

# Contribuição ao estudo qualitativo do trabalho na área de enfermagem\*

Wilson Danilo Lunardi Filho\*\*

Cláudio Mazzilli\*\*\*

Sumário: 1. Introdução; 2. Características do trabalho da enfermagem; 3. A burocratização da enfermagem e do trabalho do enfermeiro; 4. Metodologia da pesquisa; 5. Resultados da análise de conteúdo; 6. Conclusões.

Palavras-chave: processo de trabalho; sofrimento; prazer.

Identificação dos fatores causadores de sofrimento ou prazer no trabalho da enfermagem. Possibilidades de mudanças, com repercussões positivas, nas vidas dos enfermeiros e nas vidas daqueles com quem interagem. Dimensão da experiência que expressa o sujeito na interseção de sua particularidade com o mundo sociocultural e histórico.

## Contribution to the qualitative study of work in the area of nursing

The attendance of the diary work of the people who work at the nursing, their fulfillments and suffering moments set up as mobilizing elements to a close present study.

The relevance of our study takes place in search of identifying factors which make up motive of suffering or pleasure on the work of nursing workers. Such factors can mean changing of possibilities, with positive repercussion on their lives and on the lives of the people they interact with. The dimension of the experience that expresses the subject on intersection of his/her specialities with the social-cultural and historical world.

## 1. Introdução

Pode-se pressupor que nenhum trabalho está totalmente isento de possibilitar sofrimento ou prazer, mas, dependendo de certos fatores, inerentes à sua concretização, estes poderão estar presentes em maior ou menor grau.

O trabalho em si é imutável como fonte de prazer e sofrimento. As condições de trabalho e sua organização são mutáveis, podendo, portanto, contribuir significativamente para o prazer ou o sofrimento.

O trabalho tem sido percebido e tido mais como gerador de sofrimento do que como fonte de prazer pela maioria das pessoas, em decorrência, principalmente, de sua forma de organização e condições de realização.

\* Artigo recebido em out. 1995 e aceito em abr. 1996.

\*\* Mestre em administração de empresas, doutorando em enfermagem (UFSC) e professor adjunto do Departamento de Ciências Econômicas, Administrativas e Contábeis da Fundação Universidade de Rio Grande.

\*\*\* Doutor em administração e professor adjunto do Departamento de Ciências Administrativas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Não se pode fugir da natureza de determinado tipo de trabalho, mas pode-se abandoná-lo ou tentar modificar suas condições e organização, de sorte a permitir ao trabalhador espaço para o exercício da criatividade, transformando o sofrimento em sofrimento criativo e alcançando o prazer.

Tomando por base esses pressupostos e pela impossibilidade de se eliminar totalmente o sofrimento do trabalho é que se pretende, por meio deste artigo, determinar condições que permitam o gerenciamento do sofrimento pelo próprio trabalhador de enfermagem, em seu proveito e em proveito da produtividade.

## **2. Características do trabalho de enfermagem**

A enfermagem pode ser entendida como uma ciência humana, de pessoas e experiências, cujos campo de conhecimento, fundamentações e práticas abrangem do estado de saúde ao estado de doença. É mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas do cuidar de seres humanos. Como ação social, é uma atividade realizada por pessoas que se ocupam do cuidado à vida, à doença, à morte e ao meio ambiente. Em princípio, assume a responsabilidade de se solidarizar com pessoas, grupos, famílias e comunidades, objetivando a mobilização da cooperação de cada ser humano para alcançar, conservar e manter-se em estado de saúde. Em essência, quem exerce a enfermagem presta cuidados de preservação, conservação e manutenção da vida, quando coloca todas as suas ações em função de manter o corpo sadio. Portanto, a enfermagem deve ser compreendida como arte e ciência de pessoas que convivem com outras e cuidam delas.

A enfermagem é uma profissão dinâmica, continuamente sujeita a transformações e incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações, pautando-se pelo princípio ético de manter ou restaurar a dignidade dos corpos em todos os âmbitos da vida, corpos estes que, muitas vezes, chegam condicionados por enfermidades de vários tipos, violências, carências e misérias, bem diferentes do corpo mitológico divulgado pela mídia, quase sempre harmonioso e perfeito. Em seu sentido mais humano, os atos de enfermagem, em essência, buscam a síntese entre arte e ciência, filosofia e técnica, entre o social e o natural, pois são acontecimentos de esmerada preparação, constituídos por esforço e competência. Acontecem num tempo imediato, justo, real, previsto e, em determinadas situações, revistos, só se esgotando quando atingem sua significação — por exemplo, o alívio e o bem-estar que uma pessoa experimenta após ter um ferimento tratado ou o prazer e o conforto apresentado depois de um banho.

A enfermagem, como ciência, procede na prática pelo modelo interativo, convivendo com o inacabado, com a multifinalidade, com as diferenças, com a ambigüidade e com a incerteza. Nela, cada cuidado tem importância vital, uma vez que a enfermagem lida com acontecimentos graves, como doenças, deficiências e a morte. Durante uma intervenção de enfermagem, sinônimo de interação humana, é preciso que os atos de cuidar articulem-se com princípios de conserva-

ção de energia e integridade pessoal, social, política e estrutural, bem como com a percepção das tensões biofísicas e psicossociais das pessoas que ingressam no sistema de atendimento à saúde. Entender a experiência da enfermagem transcende a abordagem impessoal e distante da ciência. Tal experiência só pode ser compreendida com um toque de sensibilidade da imaginação criativa (Lima, 1993).

A enfermagem, concebida como prática social, historicamente estruturada e socialmente articulada, não deve ser vista apenas como uma prática técnico-científica produtora de um conhecimento linear sobre o cuidar, no sentido de como realizá-lo cada vez melhor e de como organizá-lo e administrá-lo mais lógica e racionalmente. Ela é constitutiva das práticas sociais em geral e das práticas de saúde em particular, caracterizando-se o trabalho em saúde como um processo coletivo, composto de áreas técnicas específicas, como a medicina, a odontologia, a farmácia e o serviço social. Como trabalho, a enfermagem é parte desse coletivo, constituindo um conjunto complementar e interdependente referido ao todo. Apesar de sua especificidade, a assistência de enfermagem contribui para a integralidade da assistência à saúde, tanto no modelo de saúde individual quanto no de saúde coletiva, os quais, por sua vez, são partes complementares de um mesmo trabalho. Por outro lado, cabe salientar que a enfermagem contém um processo onde diferentes categorias compartilham parcelas deste trabalho, configurando-se como uma profissão socializada, enquanto o mesmo não ocorre com outras profissões da saúde. A enfermagem, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, onde os agentes se multiplicaram, constitui uma prática heterogênea, realizada por diferentes categorias com formação escolar que vai do nível elementar ao superior (Almeida et alii, 1989; Albuquerque, 1989; Castellanos et alii, 1989).

Tal configuração confere à enfermagem uma característica de serviço especializado e coletivo, mas que não produz valor direto. Como trabalho coletivo, ocorre por distribuição de parcelas entre seus diferentes agentes, por meio de operações hierarquizadas, divididas por complexidade de concepção e execução. Habilidades diferenciadas, portanto, são exigidas de seus agentes para o manejo de instrumentos, métodos e processos. O hospital, considerado como um instrumento de trabalho, dá oportunidade a concentração e organização desses agentes e meios de trabalho, favorecendo sua utilização em espaços e tempos simultâneos.

Dessa forma, surgem as necessidades de controlar a utilização desses instrumentos e de imprimir unidade a esses trabalhos parciais. Tais necessidades corporificam-se num desses agentes, que assume a atividade gerencial, supervisionando direta e continuamente os trabalhadores e o processo como um todo, por delegação de quem detém poderes para tal. Na enfermagem, a responsabilidade pela parte intelectual do trabalho fica a cargo do enfermeiro, e sua parte manual é executada pelos diferentes trabalhadores da equipe de enfermagem. Por outro lado, atividades mais especializadas exigem um trabalhador mais bem preparado

técnica e intelectualmente para cumprir uma dupla função: promover a unidade e organização desse trabalho coletivo e ser recurso para a fase intelectual do mesmo, planejando-o ou desenvolvendo novos processos, métodos e instrumentos materiais. Tal característica exige formação diferenciada e se apresenta como um fator para o desenvolvimento da hierarquia na enfermagem. Porém, cabe ressaltar que, tendo em vista a realidade atual, é de supor que novos métodos e técnicas que exijam trabalhadores mais especializados, maior gasto de tempo e nenhum retorno em termos de lucros não sejam aproveitados. Tal fato pode ser comprovado pelo que ocorre no setor de saúde, com o emprego de mão-de-obra somente no limite da qualidade e quantidade necessários para não causar danos visíveis aos que precisam desse tipo de serviço. Entretanto, apesar de seu preparo para assumir um trabalho mais intelectual e mais complexo, o enfermeiro tem permanecido sujeito ao trabalho médico, não lhe sendo permitido ter acesso ao poder que socialmente seria esperado de um profissional de nível universitário (Leopardi et alii, 1989).

Conforme afirmam Almeida e outros (1989), na medida em que o trabalho humano pode ser separado em sua concepção e execução, tal característica também se evidencia no trabalho na área da saúde. O médico, por ser considerado tradicionalmente quem executa o lado mais intelectual do trabalho em saúde, assume a responsabilidade principal, passando a dominar todo o processo e reproduzindo, em certa medida, as relações sociais de classe, estabelecendo relações de poder com as demais profissões deste processo.

Assim, o processo de trabalho da enfermagem, no modelo de saúde individual institucionalizado, torna-se um instrumento ou um meio do processo de trabalho médico. Na organização tecnológica do processo de trabalho de enfermagem individual, o cuidar faz-se mais presente no cotidiano das categorias subordinadas ao enfermeiro, evidenciando-se como atividade-meio do processo de trabalho médico, ao passo que administrar é a atividade mais freqüentemente desenvolvida pelo enfermeiro, coordenando as atividades do pessoal de enfermagem e a relação com outros setores da organização. O fato do cuidar ser uma atividade-meio, adquirindo um caráter subsidiário/complementar, não significa que seus agentes devam ocupar um lugar subalterno e que, por isso, devam deter menor prestígio (Castellanos et alii, 1989).

### **3. A burocratização da enfermagem e do trabalho do enfermeiro**

A enfermagem desenvolveu-se num momento histórico no qual, por diferentes influências, os hospitais burocratizaram-se e a função administrativa foi assumida pelo enfermeiro, com base na teoria clássica da administração, assimilando o papel esperado em instituições com tal configuração. A emergência da burocratização do trabalho do enfermeiro está relacionada a três fontes principais: a *enfermagem*, quando, pela divisão social do trabalho, concretiza um ideal revolucionário introduzido por Florence Nightingale; a *organização hospitalar*, onde o

papel do enfermeiro é afetado pela obrigação de representar a continuidade tempo e espaço; e a *expectativa médica*, que tem transformado o enfermeiro em especialista administrativo (Trevizan, 1988).

Parece importante destacar que a profissionalização da enfermagem processou-se, basicamente, através de duas categorias sociais distintas, consoante o modelo nightingaliano, cujas metas eram o preparo de pessoal de classe social mais baixa para o exercício de serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas de classe social mais alta para as atividades de supervisão, administração e ensino. Essa dicotomia do trabalho em manual e intelectual caracteriza, no início da enfermagem moderna, a divisão social do trabalho dissimulada sob a forma de divisão técnica do trabalho, favorecendo a espoliação das classes dominadas, que internalizam a percepção predominante de que as tarefas que executam são socialmente menos importantes (Lunardi; Lunardi Filho & Borba, 1994).

As instituições de caráter privado ou estatal, indiscriminadamente, têm absorvido a enfermagem e sua equipe como trabalho e trabalhador subsidiário e dependente e como modalidade funcional, sendo sua ação dividida em tarefas e procedimentos (Lopes, 1988).

Já a expectativa médica é de que o enfermeiro seja um profissional capaz de administrar para assumir aquelas funções administrativas às quais os médicos não desejam se dedicar. Tais funções estão relacionadas ao apoio no processo de tratamento do paciente, com vistas principalmente ao atendimento das exigências da organização formal. A equipe médica espera que o enfermeiro assuma a responsabilidade pela manutenção da unidade e pela supervisão e controle de medicamentos e materiais necessários, e exerça a coordenação das funções de dispensa de cuidados do hospital com as funções médicas de cura. Mesmo que, na organização formal, a competência para coordenar os trabalhos da unidade seja atribuída ao “médico-chefe da enfermagem”, é o enfermeiro que a vem exercendo. Isso dá mostras de quão ilusória é a crença da administração de que o organograma reflete um quadro verdadeiro de seu padrão de funcionamento. Portanto, o enfermeiro desenvolve muitas atividades de caráter burocrático, impostas e exigidas pela instituição hospitalar, decorrendo de tal exercício o afastamento de suas funções caracteristicamente administrativas. A situação real do trabalho tem dificultado o desempenho do papel como profissão cientificamente orientada (Trevizan, 1988).

Pode-se concluir, portanto, que essa forma de comportamento tem limitado o espaço do enfermeiro àquele atribuído por outros profissionais, sem a busca de definição e determinação de seu próprio espaço, ou seja, sem tentar ultrapassar as expectativas preestabelecidas. A prática do enfermeiro é influenciada diretamente pelas características alienantes de uma instituição burocrática, sendo o planejamento e a normalização dessa prática definidos, na maioria das vezes, sem a participação efetiva do profissional, restando para este executar as ações definidas nos escalões superiores da hierarquia de poder (Mendes, 1988).

A prática tem demonstrado que o enfermeiro vem sendo utilizado como substituto em funções administrativas de outros órgãos ou disciplinas, ocupando, no entanto, um espaço subalterno. Em decorrência do regulamento e do regimento, a hierarquia de poder investe de autoridade, por delegação, os enfermeiros colocados em cargos administrativos. Investidos dessa autoridade e assumindo a responsabilidade inerente a ela, os enfermeiros comprometem-se mais intimamente com os objetivos organizacionais, agindo em conformidade com as normas padronizadas, responsabilizando-se por mantê-las. Em outras palavras, os enfermeiros têm garantido a burocratização. Por outro lado, há, ao mesmo tempo, os compromissos com a profissão e com a organização, o que pode ocasionar conflitos e disfunções ao atribuir-se importância excessiva a normas e rotinas, o que, conseqüentemente, conduz à redução do número de relações personalizadas. Deve ser entendido que o mal da burocracia não reside no cumprimento de normas e rotinas, mas no restringir-se apenas a isso, ou restringir-se a isso de forma marcadamente impessoal, pois uma das conseqüências da rigidez burocrática é a despersonalização do relacionamento, levando ao apego a normas e regulamentos (Trevizan, 1987 e 1988).

Tais fatos vêm demonstrando que os enfermeiros estão muito mais aliados aos administradores e empresários do setor de saúde do que aos interesses da população explorada e doente, que são os pacientes de seu dia-a-dia. Ao se manterem gerenciando dentro da lógica empresarial capitalista, quando em cargos de chefia, têm exigido o máximo de produtividade de seus subordinados, sem o necessário estabelecimento de metas que priorizem a qualidade da assistência e a satisfação com o trabalho (Pires, 1989).

Pode-se inferir, dessa forma, que o enfermeiro tem servido à burocracia e utilizado-se dela para fazer funcionar outros serviços, em detrimento de sua própria capacitação e preparo profissionais e, também, do possível potencial que teria para utilizar-se dela com vistas ao desenvolvimento do próprio serviço de enfermagem. A prática dá mostras de que, por meio de funções administrativas, o enfermeiro atinge o paciente ou se perde no próprio exercício dessas funções.

Trevizan (1987), em seu trabalho de campo, classificou as funções administrativas desenvolvidas pelo enfermeiro em:

a) função administrativa burocrática — que se caracteriza pelo uso do conhecimento técnico-especializado sobre administração, com vistas ao alcance dos objetivos organizacionais; a racionalidade, a eficiência e a impessoalidade são seus elementos essenciais e seu exercício é guiado por normas e rotinas preestabelecidas;

b) função administrativa não-burocrática — que se vincula à competência profissional do enfermeiro e tem como meta a qualidade do trabalho; não é regida por normas detalhadas; com dependência maior da competência individual, possibilita o uso da criatividade e deixa espaço para um estilo pessoal.

A função administrativa burocrática é comandada pelo compromisso com a organização, enquanto a não-burocrática é mais orientada pelo compromisso com a profissão.

Com base em seu estudo de campo, Trevizan conclui que o tipo de função administrativa burocrática mais contemplada pelo enfermeiro — implementar ordens médicas — atende à expectativa médica; a função administrativa que, em segundo lugar, recebe maior atenção — orientar funcionários sobre normas, rotinas e atribuições — corresponde à expectativa da organização hospitalar; e a que vem em terceiro lugar — verificar prontuários, exames, escalas de cirurgia — atende às expectativas de ambas as forças. Paradoxalmente, supervisionar e avaliar o trabalho do pessoal auxiliar, função que emana da expectativa do próprio serviço de enfermagem, é o tipo de função administrativa burocrática a que o enfermeiro menos se dedica.

O enfermeiro, investido da autoridade do cargo que ocupa, deve fazer uso competente dessa prerrogativa, autodeterminando suas tarefas e planejando suas ações, visando, primordialmente, ao atendimento aos pacientes, tendo como critérios os ditames próprios da profissão, que são específicos, e não aqueles ditados por outros profissionais. “O exercício da função administrativa reside na administração da assistência de enfermagem, além de envolver a implementação das ordens médicas e as expectativas da organização hospitalar”, mas o foco de atuação do enfermeiro deve ser administrar a assistência norteada por valores da enfermagem e não por valores institucionais ou de outras profissões. O centro da atividade da administração da assistência deve ser o paciente, envolvendo o planejamento, a direção, a supervisão e a avaliação das atividades desenvolvidas pelo pessoal auxiliar, visando ao atendimento das necessidades apresentadas pelo paciente. Abrange, também, a coordenação das demais atividades desenvolvidas com pacientes, em sua unidade, por profissionais de outros serviços, bem como a coordenação das atividades de apoio no que se refere a recursos materiais (Trevizan, 1989:112).

O tipo de trabalho predominante atualmente desenvolvido pela maioria dos enfermeiros, o amplo emprego de rotinas e a delegação pura e simples de funções constituem alguns dos principais empecilhos ao profissionalismo na enfermagem, favorecendo deformações nas percepções da imagem profissional do enfermeiro. O sentimento de frustração expresso por um grande número de enfermeiros pode ser devido à execução de atividades meramente gerenciais, em detrimento das assistenciais.

Portanto, o enfoque das funções administrativas na assistência ao paciente oferece ao enfermeiro subsídios para o planejamento, coordenação e avaliação da atenção dada às necessidades do paciente, além de possibilitar melhor conhecimento de seus subordinados e maior controle do funcionamento do serviço, assegurando, dessa forma, a conquista e manutenção de seu espaço. Assim, a administração da assistência centrada no paciente será guiada pela compreensão e pelo conhecimento de suas necessidades específicas e seu reconhecimento como pessoa. Portanto, o enfermeiro deverá adequar princípios e medidas administrati-

vas para a decisão e solução de problemas específicos do gerenciamento de seu pessoal.

Deve-se considerar que o exercício de papéis administrativos tem poder para assegurar que a filosofia do cuidado seja mantida. “Este valor profissional tende a se perder se os enfermeiros deixarem levar-se por forças ambientais e econômicas dos sistemas de prestação de cuidado à saúde que influenciam a prática da administração de enfermagem” (Trevizan, 1989:36).

Vista por esse ângulo, a administração da assistência compreende aliar os fins da administração aos fins da enfermagem, ou seja, o uso da administração como instrumento para o desenvolvimento da enfermagem. No planejamento de ações de enfermagem, o enfermeiro deverá fazer uso também de sua criatividade para tomar decisões que se apóiam na compreensão e no reconhecimento do paciente e, também, para ajustar os recursos humanos e materiais à execução da assistência planejada com qualidade. “A perspectiva de qualidade estimula o exercício da criatividade na solução de problemas inesperados, possibilita a autonomia da manutenção da prática de acordo com valores de sua profissão e, nesse sentido, decorre do compromisso do enfermeiro em termos profissionais e pessoais para com a profissão e para com seu objeto de trabalho” (Trevizan, 1987:206).

De tudo que foi anteriormente exposto acerca da burocratização da enfermagem e do trabalho do enfermeiro, pode-se concluir que o enfermeiro é aquele profissional da equipe de enfermagem encarregado de coordenar as atividades assistenciais no hospital. Ele é o profissional encarregado, também, de organizar o ambiente hospitalar para viabilizar a atuação dos demais profissionais da saúde e, principalmente, de sua equipe de auxiliares. Em outras palavras, o enfermeiro gerencia os materiais e o instrumental necessários à assistência aos pacientes hospitalizados em sua unidade. O enfermeiro, em última análise, deve prover os meios necessários aos elementos da equipe de saúde, inclusive para si, para a assistência aos pacientes no âmbito hospitalar.

Porém, na maioria das vezes, não lhe são dadas condições mínimas para bem desempenhar essa função, pois, em decorrência da atual conjuntura econômica, os meios materiais e instrumentos não lhe são oferecidos em qualidade e quantidade suficiente pela administração, inviabilizando, quase que totalmente, sua atuação. Tal tipo de situação, além de comprometer o exercício profissional do enfermeiro, provavelmente tem implicações na gênese do sofrimento, tanto no seu trabalho quanto no de seus auxiliares, que não conseguem, apenas com seus conhecimentos técnicos, prestar uma assistência adequada e de qualidade.

#### **4. Metodologia da pesquisa**

O estudo realizado numa instituição hospitalar pública caracteriza-se como exploratório descritivo, uma vez que o método descritivo focaliza a medida precisa de uma ou mais variáveis dependentes numa população ou amostra (Hyman, 1967).

### *A coleta dos dados*

A coleta dos dados foi realizada através de entrevistas feitas com profissionais da área de enfermagem. As informações foram reunidas por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas em local reservado, preferencialmente distinto do ambiente de trabalho e em horário outro que não o dos turnos de trabalho, e gravadas, com a aquiescência dos entrevistados, para serem posteriormente transcritas.

A transcrição deu-se na íntegra e após cada entrevista, pelo próprio pesquisador, para garantir a máxima fidelidade, o sigilo e o anonimato necessários. Preferentemente, uma nova entrevista só era realizada após a transcrição total da entrevista anterior. As entrevistas tiveram uma duração média de 50 minutos, entre um mínimo de 30 e um máximo de 90 minutos.

A intervenção do entrevistador foi mínima, acontecendo somente quando da realização de nova pergunta ou para, esporadicamente, um redirecionamento ao assunto, quando considerado pertinente, durante a exposição de fatos ou minúcias de detalhamento que se afastassem dos objetivos principais do presente estudo.

Ao final de cada entrevista, eram realizadas perguntas, com base no roteiro com questões fechadas, para a obtenção de dados julgados necessários ao estudo e para a caracterização dos sujeitos da amostra, a seguir discriminados.

### *Descrição da amostra*

Entre as categorias ligadas à coordenação de enfermagem do hospital estudado, foram selecionadas as de “enfermeiro” e “auxiliar de enfermagem”, por serem numericamente representativas. Tal escolha também deve-se à característica de a enfermagem ser uma profissão socializada, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho, constituindo-se numa prática heterogênea, realizada por diferentes categorias, com formação escolar diferenciada e legalmente institucionalizada.

Participaram da pesquisa 18 profissionais de enfermagem que trabalhavam, à época, em diferentes setores ou unidades e em turnos distintos. A diversidade de tais características foi intencional, para obter-se uma visão mais abrangente e diferenciada desses aspectos. A amostra foi acidental, envolvendo, entretanto, profissionais daquelas duas categorias distintas. Dos entrevistados, nove eram enfermeiras (50%) e nove auxiliares de enfermagem (50%), todos do sexo feminino.

Em relação à faixa etária, as enfermeiras estavam na faixa de 28 a 47 anos, numa média aproximada de 36 anos; as auxiliares de enfermagem tinham entre 25 e 50 anos, numa média aproximada de 38 anos.

Quanto ao estado civil, a grande maioria (66,6%) era casada ou com uma união estável (seis enfermeiras e seis auxiliares de enfermagem). Em relação ao número de dependentes, quatro enfermeiras (44,4%) tinham um dependente e

apenas uma enfermeira tinha dois dependentes. As demais enfermeiras (44,4%) não possuíam dependentes. Já seis das auxiliares de enfermagem (66,6%) tinham apenas um dependente. As restantes três auxiliares de enfermagem tinham, cada qual, nenhum, dois e três dependentes.

Em relação à escolaridade, cinco enfermeiras (55,5%) realizaram, além da graduação, uma especialização ou a licenciatura plena em enfermagem, e as restantes quatro enfermeiras (44,4%) possuíam somente a graduação. Seis auxiliares de enfermagem (66,6%) ainda não tinham completado o segundo grau, duas auxiliares de enfermagem (22,2%) tinham o segundo grau completo e uma auxiliar de enfermagem possuía apenas o primeiro grau, condição legal para o exercício dessa categoria profissional.

Quanto ao turno de trabalho, cinco enfermeiras e cinco auxiliares de enfermagem (55,5%) eram do turno da tarde, duas enfermeiras e duas auxiliares de enfermagem (22,2%) eram do turno da manhã, e duas enfermeiras e duas auxiliares de enfermagem (22,2%) eram do turno da noite.

Em relação ao tempo de serviço na área, situava-se entre um a 13 anos, numa média aproximada de oito anos para as enfermeiras e entre três e 20 anos para as auxiliares de enfermagem, numa média aproximada de 10 anos. Quanto ao tempo de serviço na instituição, situava-se entre um e oito anos, numa média de cinco anos para as enfermeiras, e entre um e sete anos, numa média de cinco para as auxiliares de enfermagem.

Em relação à área de atuação, estavam representados os seguintes setores ou unidades: ambulatório e SPA (serviço de pronto atendimento), um entrevistado; UTI pediátrica e neonatológica dois entrevistados; unidade de internação pediátrica, dois entrevistados; maternidade e centro obstétrico, três entrevistados; unidade de internação cirúrgica, três entrevistados, unidade de internação de clínica médica, sete entrevistados

Quanto ao número de empregos, cinco enfermeiras tinham apenas um emprego, as outras quatro tinham dois. Por sua vez, sete auxiliares de enfermagem tinham apenas um emprego, e das restantes, uma tinha dois empregos, e a outra três.

Em relação à faixa salarial, situava-se entre três e quatro salários mínimos para as enfermeiras e entre dois e três salários mínimos para as auxiliares de enfermagem.

### *A análise do conteúdo das entrevistas*

Segundo Bardin (1979), a análise por categorias é a mais antiga e, na prática, a mais utilizada do conjunto das técnicas de análise de conteúdo. Portanto, a escolha recaiu sobre a análise temática das entrevistas, pela sua eficácia na aplicação a discursos diretos, mediada por categorizações cujo funcionamento se dá por operações de desmembramento do texto em unidades, segundo reagrupamentos analógicos.

Foi adotada, no presente estudo, a seqüência de passos da metodologia de análise de conteúdo apresentada por Moraes (1993), consistindo nas seguintes etapas:

a) preparação das informações — esta etapa foi realizada em dois momentos distintos (transcrição das entrevistas gravadas, na íntegra e imediatamente após sua realização; leitura flutuante para destacar e selecionar aspectos pertinentes e relevantes ao estudo);

b) transformação do conteúdo em unidades — esta etapa também foi realizada em dois momentos distintos (separação em parágrafos, de acordo com o conteúdo temático; reelaboração das unidades de registro, por meio de uma síntese posterior de cada parágrafo, como recurso facilitador ao manuseio das informações, embora mantendo constante a preocupação em conservar tanto o sentido original quanto as próprias palavras do entrevistado, relacionadas ao tema);

c) categorização ou classificação das unidades em categorias — esta etapa, com base na temática, se processou pelo agrupamento das unidades de registro, a partir do desmembramento das várias entrevistas;

d) descrição — esta etapa constituiu-se de operações por categorias iniciais, a partir da descrição de suas principais idéias;

e) interpretação — esta etapa constituiu-se da elaboração das categorias intermediárias mais abrangentes, a partir das informações das categorias iniciais, e, finalmente, da elaboração das categorias finais na busca de uma síntese mais globalizadora e do alcance de níveis de interpretação e compreensão mais aprofundados.

## **5. Resultados da análise de conteúdo**

Os resultados da análise foram obtidos através de três conjuntos de categorias, nas quais as informações coletadas foram classificadas. O primeiro conjunto constituiu-se das *categorias iniciais* que apresentam as informações, em maior nível de detalhamento, com a utilização intensiva das próprias manifestações dos entrevistados.

O segundo conjunto foi formado pelas *categorias intermediárias*, uma reclassificação das informações na qual se reagrupam as categorias iniciais, objetivando um menor número de categorias, de caráter mais amplo. Finalmente, essas categorias intermediárias foram reagrupadas, dando origem às *categorias finais*, nas quais procurou-se uma síntese globalizadora das percepções dos entrevistados acerca dos fatores que, na opinião dos trabalhadores entrevistados, têm implicações no trabalho de enfermagem.

Na categoria final, “O Trabalho em Si”, confirmando Dejours e Abdoucheli (1994), foi possível constatar, a partir da análise das descrições de vivências e percepções dos trabalhadores, que o trabalho desponta como um operador fundamental na própria construção do sujeito e como um espaço de construção do sentido e, portanto, de conquista de identidade, de sua continuidade e historicização. A atividade profissional, cessa forma, não é apenas um modo de ganhar a vida. Transcende ao simples atendimento de necessidades, constituindo uma forma de inserção social, onde os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados.

Outros elementos que emergiram da análise e que já haviam sido constatados por Pitta (1990), quando de seu estudo sobre o trabalho hospitalar, apontam que o sofrimento daqueles que exercem atividades de enfermagem decorre da própria natureza e características da enfermagem, pelo contato cotidiano com dores, perdas, sofrimento e morte relacionados, fundamentalmente, aos cuidados com pessoas doentes. Foi evidenciado que a responsabilidade, no exercício de tais funções, recai, de forma bastante intensa e contundente, sobre a equipe de enfermagem, por ficar a seu cargo a provisão contínua de cuidados aos pacientes internados, durante as 24 horas do dia, dia após dia, até o desfecho esperado, que pode ir da cura até a morte.

Apesar de sua natureza extremamente desgastante, por ser exercido nas situações críticas pelas quais passa o ser humano, esse trabalho — quando possível de ser realizado e dependendo dos resultados obtidos — é percebido como muito prazeroso.

Desse modo, o contato direto com o paciente, provendo cuidados e elementos essenciais à sua subsistência e recuperação, constitui fator de proteção à saúde psíquica dos trabalhadores da enfermagem, muito mais evidenciado no trabalho dos auxiliares de enfermagem, por suas ações ficarem mais restritas ao desempenho de atividades assistenciais diretas. Dessa forma, mesmo ante a iminência da morte e da necessidade de, cotidianamente, ultrapassar a barreira do medo e da comisseração, há estímulos eficientes para desencadear um deslocamento da energia libidinal para fins social e narcisisticamente valorizados, portanto impedindo seu direcionamento para uma via sintomática. Desse modo, a sublimação compensatória, atribuída às atividades de utilidade e reconhecimento sociais, emerge como um mecanismo competente de transformação de pulsões inconscientes, primitivas e individuais, que, por meio de sua dessexualização no campo social, oferece uma via não-sexual para sua satisfação. Portanto, trabalho e sublimação surgem como operadores fundamentais da saúde mental (Pitta, 1990; Dejours, 1993; Dejours & Abdoucheli, 1994). O trabalho torna-se um fator de equilíbrio e de desenvolvimento, quando possibilita ao trabalhador aliar o desejo de executar a tarefa às necessidades físicas, independentemente da natureza desse trabalho e das condições em que se realiza, confirmando as assertivas de Dejours, Dessors e Desriaux (1993).

Por outro lado, um fato digno de nota que emergiu da análise diz respeito ao que se pode considerar uma idealização da enfermagem, quando ela é qualificada

como uma profissão sublime, grandiosa e nobre. Do mesmo modo, ao enfatizarem valores relacionados a amor, abnegação e desprendimento, os trabalhadores da enfermagem parecem relegar a um plano secundário, apesar do pouco reconhecimento e valorização que têm a luta por uma remuneração digna e condições ambientais e materiais adequadas de trabalho.

Tais fatos corroboram a assertiva de Leopardi e outros (1989) de que o peso das representações sociais, em torno do trabalho da enfermagem e de seus agentes, tem servido de desestímulo à inserção da categoria na vida social e política. Desse modo, pode-se constatar, ainda hoje, que se encontram bastante presentes, na enfermagem, traços característicos do personalismo cristão, que permeiam a profissão desde os seus primórdios, uma vez que, seguramente, as primeiras vocações para o cuidado dos enfermos situam-se no âmbito da religiosidade e não da ciência e da técnica. Tal personalismo, além de exigir uma plena consciência profissional, facilmente perceptível no elevado comprometimento dos trabalhadores de enfermagem com o trabalho e na preocupação que têm com as prováveis e constantes impossibilidades de sua plena realização, devido à carência de recursos materiais e humanos, bem como suas conseqüentes implicações na segurança e integridade dos pacientes, contrapõe essa mesma consciência profissional às atividades próprias dos movimentos sociais. Por outro lado, parece estimular a resignação e a renúncia, presentes, de forma tão característica, nas atitudes daqueles que se dedicam ao cuidado dos enfermos e moribundos, mais especificamente da equipe de enfermagem (Bourdieu, 1987; Minayo, 1989; Lima, 1993). Para Bourdieu (1987), além disso, tais atitudes podem ser atribuídas ao deslocamento de aspirações e conflitos, por meio da compensação simbólica, como a promessa de salvação eterna.

Esse fenômeno, para Lima (1993), pode ser atribuído, em parte, aos preconceitos sociais sexistas e aos prováveis tabus ligados à condição feminina, uma vez que as mulheres constituem o maior contingente de trabalhadores da área de enfermagem. Tais preconceitos e tabus levam as mulheres a perceberem que seu prestígio social decorre de sua capacidade de prestar serviços à família e à sociedade por abnegação e amor, sem exigir nenhuma remuneração. Lopes (1988), por sua vez, acrescenta que o desprestígio, a subordinação e a subalternidade do trabalho da enfermagem advêm do caráter social e histórico das tarefas femininas que o compõem, portanto, comparáveis ao trabalho doméstico, não contabilizado, sem ter ressaltado seu valor econômico nem respeitados seus direitos. No entanto, essa forma de divisão de papéis vem servindo à manutenção de um mundo de dominantes e dominados, no qual o trabalho feminino apresenta-se mais barato, igualmente apto, e menos reivindicativo e submisso.

Foram evidenciados, pela análise dos depoimentos, elementos que corroboram as afirmativas de Castellanos e outros (1989) e de Leopardi e outros (1989), ao reportarem-se à visível deterioração das condições de trabalho a que está submetido o trabalhador da enfermagem. Pode-se inferir, dessa forma, que tais condições podem ser um dos fatores que têm levado à crescente evasão e à alta rotatividade que, associadas à insuficiência dos recursos humanos na área

de enfermagem hospitalar. têm promovido o aumento, cada vez mais contínuo e significativo, do desgaste físico e mental dos trabalhadores remanescentes. O sofrimento no trabalho, desse modo, emerge, principalmente, do medo desses trabalhadores de não terem tempo nem condições de concluírem suas tarefas, na medida em que as atividades devem ser compartilhadas e redistribuídas entre os que permanecem.

Por outro lado, a cobrança de um desempenho que redunde em maior produtividade e da manutenção do padrão de qualidade de assistência esperado, principalmente, no caso do hospital universitário, leva os trabalhadores da enfermagem remanescentes a buscarem, na otimização do tempo e na concentração de esforços, atender às expectativas de compensar a redução, cada vez maior e mais significativa, dos elementos da equipe de enfermagem. Portanto, mostra-se bastante pertinente e apropriada a assertiva de Leopardi e outros (1989) de que, no setor de saúde, são utilizados recursos humanos somente no limite da qualidade e quantidade para não causarem danos visíveis aos que utilizam esse tipo de serviço, podendo-se inferir, dessa forma, serem suficientes, apenas, para dificultar a apuração de responsabilidades, quando de sua ocorrência.

Por sua vez, a freqüente falta de condições mínimas para o bom desempenho das funções assistenciais — traduzidas na insuficiência dos meios materiais e instrumentais, tanto em quantidade quanto em qualidade — e a dificuldade e, muitas vezes, impossibilidade de realização do trabalho são percebidas, principalmente pelas enfermeiras, como alguns dos maiores motivos de sofrimento no trabalho. A constante busca dessas condições materiais envolve a perda de um tempo que poderia ser destinado às funções assistenciais e conduz a um desgaste profissional e pessoal, ao gerar atritos e desentendimentos com os demais profissionais de outros setores.

Portanto, embora as características da profissão estejam bem-definidas pela habilidade e competência profissionais, isso não impede que, nas condições reais do trabalho, seja extremamente difícil a realização das tarefas. O drama do sofrimento localiza-se, também, no descaso, no desconhecimento ou negação das dificuldades experimentadas pelos membros da equipe de enfermagem, portanto, no seu não-compartilhamento, evidenciado nas atitudes adotadas pela direção, pela coordenação de enfermagem, inclusive, e pelos demais profissionais, principalmente pelos médicos, ao se limitarem, conforme ressaltado por Dejours (1993; 1994b), à construção da psicologia espontânea pejorativa, imputando as imperfeições do sistema àqueles que executam o trabalho, deplorando sua falta de formação ou proferindo julgamentos de condenação moral, o que, para Chantal e Bédard (1993), pode impedir o desenvolvimento do indivíduo e, inclusive, aniquilar a realidade de sua existência.

## 6. Conclusões

As conclusões do presente estudo vão de encontro, frontalmente, às recomendações de Walton (1973), para que os trabalhadores, em geral, não estejam expostos a condições físicas de trabalho indevidamente perigosas ou prejudiciais à saúde e que, segundo Silva (1988), podem acarretar danos físicos, emocionais e sociais, como foi constatado. Os profissionais da enfermagem, em decorrência da natureza e características do trabalho que desenvolvem, correm o risco de sofrerem danos à saúde ocasionados por agentes biológicos, químicos, físicos e mecânicos, bastante presentes no ambiente hospitalar. Portanto, necessitam de condições materiais de proteção que não são qualitativa e quantitativamente suficientes. Dessa forma, ficam expostos, por vezes, a situações que põem em risco sua saúde. Contraditoriamente, ao se dedicarem à recuperação da saúde de outrem, numa organização cuja principal finalidade é a saúde das pessoas, correm o risco de se tornarem doentes. Assim, a percepção da realidade que esses trabalhadores vivenciam e as possibilidades de comprometerem não só sua saúde mas, também, a própria vida, associadas à impossibilidade de prestarem um atendimento dentro das condições mínimas de qualidade, geram sentimentos que contribuem, sobremaneira, para o sofrimento no trabalho.

## Referências bibliográficas

- Albuquerque, M. C. de. Situação da enfermagem na década de 80: considerações da debatedora. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 76-83.
- Almeida, M. C. P. de et alii. A situação da enfermagem nos anos 80. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 43-75.
- & Rocha, J. Y. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática*. São Paulo, Cortez, 1989.
- Arendt, H. *A condição humana*. 6 ed. São Paulo, Forense Universitária, 1993.
- Bakan, D. *Enfermidad, dolor, sacrificio: hacia una psicología del sufrimiento*. México, Fondo de Cultura Económica, 1979.
- Bardin, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1979.
- Bourdieu, P. *A economia das trocas simbólicas*. 2 ed. São Paulo, Perspectiva, 1987.
- Castellanos, B. P. et alii. Os desafios da enfermagem para os anos 90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 147-69.
- Chanlat, A. & Bédard, R. Palavras: a ferramenta do executivo. In: Chanlat, J. F. (org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed. São Paulo, Atlas, 1993. v. 1.
- Dejours, C. *A loucura do trabalho*. 5 ed. São Paulo, Cortez-Oboré, 1992.

———. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, J. F. (org.). *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 2 ed. São Paulo, Atlas, 1993. v. 1.

———. A carga psíquica do trabalho. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, Atlas, 1994a.

———. Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, Atlas, 1994b.

——— & Abdoucheli, E. Desejo ou motivação. A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. In: Dejours, C.; Abdoucheli, E. & Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo, Atlas, 1994.

———; Dessors, D. & Desrioux, F. Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*. São Paulo, FGV, 23(3):98-104, maio/jun. 1993.

Hyman, H. *Pesquisas: princípios, casos e processos*. Rio de Janeiro, Lidador, 1967.

Kerlinger, F. *Metodologia da pesquisa em ciências sociais: um tratamento conceitual*. São Paulo, EPU/Edusp, 1980.

Leopardi, M. T. et alii. O desenvolvimento técnico-científico da enfermagem — uma aproximação com instrumentos de trabalho. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 97-126.

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

Lopes, M. J. M. O trabalho da enfermeira: nem público, nem privado, feminino, doméstico e desvalorizado. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 41(3/4):211-7, jul./dez. 1988.

Lunardi, V. L.; Lunardi Filho, W. D. & Borba, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 47(1):7-14, jan./mar. 1994.

Mendes, D. de C. Algumas considerações sobre o perfil do enfermeiro na função gerencial da assistência de enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 9(2):67-72, dez. 1988.

Minayo, M. C. de S. A situação social brasileira e os desafios para os profissionais de saúde — década de 80-90. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 86-91.

———. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. Rio de Janeiro, Hucitec-Abrasco, 1992.

Moraes, R. *Análise de conteúdo*. Porto Alegre, PUC-RS, 1993. mimeog.

Pires, D. E. P. de. Discurso da presidente da comissão executiva. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 41. *Anais*. Florianópolis, 1989. p. 29-33.

Pitta, A. *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo, Hucitec, 1990.

Trevizan, M. A. A função administrativa do enfermeiro no contexto da burocratização hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, 40(4), out./dez. 1987.

———. *Enfermagem hospitalar: administração e burocracia*. Brasília, UnB. 1988.

——— et alii. O significado da administração da assistência ao paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. Porto Alegre, 10(1):34-37, jan. 1989.

Walton, R. Quality or work life: what is this? *Sloan Management Review*, 15(1):11-21, 1973.