

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO BIOMÉDICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ATENÇÃO À SAÚDE COLETIVA**

MARIANA RABELLO LAIGNIER

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM
HOSPITAL PEDIÁTRICO: RELAÇÕES E INTERCESSÕES NA
PRODUÇÃO COTIDIANA DO CUIDAR**

Vitória
2005

MARIANA RABELLO LAIGNIER

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO: RELAÇÕES E INTERCESSÕES NA PRODUÇÃO
COTIDIANA DO CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima

Vitória

2005

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Central da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

L185p Laignier, Mariana Rabello, 1978-
O processo de trabalho da enfermagem em um hospital
pediátrico: relações e intercessões na produção cotidiana do cuidar
/ Mariana Rabello Laignier. – 2005.
159 f. : il.

Orientadora: Rita de Cássia Duarte Lima.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro Biomédico.

1. Trabalho – Enfermagem. 2. Trabalho – Saúde. 3. Qualidade
de vida no trabalho. 4. Cuidados com doentes. 5. Enfermagem
pediátrica. I. Lima, Rita de Cássia Duarte. II. Universidade Federal
do Espírito Santo. Centro Biomédico. III. Título.

CDU: 614

MARIANA RABELLO LAIGNIER

**O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL
PEDIÁTRICO: RELAÇÕES E INTERCESSÕES NA PRODUÇÃO COTIDIANA DO
CUIDAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde Coletiva da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito final para obtenção do Grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em 29 de julho de 2005.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Rita de Cássia Duarte Lima
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Faculdade de Ciências Médicas / UNICAMP

Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof^ª. Dr^ª. Denise Silveira de Castro
Universidade Federal do Espírito Santo

Aos meus pais, Mário e Gogóia, que, com carinho, me ensinaram o sentido da vida.

À vovó Hyla, que marcou a memória da minha infância, adolescência e juventude. Ajudou-me a dar os primeiros passos nos estudos, sempre auxiliando com sabedoria e inteligência minhas pesquisas de colégio. Tenho certeza de que, por seu incentivo, estou aqui hoje.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação é fruto da soma de contribuições e apoio de diversas pessoas. Neste momento, gostaria de destacar algumas delas que, de forma profissional ou afetivamente, foram importantes para mim.

A Deus que, estando sempre ao meu lado, iluminou o caminho para que eu conseguisse chegar ao final desta pesquisa.

À Prof^a. Dr^a. Rita de Cássia Duarte Lima, que me acompanha desde a época de graduação, por ser mais que uma orientadora, uma amiga. Pela atenção sempre presente, pelo empréstimo do seu acervo literário, pela orientação firme, pela confiança, pelo respeito e carinho com que cuidadosamente abordou e tratou todo o processo de elaboração deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Espírito Santo, pela oportunidade de desenvolver esta pesquisa.

Aos docentes do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, por me terem propiciado condições de aprendizado e crescimento.

À Sheila, secretária do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, sempre atenciosa, procurando solução para todos os problemas.

Ao Prof. Dr. Luiz Henrique Borges, pela disponibilidade de conhecimentos que subsidiaram a elaboração deste estudo.

À Prof^a. Dr^a. Leila Massaroni, pelas opiniões e colaboração em vários momentos da construção da pesquisa.

À CAPES, pela oportunidade de ter recebido bolsa de estudos em boa parte do tempo do mestrado.

Ao Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, pela possibilidade de realizar esta investigação, especialmente ao diretor-geral, Dr. Nélio Almeida Santos, que, sempre com grande carinho e amizade, acreditou nesta pesquisa e permitiu que ela se concretizasse.

À enfermeira Celeste Lúcio que, como assessora técnica e coordenadora de Enfermagem do Hospital Infantil, muito me ajudou com as escalas e trocas de plantão durante este período de estudo.

À Dr^a. Ana Quiroga que, com sua sabedoria e profundidade intelectual, muito colaborou para o desenvolvimento desta pesquisa, pois esteve presente ao meu lado desde o momento da elaboração do projeto inicial até à conclusão da dissertação. Obrigada pelo carinho, amizade e incentivo em todos os momentos.

À Luciana, Lucimara e Manu, minhas nutricionistas prediletas, por todo o apoio no Centro de Estudos e pela ajuda gastronômica durante a realização das oficinas.

A todos os amigos e funcionários do hospital, principalmente aos profissionais de Enfermagem que, gentilmente, cederam seu tempo para participar da pesquisa, confiando a mim suas histórias de vida.

À Cristina Kroeff, Cristina Ribeiro, Darli Paiva, Fernanda Ronconi, Gália Morosky, por serem mais que companheiras de trabalho e amigas, por estarem sempre prontas a me ouvir durante os momentos de aflição.

À enfermeira Ivana Silveira de Castro, por suas sugestões e ajuda na condução das oficinas com a equipe de Enfermagem.

Aos colegas de mestrado, especialmente à Cândida, Fábio, Luciene, Raphaella, Rita, Silvana, pela companhia, pelos papos, desabafos, risadas, sempre tornando nossos trabalhos, seminários e *papers* mais diversão e menos obrigação.

À também colega de mestrado e amiga Liliâne Graça Santana que, com seus conhecimentos em Enfermagem do trabalho, muito contribuiu para o sucesso das oficinas com a equipe de Enfermagem.

Ao meu pai, pelo jeito sempre carinhoso de me incentivar: “Acaba logo este trabalho... acaba logo com isto”.

À mamãe que, mesmo se atrapalhando um pouco, muito me fez economizar tempo, transcrevendo as oficinas, corrigindo os textos e dando sugestões sempre importantes para a finalização desta pesquisa.

Ao Léo, meu irmão, por ter cedido seu quarto, pela paciente colaboração nas resoluções das minhas dúvidas com o computador, pela ajuda com o áudio durante as apresentações dos trabalhos, não medindo esforços para me atender.

Ao Edu, meu irmão, por ter me ajudado muito na construção das aulas da faculdade, fazendo com que eu economizasse tempo para trabalhar na dissertação. Agradeço também por ter cuidado de todos os meus problemas relacionados com saúde (cálculo renal, gastrite, gripe, sinusite...), colocando seus conhecimentos médicos em prática, com carinho, durante esse período.

À Tia Irene, pelo incentivo e inspiração em seguir seus passos nos estudos de mestrado.

À Elisa e à Luiza, pela amizade e pelos constantes convites para almoçar.

Ao vovô René, pela alegria que deixa na minha casa toda vez que passa algum tempo aqui.

Às amigas de todas as horas, Camila, Cristina, Érika, Flavinha, Gisela, Letícia Bastos, Letícia Peixoto, Nadja, Priscilla, Tatiana, por estarem sempre presentes nos momentos felizes e difíceis.

Ao amigo Pedro Alberto, que prontamente me emprestou seu computador, na hora em que tudo parecia perdido.

Aos demais amigos, pela paciência nos momentos de braveza, pelo colo nas horas em que precisei, por existirem.

A todos que contribuíram para a realização desta dissertação.

*Todo estímulo é cego enquanto não há saber...
Todo saber é vago enquanto não há trabalho...
Todo trabalho é vazio enquanto não há amor...
Mas, quando vós trabalhais, vós vos unis a vós próprios, e aos outros e a Deus.*

(Gibran Kahlil Gibran)

RESUMO

Esta pesquisa investiga como se dá o processo de trabalho da equipe de Enfermagem, em um hospital público pediátrico, inserido no Sistema Único de Saúde do município de Vitória-ES. Discute as relações de poder na produção cotidiana do trabalho da Enfermagem e analisa como ocorre a relação saúde-trabalho-doença no âmbito do trabalho hospitalar. Desenvolve um estudo de caso que utiliza abordagem qualitativa. Os dados foram obtidos por meio de onze entrevistas semi-estruturadas e duas oficinas com base na técnica de grupo focal das quais participaram quinze profissionais de Enfermagem de nível médio e doze enfermeiros, respectivamente. O exame do material empírico foi feito de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, trazendo o discurso dos entrevistados para uma reflexão dialogada com os autores que fundamentam o tema. Os resultados demonstram que os cuidadores são, em sua maioria, mulheres; o trabalho é exercido de forma fragmentada, seguindo uma hierarquia estabelecida historicamente; o modelo assistencial da saúde cotidianamente observado na instituição é procedimento-centrado; e a (des)valorização bem como as condições de trabalho interferem intimamente no nível de satisfação e na saúde do profissional. Conclui que as relações no microespaço institucional devem ser repensadas a fim de que o cuidador tenha possibilidade de incorporar novas práticas e ações participativas no cotidiano do seu trabalho.

Palavras-chave: Processo de trabalho em saúde. Trabalho da Enfermagem. Cuidar em saúde.

ABSTRACT

This research investigates how the Nursing teamwork is processed, in a pediatric public hospital, inserted in Sistema Único de Saúde in Vitória-ES. It is about the power relations in every day production of Nursing work and analyses how the relation between health-work-illness is occurred in the hospital work environment. It develops a study case, which uses qualitative approaches. Data was collected through eleven semi-structured interviews and two workshops based on focal group technician with the participation of fifteen Nursing professionals of average level and twelve nurses, respectively. The empirical material examination was made according to Bardin content analysis, bringing the interviewers discourse to dialogued reflection with the authors who substantiate the theme. The results show that most of the caretakers are women; the work is done in a fragmented way, following a hierarchy historically established; the health assistant model daily observed in the institution is procedure-centered; and the values (less) as well as work conditions intimately interfere in the satisfaction level and in the professional health. It is concluded that relations in institutional micro space must be rethought in order to make the caretaker able to incorporate new practices and participative actions in the every day work.

Keywords: Health working process. Nursing work. Health care.

LISTA DE SIGLAS

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

CME – Central de Material Esterilizado

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CRM – Conselho Regional de Medicina

CTI – Centro de Tratamento Intensivo

CTQ – Centro de Tratamento de Queimados

DATASUS – Departamento de Informação e Informática do Sistema Único de Saúde

DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública

EEAN – Escola de Enfermagem Anna Nery

EPI – Equipamento de Proteção Individual

ES – Espírito Santo

HINSG – Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória

IBC – Instituto Brasileiro do Café

IESP – Instituto Estadual de Saúde Pública

LER – Lesão por Esforços Repetitivos

MS – Ministério da Saúde

PS – Pronto-Socorro

SUS – Sistema Único de Saúde

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UFRJ – Universidade Federal do Rio de Janeiro

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UTIN – Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 PROCESSO DE TRABALHO.....	19
2.2 TRABALHO EM SAÚDE: LIMITES E DESAFIOS	31
2.2.1 O surgimento dos hospitais	31
2.2.2 A rede de relações	34
2.3 REVELANDO A ENFERMAGEM	46
2.3.1 Dimensões históricas	46
2.3.2 O cotidiano do trabalho	53
3 METODOLOGIA	62
3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	62
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO	65
3.3 POPULAÇÃO-ALVO	71
3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	72
3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	72
4 RESULTADOS	77
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	131
6 REFERÊNCIAS	136
APÊNDICE A – Termo de autorização da pesquisa: Diretor Geral Error! Bookmark not defined.	
APÊNDICE B – Termo de autorização da pesquisa: Assessoria Técnica de Enfermagem	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE C – Termo de consentimento para participação em projeto de pesquisa	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE E – Roteiro das oficinas	Error! Bookmark not defined.
APÊNDICE F – Fotos das oficinas	Error! Bookmark not defined.
ANEXO A – Atendimentos de urgência e emergência no HINSG segundo municípios de procedência	Error! Bookmark not defined.

1 INTRODUÇÃO

As condições atuais do mundo globalizado determinam profundas mudanças na vida das populações e principalmente sobre o mundo do trabalho, com reflexos no processo de trabalho, nos níveis de emprego, no meio ambiente, na saúde das populações e dos trabalhadores em particular.

A competição está ficando cada vez mais acirrada e contar com uma força de trabalho satisfeita é absolutamente essencial. É necessário sentir-se feliz para oferecer bons resultados no serviço. Para isso, o profissional precisa estar saudável e ter um trabalho bem remunerado com o qual se sinta útil e motivado (LIMA, 2001).

As pessoas estão envolvidas por um mundo que se transforma muito rapidamente. O desgaste é grande. Por isso, hoje, mais do que nunca, homens e mulheres estão começando a entender que, como indivíduos, todos têm capacidade de trabalhar para sustentar as famílias e a si próprio. De acordo com Lima (2001), essa capacidade laboral é mediada pelo estado de saúde, situação familiar e satisfação no trabalho. Observando essa questão, da perspectiva de uma carreira profissional, notamos que é possível trabalhar por muitos e muitos anos. Então, quanto mais saudável e satisfeito o trabalhador estiver, mais chances terá de aumentar a idade produtiva e desenvolver uma carreira profissional melhor.

Com as mudanças observadas na organização dos processos de trabalho, visando ao aumento da produtividade e à redução dos custos, a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores vem ganhando uma dimensão nova dentro desse processo, mas geralmente não vem acompanhada de melhorias das condições de vida.

Foi pensando nessas questões que, após alguns levantamentos e pesquisas realizadas sobre tendências da administração, do planejamento e da organização do trabalho na qualidade de vida dos trabalhadores, nos sentimos instigada a tomar como objeto de estudo *o processo de trabalho da Enfermagem em um hospital pediátrico, enfocando a relação saúde-trabalho-doença na produção cotidiana do cuidar.*

Esta pesquisa tem por objetivo identificar como se dá o processo de trabalho da Enfermagem em um hospital pediátrico; discutir as relações de poder na produção cotidiana do trabalho da Enfermagem; e investigar como ocorre a relação saúde-trabalho-doença no cotidiano do trabalho hospitalar.

A motivação para a realização desta pesquisa surgiu a partir das experiências adquiridas durante alguns anos de estudo. Iniciamos nossa vida acadêmica em 1998, ao ingressar no curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Nesse período de crescimento intelectual e pessoal, desenvolvemos projetos de pesquisa (com os temas voltados para a relação saúde-trabalho, absenteísmo, processo de trabalho), como bolsista de Iniciação Científica, que contribuíram significativamente para o posterior investimento em cursos de pós-graduação *lato sensu* (Curso de Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem e Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador) e *stricto sensu* (Mestrado em Atenção à Saúde Coletiva).

Ao concluir o Curso de Graduação em Enfermagem, em maio de 2002, fomos contratada para trabalhar no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG) como enfermeira *staff*. De acordo com Michaelis (1989), *staff* significa corpo docente, quadro de pessoal. Nessa instituição, existe uma rotina a ser seguida, em

que o enfermeiro, além do seu papel de cuidador e de planejador da assistência, tem que ser também o referencial, o ponto de apoio, que, direta e indiretamente, tem sua atuação em prol do bem-estar do paciente e de toda a equipe. O enfermeiro tem que ser um agente produtor de vínculo na relação instituição, usuários e profissionais.

Na função de *staff*, desenvolve-se principalmente as atividades de supervisão, assistência a pacientes e administração de pessoal, além de outras funções: dar resolutividade aos problemas que porventura ocorram durante o plantão; receber o plantão dos enfermeiros diaristas e plantonistas nos respectivos setores; remanejar funcionário do setor que estiver em condições de ceder o servidor; supervisionar enfermarias onde houver ausência do enfermeiro; anotar no livro de ocorrência faltas, abonos, atestados, trocas e remanejamentos do dia, bem como atender a todas as intercorrências dos diversos setores do hospital.

Na prática, pudemos observar que certas questões relacionadas com o cotidiano do trabalhador vêm se modificando com o transcorrer do tempo, por exemplo, as diferentes maneiras de se organizar cotidianamente o processo de trabalho, seus impactos e conseqüências nas formas de assistir solidária e humanizadamente os pacientes e mesmo as relações interpessoais entre os trabalhadores e a instituição.

Sabe-se que, desde a Constituição Federal de 1988, a saúde passa a ser concebida não apenas como “ausência de doenças”, mas como o resultado da ação do Estado na formulação e implementação das políticas públicas na área social e econômica em particular.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, em seu art. 196, consagra ser

[...] a saúde direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1998).

O Sistema Único de Saúde (SUS) tem como pressuposto básico, para sua sustentação, a Lei Orgânica da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Essa Lei aponta que os fatores determinantes e condicionantes da saúde são, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Nesse sentido, de acordo com o art. 6º da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080, estão incluídas no campo de atuação do SUS a execução de ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador e assistência terapêutica integral, inclusive farmacêutica.

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e a reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (BRASIL, 1990).

Dessa forma, trabalhadores são,

[...] todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio e/ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia (BRASIL 2001b, p. 17).

Pensar os processos de trabalho nos remete também a refletir sobre as questões de saúde do trabalhador que têm impacto, dentre outros, nos processos de gestão.

Assim, muitas ações de saúde do trabalhador têm como foco as mudanças nos processos de trabalho que contemplem as relações saúde-trabalho em toda a sua complexidade, por meio de uma atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial (BRASIL, 2001b).

De acordo com Garcia (1986), trabalho significa exercício material ou intelectual para fazer ou conseguir alguma coisa e ainda significa luta, lida, esforço ou labutação.

O trabalho, compreendido como toda transformação da natureza para benefício do homem, e necessário para a manutenção da vida humana, é importante fator na definição das condições de saúde de cada indivíduo.

A Medicina Social estabelece que o trabalho deve ser entendido além do processo corporal. Nesse contexto, ele expressa concreta relação de exploração com a forma em que se organiza. Assim, após avaliação das características básicas dos objetos e instrumentos de trabalho e do trabalho, é preciso analisar a relação entre eles para reconstruir a dinâmica desse processo (MINAYO, 1999).

Minayo (1999) aponta ainda que a Medicina Social supera a contradição entre risco profissional e risco social, introduzindo a denominação saúde do trabalhador, na qual é incorporada a inserção social e dinâmica do processo de trabalho no lugar do pressuposto da identificação de fatores de risco isolados no ambiente de trabalho.

Assim, as ações de saúde do trabalhador devem estar integradas com as de saúde ambiental, uma vez que os riscos gerados nos processos produtivos podem afetar, também, o meio ambiente e a população em geral (BRASIL, 2001b).

Embora o Ministério da Saúde tenha desenvolvido algumas ações que busquem melhorar as condições de trabalho dos profissionais de saúde, como o Programa

dos Centros Colaboradores Para a Qualidade da Gestão e Assistência Hospitalar e o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar, muitas instituições possuem problemas para colocá-las em prática, devido à ausência de recursos financeiros e à não capacitação de profissionais.

A assistência à saúde do trabalhador exige do Estado investimentos crescentes e deve merecer prioridade nas ações. Para isso, é fundamental que haja maior informação aos trabalhadores e profissionais de saúde a respeito dos problemas ocupacionais advindos do processo de trabalho para possibilitar a sua prevenção.

A partir dessas considerações, este estudo faz-se relevante, pois pretende, com aprofundamento teórico e empírico sobre essa temática, desenvolver um conjunto de ações que visem a (re)construir estratégias de solidariedade no ambiente de um hospital pediátrico vinculado ao SUS, no sentido de se estabelecer “novos” olhares sobre a produção de relações humanizadas no trabalho.

Dessa forma, o texto foi dividido em capítulos, nos quais discutimos a questão do processo de trabalho no ambiente hospitalar, a partir da observação do cotidiano da equipe de Enfermagem do hospital escolhido como campo e dos dados levantados em pesquisas referentes a essa temática.

O marco teórico foi desenvolvido pela revisão da literatura, contextualizando as modificações em curso no mundo do trabalho de forma histórica, social e cultural. Em seguida, abordamos o tema do trabalho em saúde, iniciando com a origem do hospital até o hospital contemporâneo, quando a cura e o tratamento passam a ser vistos como missão dessa instituição, finalizando com a análise dos “recursos humanos” em saúde. Logo após, fechando o capítulo, buscamos recontextualizar o

trabalho da Enfermagem a partir da (re)visitação da construção histórica dessa profissão.

No capítulo subsequente, será apresentada a metodologia utilizada, detalhando o cenário do estudo e desenvolvendo uma breve história do hospital escolhido, focalizando o público-alvo, os procedimentos éticos realizados e o caminho seguido para a construção da coleta e análise dos dados.

Em seguida, apresentamos os resultados dos dados coletados a partir das entrevistas e dos grupos focais realizados, de maneira que os temas abordados sejam relacionados com os já apresentados por outros autores.

Por fim, no quinto capítulo, apresentaremos as considerações finais, avaliando as conseqüências da atual gestão cotidiana do processo de trabalho em saúde.

2 MARCO TEÓRICO

2.1 PROCESSO DE TRABALHO

Pode-se vencer pela inteligência, pela habilidade ou pela sorte, mas nunca sem trabalho.

(A. DETOEUF)

De acordo com Bom Sucesso (2002), a palavra trabalho origina-se do latim *Tripalium* e refere-se a instrumento de tortura utilizado para punir criminosos que, ao perderem a liberdade, eram submetidos ao trabalho forçado. Alguns dicionários da língua portuguesa registram como sinônimo de capricho, cuidado e esmero, fadiga e esforço. Contudo, na língua inglesa, a mesma expressão (*work*) significa ocupação, serviço, atividade, só tomando conotação desagradável seguida de adjetivo que lhe atribua característica negativa (BÁRBARA, 1989).

Os estudiosos do trabalho falam de sua dupla possibilidade: constituir-se em um espaço de prazer, de criação, de transformação do próprio homem ou de aniquilamento, adoecimento e alienação. Assim, não há mais como deixar de considerar esses aspectos na medida em que aparecem como efeitos reais na vida do ser humano (ALVES, 1996; DEJOURS, 1986; LIMA, 2001; MASSARONI, 2001).

O trabalho humano consiste em ser orientado para um fim. Antes de se produzir, por exemplo, um objeto, pela via do trabalho, o homem antecipa a transformação do objeto em produto. Ele reflete sobre aquilo que quer obter, que é determinado pela solicitação de necessidades e carências para adquiri-lo, mediante a atividade do trabalho (AQUINO, apud MACHADO, 1995; BRAVERMAN, 1980).

Assim, o trabalho é uma atividade material, produtiva, que se refere a um objeto determinado, ou seja, a uma matéria sobre a qual ele se aplica. Esse conceito abrange um conglomerado de momentos dentro de um processo, cujos instrumentos são chamados meios de trabalho, porque medeiam a relação do homem com a natureza, isto é, criam alguma coisa entre ele e seu objeto de trabalho (AQUINO, apud MACHADO, 1995; PEDUZZI, 1998).

Ou seja, o trabalho pode ser caracterizado

[...] como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. E essa transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo de força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade (PEDUZZI, 1998, p. 23).

Contudo, como processo histórico, transforma não apenas a natureza, mas também os próprios seres humanos que aplicam suas possibilidades e desenvolvem a cultura (BORGES, 2001).

Portanto, para compreender de modo ampliado a questão do trabalho, é importante analisar o surgimento do capitalismo no mundo, por meio de duas grandes correntes: a histórica, representada por Karl Marx (1818-1883), e a culturalista, defendida por Max Weber (1864-1920).

O primeiro homem a utilizar o termo profissão, num sentido moderno, foi Lutero (1483-1546). Para ele, os monges ociosos eram egoístas, isentos de amor ao próximo, nada somavam ao bem-estar da sua comunidade e, por isso, também não mereciam a piedade de Deus. Ao contrário desses monges, louvável era a lembrança de Cristo, que se esforçou em cumprir suas obrigações, ou seja, trabalhar arduamente para atender à tarefa que lhe foi confiada pelo Pai: salvar a

humanidade. Por obedecer a seu Criador, Cristo obteve suas graças. Em outras palavras, isso significa admitir que a riqueza é uma graça de Deus aos que trabalham com afinco (WEBER, 1992).

No calvinismo a ética protestante se peculiariza por exaltar o "trabalho" como um meio de aproximação do homem com Deus. Além disso, a vocação para o trabalho secular é vista como expressão de amor ao próximo. O trabalho não só une os homens, como lhes proporciona a certeza da concessão da graça. Diferentemente do catolicismo, para o protestantismo, a única maneira aceitável de viver para Deus não está na superação da moralidade secular pela ascese (meditação religiosa) monástica, mas sim no cumprimento das tarefas do século, impostas ao indivíduo pela sua posição no mundo (WEBER, 1992).

A concepção cristã preservada pelo catolicismo pregava o despreendimento dos bens materiais do mundo e considerava o trabalho uma verdadeira maldição, devendo desenvolver-se apenas na medida em que o homem dele necessitasse para sua sobrevivência (CATANI, 1981).

Logo, o efeito da Reforma Protestante, em contraste com a religião católica, foi engrandecer a ênfase moral e o "prêmio" religioso com o trabalho secular e profissional. Constitui-se assim uma moral vinculada ao culto do trabalho. Este deve ser executado como um fim em si mesmo, como uma "vocação" que só pode ser encontrada em um longo processo de educação. O homem deve trabalhar independentemente das condições impostas pelo tipo de serviço que executa, para ter a certeza de sua proximidade com Deus (WEBER, 1992).

O trabalho ocupa um lugar fundamental na ética protestante. Constitui a própria finalidade da vida. O ócio e a preguiça são encarados como um sintoma da ausência

do estado de graça. Não basta apenas ganhar dinheiro, ou seja, o trabalho exercido não pode ser o do tipo aventureiro, político ou especulativo (WEBER, 1992; CATANI, 1981).

Junto à valorização positiva do trabalho está também presente, no espírito calvinista, uma valorização positiva da riqueza criada em torno do trabalho. Mesmo enriquecendo, o indivíduo não pode se sujeitar ao ócio para viver de renda ou especulação. A riqueza criada deve ser reinvestida, deve servir de estímulo para que sejam criadas novas formas de trabalho. De acordo com Marx Weber, mesmo que o protestantismo tenha tentado inibir o abandono da ascese por parte do homem que teria enriquecido, esse *ethos*, voluntária ou involuntariamente, serviria de estímulo ao crescimento do capitalismo (WEBER, 1992).

Assim, cristalizou-se no modo de produção capitalista a idéia de que o importante neste mundo é trabalhar para criar riqueza, riqueza esta capaz de recriar o trabalho (CATANI, 1981).

O processo de trabalho assume características que são determinadas historicamente, em diferentes formas de organização social. Portanto, analisando o trabalho no contexto histórico, as relações que os homens mantêm no trabalho são determinadas por relações de produção, de modo que, no capitalismo, o processo de trabalho apresenta fenômenos característicos: o trabalhador trabalha sob o controle do capital, a quem pertence seu trabalho. Além disso, o produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, o trabalhador (NAPOLEONI, 1981).

Para Karl Marx, a história do homem é a história da luta de classes que se dá pelo antagonismo irreconciliável entre as classes sociais de cada sociedade. Foi assim na

escravista (senhores de escravos, escravos), na feudalista (senhores feudais, servos) e assim é na capitalista (burguesia, proletariado). Entre as classes de cada sociedade, há uma luta constante por interesses opostos (LAFARGUE, 2003).

Analisando mais intrinsecamente a sociedade capitalista, Marx e Engels observaram que a divisão social decorreu da apropriação dos meios de produção por um grupo de pessoas (burgueses) e outro grupo expropriado possuindo apenas seu corpo e capacidade de trabalho (proletários). Estes foram, portanto, obrigados a trabalhar para o burguês que obtinha o lucro (LAFARGUE, 2003).

Contudo, o capitalismo tornou o trabalhador alienado, pois o separou de seus meios de produção (suas terras, ferramentas, máquinas etc.) que passaram a pertencer à classe dominante. Desse modo, para poder sobreviver, o trabalhador foi obrigado a alugar sua força de trabalho à classe burguesa, recebendo um salário por esse aluguel. Como existiam mais pessoas que empregos, ocasionando excesso de procura, o proletário tinha de aceitar, pela sua força de trabalho, um valor estabelecido pelo seu patrão (LAFARGUE, 2003; BRAVERMAN, 1980; FARIA, 1989).

O processo de trabalho começa, portanto, com um contrato ou acordo que se assemelha ao de “compra” e “venda”. Venda da força de trabalho pelos trabalhadores aos proprietários do capital e dos meios de produção, em troca de condições para subsistência, intermediada pelo salário que recebem (ANTUNES, 1998; BORGES, 2001; BRAVERMAN, 1980; NAPOLEONI, 1981; RIBEIRO, 1999). Desse modo, põe-se a funcionar um processo não só para criar valores úteis, mas um processo voltado especificamente para a expansão do capital e para a criação de lucro (BRAVERMAN, 1980).

Para Karl Marx, a base de uma sociedade está ligada à forma como a produção social de bens está organizada. Esta engloba as forças produtivas que são a terra, as técnicas de produção, os instrumentos de trabalho, as matérias-primas e o maquinário. Enfim, as forças que contribuem para o desenvolvimento da produção e as relações de produção, que são os modos de organização entre os homens para a realização da produção. Então, nesse processo de criação de bens, estabeleceu-se uma relação entre as pessoas, chamada de relação social de trabalho (LAFARGUE, 2003).

A maneira como as forças produtivas se organizam e se desenvolvem dentro dessa relação social de trabalho foi chamada por Karl Marx de modo de produção. A partir do momento em que as relações de produção começam a ser obstáculo para o desenvolvimento das forças produtivas, criam-se condições para uma revolução social que gerou novas relações sociais de produção, liberando as forças produtivas para o desenvolvimento da produção (LAFARGUE, 2003).

Assim, de acordo com o pensamento marxista, a clássica divisão do trabalho foi um conseqüência do desenvolvimento das forças produtivas, que teve início com os grosseiros e primitivos instrumentos de pedra, passando pelo surgimento dos ofícios e culminando nas manufaturas. Estas, com elevado grau de importância, pois nele se verificou a divisão do trabalho com o fito de promover a produção em larga escala e de um só produto (RAMOS, 2004).

No século XVIII, a Revolução Industrial significou a substituição da ferramenta pela máquina e foi a conseqüência do capitalismo como modo de produção dominante. Esse momento revolucionário, de passagem da energia humana para a motriz, é o ponto culminante de uma evolução tecnológica, social e econômica que vinha se

processando na Europa desde a Baixa Idade Média, com particular incidência nos países onde a Reforma Protestante tinha conseguido destronar a influência da Igreja Católica: Inglaterra, Escócia, Países Baixos, Suécia. Nos países que permaneceram católicos, a Revolução Industrial aparece mais tarde com um esforço declarado de copiar aquilo que se fazia nos "países mais avançados" – os países protestantes (FARIA, 1989).

A Revolução Industrial concentrou os trabalhadores em fábricas. O aspecto mais importante, que trouxe radical transformação no caráter do trabalho, foi esta separação: de um lado, capital e meios de produção (instalações, máquinas, matéria-prima); de outro, o trabalho. As relações do trabalho assalariado com o capital amadureceram e os operários passaram a ser assalariados dos capitalistas (donos do capital).

De acordo com Faria (1989), os resultados dessa Revolução refletiram-se em todos os setores da vida humana. Como exemplo, é importante citar: no desenvolvimento da produção em massa e na extrema divisão do trabalho; no aparecimento do capitalismo industrial e posteriormente monopolista; no aumento demográfico; na industrialização; na configuração de duas classes básicas na sociedade (burguesia e proletariado); na melhoria das condições de vida das classes altas e, em contrapartida, provocou uma situação dramática para o proletariado; na afirmação do Estado Liberal; no desenvolvimento do imperialismo; e no surgimento de novas teorias, como o socialismo.

A crescente degradação das condições de vida da classe operária motivou manifestações de resistência. A primeira foi o movimento "ludita", no qual os operários ingleses iniciaram a destruição das máquinas, havendo reação

governamental violenta. A partir de 1830, observa-se o segundo movimento, também na Inglaterra, intitulado movimento Cartista. O que se pretendia era permitir uma representação política do proletariado. Greves, passeatas, comícios foram usados para pressionar o Parlamento que, no entanto, recusou a reivindicação. A partir daí, surgiram as associações dos trabalhadores e mais tarde os sindicatos (FARIA, 1989).

O estudo das novas formas de trabalho impostas pela Revolução Industrial, em particular as propostas de Frederick Taylor, envereda por um dos caminhos através dos quais a burguesia constituiu sua dominação sobre as classes trabalhadoras e sobre toda a sociedade.

No Pós-Revolução Industrial, a partir do novo paradigma instalado, destacam-se propostas de Frederick Taylor. O taylorismo surge como método de racionalizar a produção, de possibilitar o aumento da produtividade do trabalho "economizando tempo", suprimindo gastos desnecessários e comportamentos supérfluos no interior do processo produtivo. Taylor aperfeiçoou a divisão social do trabalho introduzida pelo sistema de fábrica, assegurando definitivamente o controle do tempo do trabalhador pela classe dominante (BRAVERMAN, 1980).

Antes de Taylor, o controle gerencial sobre o trabalho incluía:

a reunião de trabalhadores numa oficina e a fixação da jornada de trabalho; a supervisão dos trabalhadores para a garantia de aplicação diligente, intensa e ininterrupta; execução das normas contra distrações (conversas, fumos, abandono do local de trabalho etc.) que se supunha interferir na aplicação; a fixação de mínimos de produção etc. (BRAVERMAN, 1980, p. 86).

Porém, Taylor ampliou esse conceito, quando asseverou, como uma necessidade absoluta para a gerência adequada, a imposição ao trabalhador da maneira rigorosa pela qual o trabalho deve ser executado (BRAVERMAN, 1980).

Nesse período, o trabalho passou a se organizar com base num método racional, que apresentava características específicas: separava as funções de concepção (administração, pesquisa e desenvolvimento, desenho etc.) das funções de execução; subdividia ao máximo as atividades dos operários, que podiam ser realizadas por trabalhadores com baixos níveis de qualificação, mas especializados em tarefas simples, de gestos repetitivos; retinha as decisões nas mãos da gerência. Os operários perderam o controle do processo produtivo como um todo e passaram a ser controlados rigidamente por gerentes (técnicos e administradores). A gerência passa a ditar as normas, controlando e fiscalizando cada fase de produção (BRAVERMAN, 1980).

Os princípios tayloristas consistiram em substituir definitivamente o “saber fazer” da produção artesanal, pelo “fazer sem saber” da produção em larga escala. Ou seja, o “planejamento” é separado da “execução”. O saber é fragmentado, selecionado, melhorado e devolvido ao trabalhador. Pensar e fazer passam a ser funções separadas e diferenciadas (BRAVERMAN, 1980).

Após a crise de 1929, o modelo de desenvolvimento que, aos poucos, passou a dominar os países de tecnologia avançada, como Estados Unidos, Japão e alguns países da Europa, levou o nome de fordismo, pois, nesse modelo, foram incluídas formas de produção e de trabalho postas em prática pioneiramente nos Estados Unidos, nas décadas de 1910 e 1920, nas fábricas de automóveis do empresário norte-americano Henry Ford.

No fordismo, o conjunto das técnicas de produção foi fundamentado nas premissas de Taylor. Ele também estava preocupado em eliminar da produção os tempos mortos, transformando-os em tempos produtivos. A segmentação dos gestos torna-se a segmentação das tarefas. O número dos postos de trabalho é multiplicado, cada um recobrando o menor número de atividades possíveis. Com a linha de montagem, o trabalho vai ao homem, ao invés do homem ao trabalho. Fala-se, então, de um parcelamento do trabalho (DELUIZ, 2001).

Se, por um lado, o taylorismo e o fordismo representaram sérios danos para a classe operária, devido à alienação e à espoliação, ocasionaram também o barateamento das mercadorias produzidas, a maior procura por bens e o conseqüente aumento da produção, gerando maior oferta de empregos.

Diante desse contexto, houve crescimento e fortalecimento dos sindicatos, já que a concentração dos trabalhadores nas fábricas era um elemento facilitador desse processo. Os contratos de trabalho começaram a ser assinados coletivamente. Os salários eram ascendentes. Foram realizadas importantes conquistas de cunho social, como garantias de emprego, salário-desemprego e aposentadoria.

Nos anos 40, ao final da Segunda Guerra Mundial, os ingleses criaram a expressão *Welfare State*, ou Estado de Bem-Estar Social, para indicar um “mundo novo” no qual gostariam de viver. Propunham uma sociedade que se solidarizasse com o indivíduo, quando o mercado o colocasse em dificuldade. Assim, o risco a que qualquer cidadão está sujeito de não conseguir prover seu próprio sustento deixa de ser um problema individual e passa ser uma responsabilidade social, pública (DELUIZ, 2001; VIANNA, 2000).

Inicia-se um período de prosperidade econômica que viabiliza uma boa interação entre políticas de *welfare*. Basicamente, apaziguam os conflitos sociais, permitindo a expansão de políticas sociais que regulam e estimulam o crescimento econômico.

Vianna (2000, p. 21) aponta que, para os marxistas,

[...] o estado de bem estar social, resulta da expansão capitalista: é indispensável para garantir a acumulação de capital, assim como para regular os conflitos de classe. A versão funcionalista do marxismo percebe as políticas sociais como respostas ao desenvolvimento econômico, enfatizando a ameaça que a exacerbação dos antagonismos de classe representa para a reprodução da força de trabalho.

Assim, o capitalismo, no decorrer da história, metamorfoseou-se de inúmeras maneiras. Mas, a partir da década de 70, esse modo de produção desencadeou um processo intenso de reestruturação produtiva, no qual se destaca a alteração e, em alguns casos, a substituição do padrão produtivo baseado no taylorismo/fordismo. Esse novo modelo se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo (ANTUNES, 1998; DELUIZ, 2001; NOGUEIRA, 2003).

Dessa forma, caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços” (NOGUEIRA, 2003).

Contudo, após um período de prosperidade econômica, inicia-se a crítica ao Estado de Bem-Estar Social. Os baixos crescimentos econômicos, associados ao aumento da inflação e do déficit público, geraram um conflito entre política econômica e política social. Isso possibilitou a descrença na possibilidade de se realizar o crescimento econômico com equidade e justiça social, principalmente pela transferência de renda e de gastos de governos (DELUIZ, 2001; VIANNA, 2000).

Foi nesse contexto que, ao longo dos anos 1980 e 1990, ocorreu a expansão da hegemonia econômica, política e ideológica do neoliberalismo, inicialmente na Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha e, posteriormente, atingindo vários países em diferentes continentes, quando passou a intensificar-se a crítica ao Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e em particular aos direitos sociais. Houve também um claro processo de desmonte dos direitos dos trabalhadores, os quais, desde então, vêm sofrendo uma progressiva “flexibilização” do trabalho, um crescimento da informalização (sem registro em carteira) e uma conseqüente perda das conquistas trabalhistas (DELUIZ, 2001; NOGUEIRA, 2003; RIBEIRO, 1999; VIANNA, 2000).

Em resumo, dadas as características do trabalho humano, por produzir sempre, face as necessidades sociais, por relacionar homens através de seus produtos e conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições de trabalho, o processo de trabalho humano é antes de tudo o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado através da produção de bens e serviços (MENDES-GONÇALVES, 1994).

Concluindo, o significado do trabalho para o homem foi se modificando ao longo dos tempos. Com o avanço da era industrial, sob o domínio capitalista, o trabalho deixa de ser fonte de realização pessoal para se transformar numa relação comercial, que

envolve apenas a força de trabalho e sua valorização dentro desse mercado. Essa força de trabalho regida pelo capital deve produzir para gerar lucros para a burguesia. Assim, torna-se necessário desenvolver métodos e técnicas de controle da produção e do próprio trabalhador. Surgem diferentes formas de gerenciamento que modificam a organização do trabalho.

No capítulo seguinte, iremos destacar o trabalho em saúde, enfocando o surgimento das instituições de cuidado, o processo de trabalho, as tecnologias envolvidas no trabalho, os “recursos humanos” e seus processos de gestão cotidiana.

2.2 TRABALHO EM SAÚDE: LIMITES E DESAFIOS

O inferno do trabalho é melhor que o inferno do não trabalho.

RICARDO ANTUNES

2.2.1 O surgimento dos hospitais

Falar de processo de trabalho em saúde é muito complexo, pois existem inúmeras formas de realizar atos em saúde. Podemos citar as ações de vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, controle e fiscalização de serviços, bem como formulação de políticas de saúde, que estão incluídas no campo de atuação do SUS. Estas diferem da assistência terapêutica integral prestada por um médico ou enfermeiro às pessoas, por exemplo. Por isso, trataremos, a seguir, apenas dos serviços de saúde com enfoque no cenário hospitalar, a partir do surgimento dos hospitais, do processo de trabalho e das relações interpessoais que atravessam esse espaço.

No mundo antigo, mais especificamente na Grécia e Roma, foram criados templos para homenagear o sábio Deus, que serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Na Idade Média, alguns hospitais passaram a admitir uma equipe médica permanente, servindo de escola, com missão espiritual, dando atendimento religioso e socorrendo gratuitamente os moribundos (ROSEN, apud RIBEIRO, 1993).

Até o século XVIII, o personagem do “hospital” não era o doente que é preciso curar, mas o pobre que estava morrendo e tem necessidade de assistência. Como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. O pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir realizar sua própria salvação eterna (FOUCAULT, 2004).

Com o passar dos anos, o Estado se serviu dos hospitais para o seu pessoal militar ou no curso das epidemias. O ambiente se transformou, as cidades mal começaram a existir e proliferaram doenças desconhecidas. Nos hospitais, ainda precários, com más condições de higiene e superlotados, o trabalho continuava sendo exercido como uma caridade ou penitência (RIBEIRO, 1993).

Segundo Foucault (2004), a medicalização do hospital não ocorreu devido à busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente devido à anulação dos efeitos nocivos que ele acarretava. Esses efeitos eram vistos como doenças que o hospital podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar na cidade em que estava situado.

A partir do século XVIII, os hospitais tornam-se, então, um lugar de tratamento e recuperação, com a incorporação do cientificismo da Medicina (RIBEIRO, 1993). No século XIX, o indivíduo e a população passam a ser vistos simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da Medicina, graças à tecnologia hospitalar

(FOUCAULT, 2004). Já na metade do século XX, ele adquire características próprias dos hospitais contemporâneos (RIBEIRO, 1993).

O hospital contemporâneo, além de se empenhar em fazer viver os ameaçados pela morte, possui a missão de adiá-la, torná-la indolor e oculta-lá. Além dessas missões, o hospital é um aparelho formador de profissionais em permanente qualificação. É um local privilegiado onde, simultaneamente, qualifica e avaliza tecnologias que hoje são produtos industriais, mercadorias (RIBEIRO, 1993).

Jorge (2002 p. 29) complementa:

[...] como uma instituição pública e de serviços, o hospital apresenta importantes traços de uma típica organização burocrática, onde se trabalha na perspectiva da reprodução e manutenção da sua funcionalidade.

É importante ressaltar que, nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde organizou-se em dois modelos: o modelo individual ou clínico e o modelo coletivo. O primeiro como forma de recuperar a força de trabalho e o segundo como forma de controlar a doença na sociedade (MENDES-GONÇALVES, 1994; ALMEIDA, 1997).

“No modelo clínico, o objeto de trabalho são os corpos individuais e o hospital passa a ser um instrumento deste trabalho, pois constitui o local específico para observação e tratamento desses indivíduos” (MENDES-GONÇALVES, 1994). Lima (1999) complementa que o processo de trabalho em saúde tem como finalidade o diagnóstico e a terapêutica. Com o aumento da complexidade dos conhecimentos, a realização do modelo clínico passa a depender de uma infra-estrutura, sem a qual não pode funcionar sozinho. Dessa forma, instala-se no hospital um processo de trabalho coletivo (ALMEIDA, 1997; MACHADO, 1995; GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Contudo, podemos dizer que os interesses econômicos e a necessidade de acúmulo de capital estimularam um modelo de assistência à saúde fundamentado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar (BRASIL, 2005).

2.2.2 A rede de relações

Na história da humanidade, o saber produzido pela Medicina, ao longo dos tempos, possibilitou o desenvolvimento de um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades, capaz de subsidiar intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida.

Com o desenvolvimento da Biologia, da Microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos, a Medicina passou a estruturar-se como prática científica, ou seja, os médicos tornaram-se detentores de um saber que pode ser provado cientificamente. Essas questões acabaram por desqualificar outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como a Medicina chinesa, a homeopatia, o saber popular, ao identificá-los como não científicos e, portanto, ineficazes (BRASIL, 2005).

Nesse contexto, as conseqüentes mudanças decorrentes de todo o processo de industrialização demandaram novas intervenções no campo da prática em saúde, fazendo com que o processo de trabalho atribuído a um único trabalhador, o médico, fosse transformado em um campo de práticas que procurassem intervir no corpo doente, de forma conjunta, valorizando o desenvolvimento de novas profissões.

Surge, então, o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem, o nutricionista, o assistente social, o psicólogo etc.

De fato, o desenvolvimento de novas profissões é uma realidade. Porém, de acordo com Merhy (2004), pode-se dizer que o modelo assistencial que opera hoje nos serviços de saúde é centralmente organizado a partir dos problemas específicos, dentro de uma ótica hegemônica do modelo médico neoliberal e que subordina claramente a dimensão cuidadora a um papel irrelevante e complementar. “Além disso, pode-se dizer que as ações de outros profissionais da equipe de saúde são subjugadas a esta lógica dominante tendo seus núcleos subsumidos à lógica médica, com o seu núcleo cuidador também empobrecido” (MERHY, 2004, p. 81).

Assim, de acordo com Ribeiro (1993) e Pires (1996), as instituições de saúde do mundo atual funcionam com duas categorias: de um lado, os que cuidam diretamente do enfermo, e seu objeto de trabalho é o doente ou a doença; e, do outro, os que dão sustentação ao que aqueles fazem, em outras palavras, dão apoio administrativo e de infra-estrutura.

Essa divisão do trabalho ocorre na medida em que se diversifica a atividade hospitalar, obrigando a categorizações hierárquicas. As profissões tidas como “subalternas” ou mais “inferiores” assumem funções menos qualificadas (FOUCAULT, 2004). A Enfermagem torna-se um exemplo típico. Nesse sentido, a divisão das tarefas hospitalares é resultado da organização do trabalho no modo de produção capitalista (BRAVERMEN, apud RIBEIRO, 1993; GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Desse modo, o trabalho em saúde se efetiva coletivamente, com uma hierarquia prévia e historicamente estabelecida, que é dada socialmente, entre médicos e

demais trabalhadores (OLIVEIRA, 2001; PEDUZZI, 1998). Para Pires (1996) e Lima (1999), o médico, elemento central do processo assistencial, é quem decide sobre diagnóstico e tratamento, bem como delega parte do processo de cuidar aos outros profissionais. A assistência é fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado.

Cabe ressaltar que essa divisão do trabalho se dá de forma processual e complexa, pois cada trabalho que se individualiza o faz pela necessidade histórica de sua peculiar atuação especializada, configurando saberes e ações que lhe são próprios e singulares (PEDUZZI, 1998).

A esse respeito, a autora observa sobre a divisão do trabalho:

Reflete [...] não apenas o desenvolvimento científico-tecnológico, mas a própria dinâmica social das práticas de saúde que engendra subdivisões sistemáticas dos trabalhos, assim como parcelamentos das tarefas interiores a cada área de atuação, desdobrando núcleos com recortes cada vez 'mais manuais' que vão sendo delegados sucessivamente (PEDUZZI, 1998, p. 28).

Segundo Brasil (2001a), com algumas exceções, observa-se, num desenho esquemático das organizações hospitalares, uma tendência para que os setores funcionem isoladamente, como grupos ou subgrupos, constituindo seu próprio universo de interesses e objetivos particulares, sem relação com o todo institucional.

Torna-se importante complementar, com base em Bom Sucesso (2002, p. 35):

[...] as múltiplas interações humanas que ocorrem na convivência dos membros de uma instituição consolidam valores e crenças, que por sua vez determinam comportamentos individuais e coletivos. A esse padrão de condutas, crenças e valores característicos de uma instituição, fruto de um esforço coletivo de aprimoramento, denomina-se 'cultura organizacional'.

Portanto, percebemos que a cultura de uma instituição é uma variável que pode influenciar na implementação e adoção de políticas tanto de forma aliada quanto complicadora. A cultura da instituição funciona como fator de integração organizacional e social, estimulando o orgulho do trabalhador de pertencer ao coletivo dessa instituição, traduzindo-se numa maior participação e implicação nos objetivos da instituição para gerar satisfação das necessidades dos clientes e qualidade no atendimento (BARBOSA, 2001).

Kirchhof (2003) complementa que a saúde se constituiu em um setor de serviços essencial para a vida humana. Assim, partindo da premissa de que a saúde se transformou em um serviço na sociedade capitalista, defende a idéia de que todo produto (bem) gerado nos serviços de saúde contém propriedades econômicas, políticas e simbólicas concomitantemente.

As propriedades econômicas estão presentes porque a produção do serviço de saúde é trocada por remuneração, além de ser fonte geradora de trabalho. Embora o trabalho possa ser fonte de prazer para o trabalhador, ele o faz para obter o seu sustento. A propriedade política está relacionada com interesses presentes na produção do serviço. Por trás de cada decisão tomada, há interesses do próprio trabalhador de saúde, do empresário, do usuário e da sociedade que direcionam o processo de trabalho. A propriedade simbólica diz respeito à compreensão do que cada participante do processo de trabalho constrói, a partir da experiência vivida, portanto, é a interpretação do valor agregado ao serviço realizado (KIRCHHOF, 2003).

Todas essas características econômicas, políticas e simbólicas estão presentes em cada etapa do processo de trabalho realizado, ou seja,

[...] na interpretação da necessidade, na apreensão do objeto de trabalho, na definição da finalidade a ser seguida, na escolha da tecnologia pertinente ao trabalho, na capacitação da força de trabalho para a realização do trabalho em si (KIRCHHOF, 2003, p. 671).

Diante disso, não podemos falar de processo de trabalho em saúde sem mencionar que esse serviço depende de um laço interpessoal que é decisivo para a eficácia do ato. Assim, requer uma relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo.

Merhy (2002) aponta que o processo de trabalho em saúde se dá por meio de uma interseção trabalhador-usuário, que dá factibilidade ao trabalho vivo em ato (ou seja, o trabalho no momento em que está sendo produzido) e ao jogo das necessidades que se definem no interior de um processo quase estruturado. Isto é, sempre que ocorrer um encontro entre trabalhador de saúde e o usuário, estará sendo processado o trabalho vivo em ato, pois serão produzidas relações de escutas, responsabilizações, vínculos, aceitação e compromissos em projetos de intervenção que objetivam atuar sobre o controle do problema que vai ser enfrentado (FRANCO; BUENO; MERHY, 2003).

Para Merhy (1998), esse processo está fundamentado numa intensa relação interpessoal, dependente de vínculo entre os envolvidos, para a eficácia do ato. Pela sua natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo de ensino-aprendizagem. Um serviço que se realiza com base numa interseção partilhada entre o usuário e o profissional, em que o primeiro deve ser visto também como sujeito, e não como objeto desse processo. Torna-se, assim, um co-partícipe do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou insucesso da ação terapêutica.

Merhy ao discutir o trabalho em saúde o faz por meio da representação da cartografia do trabalho vivo. Expõe dezesseis teses¹ sobre a teoria do trabalho em saúde e as tecnologias de produção envolvidas no cuidado. Torna-se importante para a compreensão dessa temática citar a Tese 9:

[...] as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser classificadas como: leves (como no caso das tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho), leve-duras (como no caso de saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia, o taylorismo, o fayolismo) e duras (como no caso de equipamentos tecnológicos do tipo máquinas, normas, estruturas organizacionais) (MERHY, 2002, p. 49).

Historicamente, o modelo assistencial para saúde esteve centrado nas tecnologias duras e leves-duras, pois se deu a partir de interesses corporativos de diversos grupos econômicos e, no plano da micropolítica, esse modelo, como já foi descrito, produziu uma organização do trabalho com o fluxo voltado à consulta médica em que o saber médico estrutura o trabalho de outros profissionais (MERHY, 2003).

Contudo, o processo de trabalho em saúde compartilha características comuns a outros que se dão na indústria e em outros setores da economia, ou seja, em todos eles existe uma divisão social e técnica do trabalho. Entretanto, na saúde, essa divisão compreende três dimensões: a formativa; a de gestão e gerência dos serviços; e a de produção dos serviços, na qual se operam as ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população.

¹ A esse respeito, sugerimos a leitura do livro MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

Nessa discussão, torna-se importante analisar as questões relacionadas com os protagonistas desse processo – os trabalhadores de saúde. A esse respeito, Lima (2001) afirma que os trabalhadores de saúde, em seus espaços de trabalho, devem estar preparados, tanto do ponto de vista formal da capacitação profissional, quanto do “equilíbrio” emocional para conviver com o estresse dos riscos decorrentes da atividade profissional e próprios de cenários onde o limite entre a vida e a morte é sempre tênue e presente. Sentimentos como afeição, respeito, simpatia, empatia, angústia, raiva, medo, compaixão etc. são inevitáveis em qualquer contato humano e estarão, portanto, presentes nas relações nos serviços de saúde.

Na verdade, esses sentimentos, mesmo que intensos e imprevisíveis, quando incorporados adequadamente à atividade do profissional, podem se tornar instrumentos valiosos no atendimento à saúde. Da mesma forma, considerar os aspectos das condições de vida, de condições de trabalho, das relações familiares, culturais e sociais pode contribuir para o cuidado do usuário e o restabelecimento de seu bem-estar.

Cecilio (1997, p. 37) adverte que essa forma de “olhar” os trabalhadores nas instituições faz pressupor que todos os profissionais sejam habilitados para o exercício de suas funções, presumindo, também, que todos os profissionais tenham

[...] condutas éticas e as mais condizentes com as necessidades dos clientes e com os recursos disponíveis no hospital; pressupõe-se, enfim, que os profissionais desenvolvam atitudes de lealdade com a organização e contribuam ativamente para o alcance de seus objetivos.

Sabemos que não é fácil fazer com que todos os trabalhadores atinjam as metas propostas pela instituição, pois o atendimento de qualidade nos serviços de saúde é

cada vez mais desafiador diante da atual conjuntura econômico-social-estrutural. Custos elevados, preços defasados, insatisfação e falta de estímulo dos trabalhadores criam a necessidade de implementação de soluções inovadoras e criativas capazes de gerar resultados positivos e de impacto para ambas as partes interessadas.

Diante disso, Campos (2000) aponta que as organizações sempre investem na construção de uma identidade de objetivos entre empresa e trabalhadores. A vantagem de harmonizar interesses é clara: quanto maior e melhor a produção, ou seja, quanto maior o empenho e dedicação das equipes, maior a possibilidade de elevação de lucros. Assim, a ligação do interesse do trabalhador com a produção de valores de uso e troca seria estabelecida por intermédio do dinheiro e do controle, como na época do taylorismo. Desse modo, toda a dimensão lúdica do trabalho e toda possibilidade de trabalhar com mais liberdade, objetivando a realização pessoal, estariam descartadas.

Quanto a este último aspecto, Habermas (apud PEDUZZI, 1998, p. 53) relata que “[...] as relações sociais refletem, historicamente, relações institucionalizadas de poder e de violência, e não uma comunicação isenta de dominação”. Diante disso, conceitua violência como “[...] situação em que o sujeito está impossibilitado de reagir à submissão, ou porque ele está sendo submetido pela força ou porque está de acordo com o consenso, mas não sabe exatamente em torno de quais regras está definido o consenso”.

Campos (2000) sugere, então, um método para superar esse suposto obstáculo estrutural, mediante a participação dos trabalhadores na construção da totalidade da própria empresa. Ele propõe uma elaboração conjunta de diretrizes, objetivos e

objeto e métodos de trabalho, tomando todo esse processo como obra coletiva, permitindo relações mais afetivas e prazerosas com o trabalho. Obra de todos, mas que contaria também com a contribuição singular de cada um.

Estabelece-se uma relação de confiança, tendo cada trabalhador certa autonomia na tomada de decisão, utilizando para tal sua competência técnica e sua habilidade relacional, num permanente processo criativo (GELBCKE; LEOPARDI, 2004, p. 196).

O envolvimento dos trabalhadores com a construção de projetos e de processos de trabalho, etc., mobiliza as paixões ao obrigá-los a encarar o 'princípio de realidade' e as incertezas do futuro, criando novas marcas sobre o mundo (CAMPOS, 2000, p. 133).

A respeito Motta (1991, p. 179) complementa:

[...] a participação mobiliza a inteligência da empresa, valoriza o potencial das pessoas e permite que expressem suas idéias e emoções, desenvolvam relações pessoais e organizacionais mais autênticas e, enfim, se tornem profissionais mais autônomos e competentes. No mundo de hoje, a contribuição do indivíduo é tão relacionada ao grau de retribuição (salários, benefícios etc.) quanto a sua liberdade de expressão e ação. A participação libera o indivíduo para contribuir e faz todos os participantes do processo inclusive chefes e dirigentes, desenvolverem maior consideração para idéias alheias e maior respeito mútuo.

Diante disso, torna-se claro que o trabalhador satisfeito apresenta mais chances de exercer um trabalho de qualidade e alcançar satisfatoriamente os objetivos da empresa. Assim, enquanto atividade realizada pelo trabalhador, o trabalho, indiscutivelmente, mantém seu lugar de destaque à frente da instituição. É por isso que surgem técnicas de controle e cooptação da mão-de-obra. Afinal, são os trabalhadores que, por meio dessas técnicas, reduzem os custos, aumentam a produtividade e atingem a meta das organizações.

Desse modo, um outro obstáculo que deve ser superado são os estilos gerenciais e as formas de controle muitas vezes autoritárias que se instalam em algumas instituições.

Para melhor compreensão dessa temática, analisaremos a opinião de alguns pesquisadores sobre as práticas gerenciais presentes no processo de trabalho em saúde.

Enquanto espaço privilegiado dos tempos modernos, a instituição profissionalizou-se em torno das gerências (GELBCKE; LEOPARDI, 2004). Essas autoras citam que Chanlat denomina como método ou modo de gestão o trabalho exercido por essa gerência. Dessa forma, são estabelecidas as condições de trabalho, a organização do processo, a natureza das relações, as estruturas organizacionais, os sistemas de avaliação e controle de resultados, a avaliação de pessoal, os objetivos e valores da filosofia da gestão.

Observamos que os modelos clássicos de gestão do trabalho, por restringirem o espaço para negociação e expressão de sua subjetividade, cultuam a rigidez e o controle, processo este extremamente nocivo à saúde dos trabalhadores (GELBCKE; LEOPARDI, 2004).

Capella, Gelbcke e Monticelli (2002) apontam que, diante do discurso da competência e valorização humana, pode-se presenciar, atualmente, não uma busca de respeito e conhecimento, mais o aprofundamento da dominação e alienação do trabalhador:

Não se trata, então, de inserir no processo de gestão os valores e o modo de pensar, sentir e agir do trabalhador; o caminho é inverso, resulta de um esforço de inserir os valores e modelos da gestão nos modos de pensar, sentir e agir do trabalhador, num processo de

'colonização da sua subjetividade' e de uma quase 'invasão de privacidade' [...] (CAPELLA; GELBCKE; MONTICELLI, 2002, p. 21).

Motta (1998) complementa que as práticas gerenciais, nas instituições, têm sido atravessadas por estilos gerenciais ou modos de organizar, formular, coordenar e supervisionar o trabalho, que têm se pautado em modelos muito verticalizados, hierarquizados, rígidos e com altos componentes autoritários, autocráticos, assujeitando os agentes do trabalho.

Lima (1998), assim como Alves (1996), tem mostrado que os modelos gerenciais que organizam o trabalho da Enfermagem, por exemplo, vêm se produzindo de forma bastante conflituosa e têm se caracterizado por estilos gerenciais autoritários e conservadores, resistentes a mudanças, em particular no que diz respeito ao "deixar emergir a criatividade dos trabalhadores".

De acordo com Haag (1997), o empregador, muitas vezes, está distante dos problemas que afetam os empregados, como profissionalização deficiente, alimentação inadequada, habitação precária, falta de humanização nas empresas.

Os conflitos advindos dos estilos gerenciais, atualmente incluídos nas culturas institucionais, têm se mostrado ineficientes do ponto de vista de melhorar a satisfação com o trabalho e qualificar a assistência que vem sendo prestada aos usuários desses serviços (LIMA, 1998).

Castro (1998) afirmou que, com a democratização das relações sociais e políticas, as pessoas têm buscado soluções para suas divergências por meio de negociações, deixando de lado a prática autoritária da imposição. Para o autor, a prática da

negociação se manifesta como uma necessidade para o enfrentamento dos conflitos com os quais as organizações convivem.

Em geral, essas situações impedem o crescimento e desenvolvimento profissional das equipes, gerando conflitos internos e implicando precarização crescente do trabalho, do emprego, das condições de vida e saúde dos trabalhadores, nas suas formas de luta e organização. Contribuem também para a mudança dos modos de relacionamento entre os agentes que produzem o trabalho, em decorrência das tensões, das diferentes manifestações de estresse, conflitos com a gerência imediata ou chefias, gerando processos de adoecimento e, conseqüentemente, absenteísmo (LIMA, 1998).

Por sua vez, as ausências dos profissionais de saúde, sejam elas por motivos pessoais sejam por licenças médicas, desorganizam o trabalho da equipe e alteram a qualidade e quantidade da assistência ao cliente. A ausência de um elemento da equipe traz graves perturbações à realização do trabalho com sobrecarga dos presentes, reduz a produção, aumenta o custo operacional, dificulta a substituição de trabalhadores diretamente ligados à assistência, caindo sensivelmente a qualidade do cuidado prestado (ALVES, 1996).

Finalizamos esta discussão com algumas questões apontadas por Barros (2004) e Merhy (2003) que caracterizam, de certa forma, o debate a respeito do trabalho em saúde, seus limites e desafios:

O trabalho é tudo que efetivamente se realiza e o esforço que se despende nas atividades do dia-a-dia profissional para o trabalhador dar conta do que acordou com o gestor da área em que está alocado e com os demais companheiros de trabalho (BARROS, 2004, p. 6).

[...] a finalidade última de qualquer trabalho em saúde, em qualquer tipo de serviço, é a responsabilidade em operar com saberes

tecnológicos, de expressão material e não material, a produção do cuidado individual e/ou coletivo, que promete a cura e a saúde (MERHY, 2003, p. 23).

Os trabalhadores costumam adotar um determinado tipo de organização do trabalho: uma forma de agir, de se relacionar com os colegas e o estabelecimento de regras específicas na divisão das tarefas. Além disso, o trabalho é constituído por um conjunto de atividades simultâneas, que possuem características diferentes e são exercidas por trabalhadores de diversas áreas, com saberes e experiências específicas. A atividade do trabalho, portanto, é submetida a uma regulação que se efetiva na interação entre os trabalhadores, numa dinâmica que perpassa diferentes pontos de vista particulares (BARROS, 2004, p. 6-7).

2.3 REVELANDO A ENFERMAGEM

*Ninguém vai nos presentear com um mundo melhor.
Começamos hoje a construí-lo.*

FLORENCE NIGHTINGALE

2.3.1 Dimensões históricas

As ações de saúde no passado abordavam relações místicas entre as práticas religiosas e de saúde primitivas desenvolvidas pelos sacerdotes. Essas ações permaneceram por muitos séculos desenvolvidas nos templos que, a princípio, foram simultaneamente santuários e escolas, onde os conceitos primitivos de saúde eram ensinados. Nesse período, a prática da Enfermagem era detentora de um saber de senso comum, disseminado no meio social, destituída de qualquer conhecimento especializado, próprio (PAIXÃO, 1979).

Com a reforma protestante, principalmente na Inglaterra, no século XVII, as religiosas foram expulsas dos hospitais. Foi preciso, então, recrutar da noite para o

dia pessoal remunerado para o serviço. Devido ao despreparo dessas pessoas, instalou-se um verdadeiro caos nas instituições (PAIXÃO, 1979).

Nessa época, para esclarecer os pontos doutrinários atacados pelos protestantes, foi convocado pelo Papa o Concílio de Trento. Durante as discussões, que duraram dezoito anos, a questão da assistência aos enfermos foi estudada com grande cuidado, como relata Paixão (1979, p. 55):

Constam das Atas desse Concílio: recomendações aos bispos para organização, manutenção, e fiscalização dos serviços hospitalares; regras a serem observadas pelos que servem os doentes; orientações para a assistência espiritual nos hospitais, bem como para os religiosos e religiosas a serviço dos doentes.

A mesma autora conclui:

Estas orientações, assim como a reforma do clero e as muitas instituições para melhor formação do povo, foram o ponto de partida de numerosas organizações religiosas dedicadas à enfermagem (PAIXÃO, 1979, p. 55).

No século XVIII, surgem os hospitais especializados que, de acordo com Foucault (2004), além de funcionar como instrumento terapêutico para aqueles que o habitam, serviam para a formação e desenvolvimento do saber médico.

Nesse período, os hospitais ingleses contavam também com o trabalho das *nurses* que, conforme as pesquisas realizadas por Miranda (1996, p. 29), significava

[...] uma mulher [...] velha, sempre ignorante [...] sem nenhuma qualificação profissional formalizada, [...] a quem se ordenava, com pouquíssima confiança, a execução das mais simples ordens médicas.

Sob essa ótica, a prática de Enfermagem apresentava-se sem atrativos para as mulheres de casta social elevada (MIRANDA, 1996; PAIXÃO, 1979). Essa fase tempestuosa permaneceu por muito tempo e, de acordo com Foucault (2004),

apenas no limiar da revolução capitalista é que alguns movimentos reformadores, que partiram, principalmente, de iniciativas religiosas e sociais, tentaram melhorar as condições do pessoal a serviço dos hospitais.

Foi a partir do trabalho de Florence Nightingale (1820-1910) que os modernos serviços de Enfermagem e a elevação do *status* da atividade foram ocorrendo. Florence Nightingale, também conhecida como a "Dama da Lâmpada", devido ao seu talento e inteligência durante a Guerra da Criméia (1853-1856), quando organizou, coordenou e dirigiu o serviço hospitalar, tornou-se personagem marcante no desenvolvimento da profissão. Segundo Miranda (1996) e Paixão (1979), um ano após retornar da Guerra da Criméia, a saúde de Florence entrou em colapso e, mesmo inválida, fundou a Escola de Enfermagem do Hospital Saint Thomas, que mais tarde receberia o nome de Escola de Enfermagem Nightingale.

A proposta de criar essa escola não foi aceita sem muitas críticas no meio médico, pois, naquela época, achavam que as enfermeiras treinadas ou *lady nurse* poderiam invadir o seu ambiente. O objetivo da Escola Nightingale ia além de formar enfermeiras capazes de treinar outras enfermeiras. Ela objetivava que as enfermeiras desenvolvessem um alto padrão de assistência em hospitais e instituições públicas expondo o impacto de suas atuações (MIRANDA, 1996; PAIXÃO, 1979).

Miranda (1996) relatou que Florence não inventou a Enfermagem, mas estabeleceu-a como profissão. Assim, teve que mudar regras e moldar um novo tipo de mulher que pudesse atuar em uma nova esfera de trabalho.

Florence, diante da necessidade de abolir e transformar o modelo de enfermeira “desqualificada” existente até aquela época, conduzia suas alunas de forma rígida e disciplinada, mantendo, assim, sua reputação sempre em alta (MIRANDA, 1996).

No campo empírico, Mrs. Nightngale achava que

[...] as enfermeiras não deveriam atuar como governantas porque seria desperdício de energia. As alunas no estágio probatório do primeiro ano trabalhavam duro com aulas diárias com o staff médico e as irmãs do hospital e duas vezes por semana eram encaminhadas para o capelão. Eram solicitadas a tomar notas e estar sempre prontas para submeter estas notas à inspeção e para realizar provas escritas e orais. Atuavam como enfermeiras assistentes nas enfermarias e recebiam instrução prática dos cirurgiões e das irmãs. Contudo esta solicitação de trabalho era pequena se comparada com o que era requerido em termos de comportamento (MIRANDA, 1996, p. 151).

Desse modo, foram criadas as bases do ensino de Enfermagem – arte e vocação – com a preparação das primeiras enfermeiras diplomadas. A atividade institucional da *nurse* foi consolidada legalmente em 1897, quando se iniciou, na Inglaterra, a proibição de contratar enfermeiras não qualificadas para o trabalho em enfermaria (MIRANDA, 1996).

O Sistema Nightingale de treinamento de enfermeiras estendeu-se por vários países do mundo, influenciando no surgimento da Enfermagem Moderna (FERRAZ, 1995; MIRANDA, 1996; PAIXÃO, 1979).

Segundo Loyola (1987), pode-se considerar que o início do nascimento da Enfermagem no Brasil ocorreu com a fundação da Santa Casa de Misericórdia do Rio de Janeiro, por José de Anchieta, no século XVII. Nessa época, não havia assistência médica contínua e a equipe hospitalar (um cirurgião, um enfermeiro, um

ajudante e dois escravos) era pequena para cuidar dos 250 doentes. A assistência dos enfermos era tarefa de religiosos e são eles os enfermeiros do hospital.

Em 1890, os responsáveis pelo Hospício Pedro II, constituído na Praia Chácara Vermelha, resolveram criar uma Escola Profissional de Enfermeiras nos moldes existentes em Salpêtrière, na França, tendo o curso a duração de dois anos. A finalidade desse curso era

[...] preparar enfermeiras para trabalhar nos hospitais civis e militares. O conteúdo ministrado era de noções práticas de propedêutica clínica, anatomia, psicologia, higiene hospitalar, curativos, pequena cirurgia, cuidados especiais a certas categorias de enfermos, aplicações balneoterápicas, noções gerais de administração interna e escrituração do serviço sanitário e econômico das enfermarias (LOYOLA, 1987, p. 29).

A partir de 1920, com intuito de combater as epidemias, atendendo às necessidades da saúde pública do País, naquela época, a estrutura do ensino da Enfermagem brasileira passa por mudanças. Inclui-se no currículo a Educação Sanitária (CARVALHO; COELHO, 1992; LOYOLA, 1987; PAIXÃO, 1979). Assim, a enfermeira deixa de ser especializada para o enfoque apenas dos problemas específicos e passa a atuar na saúde pública.

Nessa época, o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNST), dirigido por Carlos Chagas, pediu auxílio ao Serviço Internacional de Saúde da Fundação Rockefeller e conseguiu trazer enfermeiras americanas para ajudar a organizar um Serviço de Enfermagem de Saúde Pública capaz de participar das medidas de saúde vigentes (LOYOLA, 1987). Logo em seguida à chegada das americanas, em 1923, foi criada a escola que ficou referendada como a primeira escola para formação de enfermeiras, denominada Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery

(CARVALHO; COELHO, 1992). O pré-requisito das candidatas ao curso era o diploma de escola normal ou instrução secundária, e o programa acompanhava a ênfase do modelo de saúde da época, preparando suas alunas para participar de programas de combate às endemias, cuidar do isolamento dos enfermos e fazer o acompanhamento dos contatos. “Logo se evidenciou a necessidade de pessoal auxiliar, cabendo às enfermeiras da Anna Nery a tarefa de prepará-los” (LOYOLA, 1987).

Em 1931, o então presidente Getúlio Vargas regulamentou, pela primeira vez, o exercício da Enfermagem no Brasil, pelo Decreto nº 20.109. Esse Decreto também fixou as condições para as Escolas de Enfermagem se equipararem à Escola de Enfermeiras Anna Nery, que passou a ser considerada a escola-padrão oficial. Em 1937, a Escola foi incorporada à então Universidade do Brasil, hoje Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (BARTMANN, 1997).

Em função do desenvolvimento da profissão, o ensino da Enfermagem teve que ser regulamentado. Para resolver o grave problema de escassez de pessoal capacitado para o trabalho de Enfermagem, sem abrir mão da excelência da formação da enfermeira diplomada, foi estabelecido, pela Lei nº 775/49, o curso para a formação do auxiliar de Enfermagem. Além de definir o currículo, essa Lei determinou as condições em que se deveria processar a preparação de enfermeiras e de auxiliares. Para cursar Enfermagem, era necessário ter concluído o curso secundário, e para cursar Auxiliar de Enfermagem, o curso primário oficial ou reconhecido era suficiente (BARTMANN, 1997; SANTOS, 2002).

Na década de 60, foi publicada a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961, que passou a considerar de nível superior as Escolas de Enfermagem e a

exigir o curso colegial como pré-requisito para o ingresso. Essa mesma Lei classificou as Escolas de Auxiliar de Enfermagem como de nível médio e criou, ainda, escolas médias de Enfermagem acessíveis aos portadores de curso ginásial. Foram as escolas médias criadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1961 que deram origem ao curso Técnico em Enfermagem. O primeiro deles foi criado pela Escola Anna Nery. A partir de então, a Enfermagem passou a ter três níveis profissionais (BARTMANN, 1997).

Torna-se importante notar que a regulação pública das profissões e ocupações de saúde objetiva o estabelecimento de padrões mínimos de prática técnica e conduta ética para manter os consumidores de serviços profissionais a salvo de praticantes não qualificados.

Atualmente, está estabelecido, conforme definição da Lei nº 7.498, de 26-6-1986, e do Decreto nº 94.406, de 8-6-1987, que regulamentam o exercício da Enfermagem, que as categorias de Enfermagem são estruturadas verticalmente pelos enfermeiros (formados em cursos de graduação de nível superior), técnicos de Enfermagem (formados em cursos técnicos de nível médio de 2º grau), auxiliares de enfermagem (formados em cursos de 1º e 2º grau) e parteiras. Essa hierarquização ratifica e reproduz a divisão técnica e social do trabalho dependente das relações de produção e dominação da sociedade (BRASIL, 1986; BRASIL, 1987).

Assim, as atividades de saúde, ao integrar o setor de serviços, vêm respondendo, ao longo dos anos, às necessidades do mercado de trabalho. A introdução de novas tecnologias poupadoras de mão-de-obra, principalmente nos setores primário e secundário da economia, levou ao crescimento do setor terciário, na medida em que lançam no mercado de trabalho informal um grande contingente de trabalhadores.

Surge, então, a necessidade de melhor qualificação do trabalhador para torná-lo apto a participar das modificações técnicas e econômicas e dos processos decisórios em geral, uma vez que se desenvolveu uma compreensão mais ampla do processo de produção e do mundo do trabalho (ALVES, 1997).

2.3.2 O cotidiano do trabalho

Mello (apud MACHADO, 1995, p. 15) aponta que a organização do trabalho da Enfermagem sofre fortes influências da teoria administrativa de Taylor, ao relacionar: a divisão técnica do trabalho, a separação entre as funções de coordenação e execução, o parcelamento das atividades operacionais e a existência de uma unidade de comando.

É importante salientar, de acordo com uma pesquisa da Organização Mundial de Saúde, que a Enfermagem constitui o maior contingente da força de trabalho em cuidados à saúde, destacando-se entre outros profissionais no grupo que possui os mais diversos papéis, funções e responsabilidades. As enfermeiras provêm cuidados a indivíduos, famílias e comunidades que incluem promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamentos a pacientes crônicos, agudos, reabilitação e acompanhamento de doentes terminais.

Contudo, em todo o mundo, a prática da Enfermagem difere profundamente de um local para o outro, pois é influenciada pela realidade que compreende a política, a economia e a cultura de cada região (ROCHA; ALMEIDA, 2000).

No Brasil, os enfermeiros, como parte integrante da equipe multidisciplinar, além de prestar o cuidado, possuem um papel administrativo muito importante na instituição, pois possibilitam a atuação de outros profissionais ao supervisionar os materiais para a concretização da assistência, ao cuidar do ambiente terapêutico, ao desenvolver ações de controle de riscos e ações pedagógicas. A esse respeito, Almeida e Rocha (1997, p. 21) enfatizam que a “[...] finalidade imediata é organizar e controlar o processo de trabalho, e a mediata é favorecer a ação de ‘cuidar’ para possibilitar a cura”. As autoras complementam ainda: “[...] a enfermagem que atende a essas finalidades, do cuidar e administrar para recuperação individual, é a hospitalar ou a enfermagem clínica” (ALMEIDA; ROCHA, 1997, p. 21).

Dessa forma, segundo Leopardi (1999a), pode-se considerar que as ações do campo do cuidar em saúde são fundamentadas nas necessidades expressas pelos indivíduos e que necessitam de técnicas, métodos e processos específicos que atendam a demandas por vínculo mais próximo entre terapeuta e enfermo.

Pires (1999) aponta que, devido aos graus de formação diferenciados, os trabalhadores de Enfermagem dividem o trabalho de duas formas: cuidados funcionais ou cuidados integrais. Na primeira modalidade, o trabalhador (técnico ou auxiliar) desenvolve um trabalho rotineiro por tarefas, sem uma visão global do paciente, dificultando o entendimento do processo de trabalho. A dinâmica da organização exige dele apenas o bom cumprimento das tarefas que lhe foram designadas. Na segunda modalidade chamada cuidados integrais, esta divisão de tarefas é em parte rompida. Os trabalhadores ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente, prestando todos os cuidados necessários em cada turno de trabalho. Esse modelo possibilita uma visão global do doente, permitindo que o

trabalho se torne mais criativo. Tanto nos cuidados funcionais quanto nos cuidados integrais, o gerenciamento da assistência de Enfermagem é feito pelo enfermeiro.

Pitta (1996) complementa que o cuidar, em termos de organização de saúde, possui exigências particulares, já que tem de dar conta de necessidades complexas, com intensidades variáveis, em que homens, mulheres, crianças ou idosos, variando os níveis de seus processos saúde/doença, têm demandas próprias que exigem respostas singulares.

Nessa ótica, Pitta (1996) explica que, muitas vezes, a fuga dos profissionais de Enfermagem para funções administrativas e burocráticas ocorre, pois os enfermeiros são expostos a sentimentos fortes e contraditórios na rotina dos serviços, que os tornam um grupo de trabalhadores particularmente vulneráveis a trocar de papel com os doentes.

Porém, o fato de o enfermeiro incorporar predominantemente ações gerenciais no seu trabalho tem sido a causa de muitas discussões e dissensos na profissão. Cecilio (1997, p. 37) observa que a direção das instituições de saúde tem muitas vezes se tornado refém das áreas operacionais, das equipes, uma vez que elas têm sido autônomas, em particular no que lhe é de interesse, como a “[...] montagem de escalas, o estabelecimento de rotinas de trabalho, a adoção de esquemas terapêuticos e outros esquemas”. O autor ainda observa que a

[...] direção geral e as direções de enfermagem, médica e administrativa nos hospitais passam boa parte do tempo ‘apagando incêndio’ e ‘correndo atrás do prejuízo’, de forma que não lhes sobra tempo para planejar seu trabalho e avaliar a qualidade dos serviços prestados (CECILIO, 1997, p. 37).

Nessa ótica, Trevizan et al. (2002, p. 87) colocam que o enfermeiro

[...] deve, em princípio, deixar de ser simples executor de tarefas ditadas por outros, ou por normas, assumir a auto-determinação de suas funções e ajustar princípios e medidas administrativas à solução de problemas específicos de sua área. Para tanto, ele utilizará sua criatividade ao planejar as ações de enfermagem, ao tomar decisões e ao adequar os recursos humanos e materiais à implementação da assistência planejada e desejada.

Em relação à gestão de “recursos humanos”, autores como Dejours (1986) e Pitta (1990) identificaram que um dos maiores problemas para organizar o trabalho no setor de saúde e dar conta das políticas institucionais está associado a essa questão. Lima (2001, p. 199), ao estudar essa temática aponta que, do ponto de vista de Testa, “recursos humanos em saúde” são seres humanos e, portanto não devem ser vistos como recursos. “Esse conceito compreende tudo que se relaciona com a gestão, a atividade, a transformação e a sustentação da força de trabalho, destacando-se os núcleos problemáticos que podem aparecer neste processo”.

A equipe de Enfermagem, ao inserir-se no âmbito de uma organização, depara-se com um trabalho que a leva a uma conduta organizada, segundo rotinas preestabelecidas. Deles é esperado que cumpram normas e regulamentos burocráticos, observem a hierarquia de autoridade e não se desviem para o novo e inesperado, ou para fatos não contemplados no esquema (TREVIZAN, 2002).

De acordo com Oliveira (2001), Ribeiro (1993) e Alves (1997), as condições de trabalho do profissional de Enfermagem, no âmbito hospitalar, possuem características específicas, pois, além de se relacionar com a doença e com a morte, é parte de um sistema que assegura a continuidade da produção e determina a quebra da continuidade do trabalho realizado individualmente, o que define o trabalho por turnos (vespertino e noturno, domingos e feriados). Embora o ritmo

difira, nos diferentes dias e turnos da semana, as atividades hospitalares são ininterruptas.

Silva (2000) e Ribeiro (1993), ao caracterizarem o processo de trabalho da Enfermagem, complementaram que esse trabalho se torna desgastante, pois implica longas jornadas nos rodízios e multiplicidade de funções, repetitividade e monotonia, intensividade e ritmo excessivo de trabalho, ansiedade, esforços físicos, posições incômodas, na separação do trabalho intelectual e manual e no controle das chefias. O trabalho em saúde é visto como um trabalho de risco.

Alves (1997) afirma que, nas condições em que tem sido realizado, o trabalho da Enfermagem está se transformando em forma contínua de desgaste e destruição dos principais bens de que os profissionais dispõem: energias físicas e mentais. Assim, como já exposto, torna-se um processo de consumo da força de trabalho, pois, para sobreviver, a maioria dos trabalhadores é obrigada a vender sua força de trabalho pela mercadoria do capitalista, o dinheiro representado pelo salário (ALVES, 1997; ANTUNES, 1998; RIBEIRO, 1999).

De modo geral, há grande oferta de empregos para a Enfermagem, mas os salários praticados são muito baixos. Portanto, muitos acabam submetendo-se a jornadas duplas ou triplas que comprometem a qualidade do serviço e da saúde do trabalhador.

A explicação para esse fato pode estar relacionada com a questão de gênero. Alves (1997), Antunes (1998), Antunes (2003), Belle (1993) e Perreault (1993) ressaltam que está ocorrendo um expressivo aumento do trabalho feminino no mundo. Esse fato é considerado um avanço em relação à emancipação parcial das mulheres, pois, segundo Antunes (1998), o capital se apropria do trabalho feminino de forma

específica, levando a uma maior exploração em relação ao homem. Nas áreas onde é maior a presença de capital intensivo, de maquinário mais avançado, predominam os homens e, nas áreas de mais trabalho intensivo, onde é maior ainda a exploração do trabalho manual, atuam as mulheres.

Uma das características marcantes dos trabalhadores da área de saúde, principalmente da Enfermagem, é a predominância do sexo feminino (ALVES, 1997; LIMA, 2001; LOPES, 1996; PERREAULT, 1993; RIBEIRO, 1993). A Tabela 1 ratifica essa afirmação, apontando que o Estado do Espírito Santo, no ano de 2004, apresentou uma quantidade seis vezes maior de profissionais de Enfermagem do sexo feminino em relação ao masculino. Esse total equivale a aproximadamente 86% de mulheres e 14% de homens na equipe.

TABELA 1

Estatística dos profissionais de Enfermagem do Espírito Santo, no ano de 2004, com registro no Conselho

	Enfermeiro Masculino	Enfermeiro Feminino	Técnico Masculino	Técnico Feminino	Auxiliar Masculino	Auxiliar Feminino	TOTAL
Qtd	483	4.011	1.134	9.870	6.468	36.477	58.443
Perc	0,83 %	6,86 %	1,94 %	16,89 %	11,07 %	62,41 %	100 %

Fonte: Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)

Alves (1997, p. 57) aponta:

[...] a segregação feminina na enfermagem é um fato histórico muito bem utilizado pelo capitalismo para manter os salários da força de trabalho da enfermagem em baixos níveis.

Essa fala confirma a necessidade de a mulher estar criando estratégias, freqüentemente desgastantes e sacrificantes, para complementar sua renda.

Para Lopes (1996, p. 57),

[...] a busca de explicações significativas sobre a situação concreta da profissão de enfermeira passa, necessariamente, pela noção de cuidado de saúde enquanto ação concebida como feminina e produto de “qualidades naturais” das mulheres, as quais repousam, por sua vez, em uma concepção mais ampla de trabalho.

Melo (apud RIBEIRO, 1993, p. 37) acrescenta:

[...] tal predominância se daria talvez por um arquétipo, atribuindo-se às mulheres, nas várias culturas, sociedades e tempos, a assistência, e higienização dos enfermos, como se fosse uma extensão do trabalho familiar e doméstico.

Pitta (1996, p. 39), em um estudo com a categoria da Enfermagem, caracteriza “quem são os cuidadores” modernos e identificou-os, em sua maioria, como

[...] mulheres, solteiras, brancas, com idade entre 25 e 40 anos, tendo majoritariamente cursado até o colegial, exercendo ocupações artesanais de baixa qualificação; tendo uma renda per-capita de até dois salários mínimos trabalhando de dez a doze horas por dia em turnos fixos ou alternados [...]. Não fazem pausas, e, quando saem do trabalho querem ‘descansar’, sem disposição para se divertir, estudar ou continuar trabalhando.

A autora, em seu estudo, verifica, ainda, que essas trabalhadoras consideram seu trabalho insalubre, perigoso e causador de adoecimento por problemas físicos e psicossomáticos.

Assim, é sabido que as formas de atividade laboral influem no desenvolvimento da saúde e no adoecimento do profissional. De acordo com Haag, Lopes e Schuck (1997), os fatores nocivos do ambiente classificam-se em: físicos (ruídos, eletricidade, temperatura, radiações, entre outros); químicos (substâncias orgânicas e inorgânicas – sólidos, pó, líquidos, gases ou vapores com efeito irritante e/ou

tóxico); biológicos (vírus, bactérias, protozoários, parasitas, animais daninhos, plantas venenosas ou irritantes); ergonômicos ou mecânicos (os traumatismos e os fatores que derivam do não-ajustamento da máquina ao operador) e psicossociais.

É por meio do corpo da equipe de Enfermagem que as ações de cuidar se realizam. Assim, Nascimento, Brito e Dehoul (2003) apontam que, se o corpo, inserido nesse contexto subjetivo do trabalho, não estiver em equilíbrio estrutural, permitindo que todas as suas funções estejam ocorrendo perfeitamente, haverá um déficit a ser observado no ato de cuidar e, conseqüentemente, um desgaste maior do trabalhador.

Diante da relevância assumida por essa questão, buscamos entender, pela via da psicodinâmica, que a organização do trabalho tem um papel significativo na saúde mental do trabalhador, pois altera sua percepção da atividade, quando a ele é imposta uma realidade de trabalho que diverge das suas expectativas internas, muitas vezes inconsciente (SILVA, 1995).

Os estudos da psicodinâmica têm demonstrado que o trabalho, principalmente no setor de saúde, pode ser um elemento tanto de estabilização como de fragilização do homem, dependendo da forma como está organizado e como se processam as relações socioprofissionais dentro de uma determinada estrutura organizacional.

Assim, o trabalho aparece como elemento fundamental na construção do próprio sujeito, revelando-se como mediador entre o inconsciente e o campo social, o particular e o coletivo, constituindo um espaço aberto aos investimentos subjetivos, de construção de sentido, de conquista da identidade e historização do sujeito (SILVA, 1995).

Consideramos, contudo, que esta análise do processo de trabalho da Enfermagem, em realidades concretas, é importante para a compreensão das contradições e dinâmicas da prática atual dessa profissão.

3 METODOLOGIA

3.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

Para Minayo (2004), na pesquisa qualitativa, o recorte espacial que corresponde à abrangência, em termos empíricos, do recorte teórico correspondente ao objeto da investigação, é entendido como campo. O trabalho de campo constitui-se numa etapa essencial da pesquisa qualitativa que, a rigor, não poderia ser pensada sem ele. Assim, Minayo cita como componentes do trabalho de campo duas categorias fundamentais: a entrevista e a observação participante.

Para a elaboração desta pesquisa, realizamos um estudo de caso, utilizando a abordagem qualitativa que privilegiou as falas dos atores sociais, em um estudo descritivo, fundamentado no levantamento dos dados coletados (entrevista semi-estruturada e grupo focal) e no debate teórico estabelecido por diversos autores sobre o processo de trabalho em saúde e relações saúde-trabalho-doença.

Segundo Tobar (2001, p. 52),

[...] estudo de caso é o circunscrito a poucas unidades de análise entendidas estas como: pessoas, famílias, produtos, instituições, comunidades, regiões e países. Como se aplica a poucas unidades de análise, a riqueza não está na extensão, mas na profundidade deste tipo de pesquisa. Isto pressupõe uma lista relevante de variáveis com as quais se descrevam as unidades de análise, traçando seus perfis específicos com profundidade e com certo nível de detalhe.

Desse modo, Hartz (apud JORGE 2002) complementa que esses estudos são indicados quando se deseja examinar o conjunto das relações existentes, necessárias à compreensão de um fenômeno complexo, na circunstância em que o

pesquisador possui pouco controle dos acontecimentos ou quando se pretende estudar uma temática atual inserida no contexto social.

A abordagem qualitativa possibilita ao pesquisador aprofundar seus pensamentos para alguns problemas de relevância social, pois tem o ambiente natural como fonte direta de dados (TRIVIÑOS, 1987).

Minayo (2004) complementa ainda, afirmando que, na abordagem qualitativa, a ênfase não é dada na representatividade numérica e aleatória para a generalização da amostra na população, mas à coleta de informações suficientes para a reconstrução do discurso que permita uma análise aprofundada das falas, envolvendo a questão central do tema pesquisado.

A natureza descritiva do estudo permite detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das situações, o que propicia ao pesquisador o aumento do seu conhecimento em torno de um determinado problema (LÜDKE, apud SOUZA, 2000).

As entrevistas, nome genérico no qual se incluem diferentes categorias que podem ser decompostas em: entrevista aberta, entrevista estruturada, entrevista semi-estruturada, entrevista por meio de grupo focal e histórias de vida, fazem parte da relação mais formal do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações pela fala dos atores sociais (MINAYO, 2004).

Dessa forma, a entrevista fornece dados secundários e primários, referentes a fatos; idéias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneiras de sentir; maneiras de atuar; condutas ou comportamentos presentes ou futuros; razões

conscientes ou inconscientes de determinadas crenças, sentimentos, maneiras de atuar ou se comportar (JAHODA, apud MINAYO, 2004).

Por fim, para avaliar as entrevistas, utilizamos neste estudo a análise dos conteúdos pautada nos princípios e conceitos fundamentais da técnica de Lourence Bardin. Essa técnica pretende analisar, sobretudo, as formas de comunicação verbal, escrita ou não escrita, que se desenvolvem entre os indivíduos.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Assim, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significado) dos enunciados, articulando a superfície dos textos descritos e analisando os fatores que determinam sua característica (MINAYO, 2004).

Nessa perspectiva, Bardin (apud RODRIGUES, 1999, p. 21) conceitua análise de conteúdo como:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visam, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, obter indicadores, quantitativos ou não, que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (RODRIGUES, 1999, p. 21).

Seguindo-se as orientações metodológicas preconizadas por Bardin, essa técnica apresenta três etapas: “[...] pré-análise; exploração do material; e, tratamento dos dados obtidos e interpretação”. Após leitura exaustiva e repetida dos textos, considerando os objetivos do estudo e as questões teóricas apontadas, ordena-se e classifica-se o conteúdo dos textos, emergindo vários temas que, após análise cuidada, resulta no elenco final de temas (RODRIGUES, 1999, p. 21).

3.2 CENÁRIO DE ESTUDO

A pesquisa desenvolveu-se no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), localizado na Alameda Mary Ubirajara, nº 205, Santa Lúcia, Vitória, ES, que é um hospital público inserido no Sistema Único de Saúde (SUS). Atende a crianças e adolescentes, demanda espontânea e referenciada, na faixa de zero a dezoito anos, procedentes de todo o Estado do Espírito Santo, leste de Minas Gerais e sul da Bahia (ANEXO A).

A rigor, de acordo com Pitta (1996, p. 58), “[...] as organizações públicas de saúde têm o dever de prestar serviços na mesma medida que os cidadãos têm o direito a receber os serviços que necessitem”. Dessa forma, a possibilidade de selecionar a clientela ou os problemas a atender é nula.

A história do hospital se inicia com o Dr. Moacir Ubirajara e sua esposa, a enfermeira Mary Hosannah Ubirajara. Em 1932, foi cedida pela diretora do Colégio do Carmo de Vitória uma área para que o Dr. Moacir Ubirajara, originariamente cirurgião, internasse as crianças atendidas no Ambulatório de Pediatria do Departamento de Saúde Pública de Vitória. Para a manutenção desse espaço, ao qual se deu o nome de Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), e que abrigava vinte leitos, foi criada a Liga Espírito-Santense de Assistência e Proteção à Infância (HINSG, 1998).

No início da década de 30, com a crise do sistema cafeeiro que o Espírito Santo atravessava, o Instituto Brasileiro do Café (IBC) mandou queimar grandes quantidades do produto com o intuito de aumentar o preço, diminuindo a oferta do café. Assim, o interventor do Estado, João Punaro Bley, juntamente com o Dr.

Moacir Ubirajara conseguiram estocar toneladas de café para comercializar após as altas dos preços (MARTINS, 1996).

Com a verba arrecadada e com o apoio de damas da sociedade capixaba, foi possível construir novas instalações para o HINSG no bairro da Praia Comprida, atualmente Santa Lúcia. No dia 15 de agosto de 1935, foi inaugurada a nova sede, que passou a contar com setenta leitos. Nessa época, o HINSG possuía apenas 30% da sua área física atual, com apenas cinco enfermarias e um setor de triagem. Em 1981, no Governo de Eurico Resende, o HINSG passou a fazer parte do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP) (TRUGILHO, 2001).

Atualmente, o HINSG se enquadra na categoria de hospital especializado, de acordo com o tipo de unidade. Em relação à natureza da organização, inclui-se na administração direta da saúde (MS, SES e SMS) e possui gestão dupla, como pode ser observado no Quadro 1.

Programa	Gestão
Atenção básica	Municipal
Média Complexidade	Estadual
Internação	Estadual
Alta Complexidade	Estadual

QUADRO 1 - Gestão do HINSG em 2005

Fonte: MS/DATASUS - Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde

Atua como unidade auxiliar de ensino, de acordo com dados do Ministério da Saúde, pois se constitui em um respeitado campo de aprendizagem, funcionando como hospital-escola na medida em que mantém o Programa de Residência Médica em Pediatria e internatos para os cursos de Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Serviço Social, Nutrição, Farmácia e Psicologia, além de sua utilização como campo de estágio por escolas técnicas de Enfermagem.

É um hospital de referência para urgência/emergência. Conta com dez Enfermarias, um Centro de Tratamento Intensivo (CTI), uma Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN), um Centro de Tratamento de Queimados (CTQ), um Centro Cirúrgico, Pronto-Socorro e Emergência, além dos ambulatórios de diversas especialidades. Assim, o HINSG possui hoje um total de 163 leitos pediátricos, sendo 15 de emergência.

A Figura 1, permite a visualização do número de atendimentos em urgência e emergência do HINSG, nos meses de janeiro de 2002 a novembro de 2004.

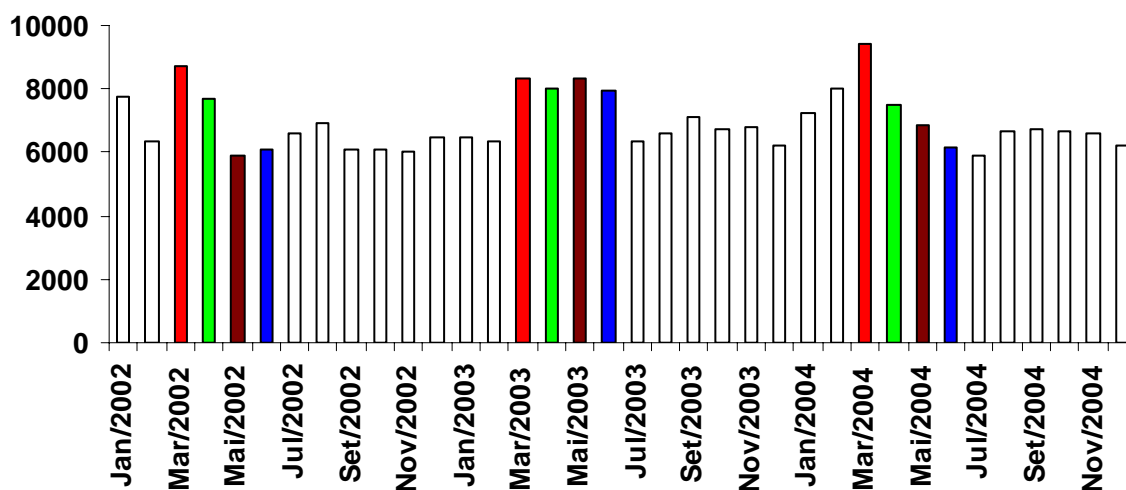


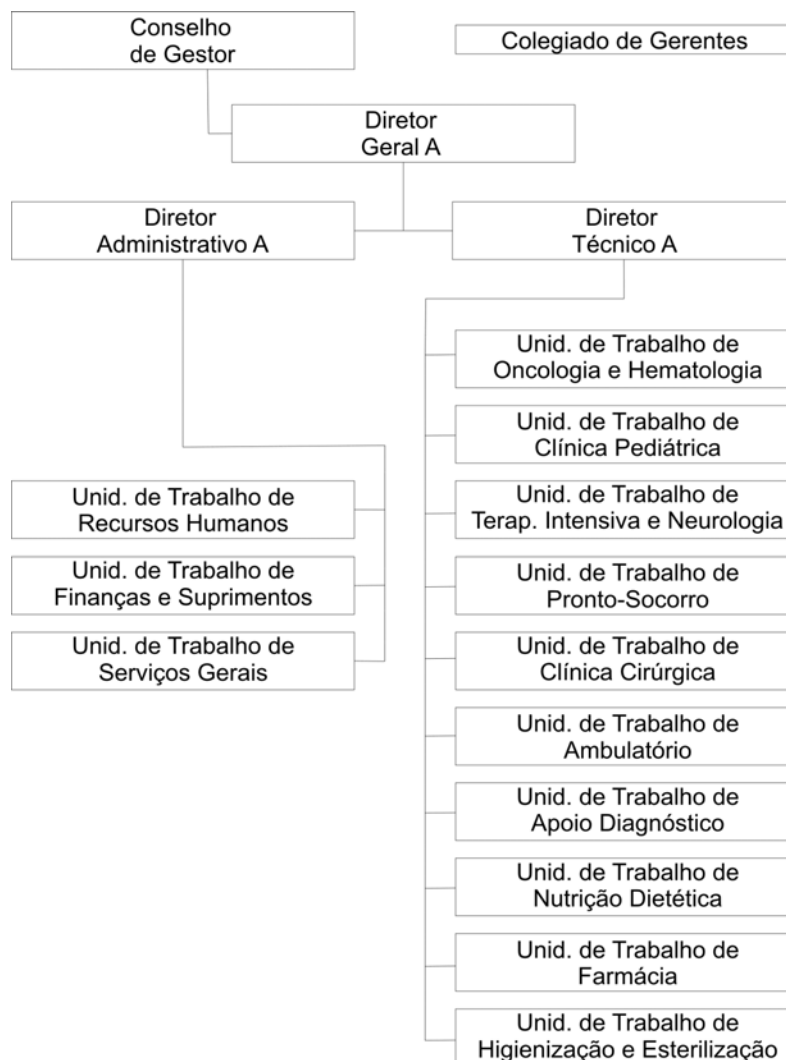
FIGURA 1 - Total de atendimentos em urgência/emergência no HINSG por mês e ano (2002 a 2004)

Fonte: Unidade de Informação – HINSG

De acordo com a Lei nº 7.812, de 22 junho de 2004, o HINSG enquadra-se em unidade hospitalar de categoria “A”, pois apresenta uma oferta superior a cem leitos.

O governador do Estado do Espírito Santo publicou, nessa mesma data, a Lei Complementar nº 288, que reorganiza a estrutura organizacional básica do Instituto Estadual de Saúde Pública (IESP). Dessa forma, a representação gráfica da

estrutura organizacional básica da qual o HINSG faz parte passa a possuir a seguinte forma:



ORGANOGRAMA 1 - Estrutura organizacional básica do HINSG

Fonte: Diário Oficial do Estado do Espírito Santo, 22 junho de 2004

Observamos que é um organograma verticalizado, orientado não pelas categorias profissionais e sim pela linha de produção de cuidado especializado. Dele fazem parte treze unidades de trabalho, sendo dez ligadas diretamente à assistência.

É importante notar que a equipe de Enfermagem não possui uma gerência única, pois existem várias unidades de trabalho gerenciadas, muitas vezes, por um

enfermeiro, que estão ligadas diretamente ao diretor técnico “A”. De acordo com a Lei Complementar nº 288, o provimento do cargo em comissão de diretor técnico “A” será exclusivamente por médico, devidamente inscrito no Conselho Regional de Medicina (CRM). A ele compete planejar, coordenar, controlar e avaliar os serviços técnicos prestados em cada uma das unidades de trabalho hospitalares sob sua responsabilidade e outras atividades correlatas (ESPÍRITO SANTO, 2004).

A realidade da instituição possui outra lógica, pois a equipe de Enfermagem trabalha por meio da gerência de uma assessoria técnica de Enfermagem que planeja, coordena, controla e avalia o trabalho da equipe de Enfermagem.

De acordo com o regimento da instituição, compete à Coordenação de Serviços Técnicos Auxiliares, por meio do Setor de Enfermagem, executar atividades técnicas e administrativas da área de Enfermagem Médico-Cirúrgica; colaborar com o corpo clínico em pesquisas e no atendimento de pacientes; colaborar no planejamento e na execução de programas de aperfeiçoamento de pessoal da unidade; coordenar e controlar os serviços de higienização e as necessidades de Enfermagem no hospital; participar de Programas de Educação em Saúde destinados a pacientes, seus familiares e servidores do hospital.

A instituição possui ainda um total de 995 servidores (Tabela 2). Destes, 406 desempenham suas funções no serviço de Enfermagem, dos quais 51 são enfermeiros, 194 técnicos de Enfermagem e 161 auxiliares de Enfermagem.

TABELA 2
**Número de funcionários de acordo com o cargo e tipo de vínculo do
HINSG no mês de fevereiro de 2005**

Vínculo	Cargo	Estatutário	Contratado	Total
	Fisioterapeuta	---	12	12
	Farmacêutico	04	05	09
	Psicólogo	06	---	06
	Nutricionista	04	---	04
	Assistente social	12	04	16
	Médico	170	26	196
	Enfermeiro	37	14	51
	Auxiliar de Enfermagem	94	67	161
	Técnico de Enfermagem	75	119	194
	Administrador	02	---	02
	Assessor	01	---	01
	Assistente administrativo	12	01	13
	Auxiliar administrativo	22	05	27
	Auxiliar de serviços gerais	178	03	181
	Auxiliar de laboratório	01	03	04
	Técnico de laboratório	---	12	12
	Cirurgião bucomaxilo	01	01	02
	Odontólogo	---	02	02
	Fonoaudiólogo	01	---	01
	Técnico de segurança do trabalho	---	01	01
	Técnico de radiologia	15	03	18
	Motorista	04	02	06
	Telefonista	02	05	07
	Cozinheiro	---	07	07
	Vigia	07	---	07
	Auxiliar de serviço médico	34	---	34
	Artífice bombeiro hidráulico	01	---	01
	Digitador	01	---	01
	Gesseiro	01	---	01
	Técnico em Contabilidade	03	---	03
	Bibliotecário	01	---	01
	Programador	01	---	01
	Artífice electricista	03	---	03
	Técnico em Eletrônica	01	---	01
	Auxiliar de consultório dentário	02	---	02
	Técnico em Administração	05	---	05
	Auxiliar de reabilitação	01	---	01
	Almoxarife	01	---	01
	TOTAL	703	292	995

Fonte: Recursos Humanos – HINSG

3.3 POPULAÇÃO-ALVO

Trabalhadores da equipe de Enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem) com mais de dois anos de trabalho no HINSG que voluntariamente se dispuseram a participar como sujeitos da pesquisa. A seleção dos profissionais foi feita de maneira aleatória. Os chefes das enfermarias foram contatados para autorizar esses profissionais a participar das entrevistas semi-estruturadas e do grupo focal. Os nomes apontados nos depoimentos da pesquisa são fictícios, visando a preservar a identidade dos trabalhadores.

Não foi privilegiada nenhuma das enfermarias específicas do hospital, mesmo sabendo que existem áreas mais ou menos sobrecarregadas. Dada a natureza da pesquisa, foi considerado o hospital como um todo, tentando entrevistar profissionais de todos os setores.

Durante a primeira parte da pesquisa, foram entrevistados onze profissionais, dos quais quatro eram enfermeiros, quatro técnicos de Enfermagem e três auxiliares de Enfermagem. Inicialmente, pensamos numa amostra de quinze entrevistas, porém o encerramento foi determinado pela repetição das falas dos entrevistados (regra da exaustividade).

A segunda parte da pesquisa se constituiu na realização de duas oficinas baseadas na técnica de grupo focal. A primeira foi aberta para a equipe de Enfermagem de nível médio e contou com a participação de quinze profissionais, entre eles nove técnicos de Enfermagem e seis auxiliares de Enfermagem. A segunda contou com a participação de doze enfermeiros.

3.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Esta pesquisa encontra-se em consonância com o estabelecido na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde e suas complementares.

Enviamos cópias do projeto da dissertação ao diretor do HINSG e, posteriormente, ao coordenador de Enfermagem, com a finalidade de explicitar o objetivo da pesquisa, a forma de coleta dos dados e também para solicitar autorização para sua realização (APÊNDICES A e B).

Recebida a autorização, o projeto foi encaminhado e aprovado pela Comissão de Ética do HINSG. Cumpridos esses passos, foi possível dar andamento à coleta de dados.

Em todas as etapas, os participantes assinaram um termo de consentimento livre e informado, autorizando a publicação dos dados obtidos pela pesquisadora com a garantia de manter em sigilo as suas identidades (APÊNDICE C).

3.5 COLETA E ANÁLISE DOS DADOS

As entrevistas foram realizadas entre os meses de agosto e setembro de 2004. No primeiro contato com os entrevistados, foi explicitada a finalidade da pesquisa e solicitada a participação voluntária. Todas as entrevistas foram realizadas pela autora, assim como os contatos prévios.

A partir do primeiro contato, a entrevista foi agendada no próprio hospital, em um local reservado da enfermagem (repouso de Enfermagem, varanda) e em horário compatível com o do trabalhador. Foi estipulado um limite de tempo de sessenta minutos e, para maior aproveitamento e fidelidade dos dados, as falas foram gravadas em fitas cassete e transcritas na íntegra.

As informações obtidas seguiram um roteiro previamente estabelecido (APÊNDICE D) que possibilitou um discurso livre e estimulado a partir do diálogo que estabelecemos com os entrevistados.

Esse roteiro encontrou sua forma definitiva após ser aplicado a quatro profissionais da área de saúde com as mesmas características definidas para os sujeitos da pesquisa. O roteiro foi elaborado a partir de temas relacionados com os objetivos do estudo, com a finalidade de aproximar o entrevistado da problemática pesquisada.

Concluída essa etapa, realizamos a análise dos discursos dos diferentes sujeitos, coletados nas entrevistas, que foram classificados e divididos por temas, de acordo com o objetivo da investigação.

Pêcheux enfocou que o principal objetivo da análise do discurso é realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos em diferentes campos, como exemplo, o religioso, o filosófico, o jurídico e o sóciopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido (RODRIGUES, 1999).

No passo seguinte, foi realizada a oficina com base na técnica de grupo focal. Essa técnica tem sido bastante utilizada na área da saúde, sendo apropriada a pesquisas

qualitativas, onde se pretende explorar um "foco", ou seja, um ponto em especial. Pode ser empregada tanto em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões sobre o tema, ou ainda a um grupo, para apreender as diferentes visões de mundo ou de determinados temas (VICTORA, 2000).

O grupo focal é particularmente apropriado para ser usado quando o objetivo é explicar como as pessoas consideram uma experiência, idéia ou evento, uma vez que as discussões das reuniões é efetiva em fornecer informação sobre o que as pessoas pensam ou sentem, ou ainda, sobre a forma como agem (OLIVEIRA, 1998, p. 4).

Nesse sentido, visando ao aprofundamento e melhor clareza de algumas questões capturadas nas entrevistas, foi construído um roteiro para a organização dos temas a serem privilegiados no grupo focal (APÊNDICE E).

Nessa técnica, o foco ou objeto de análise é a interação dentro do grupo. Os participantes influenciam uns aos outros nas respostas às idéias e colocações durante a discussão, estimulados por questões fornecidas pelo moderador (OLIVEIRA, 1998).

O fato de ser uma técnica participativa, dinâmica, ativa, de adesão voluntária e não punitiva, faz com que ela se torne atraente, convidativa, motivando os atores sociais a estarem participando. Foi feito um processo de sensibilização dos trabalhadores por meio de contatos verbais com a pesquisadora. Os participantes foram vagamente informados sobre o tema da discussão, para que não comparecessem com idéias preestabelecidas.

A seleção dos participantes do grupo deve ser bastante criteriosa e a mais específica possível, uma vez que pessoas muito diferentes podem influenciar a discussão, inibindo-a, ou criando constrangimentos (RESSEL, 2002).

Contrariando o exposto por Oliveira (1998), ao afirmar que o grupo focal deve ser constituído de seis a dez membros, recomendando que se convidem mais 20% para cobrir possíveis ausências, foram convidados, aleatoriamente, dezoito trabalhadores para participar do primeiro grupo e 51 enfermeiros para participar do segundo, uma vez que pretendemos resgatar as opiniões de pelo menos um profissional de cada setor da instituição.

Nas duas etapas, solicitamos confirmação da presença dos interessados. Dessa forma, diante do total de inscritos, não houve necessidade da concretização de mais de duas oficinas.

Assim, a primeira oficina foi realizada no dia 18 de fevereiro de 2005, das 7h30min às 11h, com seis auxiliares e nove técnicos de Enfermagem. A segunda foi concretizada um mês após a primeira, ou seja, no dia 18 de março de 2005, das 7h30min às 10h, e contou com a participação de doze enfermeiros (APÊNDICE F).

Conduzimos o grupo com a ajuda de uma enfermeira (funcionária do HINSG com formação também em Psicologia) e duas internas (uma de Enfermagem e outra de Serviço Social) que fazem parte do Internato Multidisciplinar do HINSG. Da oficina do dia 18 de março participou, ainda, uma enfermeira do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador do município de Vitória.

Explicamos os objetivos do encontro, deixando claro que todas as opiniões interessavam e, portanto, não existem boas ou más opiniões. Falamos, ainda, sobre o sigilo das informações obtidas e solicitamos autorização para gravar as sessões. Os participantes desenvolveram técnicas de colagens, pintura e dramatização para retratar o dia-a-dia de trabalho por meio de seus significados e relações.

Os dados produzidos por essa técnica foram transcritos, sistematizados e analisados, a fim de revelar novos conhecimentos a respeito do tema e complementar os dados levantados pelas entrevistas.

4 RESULTADOS

Visando a preservar a ética e a identidade dos profissionais, utilizamos as siglas E (para os enfermeiros), TE (para os técnicos de enfermagem) e AE (para os auxiliares de enfermagem) durante a análise dos depoimentos desta pesquisa.

A questão do gênero

Iniciamos a discussão apontando a questão do gênero da população estudada. Na primeira parte da pesquisa, foram entrevistados onze profissionais de Enfermagem, sendo um do sexo masculino e dez do sexo feminino (Quadros 1 e 2). Na segunda etapa, as oficinas contaram com a participação de doze enfermeiras, nove técnicos de Enfermagem, apenas dois do sexo masculino e seis auxiliares de Enfermagem, todas do sexo feminino (Quadros 3 e 4).

Função	Tipo de vínculo	Tempo de trabalho no HINSG	Trabalho HINSG (horas/dia) (horas/sem.)	2ª jornada (2º emprego) (horas/dia)
auxiliar	contrato	05 anos	12x36 h/sem.	-
auxiliar	estatutário	21 anos	12x36 h/sem.	-
auxiliar	estatutário	16 anos	12x36 h/sem.	-
técnico	contrato	07 anos	12x36 h/sem.	-
técnico	estatutário	10 anos	12x36 h/sem.	-
técnico	estatutário	11 anos	12x36 h/sem.	16x36 h/sem.
técnico	contrato	13 anos	12x36 h/sem.	10x36 h/sem.
enfermeiro	contrato	04 anos	8 h/dia	-
enfermeiro	estatutário	10 anos	6 h/dia	20 h/sem.
enfermeiro	estatutário	18 anos	8 h/dia	20 h/sem.
enfermeiro	estatutário	24 anos	8 h/dia	04 h/dia

QUADRO 1 - Função, vínculo, tempo de trabalho na instituição e jornada de trabalho diária dos profissionais entrevistados

Fonte: Dados das entrevistas

Função	Gênero	Idade (anos)	Número de filhos
auxiliar	feminino	36	03
auxiliar	feminino	46	02
auxiliar	feminino	52	03
técnico	feminino	28	-
técnico	feminino	28	02
técnico	feminino	46	03
técnico	feminino	59	01
enfermeiro	feminino	28	-
enfermeiro	masculino	39	-
enfermeiro	feminino	42	02
enfermeiro	feminino	45	-

QUADRO 2 - Função, gênero, idade, número de filhos dos profissionais entrevistados

Fonte: Dados das entrevistas

Função	Gênero	Setor	Vínculo
auxiliar	feminino	CME	contrato
auxiliar	feminino	pneumologia I	contrato
auxiliar	feminino	isolamento direito	contrato
auxiliar	feminino	neonatologia	contrato
auxiliar	feminino	metabolismo	estatutário
auxiliar	feminino	cirurgia geral	estatutário
técnico	feminino	oncologia	contrato
técnico	feminino	CME	contrato
técnico	feminino	centro cirúrgico	contrato
técnico	feminino	pneumologia II	contrato
técnico	feminino	hospital dia	estatutário
técnico	feminino	CTQ	estatutário
técnico	feminino	ortopedia	estatutário
técnico	masculino	isolamento esquerdo	contrato
técnico	masculino	CTI	contrato

QUADRO 3 - Função, gênero, setor e vínculo dos participantes da oficina (18-2-2005)

Fonte: Dados da oficina

Função	Gênero	Setor	Vínculo
enfermeiro	feminino	hospital dia	estatutário
enfermeiro	feminino	supervisão	contrato
enfermeiro	feminino	isolamento esquerdo	contrato
enfermeiro	feminino	cirurgia geral	estatutário
enfermeiro	feminino	centro cirúrgico	contrato
enfermeiro	feminino	terceira enfermaria	estatutário
enfermeiro	feminino	neonatologia	estatutário
enfermeiro	feminino	CCIH	estatutário
enfermeiro	feminino	CTQ	estatutário
enfermeiro	feminino	primeira enfermaria	estatutário
enfermeiro	feminino	pneumologia I	estatutário
enfermeiro	feminino	cirurgia geral	estatutário

QUADRO 4 - Função, gênero, setor e vínculo dos participantes da oficina (18-3-2005)

Fonte: Dados da oficina

Com o intuito de fundamentar essa questão, recorreremos a Lopes (1996). Segundo essa autora, a busca de explicações significativas para a questão do gênero na profissão de Enfermagem vai além da análise do trabalho, tendo como pano de fundo as relações sociais de sexo e se estendendo pela noção de cuidado em saúde como ação concebida como feminina e produto de qualidades naturais das mulheres, as quais repousam em uma concepção mais ampla de trabalho. Assim, a noção de trabalho não deve ser pensada apenas como relações mercantis remuneradas, mas também como trabalho doméstico.

Para muitas pessoas, parece óbvio que as enfermeiras sejam, em sua maioria, mulheres, pois, para quem sempre se ocupou dos cuidados de saúde em casa, é natural que apresente todas as qualidades para assegurar a predominância no domínio profissional. Mas Lopes (1996) aponta ainda que as reflexões devam ir além do naturalismo, ao refletir sobre a constante (re)criação das desigualdades entre homens e mulheres. A divisão de trabalho entre os sexos varia no tempo e no espaço, a tal ponto que uma tarefa especificamente masculina em uma sociedade

pode ser especificamente feminina em outra. Como exemplo, cita que atributos masculinos, como força física, coragem e tenacidade, levam os operários a aceitar trabalhos em condições penosas e insalubres incompatíveis com a fragilidade das mulheres. Porém, quando necessário, essa fragilidade desaparece e as mulheres passam a aceitar as tarefas pesadas e insalubres.

Voltando ao universo do cuidado, Lopes (1996) afirma que, no imaginário das pessoas, o ato de cuidar é um trabalho feminino, na medida em que veicula conotações de debilidade, de doença, de dependência. O ato de cuidar é desvalorizado para a identidade social do homem. No entanto, a lógica social das práticas masculinas no cuidado se baseia na força física (nos “braços”).

O dia-a-dia se institui nas rotinas

Analisaremos as falas dos profissionais de Enfermagem levando-se em conta, principalmente, os seguintes temas: segunda jornada; espaço institucional – trabalho, rotinas, satisfação/insatisfação, relacionamento interpessoal; saúde/doença e qualidade de vida.

Solicitamos aos entrevistados o relato de um dia em suas vidas, desde o acordar até o dormir. A rotina de trabalho em casa narrada por eles segue de maneira sistematizada o desenvolvimento de suas ações no dia-a-dia. Acordar cedo e preparar os filhos para a escola, fazer o almoço e deixar para a família ou ainda cozinhar o almoço na noite anterior ao dia de trabalho no hospital, deixando pronto para o dia seguinte:

Eu acordo [...] Deixo tudo preparado em casa. Como eu tenho três filhos [...], faço tudo na janta e já deixo pronto, né? Pra poder ficar mais fácil pra eles. Já deixo o dinheiro pra eles poderem comprar o pão de manhã e à tarde, porque eles tomam café de manhã e de

tarde e a comida pronta que é só eles esquentarem pra poder ir pra escola (AE1).²

Eu acordo, já vou direto pra cozinha fazer o café, já deixo o café pronto pra meu esposo e um enteado que eu tenho [...], vou me preparar para vir trabalhar [...], vou tomar um banho, vou me arrumar, trocar meu uniforme, que eu já venho de uniforme, e sempre venho de ônibus. Nem sempre venho de carro próprio que é muito difícil pra mim vir todo dia. Meu marido sempre dorme mais tarde que eu. Então, pra mim acordar ele mais cedo é difícil. Eu deixo ele dormir até um pouco mais tarde (TE1).

Como pode ser observado, sempre existe o trabalho de casa, além das situações em que há mais de um emprego. As queixas a respeito da dupla jornada são muitas, porém apontadas como essenciais para a manutenção e sobrevivência das famílias. Perreault (1993, p. 240) complementa a fala acima quando relata:

[...] estudos apontam um elemento característico de todos os empregos femininos: a dupla carga de trabalho. As mulheres geralmente têm que organizar, planejar e executar o trabalho doméstico e cuidar tanto do cônjuge como das crianças.

Buschinelli (apud SIMÕES, 2000) conceitua a dupla jornada de trabalho como a dupla exploração de mão-de-obra a que são submetidos vários trabalhadores, quando somam a sua jornada de “trabalho fora”, remunerada e períodos intensos de trabalho doméstico, não remunerado.

Ainda a esse respeito podemos observar as seguintes falas:

Eu possuo dois empregos, mas eu gostaria muito de trabalhar só em um. Eu trabalho das 19 às 7horas no Hospital Y e trabalho das 7 às 19horas no Infantil. Numa jornada de 12x36. O dia que estou em casa, acordo as seis, preparo a marmita dos meus dois filhos para ir para o serviço. Cuido da casa, da roupa. Vejo a rotina de casa, os uniformes deles e o meu. Almoço. Uma hora eu descanso, deito e durmo de 1hora até às 3h mais ou menos. Depois eu levanto, deixo alguma coisa pronta para o outro dia e 18h30min estou saindo para o serviço (TE2).

² As falas dos entrevistados foram destacadas em itálico, para diferenciar das citações dos autores.

[...] tenho um outro trabalho porque um só não tenho condições de sobreviver, né? (E1).

Dessa forma, observamos que o sentido do trabalho remete à idéia de sobrevivência, ou seja, um modo de sustentar a família. Assim, segundo Moulin et al. (2000, p. 234) “[...] trabalhar parece assumir um valor de obrigação, um ‘fardo pesado’ que permite apenas sobreviver diante da realidade, uma forma talvez única, de se sentir vivo e presente”.

Araújo (2002) confirma o exposto acima quando relata sobre a dupla possibilidade do trabalho: se, por um lado, é dispêndio de força motriz, desgaste, consumo de energia, por outro, o trabalho humano é intencional, tem produção de conteúdo significativo para quem o exerce.

Observamos que, nos dias em que não trabalham no HINSG, devido à escala de 16x36 horas, alguns dos entrevistados aproveitam para realizar os afazeres domésticos que não foram feitos no dia anterior. Da mesma forma, os que trabalham seguindo uma escala de oito horas por dia, utilizam o “resto do tempo” para essa tarefa. Outros dividem a carga horária de trabalho com estudo:

De manhã, faço o café da manhã, ajeito as coisas, né? Arrumo casa, se tiver roupa pra lavar eu lavo. Onze horas começo o almoço, lá pro meio dia e meio começo a arrumar a cozinha [...]. Lá para as quatro horas a gente faz o café da tarde [...]. Cinco e pouco, eu recolho a roupa, se tem pra passar, passo; se tem pra dobrar, dobro; Seis horas já a janta, né? Começo a fazer a janta. Aí, depois da janta, assisto TV e depois, mais tarde, eu vou dormir (TE3).

Além de eu ter que dar conta da questão do trabalho, do estudo, né? Eu ainda tenho que prover a casa. Eu acho assim muito complicado. Que eu não posso simplesmente chegar em casa, falar que eu estou sem fome e ir dormir. Ir deitar ou então fazer outras coisas. Eu tenho que primeiro pensar na manutenção da família (E2).

‘Trabalhamos numa velocidade que impede a reflexão sobre o significado de nossa vida’ [citando frase de uma revista]. Tem muita gente que trabalha de manhã, de tarde, de noite e quando vai ver

está trabalhando até em casa [...]. 'Dizem que o bolso é a parte mais sensível do nosso corpo' [outra frase da revista], porque, quando o bolso é afetado, automaticamente a gente é afetado também e afeta a nossa família também. E quanto mais a gente tem que trabalhar, mais fora da família a gente fica (E3).

De acordo com Pitta (1990), o que ocorre na prática é que os baixos salários para muitos e a ideologia de ascensão social para outros pressionam no sentido de os profissionais de Enfermagem assumirem dois ou mais empregos, sacrificando descanso, lazer e vida familiar. As horas de folga que deveriam ser vividas nos lares são “capturadas” pela necessidade de vários empregos.

O trabalho em saúde no espaço institucional: ambiente e relações

O ambiente de trabalho relaciona-se com um conjunto de fatores interdependentes que atuam direta e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho. Percebemos que uma visão global das influências do trabalho na vida das pessoas facilita a compreensão das dificuldades e desconfortos, da insatisfação, dos baixos desempenhos, das doenças e/ou ocorrências de acidentes e incidentes no trabalho.

Na organização do trabalho em saúde, o espaço físico da unidade de internação é um dos instrumentos que compõem as condições materiais necessárias à realização do processo de trabalho. Não é somente onde estão alocadas as coisas e as pessoas, mas expressa, também, como se dão as relações sociais entre os diversos profissionais e entre esses e o paciente (LIMA, 1999). Valemo-nos do pensamento de Merhy (2002), quando expõe que são exatamente nesses espaços que são postas em prática as tecnologias leves (tecnologias das relações), dependentes do trabalho vivo em ato.

Bem, minha equipe é maravilhosa [...]. Nós três falamos a mesma língua, a gente procura sempre estar unidas (TE4).

[...] gostamos do que fazemos, trabalhamos em conjunto. A gente nunca discute quem vai fazer, quem não. Só o olhar de uma para outra a gente já entende quem é que vai fazer aquilo, quem não vai (TE2).

Girin (1996), ao estudar a função comunicativa, aponta que a linguagem é mais que um simples suporte da informação, é um instrumento de socialização, de acumulação cultural, entre outras funções. Assim, no âmbito de uma organização, pode-se observar uma série de atos de comunicação ligados à definição e à execução dos objetivos da organização. O autor complementa que, mesmo sendo possível, segundo o senso comum, se comunicar por meio de gestos, de atitudes, de modos de vestir, de espaços que organizamos etc., em inúmeras circunstâncias da vida, a linguagem falada é, efetivamente, um recurso não somente útil, mas também absolutamente necessário à comunicação.

Observamos, então, que muitas vezes as relações nos diversos setores perpassam as ações conjuntas voltadas simplesmente ao ato de cuidar. O trabalho, entre outros aspectos, se torna uma forma de o homem interagir e estabelecer relações interpessoais, que teoricamente servem para reforçar sua identidade e o senso de contribuição (BOM SUCESSO, 2002). Nesse sentido, as relações interpessoais permitem compartilhamento de vivências e conflitos, bem como a solução de problemas (MOULIN et al., 2000), como também podemos constatar nas entrevistas:

Somos uma família. Uma sempre tenta resolver o problema da outra conversando, serve de terapia uma para outra (TE2).

[...] as relações de trabalho, de uma certa forma, não são ruins. O pessoal, a equipe que eu trabalho eu acho legal, lógico que tem alguns desacordos, algumas coisas mais a gente se entende e supera (E2).

Assim, a sensação de estar no trabalho e de se relacionar com outras pessoas, na condição de colegas, construindo e fortalecendo laços afetivos de companheirismo e amizade, demonstra ser gratificante e prazeroso.

Para Bom Sucesso (2002), quando uma boa relação não ocorre, é necessário avaliar o desgaste emocional e os conflitos decorrentes, não tratados ou solucionados, uma vez que as insatisfações, os desajustes e o mal-estar são frutos indiretos da quebra da qualidade de vida e da relação familiar corroída no ambiente de trabalho. Essas questões afetam a produtividade, o humor e o envolvimento.

O trabalho em saúde no espaço institucional: rotinas e procedimentos

De acordo com Offe (1991), na noção de trabalho, está incluída uma esquematização das atividades, segundo os meios e objetivos. Disso resulta um trabalho racionalmente organizado, cujos resultados são preestabelecidos:

Aqui eu passo e olho para ver se tem alguma criança nova que eu não conheço. Se tiver alguma criança nova que eu não conheço, eu olho o prontuário, o nome dela, a patologia dela, porque que internou e, em seguida, eu começo a olhar as feridas, os curativos [...]. Depois que eu olho todas as feridas, vejo todos os curativos, eu fico no setor olhando medicação, olhando punção de veia, vendo alta, né? Estas coisas assim. Não tem uma rotina, eu tinha que criar uma rotina mesmo, boa (E4).

Eu chego, tenho que checar o mapa cirúrgico, ver o pessoal, o material. Vejo se tem roupa para poder organizar a sala cirúrgica com o funcionário para deixar tudo pronto pra funcionar. Aí a gente começa atender os pacientes, com o que precisa também, atendendo os anestesistas, os cirurgiões com material, medicamentos que eles precisam. A gente tem que fazer pedido para farmácia, almoxarifado. Tem que programar as cirurgias do dia seguinte, ver se não precisa ter alguma coisa de especial, para gente estar providenciando. E, no mais, cuidar das intercorrências que acontecerem (E5).

Observa-se que, em ambos os casos, o enfermeiro é o responsável pelas atividades de planejamento e administração da assistência de Enfermagem, para a qual executa, entre outras atividades: a organização da unidade hospitalar, promovendo suporte para o trabalho de todos os profissionais, visita aos pacientes para verificação de seu estado ou necessidades e supervisão dos cuidados prestados pelos componentes da equipe de Enfermagem. Ao final da jornada de trabalho, o enfermeiro (diarista) elabora um relatório com as informações necessárias em relação aos pacientes e à unidade de internação. No HINSG, a elaboração do relatório que contém as informações indispensáveis às trocas de plantão (das sete e dezenove horas), referentes às intercorrências dos setores, é realizada pelo enfermeiro plantonista, responsável pela supervisão.

O trabalho dos técnicos e auxiliares de Enfermagem relaciona-se com a assistência e envolve, geralmente, o cumprimento da prescrição médica. Alimentação, administração de medicamentos, banhos, curativos, controle de sinais vitais e balanço hídrico fazem parte de uma rotina diária de serviços:

A gente chega, vai pesar as crianças, verifica antes a temperatura, que pode alterar um pouquinho por causa do banho, né? E depois vê as veias, vê o soro, faz os curativos, encaminha pros exames. Isso tudo na parte da manhã. Verifica as temperaturas, quem tem controle de dextro faz dextro, PA, DU [...]. Aí quando dá mais ou menos 9 horas, eu começo a conferir as medicações que já vêm da farmácia em doses unitárias. Só conferimos na prescrição e administramos. Às 9 e meia mais ou menos, a gente faz as medicações, se tem alguma veia perdida, nós já puncionamos. E quando tem criança grave, igual a hoje, é o dia inteiro, até agora aspiramos, trocamos, verificamos PA várias vezes, cuidado intensivo. Horário de meio-dia é horário de troca de soro, albumina, temos também que ter o cuidado de estar controlando se tem algum concentrado para entrar nessa criança; se tiver, tem que ligar para o Banco de Sangue. Tem que pegar os exames, tem que marcar os exames, tem que cobrar se tem alguma criança para poder fazer o exame e não foi chamada. É preciso também acompanhar as crianças (TE5).

Partindo da apreensão dos momentos do processo de trabalho relatados, observamos que se viabilizam por meio de uma atividade orientada para um fim – os procedimentos – quando, muitas vezes são utilizadas tecnologias duras para a realização do trabalho em ato. Porém, ao olharmos com atenção esse processo, concordamos com Merhy (2004), quando diz que, além das várias ferramentas-máquina, neste caso podemos citar: balança, esfigmomanômetro, termômetro, instrumento para medir glicemia, prescrições, etc., são mobilizados intensamente no trabalho os conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais da Enfermagem, o que demonstra a existência da tecnologia leve-dura. Entretanto, se analisarmos mais profundamente essa fala, observamos um processo de produção de atos de saúde “procedimento centrada” e não “usuária centrada”. Assim, o trabalho vivo em ato no qual se opera um jogo de expectativas e produções, criando momentos de falas, escutas, interpretações, acolhidas, não foi apontado ou revelado nesta fala, como parte constitutiva desse trabalho.

Somos enfática em concordar, ainda com esse autor, quando afirma que somente usando mão dos três tipos de relação (tecnologia dura, leve-dura e leve) é que se pode produzir qualidade no sistema, expressa em termos de resultados como: “[...] maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo” (MERHY, 2004, p. 79).

O trabalho em saúde e a produção da vida

De maneira geral, todos os participantes da pesquisa afirmaram se identificar com a instituição, com o cuidar das crianças, com a satisfação de estar envolvido no processo da cura.

Geralmente, como consequência da sensibilidade característica dos seres humanos e, em especial, dos profissionais que atuam no serviço pediátrico, a equipe estabelece relações de afeto com a criança e com sua família:

Eu acho que o hospital funciona muito bem. Eu já trabalhei em outros hospitais públicos, eu acho que este hospital público funciona. Acho que ele funciona porque o servidor veste a camisa do hospital em prol da criança. Acho que funciona porque é criança. Todo mundo tem motivação melhor com criança do que com idoso, por exemplo (E5).

Eu tenho prazer de cuidar das crianças. Temos que ter muito amor. Cuidar de vida é muito sério (AE2).

[...] o ambiente de trabalho é bom, eu venho trabalhar com vontade. Se colocar pelo lado financeiro, não compensa, mas a gente pensa que a criança não tem nada com isso (E10).

[...] adoro trabalhar com as minhas crianças (E6).

Gosto. Muito. Gosto muito do que eu faço. Amo o que faço. Eu cuido dessas crianças como se fossem meus filhos. Muito pensando que eu tenho de fazer o melhor, porque eu gostaria de que fosse feito o melhor para meus filhos também (TE5).

Dessa forma, Rocha e Almeida (2000, p. 98) trazem um conceito de cuidar que transcende o caráter universal de assistir o ser humano em suas necessidades. As autoras apontam que, “[...] na prática o cuidado se apresenta de forma histórica e contextual, portanto, é variável e depende de relações que se estabelecem no processo de assistência, tornando-se uma atividade bastante complexa”.

Gosto do meu trabalho, porque eu sei que depende muito da gente o sucesso da cura, da cirurgia, porque uma falha da gente, uma coisa que, se nós quisermos fazer de maldade, por esquecimento, ou negligência pode causar a morte de outros. E saber que somos competentes, gostamos do que fazemos e trabalhamos em conjunto me deixa satisfeita (TE2).

O prazer do trabalho, para essas profissionais, está na melhora do paciente, na sensação do dever cumprido, além da produção da maternagem, em que o cuidar se assemelha ao cuidar do próprio filho. Contudo, nessa representação, a fala do afeto, da cumplicidade, das relações de escuta, ou seja, do trabalho vivo em ato, está ausente, o que demonstra que o profissional se centra basicamente nos procedimentos, nos protocolos. Dessa forma, reafirma o padrão assistencial voltado para a ótica hegemônica do modelo médico, centralmente organizado a partir de problemas específicos.

Eu gosto do meu trabalho. Eu acho que o setor que eu trabalho, apesar de ser um setor um pouquinho complicado, é um setor que eu gosto muito (E5).

Eu me identifico muito com o Hospital Infantil, gosto muito daqui (E1).

[...] adoro trabalhar aqui no Infantil, venho com muita alegria (TE6).

Aqui eu me sinto um pouco herói, no contexto geral, pelo fato de eu me deparar com várias situações e tentar fazer o máximo para amenizar um pouco do sofrimento das pessoas (E7).

Leopardi (1999b, p. 53) aponta que, no trabalho em saúde, a solidariedade às vezes é esquecida, porém, quando cultivada, esse valor está relacionado com a afirmação da superioridade nas relações, uma vez que, ao cuidar do outro ser humano, o cuidador está diante da própria fragilidade pela identificação com o outro. Dessa forma, “[...] a solidariedade se transforma em um modo de cuidar com compaixão, com o mesmo sentido de vida e com a mesma energia com que gostaríamos de ser cuidados”.

Eu gosto do meu trabalho. De uma maneira geral, eu gosto muito do que eu faço. Eu acho muito bom ficar lidando com essas pessoas simples e que têm uma carência muito grande de informação e carência social e financeira, então a gente procura fazer, inclusive,

alguns trabalhos filantrópicos aqui, de estar fazendo alguns contatos com empresas, de estar tentando fazer alguma coisa neste sentido também (E2).

Observamos, diante dessa fala, que o trabalho, visto como cuidar, assistir, compartilhar, ouvir, envolve relações que muitas vezes vão além dos limites da instituição. Percebemos a solidariedade com o sofrimento e a vida do ser humano – a criança, demandante de cuidados e afetos. A satisfação de ajudar pessoas carentes e necessitadas gera prazer e sentimentos satisfatórios que levam os profissionais a se empenharem em trabalhos voluntários, sem remuneração, em defesa do bem-estar social e fortalecimento pessoal.

Em outro sentido, o trabalho é apontado como forma de “lazer” e “distração da mente”. O profissional lida com diversos afazeres em seu domicílio, de forma rotineira e cansativa, e vê no trabalho uma forma de esquecer, por alguns instantes, seus problemas pessoais.

Pra mim é gratificante, porque eu saio daquela rotina também de casa, né? Que é um pouco cansativo lidar com irmãos doentes. Eu acho que, se eu não tivesse esse trabalho, eu estaria talvez como eles, com problema até mental [...]. Então, pra mim, né? O serviço é uma coisa maravilhosa, distrai a mente. É como se fosse um lazer. Eu não vejo nem como um trabalho isso aqui, e sim como um lazer, é a segunda casa pra mim. Adoro isso aqui. Quando eu subo a ladeira, eu falo assim: Graças a Deus Senhor, que eu tenho esse emprego. Amo de coração (AE3).

É importante não confundirmos trabalho e lazer, já que, se formos buscar explicações ao “pé da letra” para essas palavras, perceberemos que elas têm significados opostos. De acordo com Garcia (1986), *lazer* significa ócio ou tempo disponível para se fazer alguma coisa devagar. *Trabalho* é o exercício material ou intelectual para desenvolver uma atividade, podendo também significar esforço.

Dessa forma, esforço e ócio são antagônicos, tanto no sentido quanto na prática. Contudo, a explicação para essa questão está na psicodinâmica do trabalho, pois, conforme relatado, a atividade do trabalho, sua forma de organização e as relações interpessoais presentes na instituição podem aumentar as chances de expressão do bem-estar individual. “O trabalho, aqui, adquire importância maior do que qualquer outra dimensão da vida (sem trabalho não há vida) e, por isso, torna-se referência estruturante da própria existência” (MOULIN et al., 2000, p. 235).

O que é fundamental, o que me motiva é a profissão que eu tenho, o que eu sou hoje. Não sei fazer mais nada. Tenho amor pela Enfermagem, pelo cuidar, pela busca pela perfeição (TE7).

Saio com saúde espiritual (bom humor) feliz por fazer minha parte (TE6).

Uma das falas muito presente entre os profissionais remete à concepção de trabalho como enobecedor do homem. Assim, ele adquire importância, ao estar associado à idéia de atividade, produtividade e, por conseguinte, utilidade. Nesse sentido, “[...] assume um valor como prática social que faz com que o sujeito se sinta participante e também responsável pela transformação da realidade” (MOULIN et al., 2000, p. 236).

O trabalho em saúde como produção de satisfação na vida

Motta (1991) aponta que, em contribuição com os estudos sobre trabalho, Herzberg desenvolveu uma teoria de fatores que afetam o grau de satisfação e insatisfação no trabalho. Um desses conjuntos é constituído por fatores motivacionais que são responsáveis pela satisfação no trabalho. Dentre esses fatores, destacam-se aqueles relacionados com a concretização da tarefa, reconhecimento, responsabilidade, desenvolvimento e características específicas do trabalho. O outro

conjunto, chamado de fatores higiênicos, está mais associado à ambiência do trabalho e à insatisfação. Dentre eles, destacam-se o *status*, as relações interpessoais com supervisores, colegas e subordinados, a política organizacional, a segurança e os salários.

A esse respeito, a equipe de Enfermagem pesquisada relatou o que consideram positivo e negativo em suas profissões. Dessa maneira, a maioria afirmou que, embora o trabalho seja desgastante, ele é percebido, de forma geral, como positivo. Novamente a possibilidade do auxílio ao próximo é referência constante nas falas.

Eu sinto muita satisfação de cuidar das crianças, sabe? Cuidar destas mães. Pedir para elas fazer com bastante carinho, né? [se refere ao carinho da mãe com a criança]. Porque a gente é que sabe o que é ficar no hospital com a criança doente. A criança já está espantada, porque não conhece a gente. Se a gente não fizer isso com bastante carinho, as crianças em vez de melhorar vão adoecer, né? (TE1).

Ao realizar seu ofício de forma geradora de resultados positivos, com perfeição, dignamente e sem ausências ao trabalho, o trabalhador, geralmente, espera em troca ser reconhecido. Para Dejours (1996b), o reconhecimento é a retribuição fundamental da sublimação. Isso significa que a sublimação tem um papel importante na conquista da identidade.

Todas as vezes que o trabalhador soluciona os problemas que lhes são colocados (atividade de concepção) e que obtém em troca um reconhecimento social do seu trabalho, é também o sujeito sofredor, mobilizador de seu pensamento, que recebe um reconhecimento subjetivo de sua capacidade para conjurar a angústia e dominar seu sofrimento (DEJOURS, 1996b).

Segundo o autor, o prazer também pode ser resultado da transformação do sofrimento, quando a organização do trabalho permite a utilização de recursos pessoais, especialmente da criatividade e da gestão coletiva do seu trabalho.

Assim sendo, o prazer no trabalho resulta tanto dos investimentos sublimatórios dos trabalhadores na atividade, por meio de sentimentos de utilidade, reconhecimento e valorização, quanto da dinâmica de transformação do sofrimento por recursos pessoais e de formas coletivas de gestão permitidas pela organização do trabalho (DEJOURS, 1996b).

É interessante notar que a questão valorização/reconhecimento x desvalorização/falta de reconhecimento está ligada:

O que me deixa satisfeita é me sentir valorizada. Quando você é elogiada [...], que bom que você conseguiu. Olha, aqui nessa enfermaria, aqui, nós temos ótimos funcionários. Então, quer dizer, isso aqui, pra gente, é muito bom. Eu gosto de sentir que eu estou prestando um bom trabalho [...]. A Enfermagem aqui é muito elogiada. Nós já levamos papel aqui de melhor Enfermagem do hospital, quer dizer, nós estamos bem empenhados nas crianças aqui (TE5).

O que me deixa satisfeito é o reconhecimento. O que me deixa insatisfeito é a falta de reconhecimento do serviço da gente. As duas coisas são casadas. O que me move é o incentivo. É achar que eu sou importante naquele serviço. O que me deixa insatisfeito é a falta de reconhecimento, de importância que a Enfermagem tem pra população, no contexto de saúde (E4).

No sentido mais comum, a motivação pode ser entendida como o grau de vontade e dedicação de uma pessoa em sua tentativa de desempenhar bem uma tarefa (MOTTA, 1991). Porém, ao tratar a motivação como um processo psicológico do indivíduo, acredita-se que ela ativa, direciona e faz o sujeito persistir em determinado tipo de comportamento. Assim, concordamos que a motivação é “[...] a energia oriunda do conjunto de aspirações, desejos, valores, desafios e sensibilidades

individuais manifestadas através de objetivos e tarefas específicas” (MOTTA, 1991, p. 192).

[...] satisfeita é quando tá todo mundo bem, todo mundo com saúde [ela se refere aos colegas de setor], e tem material pra se trabalhar, e [...] chefe que ajuda, que trabalha assim, junto com a gente, que resolve as coisas quando tem algum problema (TE3).

[...] a gente tem a felicidade de ter a enfermeira nos acompanhando e sempre que precisamos, ela está ali do nosso lado. Então a gente sempre está motivado (AE5).

É saber que o povo chegou aqui e ele foi atendido bem e foi curado (E1).

Como a gente trabalha com doença, com pessoas doentes, acho que o mais gratificante pra gente é você ver a imagem desta pessoa saindo bem, saindo feliz. Saber que você deu esta contribuição para que o mundo pudesse ficar um pouquinho feliz (E7).

Segundo Pitta (1996), o reconhecimento torna-se uma atividade de sublimação, possibilitando a realização transacional do desejo num caminho alternativo à repressão, ao trabalho duro, penoso de lidar com pessoas adoecidas:

[...] a gente às vezes se sente frustrada, se sente culpada, se sente pequeno em relação às coisas que acontecem. Mas às vezes a gente tem também uma platéia aplaudindo e se sente recompensado. Pode não ser por A nem B, às vezes pelo próprio paciente, isso é o que dá força para a gente, dá satisfação para a gente. Então eu acho que é uma mistura de sentimentos (E5).

Essa mistura de sentimentos é explicada por Lima (2001) quando aponta a esse respeito que os trabalhadores, de maneira geral os que desempenham atividades em hospitais, se julgam ora vilões, ora heróis ou vítimas das crises que se reproduzem nos espaços conflituos e “tensionados” do trabalho em saúde.

O trabalho em saúde como produção de “impotência” na vida

A formação e as práticas dos profissionais de saúde geralmente estão focadas na doença, embora o discurso da Enfermagem fundamente o processo de cuidar do paciente como um todo (seu estado biopsicosocial).

Leopardi e Capella (1999) apontam que a fragmentação dos saberes e das práticas é mais consequência do que origem dos movimentos humanos na disposição da vida.

Nesse sentido, um sujeito assistente, geralmente, não realiza sozinho o trabalho vivo em ato no âmbito da organização hospitalar. Ele conta com o apoio de diferentes profissionais, com experiências, visões e saberes distintos.

Assim, percebemos que a busca pela compreensão das diferenças acaba por gerar confrontos e pensamentos desvalorizantes por parte do ser humano. No cotidiano do trabalho, essas situações provocam conflitos e sofrimento para os profissionais de Enfermagem:

É a desvalorização. Às vezes [...] ter um nível médio, tem um pouco de, como é que eu digo, tem um pouco de indiferença (TE5).

[...] a gente vive numa luta por mais dignidade (AE1).

Na opinião dos trabalhadores de Enfermagem, a desvalorização, a falta de reconhecimento, o remanejamento, a dificuldade de comunicação, a carência de materiais e o relacionamento entre equipes de Enfermagem e médica são as principais causas de insatisfação no trabalho:

Nós temos vivido situações aqui no hospital meio conflitantes entre a categoria médica [...]. Isso me chateou bastante, mas eu procurei esquecer e deixar para lá (E8).

Fico insatisfeita quando acontece de alguém ou algum dos médicos aborrecerem a gente e ficar por isso mesmo. Como se fossem donos, chegam aqui, aborrecem, mandam e vão embora [...] (TE3).

Para não bater boca lá dentro todo dia, tenho que agüentar e fingir que eu não estou vendo, e deixar de exercer algumas atividades que eu sei que compete a mim, para eu não bater boca todos os dias (E9).

Às vezes você, agindo diretamente, você acaba tendo mais conflitos com a pessoa, criando mais problemas, então é melhor deixar passar (TE12).

Cotidianamente, a relação entre os diferentes membros da equipe de saúde tem sido marcada pelo (des)considerar o outro, como parceiro e aliado, o que é muitas vezes caracterizado pelas falas que se revelam a partir do “silêncio”.

[...] a gente conhece muito as crianças, a gente não conhece muito a parte teórica, como vocês que têm uma faculdade e tal, mas, a nível de prática, nós temos muito bons técnicos aqui, que sabem olhar as crianças e falar: ‘essa criança tá bem. Essa criança tá agravando’ [...]. Então às vezes têm alguns que não dão muito ouvido, porque acham que a gente não sabe, que a gente não tem nível superior. Aqui, de vez em quando, acontece isso, porque tem muito rodízio de residentes [...]. A gente dá uma opinião e a criança muitas vezes agrava. Eu acho que é só um pouquinho mais de confiança, não sei, né? De repente por não conhecer o trabalho da gente [...] (TE5).

Para Pitta (1990), a divisão social do trabalho da equipe de Enfermagem é perversa e “racista”. Ela separa, de um lado, a minoria que pensa, detentora do conhecimento, e, de outro, a maioria que executa as tarefas de forma repetitiva, o corpo técnico. Existem numerosos estudos sobre os danos causados aos trabalhadores nesses processos de dissociação e fragmentação das tarefas que apontam conseqüências psicossociais, econômicas, dentre outras.

De acordo com estudos sobre violência institucional, essa narração descreve uma forma de violência sofrida pelo trabalhador diante de uma situação em que suas opiniões não são levadas em consideração.

ILO/ICN/WHO/PSI (2002) explicam que violência no trabalho é um problema global que afeta a dignidade de milhões de pessoas no mundo, sobretudo trabalhadores do setor de saúde. Sob a exigência de mudanças, crescente pressão, estresse, instabilidade social e deterioração das inter-relações pessoais, a violência nesse setor vem aumentando.

Discutindo as questões ligadas à violência, destacamos alguns conceitos que facilitam a compreensão desse assunto. "Consiste em ações de pessoas, grupos, classes ou nações que ocasionam a morte de seres humanos ou que afetam prejudicialmente sua integridade física, moral, mental ou espiritual" (MINAYO; SOUZA, 1998, p. 514). E, ainda, "[...] incidentes onde o staff sofre abusos, ameaças e ou é agredido em circunstâncias relacionadas a seu trabalho, incluindo o trajeto do e para o trabalho, envolvendo perigos explícitos ou implícitos para sua segurança, seu bem-estar ou sua saúde" (ILO/ICN/WHO/PSI, 2002, p. 3).

Minayo e Souza (1998, p. 514) citam o que Agudelo relata sobre violência: "[...] afeta a saúde porque ela representa um risco maior para a realização do processo vital humano: ameaça a vida, altera a saúde, produz enfermidade e provoca a morte como realidade ou como possibilidade próxima".

Dessa forma, com a necessidade de minimizar essa questão, os caminhos para a prevenção da violência institucional se iniciam pela educação (DIAS; RAMOS, 2003). Acreditamos que é importante a criação de espaços, dentro da jornada regular de trabalho, para a discussão do tema entre a equipe multiprofissional.

A face oculta do remanejamento

Devido à obrigatoriedade de continuidade da atenção hospitalar, o trabalho da Enfermagem é organizado com extrema rigidez. Então, é preciso que haja pontualidade na troca dos plantões nos diferentes turnos. Somando-se a essa questão, Elias (2002) aponta o fato de que a falta de um profissional ao trabalho sempre resulta na necessidade de cobertura irrevogável e imediata por um outro. Assim, a supervisão da instituição “lança mão” do remanejamento para atender aos desfalques dos setores.

Desse modo, remanejamento é entendido como a troca do funcionário de um setor para outro, geralmente utilizado para completar as equipes em decorrência da falta de pessoal ou necessidade da instituição (LAIGNIER, 2002).

[...] a gente trabalha a semana toda, rala, rala, rala a semana toda, agora, chega um final de semana ou até meio de semana mesmo, eles vêm pedindo remanejamento. Como se a gente não trabalhasse, como se fosse assim um setor bradi, tranqüilo [...]. Remanejamento me deixa meio injuriada (AE4).

Sou muito insatisfeita com remanejamento. Eu faço, e também não reclamo que não quero ir, não, mas eu sou muito insatisfeita com isso. Eu acho que você já terminou seu trabalho todinho, daí a pouquinho você tem que sair pro outro. Mas eu vou, entendeu? Tem colega aí que elas peitam mesmo (TE1).

É interessante notar que as falas levam a crer que os profissionais se sentem desprestigiados quando são solicitados a sair do seu setor de trabalho e ir para um outro, no qual nem sempre conhecem as rotinas, as normas e não estão familiarizados com o ambiente. Muitas vezes, o motivo da insatisfação está em cobrir o descompromisso do colega com a instituição, o que é capaz de gerar sobrecarga de trabalho para o profissional remanejado. Como conseqüência, pode-se citar o

sofrimento que traz à tona ansiedade, tensão, fadiga, sentimentos de medo, podendo, inclusive, acarretar acidente de trabalho.

Remanejamento eu não gosto, eu me aborreço [...] eu quase enforco a staff quando tem (TE3).

[...] estou um pouquinho insatisfeita na minha função hoje dentro do hospital. Ser tirada de um setor para estar cobrindo outros. [...] Isto gera insatisfação, pois quando você começa a montar o serviço, você muda de setor (E7).

[...] vou só te dar um exemplo: eu vim fazer um plantão aqui pra colega à noite e, quando eu cheguei aqui, eu já tinha feito plantão durante o dia, o plantão tava agitado, à noite tava calmo. Quando foi à noite, porque nós estávamos em três, remanejou uma pessoa para outro setor. No caso, essa pessoa fui eu. Chegando lá, o plantão foi assim, terrível, a noite toda com duas crianças entubadas, né? Crianças graves mesmo. Então, quer dizer, o chefe daquele setor sabia que tinha uma folga na escala. Por que ele não cobriu? [...] (TE5).

Conforme apresentado nas falas, o remanejamento constitui-se num foco de grande conflito entre a equipe de Enfermagem. De acordo com os trabalhadores, as chefias deveriam estar mais atentas a essa questão e só conceder folgas após uma mínima avaliação do setor em relação ao número de pacientes, à gravidade dos quadros, aos procedimentos que estão sendo realizados de rotina e à escala dos funcionários. A equipe aponta, ainda, que, ao permitir que um funcionário folgue, o coordenador deveria imediatamente providenciar outro trabalhador para cobrir o setor.

Dessa maneira, Lima (2001) relata que a escala dos funcionários permite a sistematização e a organização da presença dos trabalhadores na instituição. Assim, “[...] a forma de organizar a escala tem a ver com a forma como serão produzidos diariamente o trabalho e, nele, os modos de *se ver* e *ser visto*, na instituição, a partir

dos diferentes estilos de ação político-institucional que permeiam os agires embutidos nesses processos” (LIMA, 2001, p. 203).

As condições de trabalho atravessadas pelas faltas e carências institucionais

As limitações de materiais foram uma constante nas falas. Para Costa (2005), essas limitações freqüentemente fazem com que o trabalhador lance mão de formas alternativas para realizar o cuidado. Muitas vezes assumem a deficiência de infraestrutura como uma questão própria. Dessa forma, seu tempo é consumido nas tentativas de resoluções dessas carências.

Às vezes, o médico pede uma coisa e quer que a gente dê conta daquilo, sendo que a gente não tem aquele material e eles querem que dê conta [...] (AE4).

Com relação a material, a gente fica muito a desejar, porque, por ser público, ele vai pelo menor preço e eu acho que não é por aí. Eu acho que a gente tem que ter o menor preço mais marca e qualidade, em vez de o menor preço. Não menor preço global, sabe? (E1).

Material aqui no Hospital Infantil eu, desde que entrei aqui, a gente nunca passou por uma fase igual a que a gente tá passando agora. Nós sempre tivemos as coisas aqui em excesso. Às vezes, a gente via entrevista, Dório Silva, outros lugares, tudo sem material, aqui é a primeira vez. Igual agora, bomba, nós estamos tendo um problema muito sério com bomba de infusão. Agora é que chegaram os equipos, mas a gente tá com um problema muito sério de às vezes não ter bomba nem para correr a medicação nas crianças. É um problema. Porque a doutora exige que a gente administre a medicação e não tem bomba [...]. Quer dizer, isso também traz um estresse pra gente. Traz, porque não tem material pra gente trabalhar direito (TE5).

Falta de material, isso prejudica muito [...] (AE4).

Ao extrapolar a noção de “organização de saúde” para incorporar às funções das “organizações de serviços públicos”, amplia-se o nível de dificuldades, já que se incorporam, para além da técnica, outras dimensões políticas e econômicas que tornam, muitas vezes, contraditórios os objetivos dessa organização (PITTA, 1996).

A exemplo disso, está o exposto na fala de alguns funcionários sobre a falta de materiais. A redução dos gastos públicos, medida estritamente econômica, põe em risco a acessibilidade e qualidade dos serviços prestados:

Falta de roupa. Falta de roupa pro Centro Cirúrgico, falta de campo cirúrgico, falta de compressa, todo o material que quando não tem atrapalha o serviço é a roupa (TE3).

A roupa que demora a chegar. A roupa pra trocar o leito das crianças. Demora muito, daqui que você vai esperar estas roupas já podia ter feito estes banhos. A mãe tá cobrando, o pai cobrando. A criança às vezes tá nervosa porque tá ali numa cama que fez xixi (TE1).

A produção de acolhimento, responsabilizações e vínculos

[...] uma das coisas que me aborrece muito no meu setor de trabalho é o relacionamento do funcionário com o acompanhante. É uma coisa que me deixa extremamente aborrecida, pois, da mesma maneira que a criança, o acompanhante não pediu para estar ali [...]. Eu acho que a relação trabalhador acompanhante, trabalhador cliente deve ser melhorada um pouco mais. A gente deve refletir como estamos tratando os nossos acompanhantes, os nossos clientes, porque, se nós nos colocarmos na posição deles [...], a gente vai ver que eles não merecem certos tipos de tratamento que eles têm aqui no hospital (TE8).

Essa fala nos mostra a necessidade de incorporar as questões da assistência humanizada como parte do modelo de atenção nessa instituição. O acolhimento, principalmente dos acompanhantes de pacientes pediátricos, é de real importância, uma vez que o impacto emocional de uma doença em crianças gera sofrimento, dor, tensão e angústia aos pais, influenciando no aspecto psicológico das crianças. Os familiares necessitam, então, de informações claras para aliviar suas emoções, a fim de favorecer formas de conforto físico e espiritual.

Complementando essa questão, Pitta (apud FREIRE, 2002) reflete sobre a complexidade da equação doente x seu cuidador x e as organizações de saúde.

Dessa forma, a autora aponta que é fundamental para a autonomia do paciente e intermediações com os profissionais de saúde, que exista um cuidador da família acompanhando todo o processo de hospitalização do doente, o que certamente se intensifica na assistência pediátrica.

No HINSG, foi criado, na década de 80, o Programa da Mãe Acompanhante, antes mesmo da implantação do Estatuto da Criança e do Adolescente que concedeu a elas esse direito (TRUGILHO, 2001). Assim, os pacientes passaram a possuir, assegurados por lei, o direito de ter um acompanhante durante as 24 horas do dia nas enfermarias, com exceção das crianças internadas no CTQ, no CTI e na NEO que, devido à necessidade de assistência intensiva e por apresentarem quadro imunológico muitas vezes delicado, só podem receber seus familiares nos horários de visita.

Independente do papel que desempenha, o profissional de saúde é um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente e, como tal, deveria ser capacitado, principalmente para agir no terreno específico das tecnologias leves, dos modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos (MERHY, 2004).

Nesse sentido, o sofrimento gerado no contato interpessoal com o paciente leva os enfermeiros a utilizarem estratégias defensivas, com a finalidade de evitar o sofrimento e se adaptar às condições do meio externo, bem como evitar o confronto com o binômio vida e morte.

Ao estudar a situação de trabalho dos profissionais de saúde, Pitta (1996) afirma que esse trabalho suscita sentimentos fortes e contraditórios, como piedade, compaixão, amor, culpa, ódio e ressentimento contra os pacientes, o que é corroborado pela fala dos entrevistados:

[...] às vezes me sinto triste, devido ao estado das crianças. Assim deixo de sorrir (TE11).

[...] lá tem umas crianças que são crônicas, então a convivência de muito tempo com estas crianças faz a gente viver junto com eles. Então, quando uma criança dessas tem uma piora a gente fica muito triste (AE5).

A autora considera que, diante desses sentimentos, os profissionais utilizam mecanismos de defesas estruturados socialmente a fim de negociar suas angústias. Assim os categorizou a partir de comportamentos identificados na relação profissional de saúde-paciente:

- fragmentação da relação técnico-paciente, reduzindo o tempo de contato com a atividade e distribuindo as tarefas com a equipe;
- despersonalização e negação da importância do indivíduo, considerando os pacientes iguais entre si;
- distanciamento e negação de sentimentos, exercendo o controle sobre eles;
- eliminações de decisões, estabelecendo um ritual para o desempenho das tarefas, uma padronização das condutas, antecipando escutas e respostas para não atender a cada momento uma demanda. Esse ritual tem por objetivo reduzir a ansiedade e minimizar o discernimento individualizado de cada profissional em planejar o seu trabalho;
- redução do peso da responsabilidade, dissipando com vários profissionais a divisão das tarefas numa hierarquia flexível.

Sabemos que pesquisas sobre as estratégias defensivas demonstram que não existe um padrão dos tipos de comportamentos de defesa para todos os trabalhadores. Cada categoria expressa comportamentos específicos, podendo variar até dentro da mesma categoria profissional.

Por outro lado, as causas do sofrimento e a utilização dessas estratégias podem assumir um papel diferente nas situações de trabalho, gerando prazer para os trabalhadores, quando eles atribuem um sentido positivo à sua atividade:

Vejo na dor das crianças uma forma de ganhar forças. Eu procuro ficar só, para analisar minha vida (TE11).

Tomando como referencial esta análise, concordamos com a autora, no que concerne ao desenvolvimento dos mecanismos ou estratégias de defesa que os trabalhadores desenvolvem, quando expostos a situações conflitantes. Um exemplo a considerar refere-se à divisão das tarefas, tendo em vista a fragmentação da relação técnico-paciente. Reduzindo o contato, reduz-se a possibilidade de ansiedade em frente ao processo saúde-doença:

Quando a gente chama alguma colega às vezes pra ajudar a fazer alguma coisa. Por exemplo, hoje eu fiquei muito chateada por chamar um dos meninos que carrega as macas para pegar uma criança mais pesada que a gente, porque a gente é mulher e a gente não vai agüentar pegar uma criança de 50, 60Kg pra botar em cima de uma maca. Eles negam, eles demoram demais a vir. Um banho, que é para você fazer às 8 horas, a gente acaba fazendo às 11, quase ao meio dia, isto aí é uma insatisfação muito grande pra gente, não é? (TE1).

Os conflitos no cotidiano do trabalho

O HINSG possui, em sua organização administrativa, duas formas distintas de contrato de trabalho: o contrato de regime estatutário e o contrato temporário. No primeiro, os trabalhadores são admitidos por concurso público e possuem direitos trabalhistas definidos. No segundo, são contratados por seleção curricular e não possuem direitos definidos.

São consideráveis as diferenças existentes entre as duas categorias, no que se refere aos aspectos de estabilidade, férias, abonos, previdência social, remuneração e oportunidade de carreira. Os funcionários contratados temporariamente não gozam de estabilidade funcional.

Costa (2005), em um estudo sobre as múltiplas formas de violência no trabalho de Enfermagem, aponta que, mesmo considerando que os trabalhadores, ao assinarem seus contratos, concordam com a jornada, funções, salários e espaços de trabalho estabelecidos, essas diferenciações de vínculo constituem uma forma de violência estrutural, pois a negação dos termos do contrato pode significar perda do trabalho. Dessa maneira, são submetidos à violência na forma de discriminação, a partir do momento em que firmam seus contratos com a empresa. A autora complementa:

A partir da assinatura do contrato de trabalho o corpo de cada trabalhador individualmente e o corpo de enfermagem coletivamente, passa a compor o corpo de trabalho em saúde seguindo as normas e regras instituídas pelo hospital. O contrato de trabalho, portanto, é o primeiro acontecimento que se inscreve sobre o corpo das(os) trabalhadoras(es). Esse, da forma como ocorre, se caracteriza como discriminatório, pois define para as mesmas funções, critérios diferenciados, ou seja, jornadas de trabalho, grau de exigências e salários distintos (COSTA, 2005, p. 149).

As diferentes formas de contratos de trabalho facilitam o desentendimento entre as equipes. As falas dos profissionais a seguir exemplificam essa questão:

[...] todo mundo trabalha igual [...] e não tem os mesmos direitos (TE9).

Eu acho que aqui tem uns problemas de relacionamento e o fato da gente também ser contrato prejudica muito. Porque toda hora te jogam na cara: 'Cuidado, você é contrato, pode acontecer isso, pode acontecer aquilo'. Eu já ouvi assim: 'Filho de contrato não pode ficar doente, entendeu? Contrato não tem que passar mal. Tá aqui pra tapar buraco, não está aqui para adoecer'. Então é coisa muito ruim. Eu já chegar e pegar no 'pau'. Dói muito (AE1).

O atual estágio de implementação do Sistema Único de Saúde impõe aos gestores a responsabilidade de administrar a heteronomia das relações de trabalho. A diversidade de vínculos empregatícios, de remuneração e de culturas institucionais, convivendo sob a égide de um único gestor, tem provocado diversos embates entre a administração e os trabalhadores. Quando esses conflitos não são resolvidos, trazem a ineficiência, a baixa produtividade e a má qualidade dos serviços que, como conseqüência, provocam a frustração dos servidores e, muitas vezes, a insatisfação dos usuários (CASTRO, 1998).

Nesse contexto inserem-se as iniciativas de instituir sistemas de *gestão participativa* que propõem a adoção de um novo conceito de gerenciamento das relações de trabalho no setor público, combinado com a consecução de metas e objetivos comuns que atendam, sobretudo, aos interesses dos cidadãos usuários. A negociação coletiva do trabalho se apresenta neste livro como um instrumento de ação, do referido sistema, para intervir no campo da resolução de conflitos de interesse (CASTRO, 1998, p. 10).

As relações de poder na organização do trabalho

Para que o cuidado se realize, Merhy e Cecilio (2003) apontam que há uma tensão constitutiva no processo gerencial das áreas assistenciais que se apresentam na forma de coordenar todo o processo do cuidado “por partes”, de maneira fragmentada.

Desse modo, sabemos que o enfermeiro não realiza apenas a coordenação do pessoal da Enfermagem. Ele possui “[...] um papel muito mais ‘estratégico’ para a vida hospitalar e muito mais complexo e difícil do ponto de vista de sua operacionalização: a gestão do cotidiano das unidades assistenciais” (MERHY; CECILIO, 2003, p. 114). Assim também se manifestou um entrevistado:

Olha, eu acho que, no dia-a-dia, o que a gente tem de problema aqui, em relação ao centro cirúrgico, são as cirurgias que não estão marcadas. O cirurgião, ele tem o dia dele, normalmente o dia preestabelecido de serviço. E ele confia que, como o dia é dele, ele não precisa marcar, então, às vezes, isso foge um pouco do controle da gente. Outra questão são os materiais e roupas, isso é um problema sério que a gente enfrenta. A lavanderia que às vezes não manda roupa, porque não está funcionando à noite, e às vezes falta roupa de manhã tanto para a gente entrar no centro cirúrgico, quanto lençol para as macas. Estes são os maiores problemas gerados no dia-a-dia. Estes problemas que eu falei, da gente querer melhorar e não conseguir, eu não considero que são do dia-a-dia, não, são crônicos (E5).

Existem muitas especificidades no trabalho da Enfermagem, que dizem respeito a ações de prestar um cuidado, de mediá-lo para a equipe de Enfermagem e Saúde, e também de educar (KIRCHHOF, 2003).

De acordo com a Lei nº. 7.498, de 1986, o processo de trabalho relacionado com as ações de organização, coordenação e direção dos serviços de Enfermagem é ato privativo do enfermeiro (BRASIL, 1986). Nessa ação, segundo Kirchhof (2003) o enfermeiro é organizador do trabalho da equipe de Enfermagem quanto é mediador do trabalho da equipe de Saúde, tendo por finalidade estruturar o serviço de maneira a atender ao usuário, ao trabalhador e à instituição assistencial.

Sendo assim, a lógica que tem permeado esse processo dá-se baseada numa intermediação principalmente entre a racionalidade médica e a racionalidade administrativa para a produção do trabalho em saúde no espaço institucional (LIMA, 2001). Desse modo, Kirkhof (2003) complementa que o trabalho constrói-se em um cenário de disputa profissional, com distintos seres humanos em ação.

Para mim, este chefe significa arrogância, significa um pessoa espaçosa, que está muito satisfeito na posição dele (TE10).

Nesse processo, podemos perceber que as relações entre os profissionais têm sido firmadas pelo controle hierárquico e disciplinar da equipe. Lima (2001) aponta que as ações político-institucionais na Enfermagem se fundamentam a partir de agires que ora podem ser conservadores, transformadores, participativos, autoritários, ora submissos impedindo, muitas vezes, que a criatividade e a autonomia dos trabalhadores emergjam no sentido de produzir novos modos de se relacionar e produzir esse trabalho no cotidiano.

Por outro lado, os relacionamentos chefia-trabalhador no HINSG são, também, atravessados por relações de autonomia, compreensão, entendimento e apoio, como podem ser observados nas falas a seguir:

Eu acho bom. Não acho que seja ruim (AE1).

Ah! Eu tenho um bom relacionamento com ela. Gosto muito dela. Ela tem um tratamento assim muito bom com a gente, respeita muito a gente, sabe? Principalmente, eu não tenho o que falar, porque meus filhos, eles passaram muito a fase de ficar doente, porque duas crianças pequenas, até criar uma imunidade é difícil e ela sempre foi muito compreensiva comigo, já me ajudou muito, já teve vezes dos meus filhos passarem mal, ela falar: 'Não se preocupe, se precisar eu te ajudo' (TE5).

Ela é uma pessoa boa. Eu praticamente nunca tive problema com ela (TE3).

Ah! É bom, eu que acho que ela é meio autoritária, mas é muito bom o meu relacionamento com ela (AE4).

Olha, eu sempre me dei muito bem com a enfermeira daqui. É um relacionamento bom (TE1).

Boa, boa, acho boa. Acho acessível, boa (E4).

Eu acho que o relacionamento nosso com o nosso chefe é excelente. Não tenho que me queixar em nada, são muito bons, e só tenho que elogiá-los. Eles são maravilhosos. Olha, eu sempre achei muito amigos. Sabe, sempre têm tentado ajudar o funcionário, não tenho o que me queixar, não (AE3).

Eu tenho um relacionamento bom, eu acho [citou o nome da enfermeira] uma pessoa madura, muito consciente, a gente tem conseguido discutir algumas coisas, eu não tenho nenhum problema não (E2).

Olha, com a direção é assim, eu me sinto bem com todos. Olha, eu tenho um relação boa. Eu sempre tive isso (E1).

Com a gerente, eu não tenho relacionamento nenhum. Ela nem aparece aqui, ela sequer toma conhecimento do que está acontecendo aqui em cima. Para ela, o que eu fizer aqui tá bom, ela só recebe. Quanto à atual coordenação, tenho um relacionamento normal [...]. É um bom relacionamento (E5).

É importante ressaltar que uma relação gerente-trabalhador estável, permeada por compartilhamento, ocasiona redução de controle e pressão sobre o profissional no âmbito institucional. Dessa forma, os gerentes podem contar com um potencial de sugestões daqueles que realmente operacionalizam as tarefas sem as limitações burocráticas e o rígido sistema hierárquico, que desperdiçam a oportunidade de integrar toda a instituição e que, muitas vezes, impedem a cooperação profissional.

Desvelando o trabalho coletivo

A produção de cuidados ocorre por meio do desenvolvimento de um trabalho coletivo e participativo. Motta (1991) afirma que a participação compreende todas as formas e meios pelos quais os membros de uma organização, como indivíduos ou coletividade, podem influenciar o destino dessa organização.

Assim, as atividades dos agentes que compartilham o objeto de trabalho estão direcionadas a obter, como produto final, a recuperação da saúde dos pacientes internados no hospital.

Para atingir um atendimento de qualidade, o relacionamento entre a equipe deve ser harmonioso e os profissionais devem manter respeito aos colegas. A receptividade também se mostra importante, pois gera segurança e colaboração no serviço.

Na maioria das vezes, as relações entre os colegas de trabalho são referidas como muito boas, com um discurso de trabalho em equipe e profissionalismo:

Eu acho que eu tenho um bom relacionamento com meus colegas. Apesar de eu achar que eu sou uma pessoa de, às vezes, gênio um pouco difícil, mas eu coloco sempre um limite: eu tenho que sempre respeitar aquele colega que tá comigo. [...] respeitando cada um, com seu limite, não há problema não (TE5).

Nunca tive problema com ninguém, não. Todo mundo se ajuda, todo mundo faz as coisas junto. Se há algum problema de particular, um conversa com o outro, a gente tenta ajudar. Se une [...] tenta falar alguma coisa pra ajudar, né? Ouvir o colega. A gente tenta, né? (TE3).

Me relaciono bem com as colegas [...]. Procuo não trazer problema meu pra cá, procuro sempre tá assim pra cima [...] nunca pra baixo [...]. Tenho um bom relacionamento. Coleguismo, companheirismo, compreensão (AE4).

Bom, com todos me sinto bem. Nunca vou pelo pessoal. Sempre o que eu tenho é profissional, resolvemos e pronto (E1).

Por outro lado, existe o discurso de que as relações entre profissionais são muito superficiais, pois, com a necessidade de trabalho para sustento da família, as pessoas tornam-se envolvidas por uma rotina de vários empregos em que o que mais importa é o salário. As relações passam a ser deixadas de lado.

‘Vivemos numa sociedade em que o mais importante é ser rico do que ser amigos íntimos’ [citando frase de uma revista]. Na verdade, a gente tem um relacionamento que é um relacionamento muito superficial. A gente vai uma no setor da outra, mas a gente não sabe da vida de ninguém, a gente não sabe o que acontece, o que está sentindo, se está triste ou feliz como a gente reconhece um amigo quando a gente vê (E3).

Apenas um dos profissionais que participou da pesquisa demonstrou possuir problemas de relacionamento intra-equipe. As dificuldades apontadas se mostram em construir práticas comunicativas em que os profissionais operam as articulações entre as ações, bem como medeiam os saberes e exercitam a interdisciplinaridade. Essa relação tensionada entre as especificidades dos trabalhos realizados acaba

por gerar situações em que há descontentamento de membros da equipe e ausência de trabalho em conjunto:

[...] lá é um setor de relacionamento muito difícil. Com a equipe de Enfermagem eu me relaciono bem, gosto muito do serviço, mas é um setor que tem uma equipe com vários tipos de profissionais (E9).

Estamos num momento horrível. Só quem gosta muito daquele lugar suporta. Eu tenho que tolerar aquilo ali [...] está tudo desmontando. Eu vivo aqui um momento que está tudo desabado, sem relacionamento, a equipe está desmoronada, então está difícil. É aquela questão [...] de poder, porque tem vários tipos profissionais, dentre eles, a equipe médica de cirurgiões que deveriam ser muito ligados, mas, como são muito difíceis de relacionamento, querem mostrar poder. A última palavra é deles e o resto tem que obedecer. Eu não consigo aceitar isso (E9).

Cecílio (2005, p. 513), em um estudo sobre conflito nas organizações, propõe a utilização de uma “matriz de análise³”, que apresenta como propósito “[...] contribuir para a realização desse complexo e pretensioso movimento de (re)construir algumas relações que são muito completivas no cotidiano da organização”. Dessa forma, abrir-se-iam “[...] novas possibilidades de contratualidade para a gestão do cotidiano da unidade, novas configurações nas relações entre os trabalhadores, inclusive a explicação de conflitos encobertos que não conseguem acessar a arena decisória do serviço” (CECILIO, 2005, p. 516).

Moreira (2000) complementa que, na atividade de trabalho diário, estão presentes componentes, como o compromisso entre as pessoas para a solução de problemas concretos e, para isso, a inteligência estratégica do indivíduo será utilizada. Existe um saber mobilizado para a atividade de trabalho, fruto das trocas e intercâmbios entre as pessoas da equipe. Com essa percepção individual, estabelecida

³ Para aprofundar esta temática, sugerimos a leitura de CECILIO, L. C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria-prima da gestão em saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.

coletivamente no ambiente de trabalho, os indivíduos constroem diagnoses, têm idéia dos problemas por meio da observação dos sinais de alerta e podem atuar de forma preventiva na assistência:

Eu tenho que colocar a questão da Enfermagem. Eu sou enfermeira, eu tenho minha contribuição, eu tenho a minha parte, aí fica aquele conflito (E9).

[...] existe aquele profissional que acha que pode mandar em tudo, a palavra dele é a que vale. E o que é o enfermeiro? O enfermeiro não é nada. Então, a gente tem que estar ali brigando no dia-a-dia. Eu estou cansada, estressada. Eu saio do setor 'pê da vida' [...] (E9).

Como já foi mencionado, o ato de produzir cuidados para manutenção da vida engloba um trabalho coletivo em que cada agente realiza uma parcela de atividades necessárias para atender o paciente.

De acordo com uma pesquisa publicada por Lima (1999), a configuração do espaço físico hospitalar tem uma simbologia que mostra a forma de organização social em torno da qual se estrutura a produção de cuidados e que demarca os graus de privacidade de acordo com os graus de poder das pessoas que ocupam os locais e daquelas que a eles têm acesso.

Neste estudo, realizado em um Hospital Universitário, observamos que os médicos ocupam um espaço que é adequado ao desenvolvimento de um trabalho intelectual; possuem um local reservado e privativo para estudo e discussão; fazem evolução e prescrição diárias nesse local, mas também usam o balcão existente no corredor e no posto de Enfermagem. A equipe de Enfermagem raramente entra nessa sala e mesmo a enfermeira evita chamar os médicos quando estão ali reunidos. Por outro lado, o posto de Enfermagem é um local que se destina ao preparo de medicações e materiais necessários para a realização de procedimentos. Essa divisão de espaços

físicos, que também são sociais, pode ser atribuída à simbologia de poder inscrita na desigualdade do acesso social dos agentes aos espaços nos serviços hospitalares (LIMA, 1999).

Do ponto de vista teórico/prático, isso, muitas vezes, pode se tornar um problema, pois traduz a supremacia de um grupo social dominante, que não toma a decisão em conjunto, deixando de valorizar as opiniões do grupo:

O que eu questiono aqui no serviço é que a gente não trabalha muito em equipe, não. Eu vejo um trabalho um pouco individualizado. A relação pessoal é boa. Na questão profissional, a gente tem ética e tal, mas é que eu percebo que ainda é muito individualizada. Eu acho que a coisa poderia ser mais discutida na equipe, dentro da equipe [...]. Por exemplo, a gente recebeu um paciente novo, vamos sentar com a equipe, vamos conversar sobre esse paciente. Eu sinto falta disso. Eu acho um trabalho muito individualizado (E2).

Diante dessa fala, podemos observar a fragmentação do trabalho em saúde. Para Braga (2000), a possibilidade de somar saberes pode vir a ser uma alternativa esperançosa em torno dos enigmas relacionados com as doenças. O não pensar de forma coletiva faz com que ocorra uma fragmentação do trabalho, muitas vezes motivada pela vaidade, corporativismo, falta de humildade para trocar saberes, informações e falta de tempo para reunir os membros da equipe (BRAGA, 2000).

As discussões em equipe devem gerar conhecimentos intercessores para uma prática interdisciplinar em saúde que beneficie o paciente nas diversas formas de tratamento e bem-estar.

A percepção de saúde

Conforme cita Brasil (2001b), o principal instrumento para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, no âmbito das instituições de saúde, é

representado pela anamnese ocupacional. Assim, torna-se imprescindível considerar o relato dos trabalhadores individual e coletivamente, pois apenas eles sabem descrever as reais condições, circunstâncias e imprevistos que ocorrem no cotidiano do trabalho que possam estar relacionados com o adoecimento. Infelizmente pouca ou nenhuma atenção é dada ao desenvolvimento dessa habilidade.

O Ministério da Saúde disponibiliza recursos e instrumentos para a investigação das relações saúde-trabalho-doença, como pode ser observado a seguir (Quadro 5):

Natureza	Nível de aplicação	Abordagem / instrumentos	
Dano ou Doença	Individual	Clínica	História Clínica/ Anamnese Ocupacional
		Complementar: laboratoriais toxicológicos provas funcionais	Exames laboratoriais, provas funcionais
	Coletivo	Estudos Epidemiológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos descritivos de morbidade e mortalidade • Estudos analíticos, tipo caso-controle, de "coorte" prospectivos e retrospectivos
Fatores ou Condição de Risco	Individual	<ul style="list-style-type: none"> • Estudo do posto ou estação de trabalho pela análise ergonômica da atividade, e/ou • Avaliação ambiental qualitativa ou quantitativa, de acordo com as ferramentas da higiene do trabalho 	
	Coletivo	Estudo do posto ou estação de trabalho por: <ul style="list-style-type: none"> • Análise ergonômica da atividade • Avaliação ambiental quantitativa e qualitativa • Elaboração do mapa de risco da atividade • Inquéritos coletivos 	

QUADRO 5 - Instrumentos de investigação das relações trabalho-saúde-doença

Fonte: Ministério da Saúde, 2001

Acreditamos que, para preservar a saúde, é necessário que o trabalhador esteja inserido não só no universo do seu trabalho, mas também no mundo exterior (na família, no lazer), visto que esse conjunto se complementa para que ele permaneça em equilíbrio e obtenha a satisfação no seu cotidiano. O trabalho pode lhe oferecer

condições para que ele satisfaça suas necessidades básicas e também as psicossociais, necessárias à manutenção da saúde (REZENDE, 2003).

Dejours (1986) define saúde como ter meios de traçar um caminho pessoal e original, em direção ao bem-estar físico, psíquico e social. A saúde é a liberdade de dar ao corpo a possibilidade de repousar, e a liberdade de lhe dar de comer quando ele tem fome, de fazê-lo dormir quando 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 [...]. O que não é normal é não poder cuidar dessa doença” (DEJOURS, 1996a, p. 10).

Dejours (1986), ao falar sobre a Psicopatologia do trabalho, discute o fato de que a saúde só é possível a partir da possibilidade real de cuidar de si e de usufruir da vida. Esse fato parece difícil de ser realizado por quem trabalha no hospital. O autor afirma, ainda, que o trabalho repetitivo cria a insatisfação, cujas conseqüências não se limitam a um desgosto particular.

O trabalho alienado é desenvolvido de forma coercitiva, planejada e organizada do lado de fora, sendo destituído de criatividade, privando o trabalhador de qualquer controle sobre seu processo (DEJOURS, 1986). Os depoimentos a seguir revelam a compreensão pelo trabalhador do que é saúde:

Saúde. Saúde eu acho que é a gente tá bem, entendeu? Em todos os sentidos, e é o que ultimamente quase ninguém tá tendo ou conseguindo ter aqui [risos...] (AE1).

Observamos que essa fala demonstra a impotência das pessoas em frente às dificuldades em cuidar da própria saúde na atual conjuntura da organização do trabalho.

Saúde é você estar bem, é não ter problema nenhum, doença mental [...] principalmente (TE1).

Saúde é um estado de bem-estar físico, mental e principalmente espiritual, eu acho. Para você estar com saúde, você tem que estar com todos esses pontos aí, bem. Você tem que estar bem fisicamente, você tem que estar bem mentalmente, principalmente, porque, se o seu mental não tá bem, você não vai bem de jeito nenhum, né? Pois dizem que a mente da gente é que coordena todas as coisas [...] (TE5).

Saúde é uma das melhores coisas que a gente tem, né? Na vida, é a saúde. Depois vêm os complementos, mas tem que ter saúde. [...] é bem estar físico, espiritual, até o moral também [...]. Ter saúde é muito bom (TE3).

Eu acho assim que, quando uma pessoa é muito mal-humorada, muito fechada, ela não tem assim muita possibilidade de ser saudável, não. Porque a mente dela é muito fechada, muito estranha, e uma pessoa de mente mais aberta, com um humor mais claro assim, ela tem mais condição de ser mais saudável. E nunca botar muita coisa na cabeça, aquela psicose de que eu tô sentindo isso, eu vou sentir aquilo. Eu acho que é saudável uma pessoa de bom humor (AE4).

[...] eu não vou conseguir fugir da Definição da Organização Mundial de Saúde. Eu acho que é um bem-estar físico e emocional do indivíduo (E4).

[...] É um estado de bem-estar físico e social. Acho que saúde é uma coisa muito ampla. É o seu bem-estar, é você estar se relacionando bem com as pessoas [...] a gente sabe que alimentação balanceada é muito difícil, a gente tá sempre fugindo, mas hábitos de vida saudável, você ter acesso a serviços, serviços de saúde, serviços de nutrição [...] (E2).

Saúde é tudo. É trabalhar bem, é ter infra-estrutura de trabalho, é humanização, sabe? Com área física adequada, com capacitação para profissionais atender à população bem (E1).

Acho que saúde é qualidade de vida. Envolve bem-estar, envolve lazer, envolve relacionamento. Eu acho que envolve todo o bem-estar da pessoa, não só físico, mental, emocional, espiritual, isso é qualidade de vida (E5).

Pelos depoimentos, podemos perceber que, por estarem intimamente em contato com o cuidado e com a doença durante todo o período de trabalho, a noção de saúde se consolida com a promoção da qualidade de vida, não fugindo do que está

estabilizado pela OMS: “[...] estado de bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou da enfermidade” (UNICEF, 1979, p. 1).

É importante ressaltar ainda que

[...] é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor Saúde (UNICEF, 1979, p.1).

Os entraves na saúde do trabalhador da Enfermagem

O corpo, de modo geral, e o da equipe de Enfermagem em particular têm sido observados sob diversos aspectos. Segundo Figueiredo (apud NASCIMENTO; BRITO; DEHOUL, 2003, p. 274), “[...] o trabalho que o corpo da enfermeira exerce é vital, não tem fronteiras nem limitações sociais, culturais, temporais ou étnicas. Ele transcende ao ‘mero ato de fazer alguma coisa ou procedimento’, para atender a outra pessoa abarca a própria enfermeira no ato de cuidar”.

De acordo com Nascimento et al. (2003), o trabalho da Enfermagem constitui fonte de estresse em função do sofrimento dos clientes, dos acontecimentos inesperados e da necessidade de agir com diligência.

A grande maioria dos trabalhadores convive com novos riscos para a saúde decorrentes da intensificação do trabalho, com reflexo sobre o aparelho psíquico; com violência crescente nos ambientes e entornos de trabalho, no trânsito e na moradia. Isso aumenta a incidência e a prevalência das doenças degenerativas relacionadas com o trabalho, como hipertensão arterial e doenças osteomusculares, por exemplo (MINAYO; MIRANDA, 2002).

Nesse sentido, assim se manifestaram alguns entrevistados:

Problema, assim, problema eu acho que é a minha pressão que mudou muito assim, de uns tempos pra cá, entendeu? Ela era baixa. Baixa assim, pra mim era normal e de uns tempos pra cá tem dado uns picos hipertensivos, entendeu. Muita dor de cabeça que eu também não tinha, agora estou tendo e [...] é o que te falei, dor na nuca e a coluna da gente não tá boa, né? Por causa dos esforços (AE1).

Só acho que a pressão minha é que tá um pouco alta. [...] o médico passou um comprimido pra mim e pronto. Minha pressão tá 15. Ele disse que eu tinha que fazer isso aí pra minha pressão manter (TE1).

Eu sou asmática. Lá embaixo no PS, quando eu tive lá, eu tive muito problema, que tem muito mofo, né? Muito abafado. Agora aqui em cima eu tive problema só na gravidez mesmo, a hipertensão (TE5).

Eu tenho crise alérgica [...] de poeira, mofo, fungo, de roupa guardada, eu morro, eu tenho uma alergia imensa (TE3).

Sinusite crônica, eu faço muita sinusite, eu faço vários episódios de sinusite durante o ano e eu tenho rinite alérgica, que eu acho que tem piorado com a condição da sala (E2).

Sinusite, este ano ainda, herpes que eu tive, só (E5).

Quadro depressivo quase um ano. Foi, justamente, foi quando eu tive o laudo que eu não poderia mais fazer assistência (AE4).

[...] úlcera de estresse, úlcera de estresse quando eu trabalhava no centro cirúrgico (E4).

Eu acho que estresse (E1).

Quando questionados sobre tratamentos de saúde, apenas quatro dos onze entrevistados relataram que fazem acompanhamento médico e fazem uso de medicamentos por motivos variados, por exemplo: tratamento hormonal pós-histerectomia, tratamento antidepressivo, tratamento para hipertensão e tratamento para queda de cabelos.

Acidente de trabalho no âmbito institucional

De acordo com o Decreto nº. 2.172, de 5 de março de 1997, que aprova e regulamenta os Benefícios da Previdência Social, em seu art. 131, “[...] acidente de trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, provocando

lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda ou redução, permanente ou temporária da capacidade para o trabalho”.

No que diz respeito aos acidentes de trabalho, Minayo (1999) aponta que é imposto um controle externo ao trabalhador, e as condições de trabalho são voltadas para o aproveitamento máximo dos tempos e movimentos, em que situações não esperadas são potenciais desencadeadoras de acidentes.

Seguindo o mesmo raciocínio, Camarotti e Teixeira (apud SIMÕES, 2000, p. 68), afirmam que os trabalhadores de Enfermagem que atuam em hospitais ficam duplamente expostos: fisicamente, por exposições aos riscos de substâncias químicas, radiações, contaminações biológicas, excesso de calor, sistema de plantões e excessiva carga horária laboral; e, psiquicamente, em decorrência da convivência com o sofrimento e a dor, doenças, morte, convivendo com essas circunstâncias paralelamente com seus problemas emocionais.

Assim, pesquisas têm mostrado que os acidentes ocorrem por vários motivos. Dentre eles, aparecem com maior frequência devido ao recapeamento de agulha, à não utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI), à falta de atenção do profissional, ao ritmo de trabalho intenso e às condições de trabalho.

De acordo com Bulhões (1994), a Enfermagem ocupa o segundo grupo dos profissionais dentro do ambiente hospitalar mais vitimado por acidentes de trabalho, derivados de agentes físicos, químicos, biológicos, e dos riscos ergonômicos. Vale ressaltar que essa vulnerabilidade deve-se às características próprias da profissão, como ser responsável por 60% das ações de saúde.

Porém, ao analisarmos a Tabela 3, observamos que, nos anos de 2002, 2003 e 2004, a equipe de Enfermagem foi responsável pelo registro de mais da metade dos casos de acidentes de trabalho no HINSG.

TABELA 3
Número de CATs registradas no HINSG de 2002 a 2004

Função	Ano 2002	Ano 2003	Ano 2004
Auxiliar de Enfermagem	05	10	01
Técnico de Enfermagem	32	12	08
Enfermeiro	03	02	01
Outras categorias	16	20	12

Fonte: Levantamento feito na Medicina do Trabalho – HINSG

É importante salientar que as fontes privilegiadas de informação atualmente disponíveis para estabelecer alguns contornos do acidente de trabalho são as Comunicações de Acidentes de Trabalho (CATs) e os atestados de óbito.

Dos onze entrevistados, apenas quatro relataram não ter sofrido acidentes de trabalho durante o período em que atuavam na instituição. Os motivos expostos ratificam que a maior frequência dos acidentes está relacionada com os perfurocortantes:

Uma vez que caí da escada [...]. E, perfurocortante, acho que umas quatro vezes já (AE1).

Com perfurocortante, duas vezes (TE5).

Perfurocortante (TE3).

Torci o pé. Atendendo uma urgência (AE4).

Ah perdi os dentes [...]. Ao pegar uma criança no colo, fui botá-la no berço, ela quis de volta o meu colo, aí eu não percebi. Aí ela levantou bruscamente com a cabeça e bateu na minha boca. Querendo colinho de novo. [...] a cabeçada do nenê quebrou o meu dente da frente. Aí teve aquele processo todo até o hospital pagar, né? (AE3).

Já sofri uma queda. Foi um dia de chuva, eu estacionei o carro mal estacionado, porque aqui o problema maior é estacionamento [...]. Eu

soube que ali embaixo tinha uma vaga, aí eu fui olhar, não vi que estava molhada a rampa e eu escorreguei e caí. Eu tive uma seqüela [...] uma luxação no dedo, fiz fisioterapia e tudo (E1).

Todos os profissionais que sofreram acidentes relataram ter feito a CAT e o acompanhamento adequado durante o prazo estipulado pela Medicina do Trabalho:

Fiz. Todas as quatro vezes (AE1).

[...] na mesma hora, abriu o processo direitinho, foi, colheram sangue, aí fez a CAT, tudo direitinho. Ainda bem que não deu nada (TE5).

Aí eu fui desci, fiz todos os exames, não tomei o remédio, não, que a criança tava bem (TE3).

De acordo com a rotina do HINSG, no caso de acidente com material contaminado, deve-se imediatamente seguir o protocolo e proceder à avaliação sorológica do caso fonte para optar pelo uso do tratamento adequado ao acidentado. Em seguida, também é realizada a avaliação do profissional, a fim de se descartar doenças anteriores. Obrigatoriamente, o acompanhamento desses funcionários deve ser feito pelo menos por seis meses, com repetição da sorologia após seis semanas, doze semanas e seis meses da exposição. Nos casos em que for comprovada a exposição do HIV no acidente, o profissional deverá fazer quimioprofilaxia com AZT ou outra droga indicada pelo médico do trabalho e o acompanhamento sorológico por um ano.

Em relação a outros tipos de acidente relatados, o acompanhamento também foi feito pela Medicina do Trabalho, porém os entrevistados reclamaram da burocracia e do tempo para solucionar o problema:

A minha colega de trabalho, foi a testemunha. [...] levou um bom tempo até ter recurso pra esse tratamento, mas depois foi conseguido (AE3).

Tive até uma infelicidade no que diz respeito à notificação do acidente, a CAT, porque não coincidiu o meu horário do acidente com o horário que eu bati ponto. Quando eu cheguei no HINSG, me falaram que lá embaixo tinha vaga. Eu não bati ponto, eu fui primeiro olhar. [...], aí aconteceu o acidente [...] eu esqueci de bater o ponto e fui acertar o acidente. Aí pronto, quando eu fui bater o ponto eu vi que não bati entrada. Só foi dado como acidente de trabalho porque eu arranjei testemunha (E1).

Absenteísmo: uma realidade no trabalho hospitalar

O termo absenteísmo, absentismo ou ausentismo é utilizado para se referir à falta do trabalhador ao serviço. Isto é, a soma dos períodos em que os empregados se encontram ausentes do trabalho, não sendo a ausência motivada por desemprego, doença prolongada ou licença legal (CHIAVENATO, 1981).

Segundo Quick e Lapertosa (apud SILVA; MARZIALE, 2000, p. 44),

[...] o absenteísmo é dividido em absenteísmo voluntário (ausência no trabalho por razões particulares não justificadas por doença); absenteísmo por doença (inclui todas as ausências por doenças ou por procedimento médico, excetuam-se os infortúnios profissionais); absenteísmo por patologia profissional (ausências por acidentes de trabalho ou doença profissional); absenteísmo legal (faltas no serviço amparadas por leis, tais como: gestação, nojo, gala, doação de sangue e serviço militar) e absenteísmo compulsório (impedimento ao trabalho devido a suspensão imposta pelo patrão, por prisão ou outro impedimento que não permita o trabalhador de chegar ao local de trabalho).

Dessa forma, o absenteísmo no trabalho abrange vários tipos de ausência, inclusive atenção a problemas familiares (BULHÕES, 1994). A maioria dos funcionários relatou não faltar ao trabalho, a não ser em caso de doença própria ou dos filhos. Isso vem ao encontro do número cada vez maior de mulheres inseridas no mercado de trabalho em decorrência, muitas vezes, da necessidade de aumento da renda familiar.

Esse procedimento provocou alterações significativas no cotidiano da vida das mulheres, pois, além das atividades laborais, a mulher desempenha seu papel de esposa, dona de casa e mãe, atribuições que demandam uma nova jornada de trabalho.

De acordo com Alves (1996), investigações sobre alguns aspectos da realidade profissional da mulher e do absenteísmo têm sido realizadas, mostrando que essa ausência ao trabalho se dá pelo acúmulo de tarefas, pois, ao terminarem a jornada de trabalho formal nas instituições, essas profissionais se deparam com um vasto leque de atividades domésticas e familiares a serem solucionadas.

Estudo realizado por Miller e Norton (apud NASCIMENTO, 2003, p. 41), com a finalidade de identificar as variáveis que contribuem para o absenteísmo, encontrou que 80% das ausências ao trabalho relatadas pelas mulheres decorrem da necessidade de cuidar dos filhos, da precariedade da infra-estrutura doméstica por não ter com quem deixá-los, principalmente quando adoecem. Nesse sentido se manifestaram os entrevistados:

Só em caso de doença dos meus filhos (AE3).

Quando um dos meus filhos fica doente. Tenho que cuidar, pois não tenho com quem deixar (AE1).

Olha, a saúde dos meus filhos. Se eles tiverem passando mal, vou ser sincera, primeiro eu tento, sempre tento alguém pra pôr no meu lugar, para fazer uma troca, mas, se eu não conseguir, ou falta ou então pego um atestado, mas aviso antes (TE5).

Doença, né? Se eu tiver doente, justifico com atestado (TE4).

Olha, doença ou minha ou de parente (E5).

Doença também. Eu não gosto de trabalhar doente [...]. Então, pra você vir doente ou passando mal e sobrecarregar as colegas, é preferível que você fique em casa e procure um médico (AE4).

O que pode me levar a faltar o trabalho agora é meu pai e minha mãe são idosos [...]. Só que eu sou aquela pessoa, eu falta ao

trabalho, mais de imediato minha chefe está sabendo o que está acontecendo (TE1).

Além de doença dos filhos, outras causas apresentadas como justificativa para os afastamentos do trabalho foram: problemas respiratórios (sinusite, pneumonias), úlcera gástrica, cirurgias (queda de bexiga, períneo, varizes), licença-maternidade, aborto. Houve um relato de afastamento por problemas psicológicos e um relato de falta de motivação:

Já tirei atestado [...] por aborto (AE1).

Só mesmo licença-maternidade e quando eu operei. Eu fiz duas vezes já cirurgia depois que eu entrei para o Estado. Uma vez eu fiz a de refluxo. Eu fiquei um mês afastada. E dessa última vez agora eu fiz, recente, adenóide [...] e fiquei quinze dias (TE5).

Na época que trabalhei no centro cirúrgico fiquei uma semana de atestado por causa da úlcera (E4).

Quadro depressivo. Fiquei afastada numa faixa de nove a dez meses [...] (AE4).

Doença minha, pessoal e doença da família que moram distante e as vezes eu preciso me ausentar. E também às vezes, tem dia que... eu não falto, mas tem dia que eu não tenho coragem de vir mesmo e não venho e boto abono (E1).

Vale ressaltar que modificações de humor ou condutas vinculadas ao sofrimento mental podem ser consideradas perturbadoras do bom andamento do trabalho. Nem sempre o trabalhador percebe que pode se tratar de uma alteração da saúde (SILVA, 1995). Evidentemente, cada situação individual necessita ser adequadamente avaliada:

Às vezes falto por falta de motivação de vir trabalhar. Só isso. Doença, eu não falto por doença. Falta de motivação. Por exemplo, sabe é o que acontece, quando eu tenho um dia péssimo, um dia ruim, eu sempre acabo pensando que não tive valorização, que tenho que fazer outro curso, é murro em ponto de faca. Aí, no outro dia, quando eu acordo, eu me pergunto o que eu tô fazendo. Não faz diferença eu estar no hospital, o serviço vai funcionar do mesmo

jeito. Aí eu falto. Não faço falta! Aí qualquer motivo é motivo, por exemplo, eu tenho que fazer isso... aí já é um motivo (E4).

Ao mesmo tempo em que há uma evidente idealização do trabalho, observada na fala desse mesmo profissional, em outro momento há também a frustração pelo trabalho não reconhecido, não valorizado. O trabalho de Enfermagem é preservado pelas suas características históricas de cuidado ao outro. As causas de frustração e insatisfação no trabalho ficam canalizadas para as condições de sua realização. Essa idealização, além de ser uma construção histórica, pode servir como estratégia defensiva e, dessa forma, os profissionais de Enfermagem preservam um lugar onde se sintam úteis e de alguma forma valorizados. O prazer no trabalho, neste caso, está na execução de algo valorizado e reconhecido socialmente.

Nas situações tradicionais de baixa participação e pouca interferência gerencial, o comprometimento individual com a organização torna-se enfraquecido. Motta (1991) aponta que se acentua a alienação, a potencialidade dos conflitos e o uso inadequado do poder gerencial. A alienação faz como que o trabalhador não se sinta ativo no processo de tomada de decisão e desempenho de ação; seus poderes e suas capacidades parecem estar sendo enfraquecidos na organização do trabalho. Ele se torna passivo, dependente e passa a encontrar em si próprio e no contexto em que atua justificativas para o pessimismo, frustração e acomodação.

Diante desses relatos, é importante ressaltar que o absenteísmo, além de desorganizar o trabalho da equipe, é um fator gerador de insatisfação para os gerentes do setor, pois eles se tornam apreensivos diante da dúvida da presença ou ausência do quadro completo de funcionários no cotidiano do trabalho:

[...] lidar com faltas, lidar com atrasos [...], porque o maior problema que eu tenho aqui, a insatisfação pior que eu tenho aqui dentro é quando eu saio e fico assim: será que aquele médico vem? Isso me dá muita intranqüilidade (E1).

No que se refere às justificativas das faltas, alguns trabalhadores afirmam sempre trazer atestado para comprovação. Em outros casos, o afastamento, sendo de apenas um dia, é substituído por um abono⁴ de direito, como consta na Lei Complementar nº 46, de 1994 (ESPÍRITO SANTO, 1994). Contudo, os trabalhadores são enfáticos em dizer que, antes de faltar, comunicam à chefia:

Pego atestado e ligo antes para avisar. Eu não ligo na hora. Eu sempre ligo um dia antes (TE5).

Atestado ou ligo pra chefia, né? Aí se for um dia eu ligo, se for mais dias aí eu pego um atestado (TE3).

[...] eu trago o atestado comprovando que realmente eu estava doente (AE4).

No cartão de ponto? Eu jogo um abono. Jogo algum plantão que eu tenha feito antes. Agora eu não tenho mais nenhum. Ou compenso depois (E4).

Com abono ou atestado médico ou declaração de doença da família (E1).

Mais uma vez é observado que a diferença de direitos relacionadas com a questão do vínculo se faz presente:

Junto a coordenação de Enfermagem com atestado, se for meu. Se for de algum parente, a gente conversa, pede uma folga, depois paga [...]. Alguma coisa assim (E5).

No meu caso, eu trago o atestado, né? Em caso de doença minha. E dos meus filhos, como contrato não tem direito a acompanhamento de filhos, eu troco plantão, aí eu troco as folgas, pago extra, como

⁴ Pelo não comparecimento do servidor público ao serviço, para tratar de interesses pessoais, são abonados até seis faltas, em cada ano civil, desde que ele não tenha, no exercício anterior, nenhuma falta injustificada. Estes abonos não podem ser acumulados, devendo sua utilização ocorrer no máximo uma vez a cada mês, respeitando o limite anual previsto (ESPÍRITO SANTO, 1994).

está acontecendo agora, porque com filho a gente não tem direito (AE1).

As relações saúde-trabalho-doença: revelando subjetividades

A relação entre saúde/doença e processo de trabalho há anos se faz presente como preocupação de estudiosos. Avaliar os impactos para a saúde dos trabalhadores, no paradigma atual, da grande preocupação em atingir metas de excelência no trabalho, é uma tarefa de difícil complexidade. Estamos diante de situações antigas e atuais que geram fatores nocivos à saúde do trabalhador e que ainda não foram diagnosticadas:

Às vezes o plantão fica sobrecarregado porque outros plantões não ajudam, entendeu? Não fazem a rotina que teria que ter todo dia. Cada plantão deveria ter a mesma rotina. Então a gente acaba ficando sobrecarregado e dá um certo estresse, pressão alta, entendeu? Problemas de LER, como eles falam, né? Que é Lesão por Esforços Repetitivos, problemas de coluna que quase todo mundo aqui já tem, entendeu? Eu tava até olhando, aqui eu acho que eu tô nascendo um ovo bem aqui atrás. Eu fico com muita dor na nuca (AE1).

O pior de tudo é a estrutura [...] eu acho o ambiente de trabalho muito ruim [...]. Esse setor é um setor que é cheio de problemas, cheio de infiltração, cheio de móvel com mofo, muito cheiro de mofo. Eu tenho problema de rinite e isso tem me prejudicado muito (E2).

Aonde eu trabalho, no meu setor, na minha área física, a humanização ali não existe, é péssima, sabe? É um em cima do outro, é tudo tumultuado e não tem perspectiva de melhoria. Isso afeta a nossa saúde (E1).

Observamos que a falta de infra-estrutura adequada para a realização das ações, o mofo, as infiltrações e o ambiente apertado, além de prejudicar o atendimento, prejudicam, antes de tudo, a saúde do trabalhador.

Ao ser apontado como muito ruim, o ambiente torna-se, na visão do próprio profissional, gerador de problemas associados à saúde. Para entender o adoecer

dentro do processo de trabalho, é necessário perceber quem é o trabalhador que adoece e de que forma ele está inserido no processo produtivo. A intervenção somente no corpo não é suficiente para um diagnóstico que formule terapêuticas eficazes, diante dos milhares de casos de doenças decorrentes de ambientes insalubres e processos de trabalho mal dimensionados:

Acho que minha saúde está relacionada ao trabalho, porque alguns problemas que vieram com o tempo eu não tinha antes de entrar aqui. Problema de coluna, este problema na nuca. Eu acho que tá relacionado, sim (AE1).

Tem, porque estressa, cansa e você chega em casa, tem filho, tem marido, tem casa, tem tudo pra fazer e ainda o estresse do serviço. Estressa um pouco sim. Eu acho (TE3).

[...] uma coisa que me deixa deprimida, é eu precisar de ir numa enfermaria. É por isso que eles sabem que eu não saio para 'fazer enfermaria', porque, mesmo que eu vá, eu chego lá e o coração já fica tu, tu, tu, tu, a cabeça começa a doer, entendeu? Aí eu entro em parafuso mesmo. É só esse problema mesmo (TE4).

Na maioria das vezes, é imposto um aumento do ritmo de trabalho, da responsabilidade e do número de tarefas a serem executadas, o que propicia e facilita uma maior ocorrência de acidentes e de doenças profissionais.

Nem sempre o trabalhador faz as escolhas profissionais e nem sempre detém o domínio do processo e da organização do trabalho. Estes, muitas vezes, são impostos, restringindo os espaços de liberdade, causando problemas à sua saúde física e mental:

Percebo, sim. Não atualmente, porque estou num setor tranqüilo (E4).

Ah, com certeza, tem. A queda de bexiga mesmo acentuou bem mais [...], abaixando no berço e tudo o mais (TE1).

Eu tive uma fase com tanto estresse, não só pelo Hospital Infantil, eu digo pelos dois empregos. Tem dia que eu falo que queria ter um emprego só, mas é terrível, por causa desse 'salário de fome', sabe?

Porque o que mais me estressa também é o poder aquisitivo, condições socioeconômicas. Eu tenho uma perspectiva muito ruim [...] (E1).

Sim, percebo. Quando a gente está bem em todos os sentidos o trabalho flui melhor. A gente se dedica mais, está mais disposta até para enfrentar os problemas. E também assim, como às vezes o trabalho é cansativo, exaustivo, às vezes a gente se aborrece, isso também interfere na saúde da gente. Deixa a gente estressada, mais preocupada, mais aborrecida, mais chateada. Eu acho assim, quando as coisas estão indo bem, a gente fica mais satisfeita (E5).

Quando vim trabalhar nesta instituição, fiquei vários anos à noite, tive desgaste emocional, desgaste em relação à minha saúde e hoje estou em outra fase da minha vida [...] (E7).

De acordo Braga (2000), o hospital está em constante movimento. Embora ele seja um local onde estão constituídas normas e rotinas, ele jamais poderá ser visto como limitado a esses aspectos. Os acontecimentos difíceis de serem antecipados são relacionados aqui com a variabilidade (categoria), logo, o número e o tipo de tarefas realizadas pela equipe de uma enfermaria no horário diurno poderão ser diferentes no noturno, enquanto, provavelmente, a maioria dos pacientes encontra-se dormindo. Desse modo, concordamos com o autor quando aponta que o tipo de evento que acontece no cotidiano hospitalar nunca pode ser prescritível.

França e Rodrigues (1997, p. 24) destacam:

[...] o estresse relacionado ao trabalho resulta de várias situações em que a pessoa percebe este ambiente como ameaçador às suas necessidades de realização pessoal e profissional, prejudicando sua interação com suas funções e com o ambiente de trabalho, na medida em que este ambiente contém demandas excessivas a ela, ou que ela não contenha recursos adotados para enfrentar tais situações.

Promoção da qualidade de vida: realidade ou utopia?

Para finalizar a discussão, questionamos, na entrevista, se a instituição pesquisada oferece atividades ou serviços para promover a qualidade de vida dos funcionários. De acordo com os resultados, observamos que a maioria dos trabalhadores não vê o coral do HINSG como uma atividade de humanização, pois aponta que não participam dessa atividade:

Nenhuma. Eu, por exemplo, não posso nem responder o coral, porque eu não participo (TE1).

Eu não conheço nenhuma. Tem? Eu pensei no coral, mais eu não faço parte dele (E4).

Nenhuma. Eu acho que nenhuma. [...] eles passaram uma listagem para dizer o que a gente achava que devia melhorar. Mas eu não vi nada de resultado (AE1).

[...] no último ano, eu tenho visto alguma coisa que [...], por exemplo, a questão do coral, eu acho que tem muita gente que tem demonstrado prazer e interesse nisso [...]. Agora, eu sei que isso faz parte do projeto de humanização do hospital e eu não vejo outras ações que tenham incentivado muito isso, não (E2).

Observamos, neste estudo, que o trabalho assume proporções enormes na vida do homem de hoje. Dessa forma, as instituições tornam-se um dos principais meios para o homem adquirir sua identidade e buscar seu ego ideal. Assim, faz-se necessário desvelar as necessidades dos profissionais no contexto da organização, já que os descontentamentos podem se tornar preocupantes ao pensarmos no impacto que essa situação pode causar à saúde dos trabalhadores com influência, inclusive, na qualidade da assistência.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando a questão central, objeto desta dissertação, este estudo buscou desvelar o processo de trabalho da equipe de Enfermagem do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, localizado no município de Vitória-ES.

Confirmamos que o trabalho em saúde é visto como parte de um processo de trabalho coletivo desenvolvido por diversos agentes, com atividades independentes e complementares para a realização do cuidado, bem como para a manutenção da estrutura organizacional da instituição. Assim, o trabalho envolve diversos profissionais que realizam ações fragmentadas com saberes, discursos e instrumentos próprios, que são voltados às necessidades de saúde da população.

Dessa maneira, é exercido por enfermeiros, técnicos e auxiliares de Enfermagem, médicos, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, dentistas, farmacêuticos, assistentes sociais, técnicos e outros profissionais de nível superior. O espaço hospitalar, então, foi apresentado como local de inserção de diversas práticas e intervenções e, portanto, assume grande importância quando relacionado com o comportamento humano.

Assim, observamos que o processo de cuidar na Enfermagem tem sido atravessado por várias lógicas e dimensões, pressupondo um trabalho em equipe com divisão técnica, em que cada categoria possui funções definidas e parceladas. O cuidar do enfermeiro envolve, além da função de assistir e de intervir sobre o corpo do usuário/paciente, a de administrar, supervisionar e disciplinar o trabalho da Enfermagem. Aos auxiliares e técnicos são reservadas as atividades assistenciais, que incluem: administração de medicamentos prescritos, prestação de cuidados de higiene e conforto, auxílio na alimentação, controle de sinais vitais etc. Esse é um

trabalho que se revela e se produz cotidianamente a partir da mistura e intercessões de saberes e práticas dos diversos atores envolvidos.

A esse respeito confirmamos que o trabalho em saúde segue geralmente normas e rotinas preestabelecidas. Porém, concordamos com Merhy (2002) que complementa que esse trabalho não é plenamente estruturado, pois depende de um processo de relações, no qual expectativas e produções de vínculos estão intimamente ligadas ao trabalho vivo em ato, ou seja, à troca, no encontro entre duas pessoas. Contudo, percebemos que, no HINSG, não diferente de outras instituições, o trabalho é organizado na ótica do modelo médico, centrado em procedimentos ou problemas específicos.

Considerando essa discussão, apontaremos algumas questões relevantes desveladas na produção cotidiana do trabalho da equipe de Enfermagem:

- a) a atividade é exercida principalmente por mulheres;
- b) os profissionais trabalham por necessidade de manutenção dos lares;
- c) a dupla jornada para muitos captura o tempo de descanso dos trabalhadores e é vista como necessária para a sobrevivência;
- d) a motivação dos profissionais está relacionada com a satisfação de cuidar de crianças, bem como com a sensação de dever cumprido;
- e) o sentimento de prazer é influenciado pelo sucesso e reconhecimento no trabalho;
- f) a insatisfação é apontada como consequência da desvalorização e da falta de reconhecimento;
- g) as vivências de prazer e de sofrimento estão inseridas num processo de mistura de sentimentos em que o profissional se depara ora com elogios, ora com violência;
- h) o remanejamento é observado como um gerador de desvalorização, enfrentamentos e de outros conflitos entre a equipe;
- i) as deficiências de infra-estrutura e a falta de material adequado para realizar as tarefas desorganizam o trabalho da equipe;

- j) a relação funcionário-acompanhante apresenta uma das preocupações dos trabalhadores;
- k) as diferentes formas de contratos (vínculos) de trabalho são produtoras de desentendimentos, de quebras de compromissos, responsabilizações e respeito;
- l) os profissionais, de modo geral, possuem bom relacionamento com suas chefias;
- m) o relacionamento profissional entre as categorias médica e de Enfermagem é, na maioria das vezes, gerador de desrespeito;
- n) a saúde do trabalhador está intimamente ligada ao seu processo de trabalho.
- o) o absenteísmo no trabalho ocorre principalmente por motivos de doenças próprias ou de familiares mais próximos.

Acreditamos que as responsabilidades das “(des)organizações” dos processos de trabalho não devem ser apontadas somente para aqueles profissionais que ocupam os poderes no microespaço da instituição. Usuários e trabalhadores devem buscar juntos soluções que tenham impacto no direito à saúde e ao trabalho. Assim, de forma conjunta, poderão ser criadas estratégias para melhorar as relações e as condições de saúde no âmbito institucional e, mais que isso, no âmbito da vida.

Pensamos como Merhy (1998), quando afirma que a criação de responsabilizações dos profissionais e das equipes pelos atos de cuidar pode redesenhar o modo de se trabalhar em saúde.

Como contribuição inicial a todas as questões norteadoras deste estudo, apresentaremos a seguir algumas sugestões apontadas pelos profissionais do HINSG para melhorar a qualidade de vida no ambiente “insalubre” de trabalho:

- a) disponibilizar acompanhamento psicológico para os funcionários, com criação do cargo de psicólogo do trabalho;
- b) organizar terapias em grupo;

- c) melhorar as questões interpessoais, criando oficinas de relacionamento;
- d) buscar formas de igualdade e respeito entre as equipes;
- e) promover união entre setores;
- f) gerar mais diálogo e menos pressão;
- g) incentivar funcionários com prêmio para o trabalhador-padrão;
- h) criar formas de lazer;
- i) promover eventos de confraternização;
- j) instituir espaço para atividades físicas: massagem, alongamento, fisioterapia, relaxamento;
- k) promover terapia ocupacional (trabalhos manuais, pinturas, bordado etc.);
- l) criar planos de saúde/convênios para todos os profissionais;
- m) disponibilizar cursos gratuitos de aperfeiçoamento.

Ressaltamos que a qualidade de vida no trabalho inclui aspectos de bem-estar, garantia da saúde, segurança física, mental e social e capacitação para realizar tarefas com segurança. Não depende só de uma parte, ou seja, depende simultaneamente do indivíduo e da organização empregadora.

Acreditamos, então, que ações concretas que interfiram no nível de satisfação dos trabalhadores gerariam impactos positivos imediatos no modelo assistencial vigente. Concordamos com Barros (2004), quando relata que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde. Para a promoção de saúde nos locais de trabalho, é importante aprimorar a capacidade de compreender e analisar esse processo de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debate coletivo. Dessa forma, torna-se fundamental a gestão coletiva das situações de trabalho para a promoção de saúde.

Assim, acreditamos que, para melhorar as relações e intercessões na produção cotidiana do trabalho e a qualidade de vida do profissional de Enfermagem, devem

ser estabelecidas relações mais cooperativas, solidárias, ousadas e participativas, em que os trabalhadores possam sempre tomar as expectativas e necessidades do outro, demandante de cuidados, como referência para seu agir cotidiano.

Nesse sentido, o estudo aponta a necessidade de se pensar em estratégias para esse grupo, que sejam construtoras de processos de trabalho focados nas diferentes tecnologias do cuidado, em particular a tecnologia leve, de forma a contribuir com a democratização dos espaços institucionais por meio do exercício do direito universalizado à saúde, à promoção e à defesa da vida daqueles que trabalham (direito à formação, informação e conhecimento adequado de cada usuário; direito à participação efetiva nos processos, tendo os princípios da solidariedade e da ética norteando as decisões e as ações) e dos que se beneficiam desse trabalho.

Esperamos que esta pesquisa sirva de base para a elaboração de planos de ação concretos para subverter o que está instituído nas redes hospitalares e criar algo novo, incluindo a melhoria das condições do trabalho a partir da (re)organização desse processo, no intuito de gerar resultados positivos nas *relações e intercessões* estabelecidas, na saúde dos trabalhadores e, conseqüentemente, na assistência prestada pela instituição.

O TRABALHO continua!

Um homem se humilha
Se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
E a vida é trabalho

E sem o seu trabalho
Um homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata

Não dá pra ser feliz
Não dá pra ser feliz
Não dá pra ser feliz
Não dá pra ser feliz

(Gonzaguinha)

6 REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, D. de B. **Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem**: uma contribuição aos estudos da força de trabalho feminina. Salvador: [s.n.], 1997.
- ALVES, M. **Causas do absenteísmo na enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 5. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1998.
- ANTUNES, R. O caráter polissêmico e multifacetado do mundo do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, v. 1, n. 2, p. 229-237, 2003.
- ARAUJO, M. D. de et al. Formas de produzir saúde no trabalho hospitalar: uma intervenção em psicologia. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 5, p. 37-49, 2002.
- BÁRBARA, L. et al. Work. In: DICIONÁRIO MICHAELIS. São Paulo: Melhoramentos, 1989. p. 332.
- BARROS, E. et al. **Cartilha da PNH**: gestão e formação no processo de trabalho. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.
- BARTMANN, M. Evolução histórica dos cursos de Auxiliar e Técnico de Enfermagem no contexto sociopolítico-econômico do Brasil. **Boletim Técnico do Senac**, v. 23, n. 3, 1997. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/233/boltec233c.htm>>. Acesso em: 16 abr. 2005.
- BELLE, F. Executivas: quais as diferenças na diferença. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. v. 2, p. 195-231.
- BOM SUCESSO, E. de P. **Relações interpessoais e qualidade de vida no trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.
- BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários**. 2001. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde) – Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.
- BRAGA, D. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do Centro de Pesquisas Hospital Evandro Chagas**: um olhar da saúde do trabalhador. 2000. 75 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde do Brasil, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. Qualificação profissional e saúde com qualidade. **Formação**, Brasília, v.1, n. 1, 2001a.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria da Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão de Educação na Saúde. **Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 8 de junho de 1987, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 de jun. 1987. Disponível em: <<http://www.corenpb.com.br/legislacao/decretos/dec94406.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 25 de jun. 1986. Disponível em: <<http://www.corenpb.com.br/legislacao/leis/lei7498.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2005.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e das outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 de set. 1990. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=169>. Acesso em: 18 abr. 2005.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores S.A., 1980.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Carioca, 1994.

CAMPOS, G. W. de S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**: a constituição do sujeito, a produção do valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hicitec, 2000.

CAPELLA, B. B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M. **Para viver e trabalhar melhor**: a multidimensionalidade do sujeito trabalhador. Florianópolis: UFCS/CCS, 2002.

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M. T. O ser humano e sua possibilidade no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999. cap. 3, p. 85-104.

CARVALHO, V. de; COELHO, C. P. **O quadro documental da Escola de Enfermagem Anna Nery**: 70 anos de evolução histórica (1922-1992). Disponível em: <<http://www.eean.ufrj.br/sobre/historia.htm>>. Acesso em: 25 abr. 2005.

CASTRO, J. L.; SANTANA, J. P. de (Org.). **Negociação coletiva do trabalho em saúde**. Brasília: OPAS/OMS; Natal: UFRN/NESC, 1998.

CATANI, A. M. **O que é capitalismo?** 5. ed. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1981.

CECILIO, L. C. de O. É possível trabalhar o conflito como matéria prima da gestão em saúde? **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 508-516, mar./abr. 2005.

CECILIO, L. C. de O. A modernização gerencial dos hospitais públicos: o difícil exercício da mudança. **Revista de Administração FGV**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 36-47, 1997.

CHIAVENATO, I. **Administração de recursos humanos**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1981.

COSTA, A. L. R. C. da. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem**: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público. 2005. 268 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1986.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 14, n. 54, p. 7-11, 1996a.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996b. v. 1, p. 149-173.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. **Formação**, Brasília, v. 1, n. 2, p. 5-15, 2001.

DIAS, H. H. Z. R.; RAMOS, F. R. S. O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 12, n. 1, p. 44-51, 2003.

ELIAS, M. A. **O impacto do trabalho sobre a saúde das trabalhadoras em área hospitalar**: um estudo sobre o trabalho e sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. 2002. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2002.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei complementar nº 288, de 22 de junho de 2004. Reorganiza a estrutura organizacional básica do Instituto Estadual de Saúde Pública e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**. Vitória, p. 8, 22 de jun. 2004.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Lei complementar nº 46, de 31 de abril de 1994. Institui o Regime Jurídico Único para os servidores públicos civis da administração direta, das autarquias e das funções do Estado do Espírito Santo de qualquer de seus

poderes, e dá outras providências. **Diário Oficial do Estado do Espírito Santo**. Vitória, 31 de abr. 1994.

FARIA R. de M.; MARQUES, A. M.; BERUTTI, F. C. **História**. Belo Horizonte: Editora Lê, 1989. v. 3.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração da administração em enfermagem**: da gerência científica à gerência sensível. 1995. 248 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1995.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 19. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

FRANÇA, A. C. L.; RODRIGUES, A. L. **Stress e trabalho**: guia básico com abordagem psicossomática. São Paulo: Atlas, 1997.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim MG. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-134.

FREIRE, J. B. **A saúde coletiva acerca-se do hospital**: o caso do Hospital Público Regional de Betim. 2002. 204 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Campinas, 2002.

GARCIA, H. **Dicionário contemporâneo da língua portuguesa Caldas Aulete**. 5. ed. Rio de Janeiro: Delta, 1986.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p.193-197, 2004.

GIRIN, J. A linguagem nas organizações; signos e símbolos. In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996. v. 3, p. 23-66.

HAAG, V. S. de E.; LOPES, M. J. M.; SCHUCK, J. da S. **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores**. Goiânia: AB, 1997.

HINSG 66 anos. **Consultando**: Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória, Vitória, ano 1, n. 5, p. 1, jul. 1998.

ILO/ICN/WHO/PSI. Framework Guidelines for Addressing workplace violence in the health sector. **Violência no trabalho no setor saúde**. Geneva: International Labour Office, 2002. Tradução de Marisa Palácios, Mônica Loureiro dos Santos e Margarida Barros do Val. Rio de Janeiro: 2002. 27 p. ISBN 92-2-1134466.

JORGE, A. de O. **A gestão hospitalar sob a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. 203 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), Campinas, 2002.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análises e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, 2003.

LAFARGUE, Paul; MARX, Karl. **O capital**. São Paulo: Conrad do Brasil, 2003.

LAIGNIER, M. R.; MENEGATTI, N. C. A. M.; BONINCENHA, S. S. **Um olhar sobre o absenteísmo na equipe de enfermagem da clínica médica do HUCAM**. 2002. 61 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2002.

LEOPARDI, M. T. A vida do trabalhador como centralidade no trabalho. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999b. cap. 2.2, p. 49-55.

LEOPARDI, M. T. Introdução. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999a. cap. 1, p. 07-22.

LIMA, M. A. D. da S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem como Prática Social) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

LIMA, M. A. D. da S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, p. 86-101, 1999. Número especial.

LIMA, R. de C. D. **A enfermeira: uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde**. Vitória: Edufes, 2001.

LOPES, M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. (Org.). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

LOYOLA, C. M. D. L. **Os doces corpos do hospital: as enfermeiras e o poder institucional na estrutura hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ/PROED, 1987.

MACHADO, S. C. **O processo de trabalho da enfermagem: o caso da sala de trauma do Hospital Universitário Antônio Pedro/UFF**. 1995. 95 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 1995.

MARTINS, J. A pediatria no Espírito Santo. In: AGUIAR, A; MARTINS, R. M. **História da pediatria brasileira**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1996. p. 235-245.

MASSARONI, L. **O estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no centro cirúrgico: estudo de suas representações sociais**. 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2001.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**: São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e de intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: MERHY, E. E. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. In: **Ver-SUS**. Cadernos de Textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 73-92.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; CECILIO, L. C. O. Algumas reflexões sobre o singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-122, 2003.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Os muitos Brasis**: saúde e população na década de 80. 2 ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. de S.; MIRANDA, A. C. de (Org.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002.

MINAYO, M. C. de S.; SOUZA, E. R. de. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. **História, Ciências, Saúde**, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov./1997, fev./1998.

MIRANDA, C. M. L. **O risco e o bordado**: um estudo sobre a formação da identidade profissional. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery/ UFRJ, 1996.

MOREIRA, M. M. da S. **Trabalho, qualidade de vida e envelhecimento**. 2000. 100f. (Mestrado em Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2000.

MOTTA, A. E. **A nova fábrica de consensos**. São Paulo: Cortez, 1998.

MOTTA, P. R. **A ciência e a arte de ser dirigente**. Rio de Janeiro: Editora Record, 1991.

MOULIN, M. das G. B.; REIS, C. T. dos; WEINICH, G. H. No meio do caminho havia uma pedra: organização do trabalho e saúde no processo de extração e beneficiamento de mármore. In: KIEFER, C.; FAGÁ, I.; SAMPAIO, M. do R. (Org.).

Trabalho, educação e saúde: um mosaico em múltiplos tons. Brasília: Ministério do Trabalho e emprego - Fundacentro, 2000. p. 221-239.

NAPOLEONI, Cláudio. **Smith, Ricardo, Marx:** considerações sobre a história do pensamento econômico. 2. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1981.

NASCIMENTO, G. M. do. **Estudo do absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem em uma unidade básica e distrital de saúde do município de Ribeirão Preto/SP.** 2003. 118 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Ribeirão Preto, 2003.

NASCIMENTO, M. A. de L.; BRITO, I. J.; DEHOUL, M. da S. O impacto de uma força durante a assistência de enfermagem (foco na articulação escapulo-umeral). **Enfermagem Brasil**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 5, p. 272-276, 2003.

NOGUEIRA, C. M. **A feminização no mundo do trabalho:** entre a emancipação e a precarização. Confederación Intersindical Galega. Santiago: 2003. Disponível em: <<http://www.galizacig.com/index.html>>. Acesso em: 6 set. 2004.

OFFE, C. **Trabalho e sociedade:** problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. v. 2.

OLIVEIRA, B. R. G. de; MUROFUSE, N. T. Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, p. 109-115, 2001.

OLIVEIRA, M.; FREITAS, H. **Focus group, método qualitativo de pesquisa:** resgatando a teoria, instrumentalizando o seu planejamento. São Paulo: RAUSP. v. 33 n. 3, 1998.

PAIXÃO, V. **História da enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde:** a interface entre trabalho e interação. 1998. 254 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PERREAULT, M. A diferenciação sexual no trabalho: condições de trabalho diferentes ou uma questão de sexo? In: CHANLAT, J. F. (Org.). **O indivíduo na organização:** dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1993. v. 2, p. 233-251.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: PAPA-Livros, 1999. cap. 2.1, p. 25-48.

PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho:** estudo em instituições escolhidas. 1996. 347 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Departamento de Sociologia do

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996.

PITTA, A.M.F. **Hospital dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

PITTA, A.M.F. A Equação Humana no Cuidado de Doenças: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 5, n. 2, p. 35-60, 1996.

RAMOS, A. C. **O mundo do trabalho ante a globalização**. Artigo: Jus Navigandi. Teresina: 2004. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=114>>. Acesso em: 6 set. 2004.

RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R.; GONZÁLES, R. M. **Grupo focal como uma estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem**. International Journal of Qualitative Methods. 2002. 1 (2), Article 5. Disponível em: <<http://www.ualberta.ca/~ijqm>>. Acesso em: 6 set. 2004.

REZENDE, M. P. **Agravos à saúde de auxiliares de enfermagem resultantes da exposição ocupacional aos riscos físicos**. 2003. 114 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2003.

RIBEIRO, H. P. **A violência oculta do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

ROCHA, S. M. M.; ALMEIDA, M. C. P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, 2000.

RODRIGUES, M. S. P.; LEOPARDI, M. T. **O método de análise de conteúdo: uma versão para enfermeiros**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1999.

SILVA, D. M. P. P. da; MARZIALE, M. H. P. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, 2000.

SILVA, E. S. Psicopatologia e psicodinâmica no trabalho. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Editora Atheneu, 1995. p. 287-310.

SIMÕES, A. M. de C. **Exclusão laborial: estudo das representações sociais dos profissionais de enfermagem do ambulatório do HUCAM/UFES**. 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery/Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2000.

SOUZA, J. G. **Humanização hospitalar: bases e estratégias de integração e inter-relação na equipe de enfermagem**. 2000. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2000.

TOBAR, F. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C. ; LOURENCO, M. R. et al. Aspectos éticos na ação gerencial do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.1, p. 85-89, 2002.

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

TRUGILHO, S. M. A escola chega ao hospital: aspectos sócio-históricos da implantação de uma proposta de atendimento escolar no hospital. **Pró-discente**: Caderno de Produções Acadêmico-Científicas do Programa de Pós-Graduação em Educação, Vitória, v. 7, n. 1, p. 26-39, 2001.

UNICEF. Fundo das Nações Unidas para a Infância. **Relatório da conferência Internacional sobre cuidados primários em saúde**. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Brasília: UNICEF, 1979.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil**: estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, 2000.

VICTORA, C., KNAUT, D. R.; HASSEN, M. de N. **A pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WEBER, M. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Pioneiras de Ciências Sociais, 1992.