de profissionais de enfermagem seja em nível técnico ou superior necessitam executar tarefas, ou seja, existem indivíduos que apresentam déficit de autocuidado e necessitam que alguém os auxiliem. Portanto, as pessoas que estão à espera desse cuidado não podem ter seu atendimento prejudicado, perante os problemas institucionais. Essa dicotomia dos problemas institucionais versus necessidades dos pacientes propicia uma sobrecarga de trabalho, como observado pelos enfermeiros abaixo.

[...] Hoje mesmo, por exemplo, eu estava na medicação [...] porque a gente tinha 5 atestados, então a gente acaba se sobrecarregando muito às vezes porque os pacientes estão ali, não tem funcionário, não tem quem faça o plantão [...] acaba que você vai para lá e não deixa de ser gerente [...] você é a referência, então muito das vezes você acaba fazendo função dupla. A nossa escala esta muito sobrecarregada. [...] a gente tem as questões do dia a dia que envolve com problemas inesperados como atestados, superlotação, problema elétrico, hidráulico [...] a gente fica quase que a disposição 24 horas por dia. As pessoas ligam de manhã, tarde e de noite, madrugada. (Enf. 6).

[...] Muitas responsabilidades que o enfermeiro assume. (Enf. 1).

[...] O setor não fecha escala. E aí como o setor não pode ficar descoberto, uma responsabilidade que deveria ser do governo, da gestão, da chefia e tal, ela é transferida para o trabalhador, e alguém vai dizer assim você recebe pelo plantão, e recebe um plantão bem pago, não importa, isso tem valor, complementa a renda e tudo mais, mas isso não é suficiente, você precisa ter o repouso, e o repouso semanal, isso te limita nas suas atividades também, não só de compromissos familiares. (Enf. 10).

O ambiente institucional deve promover o cuidado aos cuidadores oferecendo o apoio necessário para que ocorra o cuidado do outro-cliente-colega adequadamente. Uma forma de cuidado de quem administra seria prover material e pessoal suficiente com adequado preparo profissional para promover um atendimento de qualidade, incluindo o apoio para o planejamento e desenvolvimento de ações de cuidados de enfermagem. Se as condições do ambiente não forem adequadas geram a insatisfação e a frustração do profissional no exercício das suas atividades. (BAGGIO, 2007; DEJOURS, 1992, 2004)

A atividade gerencial do enfermeiro requer pensar em um cenário complexo e conflituoso. Compreendendo o trabalho deste profissional como amplo e multidimensional,

constituído por uma rede de relações e interações entre membros da equipe e pacientes, o que por si só favorece a ocorrência de conflitos. Tocante a isso, é indispensável ao enfermeiro a compreensão de que os conflitos estão presentes no seu cotidiano, como fenômenos percebidos e parte integrante do conjunto de fatores intervenientes, com os quais este profissional necessita conviver e interagir no seu trabalho, quase que diariamente. Contudo, é preciso que o enfermeiro tenha conhecimentos, habilidades e competência a fim de reconhecer um conflito e utilizar as estratégias adequadas para resolvê-lo, além da capacidade estratégica de envolver e comprometer criativamente todos os integrantes da equipe neste processo. (BENETTI, et al., 2011; BLANCO et al., 2013; DEJOURS, 2004).

[...] a gente acaba sendo um ponto de desabafo para as pessoas, os nossos colegas tem muito problema familiar, pessoal e isso acaba chegando para gente. [...] procurar tentar conciliar uma coisa e outra para tentar ajudar da melhor maneira possível. (Enf. 6).

A partir do que foi exposto pelos enfermeiros sobre o trabalho e os desafios do cuidado de si frente as responsabilidades e tarefas da profissão, emerge uma categoria que busca relacionar o cotidiano do trabalho de enfermagem e os desafios para o cuidar de si. Entender como os efeitos do cuidado, as atitudes de autocuidado interferem na saúde desses profissionais.

5.4 O cotidiano do trabalho de enfermagem e os desafios do cuidado do si: a saúde do trabalhador em foco

Segundo Foucault (1990, p.271) o trabalho como atividade econômica “só apareceu na História do mundo no dia em que os homens se acharam numerosos demais para poderem nutrir-se dos frutos espontâneos da terra” e assim, precisaram se mobilizar para garantir a subsistência. Porém, isso também trouxe uma pressão diante das necessidades, na qual coagiram os homens a trabalharem e produzirem sempre mais, sem receberem a mais do que é indispensável a viver ou até menos. E com o tempo, há uma acumulação do produto do trabalho e o capital se oportuniza da situação para compra de mais trabalho, ou seja, “o esforço e o tempo, essa jornada que, ao mesmo tempo talha e gasta a vida do homem”, conduz este ser a entrar em fadiga e até mesmo morrer em situações extremas de trabalho. (FOUCAULT, 1990, p. 239).

Felli e Baptista (2015) concordam que é indiscutível a importância do trabalho para a organização e desenvolvimento da sociedade, da produção e da vida das pessoas, pois é do trabalho que se retira o sustento, adquire o status social, e onde as relações sociais são desenvolvidas. Mas dependendo da forma como esse trabalho é desenvolvido, ele constitui em diferentes níveis como um fator desgastante e favorecedor de doenças e morte.

O trabalho dá sentido à vida em sociedade, pois desde a obtenção dos mínimos para a sobrevivência à obtenção de *status* social, é no interior das relações de produção capitalista que outras formas de adoecimento são inauguradas; paradoxal e contraditoriamente à obtenção de recursos econômicos para garantir a sobrevivência. Assim, nessa relação adoecida com o trabalho é que vemos, na maioria das vezes, pessoas perdendo – o sentido da – a vida, pois esta foi tomada pelo trabalho. Logo, dedicam-se sobremaneira ao trabalhar que não se dão conta – ou não conseguem resistir – que ao mesmo tempo deixam de cuidar de si, de fazer atividades prazerosas, porque estão em um ritmo intenso de produção de mercadorias. Mas, no caso dos enfermeiros, estão envoltos num ritmo marcado pelo volume de atendimentos, de procedimentos, de jornadas, etc, que produzem sentimentos complexos, como a sensação de aprisionamento. E assim, se expressam:

[...] a gente acaba [se] desdobrando para ganhar um pouco melhor, mas fica defasado em outras coisas. Eu me encaixo nisso, trabalho muito e tenho pouco tempo, e tento me adequar ao pouco tempo que me resta para fazer outras coisas para tentar espalhar, dar essa faxina mental. [...] eu tento fazer do meu pouco tempo, uma medida satisfatória para eu continuar com o mesmo ritmo de trabalho. (Enf. 4)

[...] Se a gente não cuida de si, a gente acaba às vezes ficando doente e com essa questão de plantão a gente fica muito escravos deles, então é aquela coisa, você não tem direito eu fico pensando nisso, muito irônico isso, a gente não cuida de si, mas fica preso a plantão, não pode pegar um atestado né, senão você não tem plantão, sem o plantão não tem como pagar suas contas, você fica muito preso sobre essa questão, eu acho que isso aqui é uma coisa que a gente deveria ter, mas eu não tenho, eu não cuido de mim e ao mesmo tempo, eu não posso pegar atestado, e isso impacta muito. (Enf. 2)

Dejours (2004b) comenta que o sofrimento é um ponto de partida, não somente uma consequência da relação com o real, mas ao mesmo tempo busca uma proteção da subjetividade com relação ao mundo, procurando meios para agir sobre esse mundo, no intuito de transformar este sofrimento e encontrar a via que permita superar a resistência do real. Desse modo, a subjetividade se transforma, se engrandece e se revela a si mesma.

O Enfermeiro 10, revela que aprendeu a lidar com a situação paradoxal, como exposta pelos demais participantes, reduzindo seus vínculos trabalhistas para executar ações que melhorem seu bem-estar e, conseqüentemente, a qualidade da execução do trabalho no hospital. Sua avaliação: consegue ter mais tranquilidade para resolver os conflitos do ambiente de trabalho.

[...] hoje eu tenho menos vínculos e trabalho em grande intensidade, eu sempre trabalhei em setores difíceis, mas nada comparado a UTI. [...] eu não sei se fosse no passado com o volume de atividades que eu tinha, se eu conseguiria trabalhar com a mesma qualidade num setor desse. Então, o fato de deixar algumas atividades e ter essa outra dimensão do controle alimentar, da atividade física, ou pouco mais de repouso me traz tranquilidade pra trabalhar aqui, acho que melhora meu desempenho sem duvida nenhuma. A tranquilidade para lidar com os conflitos, esse é um cenário que tem muito conflito. (Enf. 10).

O Enfermeiro 3 retrata sobre a alegria no ambiente de trabalho como forma de descontração. Essa atitude pode ser uma característica de uma pessoa que ao longo de sua carreira profissional enfrentou condições e organizações adversas no trabalho, e que hoje, procura executar o seu trabalho e de seus colegas de forma diferente, tentando minimizar o sofrimento perante as tarefas.

[...]eu sou uma pessoa feliz, num fico mais estressado, minha cabeça está boa, ninguém me irrita (rsrsrs). Estou sempre rindo, procuro ri o tempo todo, se encontra comigo estou sempre rindo, alegre, sempre tenho uma piadinha ou outra para contar. Sempre faço uma graça com um com outro para descontrair o ambiente, mesmo dentro do hospital, fora do hospital, então é isso aí.” (Enf. 3, 61 anos).

Embora, se por um lado o mundo do trabalho será gerador de sofrimento, na medida em que confronta as pessoas com desafios externos, os determinantes sociais de saúde, por exemplo, por outro lado, é também a oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psicossocial do adulto. Se o trabalho leva ao sofrimento e ao adoecimento, esse mesmo trabalho pode constituir em uma fonte de prazer e de desenvolvimento humano do indivíduo. Evidenciando, portanto, que o trabalho e as relações que nele se originam nunca podem ser tomados como um espaço de neutralidade subjetiva ou social. (DEJOURS, 2004; HELOANI; LANCMAN, 2004).

O trabalho de Enfermagem faz parte do grupo das profissões com alto grau de exposição e produção de vulnerabilidades, haja vista expor aquele que o exerce ao desenvolvimento de problemas de saúde relacionados ao trabalho em várias dimensões, como

a física, a mental e a social, em decorrência de tarefas complexas na qual envolve elevada carga de trabalho. As cargas fisiológicas identificadas na enfermagem são decorrentes da multiplicidade de atividades que incluem a fisiologia do próprio corpo, a manipulação de pesos, percursos de longa distância, ergonomia inadequada e trabalho em turnos. Implicando em desgastes como fadiga, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, irritabilidade, estresse, alterações no padrão do sono e repouso, entre outros. (SILVA; BAPTISTA, 2015).

Dois participantes expuseram a situação das cargas fisiológicas relacionando ao descuido de si, pois o trabalho consome suas energias de tal forma que os impossibilitam de praticar exercícios físicos com regularidade, vulnerados pelos desgastes diários inerentes à profissão, e ao mesmo tempo, se produz uma fadiga que os limita no desempenho laboral.

[...] O meu trabalho é muito pesado, a gente trabalha com pacientes críticos, empurra cama, às vezes a cama esta com a roda travando, fica pesada. Você tem que ter preparo físico para isso. Se eu cuidasse de mim, pensando num preparo físico, academia, esporte sei lá, caminhada, de repente eu teria mais preparo para desenvolver. Eu iria cansar menos, teria menos indisposição do que eu venho tendo ultimamente. (Enf. 14)

[...] Os efeitos para mim estão diretamente ligados porque se não cuido de mim bem, eu não vou estar 100%, e apto ou disposto para o trabalho, então penso assim se eu tivesse fazendo atividade física talvez eu estaria mais disposto, me cansaria menos à noite, eu penso nisso porque quando a gente faz atividade física a gente fica com mais animo. Se a gente tem alimentação adequada, a gente também desenvolve um processo de trabalho melhor e o sono também porque se a gente esta descansado a gente trabalha bem. (Enf. 1)

Outros relataram que com a prática de atividades físicas conseguem desempenhar melhor suas tarefas no trabalho, pois desenvolvem uma melhor – e maior – resistência, e obtêm mais energia e disposição. Ou seja, mesmo enfrentando situações adversas no campo do trabalho, eles criam mecanismos ou estratégias defensivas para minimizar as pressões patogênicas.

[...] você fica com mais disposição, um dia de 12 horas, por exemplo, você não fica tão esgotado quando se fosse uma pessoa sedentária. (Enf. 15)

[...] Trabalho melhor, não tenho dificuldades físicas com o trabalho, acho que esta até bom. (Enf.11).

[...] Quando eu estava em atividade zero eu estava perdendo força, pique né, foi até eu me machucar, agora com as atividades, estou tendo mais energia. (Enf. 9).

[...] Então, eu vejo dessa forma, eu pratico atividade física não só para ter melhoria corporal, mas também para ter conforto e resistência para o trabalho. Isso me ajuda muito. (Enf. 13).

O bem-estar psicológico e financeiro também foi retratado por dois dos participantes, verbalizando que esses fatores agregam e se complementam para o desenvolvimento do trabalho.

[...] não adianta também eu não ter problemas de doença patológica, se o meu psicológico não esta bem, se minha vida financeira não esta bem, se a minha família não esta bem. Então, tudo isso é um conjunto de fatores que contribuem para que você esteja bem no trabalho. O trabalho complementa. (Enf. 5).

[...] Eu acho assim, o processo de cuidar da gente é fundamental porque se eu não estou bem, emocionalmente, financeiramente, fisicamente eu não vou conseguir contribuir. Com certeza meu trabalho vai estar prejudicado, então eu acho que o cuidado, autocuidado é fundamental para que a gente possa desenvolver o nosso trabalho, e até mesmo cuidar do outro. (Enf.6).

Para Dejours (1986, p.11) a saúde para cada homem, mulher ou criança é:

[...] ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde, portanto, é possuir esses meios. [...] o que significa possuir esses meios, e o que é esse bem-estar? Creio que para o bem-estar físico é preciso a liberdade de regular as variações que aparecem no estado do organismo; temos o direito de ter um corpo que tem vontade de dormir, temos o direito de ter um corpo que está cansado (o que não é forçosamente anormal) e que tem vontade de repousar. A saúde é a liberdade e dar a esse corpo a possibilidade de repousar, é a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando ele tem sono, de fornecer-lhe açúcar quando baixa a glicemia. É, portanto, a liberdade de adaptação. Não é anormal estar cansado, estar com sono. Não é, talvez, anormal ter uma gripe, e vê-se que isso vai longe. Pode ser até que seja normal ter algumas doenças. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença, não poder ir para a cama, deixar-se levar pela doença, deixar que as coisas sejam feitas por outro durante algum tempo, parar de trabalhar durante a gripe e depois voltar. Bem-estar psíquico, em nosso entender é, simplesmente, a liberdade que é deixada ao desejo de cada um na organização de sua vida. E, por bem-estar social, cremos que aí também deve entender a liberdade de se agir individual e coletivamente sobre a organização do trabalho, ou seja, sobre o conteúdo do trabalho, a divisão das tarefas, a divisão dos homens e as relações que mantém entre si.

Essa situação de liberdade perante a organização do trabalho e a própria vida, permitem a alguns enfermeiros agirem com mais tranquilidade frente às demandas do trabalho e atentarem para o cuidado de si.

[...] Então, hoje me considero numa situação é... tranquila, apesar dos desgastes do dia a dia eu me considero numa situação tranquila. (Enf. 8)

[...] Me deixa muito tranquilo, muito mais seguro, confiante porque eu tenho confiança na minha condição de saúde. (Enf. 5)

Seligmann-Silva (2011) compartilha do pensamento de Dejours a respeito da diferença entre as pessoas quanto ao tipo de trabalho que lhes proporciona satisfação psicossomática. Para alguns, o bem-estar se constrói no exercício do trabalho protegido por um ambiente

tranquilo, com poucos estímulos sonoros ou visuais e uma atividade mental concentrada. Outras pessoas necessitam de realizar movimentos, ouvir sons, comunicar-se, ter prazer em aplicar os músculos, usar o corpo de modo a perceber o próprio vigor. Para outros, ter satisfação em se sentir ágil ou ser habilidoso em tarefas manuais que exigem destreza. Todas essas modalidades de trabalho harmonizadas com as peculiaridades da economia psicossomática individual atuam de forma favorável e podem promover saúde. Mas, o contrário pode acontecer quando o indivíduo é submetido à exigência de tarefas que contrariam os modos singulares da sua organização funcional.

A maioria dos participantes acredita que suas atitudes, quanto ao cuidado, atendem minimamente suas necessidades pessoais e no trabalho, e avaliam que precisam melhorar. E ainda que façam alguns *checks ups* periódicos, pratiquem atividades físicas, controlem a alimentação, desejam que algumas mudanças sejam feitas na rotina do trabalho para ampliar esse cuidado.

Sim. [...] Eu tenho tempo para fazer essas coisas, eu tenho [que] manter um plantão no meio da semana à noite e outro no fim de semana. Porque sobra tempo para fazer outras coisas e não é tão cansativo. (Enf. 7).

[...] Me atende, mas melhorar sempre, eu sinto que preciso melhorar sim. Preciso diminuir ritmo de trabalho, a gente sempre espera as 30 horas, então assim se vir as 30 horas vai sobrar um tempo melhor para talvez eu começar uma academia. (Enf. 4).

[...] Atende, estou fazendo todo o meu check-up agora, fiz todo o meu processo de exames, exames cardíacos, ultrassom. Eu faço constantemente esse cuidado, o periódico agora faço de 2/2 anos, meu check up, pelo menos agora esta tudo certinho. Mas mesmo com os exames bom você pode morrer de uma hora para outra né, enfartar. (Enf. 3).

[...] Eu acho que sim. Falta um pouco de atividade física e realmente dar uma desligada do trabalho depois que eu saio dele, porque nessa função atual infelizmente a gente não consegue ter uma carga horária definida e você esta presente ou não, você continua sendo gerente, respondendo pelo serviço. Você não esta aqui, mas está a distancia. Então, às vezes a gente acaba até em virtude do trabalho deixando cuidar um pouco da gente, com certeza isso interfere. (Enf. 6).

No entanto, alguns participantes demonstram a contradição – inerente ao processo saúde-doença, como salienta Batistella (2007). Assim, ao se considerar “extremamente cuidadoso”, afirma que está “sedentário”, expondo a face do descuido de si. Realidade que poderá interferir no seu trabalho mediante ao surgimento de alguma patologia mental, física ou mesmo social.

[...] Sim, eu acho que eu deveria ser mais rígido ainda, embora eu sou extremamente cuidadoso com essa coisa de cuidar, eu acho que ainda não esta no

ideal que deveria ser, porque assim eu sou ainda um pouco sedentário para parte de atividade física mas nas outras partes eu tento cuidar a maior parte do tempo possível. (Enf. 12).

Outros enfermeiros se mostraram insatisfeitos com suas atitudes de cuidar, demonstrando sinais de fragilidade e esgotamento para executar suas tarefas laborais e extralaborais, conforme os relatos abaixo:

[...] Não. Estou muito cansado, fadigado, estressado. Às vezes, eu penso assim, que eu precisava de uma terapia para enfrentar o serviço. (Enf.14)

[...] Não. Isso eu vejo que precisa melhorar muitas as atitudes para cuidar de mim, isso depende muito de mim mesmo, melhorar essa questão da minha rotina fora do local de trabalho. (Enf. 1)

Essa concepção de fadiga é um dos tipos de desgastes abordados por Seligmann-Silva (2011) em que implica dizer que a fadiga mental é indissociável da fadiga física. E ao longo do tempo, ambas se acumulam e dão origem a quadros de fadiga crônica ou patológica, na qual o cansaço não cede com o repouso e pode até piorar, causando distúrbios do sono, irritabilidade, desânimo, dores diversas pelo corpo e perda de apetite. Esse cansaço, perpassado pela dimensão corpórea, poderá chegar a danos orgânicos, frente ao sofrimento mental, provocando dessa forma, uma deformação que afeta entre outros aspectos, o humor e a sociabilidade.

As narrativas dos participantes e mesmo a literatura crítica sobre o tema desta pesquisa externam que o cuidado, por diversas vezes, é pensado/realizado no âmbito individual, fazendo que o indivíduo por si só, seja responsável pela sua saúde e seus cuidados. Assim, cabe frisar que esses sujeitos estão inseridos no mundo do trabalho, o que implica relações sociais; expostos a situações adversas de trabalho, logo, por vezes imprevisíveis e que exige tomada de decisão rápidas. Logo, estão submetidos a diferentes aspectos sociais, econômicos e organizacionais que afetarão sua subjetividade, sua apreensão e reflexão sobre o mundo a sua volta; pois por vezes as instituições, sobretudo numa relação de produção capitalista, desconsideram os limites físicos e psíquicos desse trabalhador, enquanto ser social, mantendo a condição de alienado, em descuido de si. Na compreensão dos enfermeiros o cuidado de si deve ser pensando coletivamente, ou seja, a construção da saúde no espaço das relações sociais de trabalho.

[...] Poderia melhorar mais. A nossa carga horária ainda é uma carga horária pesada [...] que precisa ser reduzida, [...] jornada de 30 horas para enfermagem, mas não apenas a nossa jornada, mas é hoje uma jornada de 40 horas, como nos somos praticamente compelidos a realizar plantões extraordinários e isso para esse tipo de setor aqui é extremamente pesado, é muito difícil, é muito apertado. (Enf. 10).

[...] Vou falar para você acho que a instituição poderia investir mais em saúde nossa. O que acontece, você ver empresa que visam coisas grandes, visam o lucro grande, eles tem a preocupação com a qualidade de vida do trabalhador muito grande, empresas que não visam o lucro ou empresas públicas que vivem esse caos aqui, querem que o trabalhador trabalhem até a exaustão e não está nem aí. Então, eu acho que tinham que ter um investimento diferenciado em relação a gente, não ficar a saúde nossa como investimento nosso eu sei que a saúde nossa é nossa responsabilidade, mas o meio que a gente trabalha porque a gente fica mais tempo trabalhando do que em casa, podia ajudar porque em casa você tem um ambiente favorável para a gente, porque não tem isso no trabalho? (Enf. 9).

Marx (1991) aponta o trabalho como sendo a única forma de obtenção da riqueza, esta entendida não apenas sob o aspecto econômico, como também cultural. É por meio do trabalho que as pessoas geram a riqueza e os instrumentos que serão utilizados e apropriados pelas gerações futuras. A riqueza proposta por Marx não se resume a uma simples acumulação de bens materiais, mas sim, a apropriação dos bens produzidos no decurso da evolução do gênero humano. Segundo Marx (1991) “[...] o homem necessitado, carregado de preocupações, não tem senso para o mais belo espetáculo. O comerciante de minerais não vê senão seu valor comercial e não sua beleza ou natureza peculiar do mineral; não tem senso mineralógico. (MARX, 1991, p. 172)

Nessa perspectiva Paparelli, Sato e Oliveira (2011) inferem que a saúde do trabalhador parte da concepção de que a saúde configura-se como um processo e não um estado, na qual o ser humano é o sujeito que tem condições e instrumentos para saber aquilo que lhe causa sofrimento. Considera esse indivíduo em sua diversidade, pois são diferentes uns dos outros, e na sua variabilidade, ou seja, são variáveis com relação a si mesmos conforme sua trajetória de existência. Ao intervir na realidade, remetem ao contexto de vida e de trabalho, na organização do trabalho, na divisão de tarefas, e assim se tornar articulador no processo de saúde.

Em outro momento, o Enf. 13, compara que cuidado de si não é executado de forma preventiva assim como as mulheres fazem. Demonstrando a vulnerabilidade masculina diante do cuidado como atitude predominantemente feminina confirmando os estudos de Gomes, Nascimento e Araújo (2007) que os homens procuram menos os serviços de saúde em relação às mulheres. E quando procuram é devido ao aparecimento de uma alguma sintomatologia.

Outro aspecto abordado pelo participante se dirige à ergonomia no trabalho de enfermagem. Pois sua ineficácia ou inexistência vulnerabiliza o profissional ao desenvolvimento de distúrbios osteomusculares, em decorrência do tipo de trabalho que é empregado, como força para auxiliar um paciente em suas demandas, empurrar macas ou equipamentos, altura de mesas que impõem à uma postura inadequada.

[...] Uai, por enquanto esta atendendo. Não saberei te responder se precisaria melhorar mais alguma coisa, porque a situação é o seguinte, por exemplo, eu sinto essa dor lombar, eu trabalho na enfermagem em alguns momentos que peca com a ergonomia, eu já faço musculação para fortalecer a coluna, para não sentir dor nas costas. Então, mas essa parte de ir ao medico, procurar atendimento medico, preventivo, sem sentir nada, ir ao medico para fazer controle, por exemplo, mulher vai ao medico porque ela tem os controles de papanicolaou, as interconsultas porque usa medicamentos específicos, mas o homem, não tomo remédio nenhum. (Enf. 13).

Para a ergonomia da atividade, a adaptação do trabalho às pessoas exige reconhecer a forma que elas encontram para viver determinada situação, como agem e que estratégias são utilizadas. Sendo um sentido maior do trabalho prescrito e o real, pois o trabalho é muito mais que o previsto e percebido do exterior. Pois os trabalhadores são os protagonistas ativos nesse processo produtivo cabendo a eles fazer regulações, ajustes e desvios infinitas vezes. Assim, a atividade de trabalho envolve estratégias de adaptação do prescrito às situações reais de trabalho, atravessadas pelas variabilidades e pelo acaso. (BRITO, 2011; DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994; DEJOURS, 2004).

Nesse aspecto, a crescente exposição ocupacional dos trabalhadores de enfermagem tem ocasionado sofrimentos, desgastes, adoecimentos, diminuição ou perda da capacidade para o trabalho e vida social, absenteísmo e aposentadoria precoce. Levantando a necessidade de monitoramento e vigilância em saúde do trabalhador, com intuito de diminuir os danos advindos da atividade laboral, por meio do controle de riscos e cargas de trabalho. (MININEL; RATIER, 2015).

Entre as questões norteadoras da pesquisa indagamos sobre o que a instituição poderia oferecer para estimular o cuidado de si, numa lógica coletiva, tal como exposto por Foucault (2004). Anterior a isso, vimos que o cuidado de si é uma prática individual e alguns enfermeiros sentem a necessidade que se torne algo coletivo, tendo em vista que os trabalhadores dedicam e passam a maior do tempo no ambiente de trabalho do que no ambiente externo/familiar.

Entre as necessidades levantadas por alguns enfermeiros estão os aspectos que abordam as relações humanas dentro do contexto de trabalho. Destes, destaca-se a participação e valorização profissional, pois se sentem às margens da política administrativa da instituição estudada, na qual são alheios aos acontecimentos intra-hospitalares, as informações obtidas por diversas vezes partem dos meios de comunicação.

Entendendo que a própria política organizacional afasta seus trabalhadores das tomadas de decisão, pois o poder se concentra nas mãos de uma minoria, estes envolvidos com os processos administrativos, e estão bem aquém da realidade vivenciada por seus trabalhadores, que são a maioria, e sofrem com os tipos de decisões impostas, em decorrência da ausência de um espaço para que os próprios trabalhadores possam expor os cenários vivenciados, e juntos buscar solucionar os problemas. É notório, perceber um distanciamento da realidade vivida pelos trabalhadores da pensada pelos gestores. E esse espaço de escuta torna-se negligenciado, por ambas as partes, pelos trabalhadores que por situação adversa (alienação) não entendem a importância desse momento, para a discussão e tomada de decisão e ações, e pelos gestores que se fazem alheios ou até omissos perante os problemas institucionais, os processos de trabalho.

Nas narrativas dos enfermeiros se demonstram a ausência na participação e escuta humanizada dentro da instituição. Sentindo-se não reconhecidos, desmotivados e desvalorizados dentro do trabalho, sem espaço para se expressarem.

[...] A gente está numa instituição que não sabe como funciona. [...] Eu acho importante, [...] a gente está interagindo nos problemas do hospital, pois tem coisas que a gente sabe é pela imprensa, num sabe das coisas como funciona o hospital [...]. E por ser um órgão que a gente faz parte poderia ser mais participativo, enfim, é gerar ideias, coloca todo mundo envolvido, acredito nisso, na interação de equipes, de setores, buscar ideias, soluções de problemas. [...] ouvir a problemática de cada setor e a partir daí traçar as metas à nível no âmbito geral do hospital para a gente esta inserido. E sem duvida, melhora a motivação para o trabalho porque a gente se sente alheio a situação, acho que isso aqui é uma empresa, a gente tem que esta participativo, nessa empresa que a gente esta hoje. (Enf. 4).

[...] Não sei qual a cabeça da administração, aqui melhoraria demais, a valorização do funcionário, da gente mesmo porque hoje o funcionário [...] não é valorizado, não é considerado aqui dentro. (Enf. 15).

[...] mudar a mentalidade, ter mudança cultural. [...] E tem gestores que não interessam iniciar um processo e outro levar a fama em cima dele, eles não querem isso. Eles querem o imediatismo, e tem coisas que o pessoal tentam implantar mas não escuta quem está na ponta, que vai ser o membro executor, então acaba não rolando. (Enf. 9).

De acordo com Dejours (2004a, p.75), o reconhecimento está ligado à construção da identidade, sendo mediada pela atividade de trabalho. Para este autor, "o reconhecimento

implica o julgamento dos pares, que só é possível caso exista um coletivo ou uma comunidade de pares" assim, o coletivo aparece como elo importante e o "ponto sensível da dinâmica intersubjetiva da identidade no trabalho". Nessa perspectiva, as atividades do trabalho são cruciais para que o indivíduo possa almejar sua identidade no campo social.

O reconhecimento é uma retribuição de natureza simbólica esperada pelo indivíduo e, na ausência deste, o trabalhador tende a desmobilizar-se. Este reconhecimento se apresenta em duas diferentes dimensões: a primeira delas seria o reconhecimento no sentido de constatação, que envolveria *"o reconhecimento da realidade que representa a contribuição individual, específica à organização do trabalho"* (Dejours, 2004, p.71). Para ele, essa dimensão do reconhecimento pressupõe o confronto de importantes resistências hierárquicas, na qual implica o reconhecimento da imperfeição da ciência e da técnica, das falhas organizacionais do trabalho prescrito e a contribuição dos trabalhadores para fazer que o processo de trabalho funcione.

A segunda dimensão do reconhecimento é a relativa ao sentido de gratidão. É o trabalhador ser reconhecido por sua contribuição à organização do trabalho, sendo concedido de forma esporádica. (DEJOURS, 2004)

Nessa direção, o Enf. 5, se posiciona:

[...] a forma de gestão, ela impacta muito na saúde do trabalhador, então se você tem uma gestão mais participativa, de maior valorização, de escuta qualificada dos trabalhadores procurando dar uma resposta para o trabalhador, é onde o trabalhador tem um pouco mais de confiança em si, e na administração que haja uma consonância do trabalho, das equipes, com administração da instituição, da administração superior eu entendo que isso é saudável, portanto, eu penso que a gente precisa ter políticas bem estabelecidas que atendam as necessidades dos trabalhadores. (Enf. 5).

A mobilização subjetiva proposta por Dejours (2004a) supõe que diante dos desafios da organização do trabalho esforços de inteligência; esforços de elaboração para a construção de opiniões em que as experiências dos trabalhadores, as interações entre eles, entre as prescrições das atividades são analisadas para que se alcance o mínimo de contradições na organização do trabalho; e por fim, esforços para se inteirar e participar do debate de opiniões necessárias à deliberação das escolhas na organização desse trabalho, podendo ocorrer em forma de reunião em equipe dentro da instituição ou até mesmo em ambientes externos de produção como refeitórios, cantinas e vestiários.

No entanto, Dejours (2004a) acrescenta que essa mobilização subjetiva sendo espontânea, pode ser muito frágil, pois ela depende da dinâmica da contribuição e retribuição, ou seja, o indivíduo sempre espera ser retribuído pela contribuição prestada. Tal como exposto pelo Enfermeiro 8:

[...] Se a gente tivesse no nosso ambiente de trabalho, alguma coisa que fosse seja ouvir, seja provocar essa discussão, de repente você conseguiria até fazer uma terapia. Então, acho que a entrevista ou melhor, o estudo ele pode ser muito importante para demonstrar isso, que a gente pode talvez com ações simples, melhorar esse cuidado. (Enf. 8).

A cooperação, segundo Dejours (2004a), é um grau suplementar na complexidade e na integração da organização do trabalho, não se tratando somente de assegurar as condições lógicas e cognitivas nas atividades singulares, mas o desejo das pessoas de trabalharem juntas e de superarem coletivamente as contradições da forma como o trabalho é organizado. Isto exige confiança entre os indivíduos, como a construção de acordos, normas e regras que ditam como o trabalho deve ser executado. Sem a cooperação ocorreria um bloqueio da produção.

Portanto, seguindo essa ótica da integração das pessoas no ambiente de trabalho, o próximo item discute o papel da instituição para que possa conciliar o cuidado de si dentro da perspectiva da saúde do trabalhador.

5.5 Cuidado de si: desafios institucionais frente à saúde do trabalhador

Outro aspecto suscitado nas entrevistas com os enfermeiros foi à necessidade da instituição investir mais na saúde dos seus trabalhadores, como melhorar o acesso para os exames periódicos, com efetivo controle e a avaliação dos achados clínicos dos trabalhadores. São profissionais de saúde que trabalham diariamente com saúde e doença, e que precisam ter um olhar diferenciado para si. Necessitam que a instituição se organize para melhorar esse acolhimento, que também tenham suas necessidades de saúde e doença contempladas por esse serviço. Tendo em vista, que o cuidado faz parte do trabalho do profissional enfermeiro, e diante das condições e organização do trabalho também tem suas demandas afetadas.

[...] ter um apoio melhor relação à saúde do trabalhador, [...] eu já fiz exames que meu triglicérides estava altíssimo e foi num período de férias aqui, foi ai que eu desanimei de fazer o periódico, então como eu colhi os exames fora, então, os exames que eu peguei, eu fui consultar com um médico particular porque se eu fosse esperar o periódico eu iria desenvolver outras coisas, então enfim eu acredito que é muito fraco esse tratamento aqui do preventivo, mas totalmente precário. O SESMT

não esta nem na condição de desejável,[...] só para atender as normas, as exigências [...]. A gente precisa ter estímulos para cuidar da nossa saúde aqui mesmo no nosso trabalho. (Enf. 4).

[...] instituição oferece é o exame médico periódico que já é um avanço com o que tinha no passado, mas isso é muito pouco, isso eles podem no máximo detectar alguma alteração orgânica do servidor, ter uma memória histórica do que o próprio servidor relata, mas não há uma programação efetiva que cuide do servidor. (Enf. 10)

[...] a instituição tem que ter uma política clara para saúde do trabalhador como um todo, e aí eu falo desde uma atividade laboral de rotina no trabalho, institucionalizada até exames periódicos, controle e avaliação, esse é o mínimo que se espera da instituição. (Enf. 5)

Esse é um tipo de sofrimento que necessita ser discutido no âmbito dos espaços públicos da instituição, assim como descreve Mendes (2007, p. 31) que “*a (re) construção dos processos de subjetivação do coletivo, uma vez que falar do sofrimento leva o trabalhador a se mobilizar, pensar, agir e criar estratégias para transformar a organização do trabalho*”. Nessa perspectiva, e perante as necessidades apresentadas que as políticas de saúde dos trabalhadores sejam reformuladas, e se garanta uma assistência de qualidade.

A instituição estudada é um hospital universitário em que emprega uma diversidade de profissionais, além de ser um espaço de pesquisa, campo de estágio, ou seja, há uma interação multidisciplinar com os diversos campos de saberes e práticas. Frente a esse fato, alguns enfermeiros masculinos ressaltam a importância de se agregar o conhecimento da instituição de ensino com os profissionais trabalhadores da instituição hospitalar, com a execução de projetos acadêmicos visando à melhoria da saúde dos trabalhadores, por meios dos levantamentos e diagnósticos setoriais, e assim traçar ações que possam beneficiar esse público, com um custo baixo mediante a participação dos acadêmicos sob vigilância de seus monitores, que já executam esse tipo trabalho, porém destinados aos pacientes e não aos funcionários.

[...] estimular a saúde do trabalhador [...] fazer uma pesquisa setorial e a partir daí desenvolver até em âmbito de horário de serviço mesmo [...] fazer um tratamento com esse funcionário inserido em horário de trabalho, digamos para estimular até a saúde, ah os tabagistas enfim em determinado horário vai ter esses profissionais que vai estar envolvidos, digamos hipertensos para a pessoa também ter essa consciência. Eu acredito que são formas simples que vai demandar são as ações da equipe multiprofissional enquanto tiver trabalhando com aquele profissional. Então isso é um estímulo, também para equipe. Obesidade, tratar isso.[...] , ter uma nutricionista para orientar alimentação, tudo nesse horário que vai nesse horário de trabalho específico para o tratamento dele. (Enf. 4)

“[...] Eu acho assim, enquanto universidade, hospital-escola, [...] poderia proporcionar vários projetos tipo na área de educação física, de cuidado mesmo da saúde. [...] por exemplo, o pessoal da nutrição com certeza tem muito para nos

ajudar, com controle de peso, com alimentação, com sei lá com algumas apresentações, palestras educativas da nutrição, fisioterapia, porque por exemplo, o pessoal da fisioterapia poderia ter projetos aqui dentro do hospital de postura de ergonomia, então tudo isso ajudaria muito a gente né. (Enf. 6)

A saúde do trabalhador roga por um olhar que busca formas de atuação que possibilite operacionalizar a noção de atenção à saúde, incluindo as ações de prevenção, assistência e promoção da saúde. Implica em dizer que o olhar não se detenha somente aos aspectos biológicos, mas que se incorpore o psíquico e o social e que requer ações sobre os problemas humanos no trabalho a partir de um outro *locus*, o do serviço de saúde. (SATO; LACAZ; BERNARDO, 2006).

A instituição tem oferecido a ginástica laboral promovido pelo setor de Qualidade de Vida do Trabalhador, que possui como atribuição orientar e estimular todos os funcionários do Hospital de Clínicas de Uberlândia através da prática de atividades físicas supervisionadas; desenvolver e executar projetos que impactam na qualidade de vida do servidor (Projeto Prevenção Sobrepeso; Projeto Prevenção Obesidade) entre outros. (HC/UFU, 2017).

Mas, conforme o Enf. 15, o programa existe, porém a procura foi pouca, sendo finalizadas as atividades em seu setor. É interessante pensar o que levou a suspensão dessas atividades, motivos como horários inadequados durante os picos de tarefa, impossibilitando o servidor se ausentar de seus afazeres naquele momento para participar da atividade; desmotivação do próprio servidor; pouca divulgação do programa entre os servidores; incompreensão da chefia imediata para liberação do servidor; ou o programa existe para cumprir normas, porém, falta empenho para que seja executado. São muitos os questionamentos sobre a realidade apresentada, na qual a saúde do trabalhador permanece fragilizada.

[...] tem um programa de ginástica laboral aqui no hospital que aqui no setor já não vem mais, a gente faltou tanto que a pessoa não vem mais desistiu. Como é um trabalho de benefício para o funcionário, acho que a pessoa não podia parar e desistir da pessoa, como a gente não desiste do nosso funcionário aqui no hospital. (Enf. 15)

Outros sentem a necessidade de um espaço para atividades de relaxamento como forma de aliviar as tensões diárias a que são submetidos. Um ambiente em que se possa falar e ser ouvido, um lugar em que o trabalhador se sinta confortável a desabafar todos os tipos de sofrimento, e ter um profissional capacitado para ajudá-lo a enfrentar essas angústias que podem estar relacionadas ao trabalho ou a vida privada, mas que o impedem de trabalhar adequadamente.

[...] a instituição poderia oferecer é no sentido de criar alguns ambientes que tornassem ou possuem assim acolhedor para os trabalhadores como um todo, né. Então, e também na questão do horário de trabalho, da rotina, principalmente horário e rotina, acho que a gente ver muito isso acontecendo fora dos ambientes hospitalares, mas acho que a gente tinha que ter no ambiente hospitalar também. As instituições poderiam criarem momentos que fossem voltados exatamente para o autocuidado, relaxantes, momento que fossem menos estressante. (Enf. 8)

[...] projetos com o pessoal da psicologia, de atividades de relaxamento, porque nosso ambiente é muito tenso, e atualmente com toda essa situação eu acho, tenho percebido que tem piorado bastante sabe, as pessoas tem chegado muito mais como te falo, assim além do desgaste natural da profissão. (Enf. 6)

O Enf. 7, 33 anos, discorre que em seu setor houve a execução de um projeto de Extensão Universitária da psicologia com os funcionários, como uma roda de conversa. E avaliou como muito satisfatório, percebido pelo esgotamento de vagas para participação. Visualiza-se o sentimento de valorização profissional proporcionado pelo projeto do grupo da psicologia, diante da negligência institucional quanto à prática de cuidado, relacionada à escuta humanizada.

[...] Esses dias a gente estava com um projeto que eu achei bacana que é grupo de desabafo num sei, grupo de conversas que o pessoal da psicologia fazia, eu não cheguei a fazer porque sempre que eu queria as vagas já estavam ocupadas, mas às vezes ter um acompanhamento assim, num sei, às vezes falta pelo menos aqui na instituição a valorização do profissional. (Enf. 7)

Outro enfermeiro chama a atenção para a pouca divulgação das ações relacionadas à saúde do trabalhador e saúde do homem na instituição:

[...] Uma política de saúde do trabalhador masculino, não existe essa política do trabalhador. [...] A gente não ver em nenhum setor do hospital que divulga a saúde do trabalhador, da saúde do cuidado do câncer de próstata, que é muito machista, então assim tem que implementar assim, a política de saúde do trabalhador aqui no hospital, assim como existe o novembro azul. Quando você vai ao banheiro masculino tem uma coisa lá, lembrando o novembro azul, com sinais e sintomas quando você tem um câncer de próstata e isso deveria ter num ambiente hospitalar. (Enf.2) (Grifo nosso).

Mas, existe a necessidade levantada pelo Enf. 12, 39 anos, que se faça cumprir os princípios que regem o Sistema Único de Saúde assim como a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora (Portaria N° 1.823, de 23 de agosto de 2012) quanto à integralidade e equidade das ações. (BRASIL, 2012).

[...] embora já exista um serviço que atende o trabalhador, trabalhadores que tem algum perfil muito diferente ou uma situação atípica, às vezes não tenha um atendimento tão personalizado. O atendimento para o servidor ou em qualquer pessoa que trabalha no hospital é muito generalista, ele não está preocupado com as particularidades de cada indivíduo né, e olhar o todo e acaba muito mais é seguindo a legislação e não consegue oferecer para o servidor uma coisa

personalizada né. [...] atendimento é muito padrão, você faz os mesmo exames, se passa pela mesma situação, embora o hospital ofereça algumas coisas tipo de atividade saúde complementar, mas às vezes a maior parte não conhece que tem Reiki, atendimento psicológico, que tem algumas sessões de grupo, mas às vezes como o atendimento é tão pensado para o todo por ser uma instituição tão grande, então falha no sentido de oferecer um serviço muito individualizado, muito voltado para as particularidades do individuo ou talvez pelo número tão grande de servidores que a instituição tem. (Enf. 12).

A Política de Atenção à Saúde e Segurança no Trabalho do Servidor Público Federal - PASS- prevista no Decreto nº 6.833, de 29 de abril de 2009, criou o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal – SIASS tendo por objetivo promover à saúde do servidor público federal, a partir da estruturação de uma rede de unidades que atendesse os servidores federais. Em seu Art. 2º o SIASS contempla a coordenação e integração de:

[...] ações e programas nas áreas de assistência à saúde, perícia oficial, promoção, prevenção e acompanhamento da saúde dos servidores da administração federal direta, autárquica e fundacional, de acordo com a política de atenção à saúde e segurança do trabalho do servidor público federal, estabelecida pelo Governo. (BRASIL, 2009).

Os três eixos de atuação da SIASS são:

I - assistência à saúde: ações que visem a prevenção, a detecção precoce e o tratamento de doenças e, ainda, a reabilitação da saúde do servidor, compreendendo as diversas áreas de atuação relacionadas à atenção à saúde do servidor público civil federal;

II - perícia oficial: ação médica ou odontológica com o objetivo de avaliar o estado de saúde do servidor para o exercício de suas atividades laborais; e

III - promoção, prevenção e acompanhamento da saúde: ações com o objetivo de intervir no processo de adoecimento do servidor, tanto no aspecto individual quanto nas relações coletivas no ambiente de trabalho. (BRASIL, 2009).

A Portaria Normativa N. 3 de 07 de maio de 2010 estabelece a instituição da Norma Operacional de Saúde do Servidor- NOSS, com o objetivo de definir diretrizes gerais para a implementação das ações de vigilância aos ambientes e processos de trabalho e promoção à saúde do Servidor Público Federal. Em seu art. 2 aborda a fundamentação das:

[...] ações de atenção à saúde do servidor priorizando a prevenção dos riscos à saúde, a avaliação ambiental e a melhoria das condições e da organização do processo de trabalho de modo a ampliar a autonomia e o protagonismo dos servidores. (BRASIL, 2010).

No Art. 6 Inc. I ao V da Portaria Normativa Nº 03, de 25 de Março de 2013, define as diretrizes para a promoção da saúde do servidor, a saber:

I - o estímulo à oferta de ações de educação em saúde e promoção da saúde junto aos servidores públicos federais, em diferentes níveis de prevenção, direcionadas ao bem-estar, à qualidade de vida e à redução da vulnerabilidade a riscos relacionados à saúde, aos seus determinantes e condicionantes;

II - propiciar aos servidores ambientes de trabalho saudáveis, com o envolvimento destes e dos gestores no estabelecimento de um processo de melhoria contínua das condições e das relações no trabalho e da saúde, propiciando bem-estar das pessoas inseridas no contexto laboral;

III - a melhor compreensão da determinação do processo saúde e doença nos servidores públicos e o desenvolvimento de alternativas de intervenção que levem à transformação da realidade, em direção à apropriação, pelos servidores, da dimensão humana do trabalho; e

IV - a intervenção nas determinantes do processo saúde e doença e do processo de adoecimento em seus aspectos individuais e nas relações coletivas do ambiente de trabalho; e

V - a contribuição para a melhoria da qualidade de vida dos servidores. (BRASIL, 2013).

Nota-se que existem legislações específicas que contempla a saúde do servidor, mas segundo os enfermeiros do gênero masculino ainda existem falhas no processo que efetivamente se cumpra as normativas propostas. É interessante pensar o porquê que essas legislações não são totalmente executadas, seja por falta de profissionais capacitados para executar os projetos; falta de recursos orçamentários para que haja prosseguimento desses projetos; faltam servidores que apoiem e participem; ou o Estado não tem acesso totalmente às informações, para que se possa verificar se ações estão sendo realizadas, enfim, tendo em vista que a Política de Atenção à Saúde do Servidor (PASS) foi criada pelo próprio Estado para garantir integralidade de ações destinadas aos servidores.

Bizarria, Tassigny e Frota (2013) em seus estudos sobre a evolução do campo da saúde do trabalhador a partir da perspectiva histórica da construção de conhecimento, nos trazem que os impasses para que se efetivasse a PASS foram a inconsistência de dados reais que notificassem os agravos das condições de saúde dos trabalhadores; o desconhecimento dentro da própria instituição sobre esses agravos, dificultando que ações possam ser pensadas e implantadas; outro aspecto é o absenteísmo que se torna relevante porque faz o trabalhador se afastar do trabalho e que por diversas vezes não são relacionados ao trabalho. Eles acreditam que há a necessidade de se conhecer os fatores que permitem o adoecimento dos servidores, para que ações sejam realizadas e assim haja a promoção da saúde e qualidade de vida no trabalho, e conseqüentemente redução das taxas de afastamentos, adoecimento e absenteísmo.

Os autores do parágrafo anterior discutem que o caminho para atender as demandas de saúde dos servidores pode estar relacionado à abertura de um espaço de discussão coletiva, em que se possam ouvir as informações referentes às necessidades dos servidores sobre suas atividades laborais e propor discussões entre eles. Dessa forma, os dirigentes podem considerar as sugestões para o desenvolvimento de normas administrativas e gerencias, estimulando os servidores a se envolverem com os planejamentos da instituição a qual pertence. A partir do contexto organizacional pode ser usado para promoção da saúde, tornando-se fonte de motivação e prazer, ao invés de ser fonte de impactos negativos, causadores de adoecimento. Buscando ações que discutam os contextos de trabalho, as atividades, as crenças, os valores e as concepções sobre o trabalho. Além de reconhecer o papel da subjetividade no processo saúde-doença-trabalho, no intuito de potencializar os resultados esperados, de forma a melhorar as condições e o ambiente de trabalho.

Os Enfermeiros 6 e 14, analisam suas condições de trabalho e concluem a necessidade de se melhorar, pois eles sendo afetados fisicamente e emocionalmente frente a falta de estrutura do local de trabalho e falta de insumos médicos hospitalar.

[...] Uma coisa que deixa a gente muito desgastado hoje é essa falta de insumos porque tem dia que eu não tenho um dreno de tórax na sala de trauma, você fica aqui , meu Deus será se vai chegar um politrauma, será se vai chegar um trauma, eu vou ver ele morrendo porque não tem um dreno de tórax. Então, isso gera uma tensão, uma sobrecarga emocional muito grande. [...] tenho percebido a gente tem se desgastado muito com os problemas do dia a dia, por exemplo, paciente que precisa do medicamento e não tem, você precisa do material para fazer uma cirurgia e não tem, isso acaba desgastando muito o profissional que sofre no dia a dia de ver o paciente sofrendo, e a culpa não é dele, isso tem, não posso falar pelos demais, mas isso tem, eu sofro muito com isso sabe, de ver o outro sofrendo, eu sabendo que poderia ser diferente, mas não tenho condições de ajudar. (Enf. 6)

[...] o espaço físico aqui da sala por exemplo, se a gente for contar tem dias com os pacientes, a gente chega num espaço físico tão pequeno que chega a ter 30 pessoas num dia, chega ao ponto que a gente tem que fazer o relatório em pé. Então, está bem tumultuado, bem difícil as condições, o serviço precisava voltar e pensar na saúde da gente, no bem estar, no ambiente, a estrutura do ambiente esta bem precária.[...] O espaço físico [...] tem que ser revista com urgência porque às vezes eu tenho visto lugares do pronto socorro que às vezes, o serviço seja até complexo que o nosso, mas esta gerando uma satisfação de fazer melhor do que a sala de emergência em si. (Enf. 14)

Segundo Dejours (2004b) o trabalho implica sempre um confronto com o real, um real que se deixa conhecer por sua resistência a se submeter aos conhecimentos e às diferentes formas de saber-fazer. Este confronto é gerador de sofrimento, um sofrimento que se torna patogênico, comprometendo sua saúde quando o confronto se torna intransponível e leva à repetição constante dos mesmos problemas, dos mesmos fracassos, tornando-se insuportável.

Reconhecer que as precárias condições de trabalho relacionadas ao espaço físico e aos problemas administrativos, que dependem de outros profissionais, também são fatores de sofrimento, podendo em algumas situações romper com a dinâmica de trabalho do enfermeiro, em decorrência das improvisações, para que a qualidade de assistência de enfermagem não seja prejudicada.

Além das condições de trabalho, a forma como o trabalho está organizado também tem contribuído para o sofrimento e desgaste desses enfermeiros do gênero masculino, pois o subdimensionamento de profissionais de enfermagem na instituição tem afetado os profissionais ativos que precisam se desdobrar para que a assistência não seja afetada.

[...] Hoje dimensionar a categoria, contratar o numero de funcionário que são necessários para preencher as escalas. (Enf.10)

[...] O redimensionamento de pessoal é uma coisa que melhoraria muito nossas condições de trabalho, isso nos ajudaria muito, e ate cuidar da gente mesmo, porque quando você se desdobra, você corre para dois e no final do dia você vai estar muito mais cansado e até sem disposição para fazer uma caminhada, fazer uma atividade física né, você vai estar muito mais sobrecarregado, mais tenso no dia a dia. (Enf. 6)

Para Baggio (2007) o ambiente institucional deve promover o cuidado aos seus trabalhadores oferecendo o apoio necessário para que ocorra o cuidado. Como provisão de material e pessoal suficiente com adequado preparo técnico para promover um atendimento de qualidade, com o apoio para o planejamento e desenvolvimento de ações designadas ao cuidar. Se as condições do ambiente não estiverem adequadas geram a insatisfação e a frustração do profissional no exercício das suas atividades.

Felli e Baptista (2015) complementam que as condições de trabalho e a exposição dos trabalhadores às cargas implicam em diminuição da capacidade para o trabalho; absenteísmo e presenteísmo; os afastamentos geram elevados custos e déficit na assistência.

Esses agravantes são visualizados em alguns setores da instituição pesquisada conforme os depoimentos abaixo, sugerindo-se a necessidade de uma mobilização social dentro da instituição para que se avalie como se poderia minimizar esses fatores, pelo fato de estar afetando a própria saúde dos trabalhadores, de seus colegas em decorrência da sobrecarga de trabalho, da instituição e prestação da assistência a comunidade.

[...] eu trabalho num setor que o índice de atestado está altíssimo e a maioria dos atestados é relacionado à saúde mental, é estresse, síndrome do pânico, síndrome de burnout, acho que isso esta relacionado muito a organização do serviço no setor.. (Enf. 1)

[...] Às vezes, já ajudaria só o fato de conversar com alguém já faz a diferença, não falo só por mim, mas para todos aí. Acho que ainda a instituição não te fornece isso não, não te fornece incentivo para melhorar e nem te acompanha, acompanha nas condições físicas, mas na saúde psicológica, mental fica um pouco para trás. Acolhimento com os profissionais, que a gente tem muito funcionário que tem problema, que tem depressão, muitos problemas psicológicos assim, e isso acaba interferindo no trabalho com faltas, tira muitos atestados, a gente tem muitos atestados por transtornos depressivos. (Enf. 7, 33 anos)

Nessa lógica, Baggio e Formaggio (2008) constata que as instituições de saúde são direta e indiretamente responsáveis pelos desajustes psíquicos e físicos apresentados pelos profissionais de enfermagem. Tendo a necessidade de assumir o compromisso de cuidados com seus trabalhadores, estimulando a prática de hábitos saudáveis em um ambiente saudável. Tal atitude provavelmente implicaria numa redução de danos à saúde do profissional, e consequentemente a instituição e comunidade. Em decorrência da não dissociação da vida pessoal e profissional, é necessário que o profissional também assuma o cuidado de si, na mesma proporção que cuida do outro. Além de reconhecer os próprios limites e fragilidades para saber atuar de forma a não ferir as próprias convicções, anseios e desejos e, consequentemente, atingir o exercício pleno da profissão.

Outro cuidado que a instituição poderia conceder para favorecer o cuidado de si na visão do Enf. 13 é o revezamento entre os turnos: *[...] Mudança de turno, revezamento, acho que em relação ao trabalho noturno, o que poderia ser feito é isso. Ao invés de ficar fixo à noite, você sai um período da noite e vai ficar um período de dia para repousar do noturno.* Esse pensamento pode revelar um descuido quanto ao cuidado de si e um desprazer no trabalho, pois um longo período de trabalho noturno poderia ocasionar um desgaste desse profissional, em virtude da carga fisiológica no trabalho evidenciado pela alteração do padrão de sono e repouso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para chegar a esse lugar, retomamos o percurso da pesquisa. Seu início se deu com uma densa revisão da literatura que agregasse os descritores “cuidado de si”, “gênero” masculino e “Enfermagem”. Essas buscas foram norteadas pela análise de algumas das obras de Michel Foucault, principalmente, sobre o Cuidado de Si, acompanhada por leitura da análise crítica elaborada por Christophe Dejours acerca da Psicodinâmica do Trabalho. Alinhadas reflexões teóricas, somamos ao percurso metodológico que, sob a forma de entrevistas, nos permitiram validar ou negar a hipótese inicial desse estudo: a (des) preocupação com o cuidado de si pode repercutir no processo saúde-doença do trabalhador de enfermagem e na qualidade da assistência prestada ao paciente/processo de trabalho.

O objetivo principal desse estudo foi compreender o significado do cuidado de si para os enfermeiros do gênero masculino. Inicialmente, constatamos que o cuidado de si age como um promotor de bem-estar que, de certa forma, assegura saúde. Esse traço mobiliza outros potenciais dos enfermeiros para enfrentarem os desafios do cotidiano de trabalho na instituição, de forma coletiva. Para tanto, urge salientar que ao (re)pensar a importância do cuidado de si, seu resultado deve ser, necessariamente, a alteração de funções: de expectadores a coparticipantes no espaço de trabalho que influi no processo saúde-doença. Em decorrência, para que ofereçam ao outro uma assistência de qualidade.

Ao retomarmos os objetivos específicos, esses eram: elaborar e expor os aspectos sociodemográficos dos participantes; descrever as práticas do cuidado de si dos enfermeiros do gênero masculino e analisar os desdobramentos dessas práticas do cuidado de si para a saúde do trabalhador.

Os resultados do perfil sociodemográfico demonstraram que os enfermeiros, em sua maioria, apresentam em média 40,53 anos de idade; são brancos; casados; católicos e sem filhos. Apresentam uma renda entre 4 a 6 salários mínimos⁵. Com um tempo de formação entre 11 a 30 anos, e atuam no hospital, cenário do estudo, entre 11 a 20 anos. E cursam uma pós-graduação (mestrado). Trabalham no período Diurno e são servidores federais.

Seguindo os passos da análise de conteúdo na modalidade temática, a partir da análise das narrativas dos participantes emergiram cinco categorias, sendo: 1) “Eu sou eu”: desafios do cuidado de si na rotina cotidiana; 2) “Cuidar de mim é...”: o cuidado de si entre saberes e

⁵ Tomando como valor de referência o ano de 2017, cujo salário mínimo era de R\$ 937,00.

práticas; 3) “Escolhas, liberdade, responsabilidade e desafios na produção do cuidado de si”; 4) “O cotidiano do trabalho de Enfermagem e os desafios do cuidar de si: A saúde do trabalhador em foco”, 5) “Cuidado de si: desafio institucional frente à Saúde do Trabalhador” que foram apresentados sob a forma de resultados de capítulos.

No primeiro capítulo, ficam evidentes as dificuldades para falarem de si, mas se caracterizaram como pessoas “caseiras” e “tranquilas”, tendo como entretenimento atividades com a família e amigos, como filmes, futebol, viagens, leitura e a criação de pequenos animais. A prática de atividades físicas integra parte do cotidiano desses profissionais, ainda que para alguns não seja rotineira.

No segundo evidenciou-se o significado do cuidado de si para esses enfermeiros diante da vida cotidiana e o fazer profissional. A pesquisa reconheceu a subjetividade do cuidado frente ao processo de trabalho. E que o cuidado de si vai além do cuidar da saúde, corpo, da doença e do mundo, ou do famoso *check up*, ainda tão presente na percepção da maioria das pessoas. A partir disso, considera-se necessário romper com as fronteiras do conhecimento, de forma a refletir como está sendo desenvolvido esse cuidado, para que este não permaneça em segundo plano e assim, colaborar no processo de envelhecimento saudável.

Constatamos um outro lado do cuidado de si, qual seja: o descuido de si. No campo do fazer da Enfermagem, esse aspecto denota a preocupação com o bem-estar do outro em detrimento de si. Associados a isso, constatamos a reduzida ou a ausência de cuidados consigo, como uma alimentação balanceada, prática de atividades físicas e lazer, acompanhamento médico ou realização de exames. Evidenciado pelo sedentarismo e a procura por atendimento médico mediante ao aparecimento de alguma sintomatologia, caracterizando o estado de *stultitia*, abordado pelos estudos de Foucault (2004).

Esse cenário pode agravar a saúde dos trabalhadores da Enfermagem, em particular, e de tantos outros, em geral, contrariando o preconizado pela Política Nacional de Segurança e Saúde no Trabalho (PNSST) de 2012.⁶ Desse modo, estamos diante da invisibilidade do homem nos serviços de saúde quanto aos cuidados preventivos, pois por estarem em função do cuidado do outro, urge suscitar o debate reflexivo aliado a outros estudos acerca da masculinidade e a saúde.

⁶ Conselho Nacional de Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Disponível em http://www.conselho.saude.gov.br/web_4cnst/docs/portaria_1823_12_institui_politica.pdf

A literatura pesquisada sobre o tema destaca que o des-cuidado de si entre os profissionais, seja intra ou extralaboral, é efeito do trabalho (ou da sua psicodinâmica), que impacta no processo saúde-doença-cuidado. Um dos efeitos observados é o absenteísmo, que reflete na assistência (de enfermagem) prestada, posto que sobrecarrega os membros da equipe, produzindo um efeito em cadeia.

Ao discutirmos as “*Escolhas, liberdade, responsabilidade e desafios na produção do cuidado de si*” compreendemos alguns aspectos do trabalho do enfermeiro e a produção do cuidado de si. Assim, como no início de qualquer carreira profissional, foi revelado o trabalho intenso e desgastante para se estabelecer profissionalmente. E as articulações que os enfermeiros do gênero masculino fazem para contornar os desafios do trabalho de enfermagem como: o trabalho em equipe, a sobrecarga e jornada de trabalho, conflitos e relacionamentos interpessoais, problemas institucionais e (in) satisfação no trabalho. A forma como essas situações são enfrentadas no cotidiano do trabalho desses enfermeiros, podem afetar o cuidado de si e o autocuidado. E, ao mesmo tempo, prejudicar nas demandas diárias de trabalho e/ou vida social.

As reflexões oriundas de “O cotidiano do trabalho de Enfermagem e os desafios do cuidar de si: A saúde do trabalhador em foco” expuseram os impactos das condições de trabalho dos enfermeiros na *práxis* de cuidar. Aqui, o debate em torno da psicodinâmica do trabalho, exposta por C. Dejours, nos forneceu subsídios para compreender de modo ampliado o processo saúde e trabalho, em sua contradição, além de compreender os tipos de sofrimento e adoecimentos a que estão submetidos.

Estimulados pela pesquisa, os participantes revelam que o cuidado de si no ambiente hospitalar seria a criação de um espaço de escuta e de fala recíproca, como o preconizado pela clínica do trabalho de Dejours. Local destinado para estimular a reflexão desses enfermeiros quanto às condições de trabalho que vivenciam, trocar experiências, promover um momento de acolhimento entre eles e os gestores, para que as relações possam ser fortalecidas. E cujas proposições vislumbrem traçar estratégias de resistência e de enfrentamento aos cenários de esfacelamento da Saúde do Trabalhador, inicialmente, no hospital, mas que influenciem tantos outros ambientes de trabalho onde a saúde do homem tem sido negligenciada.

Promover uma gestão focada nas pessoas, com valorização da equipe, fomentando o diálogo e o reconhecimento; criando programas de capacitação com enfoque no desenvolvimento pessoal e profissional que estimule a interação social entre os setores do hospital e a inclusão desses trabalhadores no processo de tomada de decisões perante a atual

conjuntura que os serviços de saúde têm enfrentado. Esses foram os aspectos discutidos no último resultado intitulado “Cuidado de si: desafio institucional frente à Saúde do Trabalhador”.

Essa pesquisa reconhece o trabalho como uma atividade vital e essencial ao ser humano, mas o reconhecimento da prática do **cuidado de si** possibilita encarar e significar esse trabalho como não mais (ou menos) alienante, condição *sine qua non* das relações sociais de produção no capitalismo. Assim, à medida que se executa as tarefas no interior do hospital, e reconhecendo-as em sua relação social, novas formas de enfrentamento para o não adoecimento podem ser elaboradas e colocadas em prática, ou seja, promover ações preventivas ou intervenções direcionadas aos fatores de risco de forma coletiva e/ou individual

Como exposto no item 3 – Métodos e Metodologia, estudos de natureza qualitativa possibilitam formular e conhecer os problemas com maior profundidade, em sua construção de sentidos e significados sob a perspectiva dos participantes e do pesquisador, que não é neutro na relação com a pesquisa e tampouco com os participantes. Assim, conforme a própria metodologia, a temática estudada não se esgota por meio dos métodos utilizados. A abordagem com a utilização de entrevistas audiogravadas e baseada em um roteiro semiestruturado permitiu que se apreendesse as expressões e gestos da realidade vivida; de conhecer os sujeitos envolvidos nesse contexto, de ampliar os conhecimentos. E ainda, aprofundar alguns itens que, por ventura, naquele momento, trouxessem dúvidas, posto ser esta a natureza da pesquisa qualitativa, na sua acepção dialética.

Enfim, esse tipo de estudo pode se revelar como uma abertura para a discussão de estratégias e ações de cuidados voltados para estes/outros profissionais com vivências similares. A produção acadêmica aqui mapeada de modo sistemático fomenta novos projetos relacionando o cuidado de si e o adoecimento dos enfermeiros no trabalho.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. M. G. et al. Atividades de lazer entre idosos, Feira de Santana, Bahia. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Bahia, v. 29, n. 2, p. 339, 2014. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/rbsp/index.php/rbsp/article/viewFile/1013/pdf_311>. Acesso em: 29 maio 2017.
- ALVES, R. F. Gênero e saúde: o cuidar do homem em debate. **Psicologia: teoria e pratica**. São Paulo, v. 13, n. 3, p. 152-166, dez. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000300012>. Acesso em: 14 jun. 2017.
- AMORIM, K. P. C. O cuidado de si para o cuidado do outro. **Revista Bioethikos**, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 437-441, 2013. Disponível em: <<http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/155557/a09.pdf>>. Acesso em: 03 Abr. 2017.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.
- ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de Gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A; BRITO, J. **Trabalhar na saúde: experiência cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. p. 131-150.
- ARAÚJO, J. S.; XAVIER, M. P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectiva em mudança. **Saúde em Foco**. Teresina, v. 1, n. 1, p. 137-149, jan./ jun. 2014. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/saudeemfoco/article/view/326>>. Acesso em: 04 jun. 2017.
- ARRUDA, A. Teoria das representações sociais e teorias de gênero. **Cadernos de pesquisa**, São Paulo, n. 117, p. 127-147, nov. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-15742002000300007&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 22 ago. 2016.
- BACKES, D. S. et al. Oficinas de espiritualidade: alternativa de cuidado para o tratamento integral de dependentes químicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 5, p. 1254-1259, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342012000500030&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jun. 2017.

BAGGIO, M. A. Relações humanas no ambiente de trabalho: o (des)cuidado de si do profissional de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 3, p. 409-415, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4695>>. Acesso em: 04 out. 2016.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Profissional de enfermagem: compreendendo o autocuidado. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, 233-241, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/3168>>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BAGGIO, M. A.; FORMAGGIO, F. M. Trabalho, Cotidiano e o Profissional de enfermagem: o significado do descuidado de si. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 1, p. 67-74, 2008. Disponível em: <revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/11954/8435>. Acesso em 26 jun. 2017.

BAGGIO, M. A.; MONTICELLI, M.; ERDMANN, A. L. Cuidando de si, do outro e "do nós" na perspectiva da complexidade. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 4, p. 627-631, ago. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400023>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado "do nós". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 5, p. 895-902, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_09.pdf>. Acesso em: 27 nov. 2016.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Edição revisada e ampliada. São Paulo: Edições 70, 2011.

BATISTELLA, C. Saúde, Doença e Cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A F.(Org.). **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/FIOCRUZ, 2007.

BECKER, S. G., CROSSETTI, M. G. O. Ampliando a consciência do eu: o cuidador olhando-se no espelho. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 28, n. 1, p. 27- 34, 2007. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4694/2615>>. Acesso em: 22 jun. 2017.

BENETTI, E. R. R. et al. O conflito na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista Contexto e Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 1099-1102, jan./ jun. 2011. Disponível em: <<file:///D:/ARQUIVOS/Downloads/1739-7133-1-PB.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2017.

BENETTON, L. G. **Temas de psicologia em saúde, a relação profissional – paciente**. São Paulo: L. G. Beneton: 2002.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. O Estado da Arte do Burnout no Brasil. **Revista Eletrônica InterAção Psy**, Maringá, v. 1, n. 1, p. 4-11, ago. 2003. Disponível em: <http://www.saudeetrabalho.com.br/download_2/burnout-benevides.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2017.

BIZARRIA, F. P. A.; TASSIGNY, M. M.; FROTA, A. J. A. Política de Assistência à Saúde do Servidor (PASS) e Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal (SIASS): Perspectivas de evolução no campo da saúde do trabalhador. In: CONVIBRA, 2. 2013, São Paulo. **Anais eletrônicos...** São Paulo: Convibra, 2013. Disponível em: Acesso em: 30 out. 2017.

BLANCO, B. M. et al. A importância da liderança do enfermeiro no gerenciamento das relações interpessoais entre a equipe de saúde. **Revista de pesquisa (Online): Cuidado é fundamental (Online)**. Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 211-217, jul./ set. 2013. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1496/pdf_853>. Acesso em: 19 jul. 2017.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. 11. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). **Promoção da saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá**. Brasília, DF: Ministério da Saúde/IEC, 1996. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_promocao_saude.pdf>. Acesso em: 03 jul. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília: MS, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem**. Brasília, 2009. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html>. Acesso em: 06 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: MS, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e Trabalhadora. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 ago. 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html>. Acesso em: 01 nov. 2017.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 de jun. 1986. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L7498.htm>>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Decreto nº 6.833, de 29 de Abril de 2009. Institui o Subsistema Integrado de Atenção à Saúde do Servidor Público Federal - SIASS e o Comitê Gestor de Atenção à Saúde do Servidor. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 de abr. 2009. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/LEGIS/Decreto/6833_09.html>. Acesso em: 30 de out. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 03, de 7 de maio de 2010. Estabelece orientações básicas sobre a Norma Operacional de Saúde do Servidor –NOSS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 maio 2010. Disponível em: <<file:///D:/ARQUIVOS/Downloads/PORTARIA%20NORMATIVA%203%20-%202010.pdf>>. Acesso em: 30 de out. 2017.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Portaria Normativa nº 03, de 25 de março de 2013. Institui as diretrizes gerais de promoção da saúde do servidor público federal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de mar. 2013. Disponível em: <http://www.trtsp.jus.br/geral/tribunal2/ORGaos/Min_Div/MPOG_PortNorm_03_13.html>. Acesso em: 30 de out. 2017.

BRAVERMAN, H. **O trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3º. Ed. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

BRITO, J. A Ergologia como perspectiva de análise: a saúde do trabalhador e o trabalho em saúde. In: MINAYO GOMEZ, C.(Org.). **Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2011.

BUB, M. B. C. et al. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto contexto – enfermagem**, Florianópolis, v. 15, p. 152-157, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000500018>. Acesso em: 18 Jun. 2017.

BULHÕES, I. Riscos do trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 47, n. 1, p. 84, jan./mar. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71671994000100017>. Acesso em: 04 out. 2016.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002

CAMARGO, L. O. **O que é o lazer**. São Paulo: Brasiliense, 1986.

CARLOTO, C. M. O conceito de gênero e sua importância para a análise das relações sociais. **Serviço social em revista**, Londrina, v. 3, n. 2, p. 201-213, 2001. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/ssrevista/c_v3n2_genero.htm>. Acesso em: 31 dez. 2016.

CARVALHO, L. S. F. et al. Motivos de afastamento por licença de saúde dos trabalhadores de enfermagem. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 9, n. 1, p. 60-66, jan./ mar. 2010. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br>>. Acesso em: 23 out. 2016.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Tradução Ingrid Muller Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CHAVES, E. C. L. et.al. Eficácia de diferentes instrumentos para a atribuição do diagnóstico de enfermagem sofrimento espiritual. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 4, jul./ago. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n4/pt_08.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2017.

CECILIO, L. C. O; LACAZ, F. A. C. **O trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Pesquisa do perfil da enfermagem brasileira**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-daenfermagem_31258.html>. Acesso em: 27 dez. 2016.

COREN. **Quantitativo de profissionais ativos da cidade de Uberlândia por sexo e categoria**. [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <gab@corenmg.gov.br> em 26 jun. 2017.

COSTA, F. M; VIEIRA, M. A; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado a doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 1, p. 38-44, jan./ fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100006&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 17 jul. 2017.

COUTO, M. T. et al. O homem na atenção primária à saúde: discutindo (in)visibilidade a partir da perspectiva de gênero. **Interface**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 257-270, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

COUTO, E; MEYER, D. E. E. Viver para ser velho? Cuidado de si, envelhecimento e juvenilização. **Revista da FAGED**, Salvador, n. 19, p. 21-32, jan./jun. 2011. Disponível em: <<https://portalseer.ufba.br/index.php/entreideias/article/view/5518/4297>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

DANSKI, M. T. R. et al. Características do processo de trabalho do enfermeiro em pronto atendimento. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 16, n. 1, p. 104-109, jan./mar. 2011. Disponível em: <<http://www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2011/01/21119-75894-1-PB.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2017.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1986.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**. São Paulo: Cortês, 1992.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho (I. Domingues, trad.). In: DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. p. 21-32.

DEJOURS, C. Addendum, da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In: LANCMAN, S; SZNELWAR, L. I. (Org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Paralelo 15, Editora Fiocruz, 2004a.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista produção**, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004b. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prod/v14n3/PROD%20v14%20n3.pdf#page=45>>. Acesso em: 23 out. 2017.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C. (Org.). **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DESLANDES, S. F; GOMES, R. A pesquisa qualitativa nos serviços de saúde – Notas teóricas. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTINEZ, F. (Org.). **Pesquisa Qualitativa de Serviços de Saúde**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2007, p. 99-120.

DEZORZI, L. W; CROSSETTI, M. G. O. A espiritualidade no cuidado de si para profissionais de enfermagem em terapia intensiva. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 16, n. 2, mar./abr. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n2/pt_07.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2017.

DIÓGENES, M. A. R; PAGLIUCA, L. M. F. Teoria do autocuidado: análise crítica da utilidade na prática da enfermeira. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 24, n. 3, p. 286-293, 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/4458>>. Acesso em: 17 Jun. 2017.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. **Cadernos de pesquisa**. Rio de Janeiro, v. 115, n. 1, p. 139–154, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/cp/n115/a05n115>>. Acesso em: 24 maio 2017.

FELLI, V. E. A. (Org.). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2015.

FELLI, V. E. A; BAPTISTA, P. C. P. O Contexto do trabalho de enfermagem e a saúde do trabalhador. In: FELLI, V. E. A. (Org.). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2015.

FELLI, V. E. A. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em Foco**, 2012. Disponível em: <<http://biblioteca.cofen.gov.br/wpcontent/uploads/2016/02/Condicoes-de-trabalho-de-enfermagem-e-adoecimento.pdf>>. Acesso em: 02 abr. 2017.

FELLI, V. A; PEDUZZI, M. A. O Trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Org.). **Gerenciamento em enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. p. 01-12.

FERNANDES, M. A. Do cuidado da fenomenologia à fenomenologia do cuidar. In: PEIXOTO, A. J; HOLANDA, A. F. (Org.). **Fenomenologia do cuidado e do cuidar: perspectivas multidisciplinares**. Curitiba: Juruá, 2011. p.17-33.

FERREIRA, E. S. et al. A relevância do cuidado de si para os profissionais de enfermagem. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 14, n. 1, p. 978 - 985, jan./mar. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/23360/14206>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

FIGUEIREDO, V. L. **Trabalho em equipe: um desafio para a equipe de saúde família**. 2012. 28 f. (Monografia) – Programa de Pós Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012.. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/4038.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2017.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade III: o cuidado de si**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. 9.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FOUCAULT, M. **Hermenêutica do sujeito**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

FOUCAULT, M. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: ____; **Ditos e escritos V. Ética, Sexualidade, Política**. Tradução de Elisa Monteiro e Inês Autran Dourado Barbosa. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

GASPAR, J. et al. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 230-236, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100032>. Acesso em: 08 jun. 2017.

GEOVANINI, T. et.al. **História da Enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

GEOVANINI, T. Uma abordagem dialética da Enfermagem. In: GEOVANINI, T. et al. **História da enfermagem versões e interpretações**. Rio de Janeiro: Revinter, 2005, p. 3 - 48.

GESTÃO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO EM SAÚDE. **Dados quantitativos dos profissionais de enfermagem do HC-UFU**. [Mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <recursoshumanoshcu@gmail.com> em 23 jun. 2017.

GIL, A. C. Como classificar as pesquisas? In: _____. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES, R. et al. As arranhaduras da masculinidade: uma discussão sobre o toque retal como medida de prevenção do câncer prostático. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 6, p. 1975-1984, dez. 2008. Disponível em: <<http://scielo.br>>. Acesso em: 15 dez. 2016.

GOMES, R. et al. Os homens não vêm! Ausência e/ou inviabilidade masculina na atenção primária. **Ciência, Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 983-992, 2011. Disponível em: <http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/9498/art_COUTO_Os_homens_ao_ve_m_Ausencia_e-ou_invisibilidade_2011.pdf?sequence=1>. Acesso em: 02 jul.2017.

GOMES, R; NASCIMENTO, E. F. do; ARAUJO, F. C. de. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, p. 565-574, mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php>> Acesso em: 06 nov. 2015.

GOMES, R.; NASCIMENTO, E. F.; REBELLO, L. E. F. S. As representações da masculinidade e o ser homem. **Fazendo Gênero**, Florianópolis, v. 8, 2008. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/8/sts/ST56/Gomes-Nascimento-Rebello_56.pdf>. Acesso em: 05 abr. 2017.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008>. Acesso em: 08 jun. 2017.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. 6. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HELOANI, R; LANCMAN, S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico e intervenção e investigação. **Revista produção**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 77-86, set/dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/prod/v14n3/PROD%20v14%20n3.pdf#page=45>>. Acesso em: 23 out. 2017.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

HUBERMAN, L. **História da Riqueza do Homem**. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: ZAHAR Editores, 1981.

JESUS, G. M.; JESUS, E. F. A. Nível de atividade física e barreiras percebidas para a prática de atividades físicas entre policiais militares. **Revista Brasileira de Ciência do Esporte**, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 433-448, jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-32892012000200013>. Acesso em: 04 jun. 2017.

KERGOAT, D. Divisão sexual do trabalho e relações sociais de sexo. In: HIRATA, H. et al. (Org.). **Dicionário crítico do feminismo**. São Paulo: UNESP, 2009.

KESSLER, A. I; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p.

49-55, mar. 2012. Disponível em: < file:///D:/ARQUIVOS/Downloads/20471-109346-1-PB.pdf>. Acesso em 03 ago. 2017.

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

LAURETIS, T. A tecnologia do gênero. In: HOLLANDA, B. H. **Tendências e impasses: o feminismo como crítica da cultura**. Rio de Janeiro: Rocco, 1994.

LIMA, M. J. **O que é enfermagem**. São Paulo: Brasiliense, 1993.

LISBOA, M. T. L. et al. O trabalho noturno e suas repercussões na saúde do trabalhador de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 3, n. 18, p.478-483, out. 2010. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a25.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

LOPES, R. S. et al. O enfermeiro mediando conflitos e relações de poder entre a equipe multiprofissional no centro cirúrgico. **Revista de enfermagem UFPE** (online). Recife, v. 9, n. 8, p. 8824-8830, ago. 2015. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10667/11704>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

LOURO, G. L. **Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MANTOVANI, V. M. et al. Absenteísmo por enfermidade em profissionais de enfermagem. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 19, n. 3, p. 641-646, jul./set. 2015. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/exportarpdf/1029/v19n3a09.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2017.

MAFTUM; M. A; SOUZA, J. R.; BAIS, D. D. H. Cuidados de enfermagem enfrentando o reconhecimento da crença ou religião dos pacientes: percepções dos alunos. **Online Brazilian Journal of Nursing**, [SI], v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1525/375>>. Acesso em: 31 maio 2017.

MARCELLINO, N. C. **Lazer e humanização**. Campinas: Papirus, 2001.

MARSIGLIA, R. M. G. Orientações básicas para a pesquisa. In: MOTA, Ana Elizabete et al. **Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da saúde, p. 383-398, 2007. Disponível em:< www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/texto3-1.pdf>. Acesso em: 05 set. 2017.

MARTINAZZO, C. J. Identidade humana: unidade e diversidade enquanto desafios para uma educação planetária. **Revista Contexto & Educação**. Rio Grande do Sul, v. 25, n. 84, p. 31-50, 2010. Disponível em:

<<https://revistas.unijui.edu.br/index.php/contextoeducacao/article/view/460>>. Acesso em: 25 maio 2017.

MARTINS, M. A. Check-up do check-up. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 121, jun. 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302005000300001>. Acesso em: 04 jun. 2017.

MARTINS, C. C. F. et al. Relacionamento interpessoal da equipe de enfermagem x estresse: limitações para a prática. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 19, n. 2, 2014. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/36985>>. Acesso em: 29 jun. 2017.

MARX, K. **Manuscritos econômico-filosóficos...**, São Paulo: Nova Cultura, 1991.

MENDES, E. V. Um novo paradigma sanitário: a produção social da saúde. In: _____. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 233-300.

MENDES, A. M. Conflitos de Relacionamento no trabalho. IN: Seminário de Gestão da ética nas Empresas Estatais- CCBB, 3., 2007. Brasília, DF. **Anais...** Brasília, DF: Universidade de Brasília, p.1-4, 2007.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 21. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MININEL, V. A; RATIER, A. P. P. Implicações das condições de trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores de enfermagem. In: FELLI, V. E. A; BAPTISTA, P.C.P. (Org.). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri: Manole, 2015.

MOURA, E. **Perfil da situação de saúde do homem no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz – Instituto Fernandes Figueira, 2012.

NASCIMENTO, E. F.; GOMES, R. Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 1556-1564, jul. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000700010&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 14 jun. 2017.

NUNES, A. A. et al. Qualidade de vida de pacientes hemofílicos acompanhados em ambulatório de hematologia. **Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia**, São Paulo, v. 31, n. 6, p. 437-443, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-84842009000600012>. Acesso em: 08 jun. 2017.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. Goiânia, vol. 12, n.2, p. 252-257, 2010. Disponível em:< <https://www.fen.ufg.br/revista/v12/n2/v12n2a04.htm>>. Acesso em: 02 ago. 2017.

OGUISSO, T. (Org.). **Trajetória histórica e legal da Enfermagem**. 2. ed. Barueri: Manole, 2007.

OLIVEIRA, L.B. et al. Esforço e recompensa no trabalho do enfermeiro residente em unidades especializadas. **Revista de Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 2, n. 21, p. 173-178, abr./ jun. 2013. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a06.pdf>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

PADILHA, M. I. C. de S.; VAGHETTI, H. H.; BRODERSEN, G. Gênero e enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 292-300, abr./jun. 2006. Disponível em: <<http://repositorio.furg.br/handle/1/1572>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

PAIVA, M. H. R. S. **Acidentes ocupacionais por exposição a materiais biológicos entre trabalhadores do serviço de atendimento pré-hospitalar móvel**. 2012. 133f. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2012. Disponível em: < http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/bitstream/handle/1843/GCPA-95ZJRH/maria_henriqueta_rocha_siqueira_paiva.pdf?sequence=1>. Acesso em: 19 jun.2017.

PAIXÃO, W. **História de Enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PAPARELLI, R, SATO, L; OLIVEIRA, F. A saúde mental relacionada ao trabalho e os desafios aos profissionais da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. São Paulo, v. 36, n. 123, p. 118-127, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbso/v36n123/a11v36n123.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2017.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** [Online], São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109. 2001. Disponível em <http://www.uff.br/tcs2/images/stories/Arquivos/textos_4p/trabalho_em_equipe/Peduzzi_2001.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2017.

PEREIRA, A. V. Relações de gênero no trabalho: reflexões a partir de imagens construídas de enfermeiras e enfermeiros. **Caderno Espaço Feminino**. Uberlândia/MG, v. 24, n. 1, p. 49-77, jan./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/neguem/article/viewFile/14218/8139>>. Acesso em: 28 dez. 2016.

PEREIRA, P. F. **Homens na Enfermagem**: atravessamentos de gênero na escolha, formação e exercício profissional. 2008. 104 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/13069/000639229.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 26 abr. 2017.

PERES, M. F. P. et al. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, supl. 1, p. 82-87, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0101-60832007000700011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 31 maio 2017.

PILLON, S. C. et al. Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 100-107, mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000100014>. Acesso em: 08 jun. 2017.

PORTOCARRERO, V. Os limites da vida: da biopolítica aos cuidados de si. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M.; VEIGA-NETO, A.; FILHO, A. S. (Org.). **Cartografias de Foucault**. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p. 419-430.

POTTER, P.A; PERRY, A.G. **Fundamentos de Enfermagem: conceitos, processo e prática**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

RECH, R. A. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais de enfermagem da oncologia do Brasil e Portugal. **Texto & Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 24, n. 4, p. 925-933, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/2015nahead/pt_0104-0707-tce-201500004650014.pdf>. Acesso em: 02 ago. 2017.

REIS, M. G; COSTA, I. P. Qualidade de vida relacionada à saúde em pacientes com lúpus eritematoso sistêmico no Centro-Oeste do Brasil. **Revista Brasileira de Reumatologia**. São Paulo, v. 50, n. 4, p. 408-414, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0482-50042010000400006&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 jun. 2017.

RIBEIRO, A. A. de A. et al. A escolha profissional no imaginário social - enfermeiras brasileiras e peruanas. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, Ago. 2006.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452006000200011>. Acesso em: 13 jul. 2017.

SAFFIOTI, H. I. B. Rearticulando gênero e classe social. In: COSTA, A. O; BRUSCHINI, C. (Org.). **Uma Questão de gênero**. São Paulo: Rosa dos Tempos, 1992.

SALLES, M. M.; MATSUKURA, T. S. Estudo de revisão sistemática sobre o uso do conceito de cotidiano no campo da terapia ocupacional no Brasil. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**. São Paulo, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <<http://www.cadernosdeto.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/813/438>>. Acesso em: 24 maio 2017.

SANTO, C. C. E et al. Diálogos entre espiritualidade e enfermagem: uma revisão integrativa da literatura. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 18, n. 2, p. 372 - 378, jun. 2013. Disponível em: <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32588>>. Acesso em: 31 maio 2017.

SANTOS, J. L. G. et al. Estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover o trabalho em equipe em um serviço de emergência. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Rio Grande do Sul, v. 37, n. 1, p. 1-7, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/141481/000991423.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 20 jul. 2017.

SANTOS, J. B. F; OSTERNE, M. S; F; ALMEIDA, R. O. A entrevista como técnica de pesquisa do mundo do trabalho. In: ALVES, G.; SANTOS, J. B. F. (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa sobre o mundo do trabalho**. Bauru: Canal 6, 2014. p. 29-52.

SATO, L; LACAZ, F. A. C; BERNARDO, M. H. Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na Saúde Pública de São Paulo. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 11, n. 3, p.281-288, Set./Dez. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2006000300005>. Acesso em: 26 out. 2017.

SCHRAIBER, L. B. et al. Necessidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 961-970, maio. 2010 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010000500018>. Acesso em: 15 dez. 2016.

SCHWARZ, E. Reflexões sobre gênero e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2581-2583, out. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001000004>. Acesso em: 14 jun. 2017.

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/0D/physis/v17n1/v17n1a03.pdf>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.

SILVA, R. S. et al. Atividade física e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p. 115-120, 2010. Disponível em: <<http://dms.ufpel.edu.br/ares/bitstream/handle/123456789/289/Atividade%20f%C3%ADsica%20e%20qualidade%20de%20vida.pdf?sequence=1>>. Acesso em: 29 maio 2017.

SILVA, I. J. et al. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Revista Escola de Enfermagem USP**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 697-703, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a28v43n3.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2017.

SILVA, P. A. S. et al. A saúde do homem na visão dos enfermeiros de uma unidade básica de saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 561-8, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/19>>. Acesso em: 31 maio 2016.

SILVA, S. M.; BAPTISTA, P. C. P. Cargas fisiológicas e processo de desgaste em trabalhadores de enfermagem. In: FELLI, V. E. A; BAPTISTA, P. C. P. (Org.). **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri, SP: Manole, 2015.

SILVA, R. M. et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011. Disponível em: <http://eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=643>. Acesso em: 30 jun. 2017.

SOUZA, L. L. et al. Representações de gênero na prática de enfermagem na perspectiva de estudantes. **Ciências & Cognição**. Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 218-232, 2014. Disponível em: <www.cienciasecognicao.org/revista/index.php/cec/article/viewFile/908/pdf_13>. Acesso em 02 ago 2016.

SOUZA, M. M. T.; PASSOS, J. P.; TAVARES, C. M. M. Sofrimento e precarização do trabalho em enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental** (Online). Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 2072-2082, jan./mar, 2015. Disponível em: <<http://saudepublica.bvs.br/pesquisa/resource/pt/bde-26719>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

SOUZA, N. V. D. O; CUNHA, L. S; PIRES, A. S. et al. Perfil socioeconômico e de saúde dos trabalhadores de enfermagem da Policlínica Piquet Carneiro. **Reme**. Rio de Janeiro, v. 2, n.

16, p. 232-240, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/524>>. Acesso em: 17 jul. 2017.

SPÍNDOLA, T; MARTINS, E. R. C; FRANCISCO, M. T. R. Enfermagem como opção: perfil de graduandos de duas instituições de ensino. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 61, n. 2, p. 164-169, mar./abr, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000200004&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 jul. 2017.

TOMASCHEWSKI-BARLEM, J. V. A produção científica da enfermagem acerca do cuidado de si: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**. Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 4629 - 4635, jul./set, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/3560>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

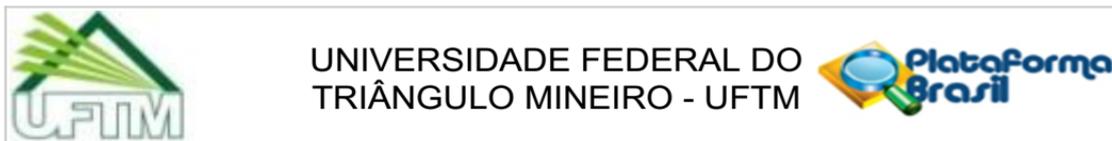
TRIVINÕS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VIEIRA, K. L. D. et al. Atendimento da população masculina em unidade básica saúde da família: motivos para a (não) procura. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 120-127, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000100017>. Acesso em: 14 jun. 2017.

WALDOW, V. R. **Cuidado Humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra, 1998.

XAVIER, A. P. Ressignificando o cuidado de si na enfermagem: percepções de uma equipe. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 11, n. 3, p. 1179-1188, mar. 2017. Disponível em: <http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/10011/pdf_2598>. Acesso em: 26 jun. 2017.

ANEXOS: APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITE DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO GÊNERO MASCULINO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

Pesquisador: AILTON DE SOUZA ARAGÃO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 60207116.0.0000.5154

Instituição Proponente: Universidade Federal do Triângulo Mineiro

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.845.451

Apresentação do Projeto:

Segundo os pesquisadores: "A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social. Mendes (1996) apud Adriano et al. (2000), conceitua com um produto social resultante das relações entre os processos biológicos, ecológicos, culturais e econômico-sociais que acontecem na sociedade, propiciando as condições de vida das populações.

Estabelecer a relação saúde e homem se faz necessário para compreender a sua prática quanto ao cuidar de si.

Couto et al. (2010) destacam que:

[...] as relações entre masculinidade e cuidado em saúde têm sido analisadas com base na perspectiva de gênero, focalizando as dificuldades dos homens na busca por assistência de saúde e as formas como os serviços lidam com as demandas específicas dos homens, o que pode ampliar as dificuldades (p. 258).

Gomes, Nascimento e Araújo (2007) apontam que os homens procuram menos pelos serviços de saúde quando comparados com as mulheres, no sentido de hábito de prevenção. E quando procuram já estão em estágios avançados da enfermidade, demandando ao Sistema Único de Saúde (SUS) um custo maior com o tratamento. A procura pelos serviços de saúde relaciona-se ao

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
TRIÂNGULO MINEIRO - UFTM



Continuação do Parecer: 1.845.451

entre os setores de Urgência-Emergência; Unidade Cirúrgica e Unidades de Internação. Os mesmos serão recrutados por meio de Carta Convite impressa entregue pelos pesquisadores, para participarem da pesquisa.

Nesse sentido, serão incluídos na pesquisa àqueles que:

- Fazem parte do público alvo dessa pesquisa (enfermeiros do gênero masculino).
- Consentirem em participar da pesquisa e a fornecer informações pelo método descrito;
- Assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes/colaboradores serão assegurados quanto à privacidade e segurança ao participarem dessa pesquisa, além de não sofrerem qualquer tipo de retaliação ou estigmatização dos mesmos ou do grupo ao qual pertencem."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados de maneira adequada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 466/12 E norma operacional 001/2013, o colegiado do CEP-UFTM manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto. Situação definida em reunião do colegiado realizada em 25/11/2016.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_787944.pdf	26/10/2016 14:05:12		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_detalhado.docx	26/10/2016 13:56:32	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C_TCLE.docx	26/10/2016 13:51:22	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto.pdf	20/09/2016 18:12:51	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	APENDICE_E_Autorizacao_de_Coparticipacao.jpg	06/09/2016 21:19:52	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

CEP: 38.025-100

UF: MG

Município: UBERABA

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br



Continuação do Parecer: 1.845.451

Outros	APENDICE_C_carta_convite.docx	06/09/2016 21:12:52	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	APENDICE_B_Questionario.docx	06/09/2016 21:12:09	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito
Outros	APENDICE_A_ROTUIRO_DE_ENTREVISTA.docx	06/09/2016 21:11:33	AILTON DE SOUZA ARAGÃO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

UBERABA, 01 de Dezembro de 2016

Assinado por:
Marly Aparecida Spadotto Balarin
(Coordenador)

Endereço: Rua Madre Maria José, 122

Bairro: Nossa Sra. Abadia

UF: MG

Município: UBERABA

CEP: 38.025-100

Telefone: (34)3700-6776

E-mail: cep@pesqpg.uftm.edu.br

APENDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA

AVALIAÇÃO DA PERCEPÇÃO QUANTO AO CUIDADO DE SI

1. Dados do participante
 - a) Idade
 - b) Etnia
 - c) Religião
 - d) Estado civil
 - e) Renda mensal
 - f) Formação complementar

2. Cuidado de si
 - a) Fale de você e de sua formação profissional.
 - b) Fale da sua rotina fora do ambiente de trabalho e no hospital universitário.
 - c) Qual o significado do cuidado de si na sua percepção?
 - d) Quais as suas ações/ atividades que você desenvolve para cuidar de si?
 - e) Quais os efeitos do cuidado de si para o seu processo de trabalho e para sua saúde, como trabalhador?
 - f) Atualmente, as suas atitudes em cuidar de si atendem as suas necessidades enquanto trabalhador?
 - g) O que a instituição poderia te oferecer para favorecer o seu cuidado de si?
 - h) Como você avalia a sua saúde atualmente?

3. Você gostaria de comentar algo que considere importante e não foi abordado nesta entrevista?

Obrigado pela participação no estudo!

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Título do Projeto:

A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO GENERO MASCULINO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE

TERMO DE ESCLARECIMENTO

Você está sendo convidado a participar do estudo **A PRÁTICA DO CUIDADO DE SI NA PERSPECTIVA DOS ENFERMEIROS DO GÊNERO MASCULINO DE UM HOSPITAL DE GRANDE PORTE** por trabalharem em Unidade Cirúrgica, Unidades de Internação e Emergência e Urgência deste Hospital Universitário. Este estudo poderá contribuir de modo significativo para a compreensão do processo do cuidado de si. E ainda, busca estratégias que reduzam prejuízos visando à promoção e proteção da sua saúde, além de melhorar a assistência prestada à comunidade, por isso a sua participação é importante. O objetivo deste estudo é entender e analisar a importância e o significado do cuidado de si para você. Caso você aceite participar, responderá a um questionário e conceder uma entrevista que seguirá um roteiro e que será gravada em áudio. Esse procedimento durará cerca de 1 hora. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida. Espera-se que os benefícios decorrentes da sua participação orientem a modificação dos processos de trabalho e aumentem sua qualidade de vida; dos demais que o circunda, como os pacientes que estão sob os cuidados; e se estenda à sociedade por meio do processo da pesquisa e da publicação dos resultados.

Você poderá obter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo no seu atendimento. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo, pois você será identificado com um pseudônimo, escolhido por você. As informações prestadas por você serão arquivadas por um período de 5 anos, em formato digital e você poderá ter acesso às mesmas a qualquer tempo a partir do contato com os pesquisadores por telefone.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e qual procedimento a que serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso em nada afetará o meu trabalho nesta instituição. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo. Eu concordo em participar do estudo e receberei uma via deste Termo.

Uberlândia,.....//.....

Assinatura do voluntário ou seu responsável legal

Documento de Identidade

Assinatura da pesquisadora responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores:

Profº Drº. Ailton Souza Aragão 34-3700-6924; Márcia Ferreira de Medeiros Andrade 34- 99643-5255.

Em caso de dúvida em relação a esse documento, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone 34-3700-6776.