

**MARITÊ INEZ ARGENTA**

**COMPREENDER O PROCESSO DE  
TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA  
NECESSIDADE PARA A PROFISSÃO**

**FLORIANÓPOLIS - SC**

**JULHO DE 2000**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM  
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA**

**COMPREENDER O PROCESSO DE  
TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA  
NECESSIDADE PARA A PROFISSÃO**

**MARITÊ INEZ ARGENTA**

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

**ORIENTADORA:  
PROF. <sup>^</sup> DR. <sup>^</sup> DENISE ELVIRA PIRES DE PIRES**

**FLORIANÓPOLIS-SC  
JULHO DE 2000**

26 DE JULHO DE 2000

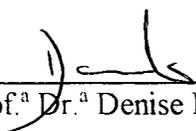
**COMPREENDER O PROCESSO DE  
TRABALHO DA ENFERMAGEM: UMA  
NECESSIDADE PARA A PROFISSÃO**

**MARITÊ INEZ ARGENTA**

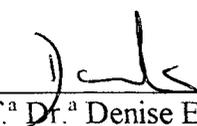
Esta Dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

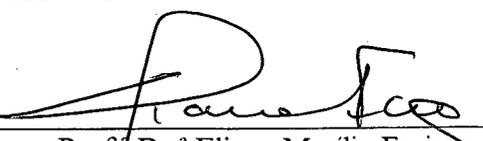
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

E, aprovada na sua versão final, em 27 de novembro de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Mestrado em Enfermagem. Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Elvira Pires de Pires  
Coordenadora da PEN/UFSC

**BANCA EXAMINADORA:**

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Denise Elvira Pires de Pires  
Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Eliana Marília Faria  
Membro

  
\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Flávia Regina Souza Ramos  
Membro

\_\_\_\_\_  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Tereza Leopardi  
Membro Suplente

## AGRADECIMENTOS

A professora doutora Denise Pires, por suas orientações, paciência, e por servir de barco nesta travessia. Minha eterna gratidão, pela sua competência e dedicação.

As professoras doutoras Eliana Faria, Flavia Ramos e Maria Tereza Leopardi e o professor Jonas Salomão por aceitarem participar desta banca examinadora.

Meu especial agradecimento ao Pedro, companheiro solidário e sensível.

Meu especial agradecimento, ao meu filho, Pedro Joseph pela paciência de agüentiar a ausência da mãe.

Aos meus pais, que apesar da distancia sempre se fizeram presentes.

As minhas irmãs Adriana, Cleonete e Jauna, pelo carinho e força.

As amigas colegas de mestrado especialmente Mônica e Josiane.

A amiga Karla pelos momentos compartilhados.

A amiga e colega Elke.

A amiga Anita, pelo incentivo e, sobretudo pela amizade carinhosa.

A gerente de enfermagem do Instituto de Cardiologia pela compressão e flexibilidade e as enfermeiras Giselda, Jaqueline, Ângela, Rosana, Marlene Silva, Marlene Morche, Janete, Mauricio, Elizabete Dario e Sandra. A todos os trabalhadores de enfermagem do Instituto de Cardiologia em especial os que fizeram parte deste estudo.

Um agradecimento especial a Arlete pela ajuda nos momentos finais deste trabalho.

A equipe de Recursos Humanos do INCA em especial Lina, Jose e Moises, Carlos e a todos as pessoas que contribuíram de diversas formas, para que esse trabalho pudesse ser concluído.

## RESUMO

A finalidade deste estudo foi fazer uma reflexão com os trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) de uma instituição hospitalar pertencente à rede pública do Estado de Santa Catarina, de uma unidade cirúrgica, tendo como objetivo refletir sobre o seu processo de trabalho. Analisa como esse processo é percebido pelos trabalhadores de enfermagem o que lhes proporciona sofrimento e prazer no exercício do mesmo. Trata-se de um estudo de caso, analisado segundo critérios da pesquisa qualitativa. Para coleta de dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas individuais, discussões em grupo, sob a forma de oficinas; observação de campo e estudo documental. Participaram das entrevistas 14 (quatorze) profissionais de enfermagem da unidade estudada e, em cada grupo de discussão, participaram em média 8 (oito) trabalhadores. Os dados foram categorizados de acordo com a opinião de quem o realiza e sistematizados destacando os elementos que compõem o processo de trabalho e opiniões sobre sofrimento e prazer no trabalho de enfermagem. Este estudo constatou que apesar das teorizações já existentes sobre o processo de trabalho no cotidiano, os trabalhadores de enfermagem têm dificuldades de identificar a finalidade e o objeto sobre o qual atuam e, esta dificuldade influencia a compreensão da enfermagem sobre a sua profissão. Os profissionais da enfermagem não se questionam sobre: as características especiais do objeto de trabalho e as especificidades do seu trabalho, as quais o diferenciam no contexto do trabalho em saúde. Que instrumentos são necessários para o exercício do trabalho em enfermagem e que características deve ter a força de trabalho para realizar esse tipo de atividade. Que conhecimentos específicos são dominados pela profissão no conjunto das profissões em saúde. Conclui-se que o processo de trabalho da enfermagem gera sofrimento nos trabalhadores, principalmente pelas condições de trabalho adversas e pela falta de reconhecimento social, mas, também pode ser uma fonte de prazer aos trabalhadores. Este trabalho complexo e específico, inclui a possibilidade dos trabalhadores imprimirem a sua marca, a sua criatividade e, é possível a enfermagem realizar um trabalho mais humano e mais valorizado. Apesar das condições adversas, existe uma identidade dos trabalhadores com a profissão, além de uma simples relação de emprego para sobrevivência. O domínio de um conhecimento especial une, e dá identidade ao grupo, apesar dos conflitos.

Palavra-Chaves: Trabalho em enfermagem; Processo de trabalho; Prazer; Sofrimento no trabalho.

## **ABSTRACT**

### **UNDERSTANDING THE WORKING PROCESS OF NURSING: A NECESSITY FOR THE PROFESSION**

The objective of this study was to promote a reflection about the processes, which involves the nursing professionals working conditions. This research was made with the participation of nurses, technicians, and assistants of a surgery unit of a public hospital in southern Brazil. This research consists on a case study, analyzed according to the qualitative research criteria, in which, was used individual semi structured interviews, group of discussions (workshops), fieldwork, and a documentation study for the data collection. The interviews were made with 14 professionals divided into, approximately, 8 per group. The data were categorized and systematized, according to individual perceptions about the elements, which belong to the working process, and about the suffering and pleasure involved in this profession. Findings showed that, despite the working process being a very discussed theme, nursing professionals have difficulties in identifying its objectives and the object of work they deal with. Besides this, nursing professionals do not question the special characteristics of their object of work and the assistance needs of this object, which determine and differentiate their working in a human context. This work approaches issues as: what are the necessary instruments and specific field of knowledge to the nursing professionals working; and what should be the characteristics of this workforce among others health professional classes. The conclusion is that, the nursing working process generates suffering because of the working conditions and the lack of social recognizing. But, on the other hand, nursing can be a source of pleasure to the workers, since that, given its complexity and specificity it requires creativity from the part of the professionals in order to print their mark, and to accomplish a more human and valuable work. Although the conditions may be adverse, there is an identity between professionals and profession that goes beyond of a simple job and survival relationship. The specific knowledge dominion unites and gives identity to the group, despite the conflicts

## SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS.....	9
LISTA DE FIGURAS.....	10
INTRODUÇÃO .....	11
<b>1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DE INTERESSE E DEFININDO OS OBJETIVOS.....</b>	<b>15</b>
1.1 Contextualizando a Temática.....	15
1.2 Definindo os Objetivos.....	22
1.2.1 Objetivo geral.....	22
1.2.2 Objetivos específicos.....	23
<b>2 REVISÃO DE LITERATURA .....</b>	<b>24</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>34</b>
3.1 O Trabalho, suas Transformações na História da Humanidade: Uma Breve Caracterização.....	34
3.2 O Processo Saúde - Doença e o Processo de Trabalho em Saúde.....	39
3.3 Enfermagem: Profissão e Disciplina.....	43
<b>4 METODOLOGIA .....</b>	<b>52</b>
4.1 Caracterização do Local de Estudo .....	53
4.2 Aspectos Éticos e A Coleta de Dados.....	55
4.2.1 Aspectos Éticos.....	55
4.2.2 A Coleta de Dados .....	55
4.2.3 As entrevistas.....	57
4.2.4 Discussões de grupo.....	58
4.2.5 Técnicas Complementares.....	61
4.3 Análise dos Dados .....	64
<b>5 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA OPINIÃO DE QUEM O REALIZA .....</b>	<b>66</b>
5.1 Processo de Trabalho.....	66
5.1.1 Necessidades geradoras e finalidade do trabalho.....	68
5.1.2 Objeto de trabalho .....	71

5.1.3 Instrumentos de trabalho.....	74
5.1.4 Produto do trabalho.....	76
5.2 Condições e Organização do Trabalho .....	79
5.2.1 Organização do trabalho.....	80
5.2.2 Condições de trabalho e força de trabalho .....	89
<b>6 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DA ENFERMAGEM .....</b>	<b>107</b>
6.1 Motivos de Sofrimento na Realização do Trabalho da Enfermagem.....	107
6.2 O Prazer de Trabalhar.....	119
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>122</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>129</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>136</b>
Anexo I.....	137
Anexo II .....	138
Anexo III.....	139

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Resumo dos Cinco Grupos de Discussão _____	63
Quadro 2 - O Objeto de Trabalho Segundo Informações dos Entrevistados _____	72
Quadro 3 - Comparativo do Número Existente de Trabalhadores de Enfermagem na Unidade Estudada e o Número Ideal em uma Unidade Cirúrgica com 30 Leitos _____	94
Quadro 4 - Número de Trabalhadores da Unidade Estudada que tem mais de um Emprego _____	97
Quadro 5 - Salários dos Trabalhadores da Unidade Estudada _____	100

## **LISTA DE FIGURAS**

<b>Diagrama 1 - Necessidade do Trabalho de Enfermagem Segundo a Percepção das Enfermeiras</b>	<b>__ 67</b>
<b>Diagrama 2 - Necessidade do Trabalho de Enfermagem Segundo a Percepção das Auxiliares e Técnicos de Enfermagem</b>	<b>_____ 68</b>

## INTRODUÇÃO

Os trabalhadores representam o elemento fundamental para que o trabalho institucional se desenvolva. Ao mesmo tempo, o trabalho deveria constituir-se em um espaço de realização dos seres humanos, de expressão do seu potencial criativo e de valorização das características que os diferenciam dos demais grupos da natureza.

No entanto, a organização do trabalho, típica do modo de produção capitalista, que vem influenciando a lógica da organização da vida social, desde o final do século XVIII tende a distanciar o trabalho de seu potencial criativo, bem como a impor regras que dificultam a mobilização para a mudança desta lógica.

Vivemos em um mundo globalizado, sob o impacto de um intenso processo de inovações tecnológicas com conseqüências para a vida em sociedade, em especial, para o trabalho e o emprego.

Um dos aspectos negativos desse processo de mudanças que está claramente visível, seja na produção acadêmica, seja pela divulgação nos meios de comunicação, é a drástica redução dos empregos. Muito se fala dos benefícios da ciência e da tecnologia, mas, o grande contingente de desempregados, analfabetos e miseráveis é, também, uma realidade.

O mundo do trabalho está em pleno processo de transformação. De modo geral, pode-se dizer que estão em curso mudanças no padrão tecnológico, na organização do trabalho e nos direitos trabalhistas. O processo é muito veloz e a grande maioria dos trabalhadores continua alienada, incluindo-se, neste grupo, os que atuam nos serviços de enfermagem.

Em 1860, com a organização da Escola de formação de enfermeiras junto ao Hospital Saint Thomas, em Londres, por Florence Nightingale, surge a enfermagem moderna. A enfermagem estrutura-se como profissão no bojo do modo capitalista de produção emergente e organiza-se para ser exercida segundo a lógica que divide o trabalho manual e o trabalho intelectual, os quais têm valorização social diferenciada (Pires, 1989; Rezende, 1989).

As *ladies nurses*, originárias da classe social dominante, eram preparadas para o “pensar”, para o ensino, para a administração dos serviços de enfermagem e para ocupar postos de comando, sendo responsáveis por difundir o sistema *Nightingale*. As *nurses*, provenientes das classes menos favorecidas, sem condições financeiras para pagarem seus estudos, poderiam formar-se para atuar na profissão, pagando seus estudos após o término do curso, trabalhando no hospital pelo prazo mínimo de um ano. A estas cabia o “fazer” sob a direção das *ladies* (Alcântara apud Rezende, 1989). Essa forma de organização do trabalho estruturada por Nightingale disseminou-se pelo mundo e, até hoje, influencia a organização dos serviços de enfermagem.

Segundo Pires (1989), atualmente, a enfermagem, majoritariamente, desenvolve a sua prática no espaço institucional, seja em hospitais, seja em espaços ambulatoriais, integrando o trabalho coletivo em saúde, o qual é gerenciado pelos médicos. O trabalho de enfermagem é, na sua maioria, um trabalho assalariado e organizado sob a influência da lógica da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho<sup>1</sup>. O trabalho de enfermagem é parte do trabalho coletivo em saúde. O qual é

*parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas. Os profissionais de saúde desenvolvem o seu trabalho com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico, e internamente às profissões de saúde, verifica-se mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas. Na enfermagem, o enfermeiro que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades*

---

<sup>1</sup> A divisão do trabalho na sociedade diz respeito à divisão em especialidades produtivas, a divisão dos ofícios. No entanto a divisão técnica ou verdadeira divisão social do trabalho ou “*divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho diz respeito à fragmentação de um ofício em atividades parcelares, típica do modo capitalista, onde o trabalho de uma especialidade produtiva é dividido em numerosas operações executadas por diversos trabalhadores*” (Pires, 1989, p. 16 e 17).

*parcelares a profissionais de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas*”, (Pires, 1998, p. 87).

A lógica do modo capitalista de produção, hegemônica na sociedade atual, influencia a organização das instituições de saúde e tem influenciado a organização do trabalho em saúde e, da enfermagem, contribuindo para a alienação dos seus exercentes.

Hoje, grande parte dos trabalhadores de enfermagem tem mais de um emprego, pois o que recebem pelo seu trabalho é insuficiente para a sua sobrevivência e de sua família, e esta condição lhes rouba tempo e energia, fazendo com que não tenham disposição para participar das discussões sobre o processo de trabalho, ou de mobilizações com vistas à melhoria de suas condições de trabalho.

Os profissionais de enfermagem que atuam em hospitais, na grande maioria, convivem com a falta de condições adequadas de trabalho, tendo que dar conta de prestar cuidados de qualidade ao doente e seus familiares, apesar da grande quantidade de doentes que cada um tem que cuidar, por turno de trabalho. Mesmo com todas as dificuldades que o cotidiano exige, esses trabalhadores, na sua maioria, utilizam seu potencial criativo ao prestarem o cuidado aos pacientes.

Para prestar cuidados os trabalhadores de enfermagem, necessitam dominar conhecimentos técnico-científicos, ter habilidade para lidar com os sentimentos das pessoas e ter habilidades manuais para executar os procedimentos necessários na execução das rotinas diárias. Dispõem do acesso a instrumentos, drogas e conhecimentos que, se usados indevidamente, podem tirar a vida e/ou deixar seqüelas nos que estão sob seus cuidados.

Percebe-se que os trabalhadores de enfermagem, na sua grande maioria, executam com competência os procedimentos técnicos, porém, ao lidar com os sentimentos dos doentes e de seus familiares se sentem pouco à vontade. Neste momento, deparam-se com os seus próprios sentimentos e conflitos interiores.

O trabalho de enfermagem envolve, praticamente em todas as suas dimensões, uma relação entre seres humanos (entre trabalhadores e dirigentes ou proprietários das instituições; entre sujeitos trabalhadores, entre sujeitos trabalhadores e sujeitos assistidos)

que mobiliza sentimentos e, muitas vezes, provoca conflitos que podem gerar sofrimento a esses trabalhadores.

Informalmente, ou indiretamente, os trabalhadores têm demonstrado insatisfação em relação ao seu processo de trabalho. Mostram seu descontentamento verbalmente. Em situações de conflitos com a equipe de trabalho, na forma como atendem os doentes e familiares e na apresentação de freqüentes atestados médicos ou faltas injustificadas, ou ainda, através de uma postura de indiferença frente à instituição. Relatam que a sua função é cuidar do doente no seu turno, o que dizem fazê-lo bem. “O restante não importa, pois é sempre a mesma rotina”.

Através deste estudo buscou-se acompanhar os trabalhadores de enfermagem, dentro desta temática de interesse investigativo, buscando uma primeira aproximação com estes trabalhadores com vistas a compreender o que eles pensam sobre o seu trabalho, bem como analisar as condições em que esse trabalho é exercido e o que lhes causa sofrimento e prazer. Optou-se por realizar uma reflexão sobre o processo de trabalho com os/as trabalhadores de uma unidade de internação cirúrgica do hospital estudado.

A primeira aproximação com esses trabalhadores deu-se através da realização de onze entrevistas, segundo um roteiro pré-estabelecido (anexo I). Para aprofundar a reflexão sobre o processo de trabalho foram realizados cinco encontros coletivos, organizados na forma de oficinas, nos quais houve uma participação média de oito pessoas. Ainda, para melhor entendimento do funcionamento institucional e da dinâmica das relações de trabalho, realizou-se observação participante e estudo documental.

O texto está organizado da seguinte forma: primeiramente foi realizada a contextualização temática e definidos os objetivos. No capítulo 2 foi realizada uma revisão da literatura sobre o tema, sendo que o referencial teórico consta do capítulo 3. No capítulo 4 foi descrita a metodologia usada e nos capítulos 5 e 6 relato os resultados, analisando-os com base no referencial teórico. Finalizo sistematizando algumas conclusões.

Esse estudo de reflexão sobre o processo de trabalho em enfermagem visa contribuir com a profissão no entendimento do seu trabalho, bem como para mudanças no agir e enfrentar os problemas da prática cotidiana.

# **1 CONTEXTUALIZANDO A TEMÁTICA DE INTERESSE E DEFININDO OS OBJETIVOS**

## **1.1 Contextualizando a Temática**

A partir de uma experiência de 14 anos como enfermeira em hospitais, sendo os últimos nove anos atuando em um hospital da rede pública, tenho observado os trabalhadores de enfermagem, no desenvolvimento de suas atividades no âmbito hospitalar, como sujeitos pouco reflexivos e pouco participativos em discussões sobre seu trabalho. Tenho observado, também, que não são criados espaços e/ou oportunidades para que estas discussões ocorram. As discussões acontecem mais em nível da academia e/ou por iniciativa de entidades representativas dos trabalhadores e, mesmo assim, mais centrada nas lideranças.

No decorrer da minha prática profissional, observei que poucos espaços foram criados pela instituição para a reflexão sobre o trabalho realizado e sobre as sugestões de como deveria ser feito. Nas poucas oportunidades que foram oferecidas para a discussão sobre estas questões, lamentavelmente, a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem manteve uma postura passiva e não participou dos debates.

O trabalho que a enfermagem hospitalar realiza caracteriza-se, essencialmente, por assistir/cuidar dos doentes internados na instituição. A assistência de enfermagem é prestada ininterruptamente, nas unidades de internação, emergências/pronto socorros, unidades de terapia intensiva, centros obstétricos e cirúrgicos, durante as 24 horas do dia e, por isso, o serviço é organizado e dividido meticulosamente para garantir a cobertura integral e, idealmente, para garantir um bom atendimento aos doentes e familiares.

Trata-se de um trabalho contínuo, estruturado em turnos que se sucedem para garantir a cobertura da assistência. Os horários são rígidos e divididos em três turnos. Na instituição estudada, bem como na maioria das instituições do tipo, no Brasil, o período matutino é das 07 às 13h, o período vespertino é das 13 às 19h. E o noturno das 19 às 07h. Os trabalhadores, ao término de seu turno, não podem ir embora sem passar o plantão para os profissionais do turno seguinte.

Além da continuidade e rigidez de horários, estes trabalhadores, no seu cotidiano enfrentam outra característica da profissão que é a inconstância das atividades. Assim como o ambiente está calmo, a qualquer momento pode transformar-se em agitado, devido às mudanças ocorridas no estado clínico dos doentes e/ou chegada de doentes em estado grave, aumentando o trabalho e colocando estes profissionais em constante estado de alerta.

Com estas características de inconstância, imprevisibilidade e continuidade, são necessários para o bom desempenho profissional um ambiente de trabalho adequado, com material permanente em boas condições de funcionamento e material de consumo de qualidade e em quantidade suficiente, sempre à disposição para a rotina normal e para as situações de emergência.

Dos trabalhadores de enfermagem é exigida, pela instituição, organização e disciplina no sentido de pontualidade, assiduidade, cumprimento das tarefas do seu turno, vigilância constante dos pacientes sob seus cuidados, boa apresentação pessoal, postura adequada, agilidade, observação, bom senso, cooperação e observação das normas e rotinas de trabalho.

No trabalho da enfermagem estão presentes a divisão de tarefas e a organização hierárquica. Segundo Taffe (1997, p. 17) "*temos um serviço prescritivo de normatizações e rotinas que visam prever e antecipar atitudes, comportamentos e procedimentos frente às demandas do trabalho, que se caracteriza por ser bastante imprevisível*".

Os trabalhadores da enfermagem constituem o maior contingente dos trabalhadores em saúde. São os que estão na base, isto é, na porta de entrada da instituição e são eles que estabelecem um maior contato com a pessoa doente e seus familiares, interferindo, assim, de forma significativa, na imagem que a sociedade tem dos serviços de saúde e da profissão de

enfermagem. No entanto, a maioria é alienada em relação ao seu papel profissional, executando as tarefas cotidianas com pouca intervenção organizada no processo decisório.

Considerando alienação como "*produto da existência da mercadoria e da transformação do trabalho humano em mercadoria*" (Codo, 1986, p. 59), pode-se dizer que a força de trabalho da enfermagem tem um valor de mercadoria no mercado e é fortemente influenciada pela lógica econômica, organizacional e institucional da sociedade na qual está inserida. No entanto, esses trabalhadores não demonstram perceber a importância do trabalho por eles desenvolvido. Para eles o importante é prestar uma boa assistência de enfermagem ao paciente. O discurso é de "prestar uma boa assistência", porém não existe nenhuma discussão do grupo em relação ao que seria essa boa assistência.

Os trabalhadores de enfermagem apresentam um discurso sobre a profissão, mas a realidade observada no cotidiano do hospital não condiz integralmente com o discurso apresentado pela maioria. Há uma distância entre o idealizado e o real.

Acredita-se que os profissionais de enfermagem necessitem refletir sobre a sua forma de atuação hospitalar, considerando as efervescentes mudanças observadas no mundo do trabalho, que podem afetar os serviços de enfermagem, como por exemplo: a utilização crescente de equipamentos de tecnologia de ponta na assistência; o aumento de trabalho sem aumento da contratação de novos trabalhadores; o aumento das formas de exploração do trabalho; a diminuição da segurança no emprego; a diminuição do poder aquisitivo dos salários e a terceirização dos serviços (Pires, 1998).

As condições concretas para o exercício do trabalho, em muitos hospitais públicos e privados, do país, são extremamente precárias. Há na realidade um contraste. É possível encontrar na mesma instituição, como no hospital estudado, equipamentos de tecnologia de ponta usados em diagnósticos como a "gama câmara orbiter da marca siemens" para a realização de exames cintilográficos, e exemplos de extrema precariedade. No ano de 1999, por exemplo, na unidade onde foi desenvolvida a pesquisa, observou-se situações em que alguns doentes chegaram a ficar vinte dias sem que trocassem sua roupa de cama, por falta das mesmas.

Posso inferir que a preocupação dos dirigentes institucionais é de atender a situação imediata, a demanda, internando os doentes, no entanto, sem as condições necessárias para uma boa assistência, a instituição que cuida pode oferecer riscos aos doentes<sup>2</sup>.

E os trabalhadores de enfermagem o que fazem nesta situação? Reclamam pacificamente, mas tentam dar um “jeitinho”, solicitando à família, quando reside no município, para que auxilie, como no exemplo dado, trazendo roupas de cama. Na situação relatada, a chefia, juntamente com os demais enfermeiros, solicitou à direção a suspensão das internações de cirurgias eletivas, porém o grupo não obteve resultado. Este é apenas um exemplo do que ocorre. Esta poderia ser uma oportunidade para que o conjunto dos trabalhadores de enfermagem refletisse sobre as condições de trabalho, impostas pela política de saúde e pelos dirigentes institucionais, as quais acabam afetando os doentes e o trabalho desenvolvido pela categoria. Poderia, também, ser uma oportunidade para a ação coletiva com vistas a mudar essa situação, especialmente para que a enfermagem se posicionasse ao lado da comunidade, reconhecendo e lutando pelo direito a uma assistência de qualidade e, ainda, por boas condições para a execução do seu trabalho.

Outra situação observada na organização do trabalho da enfermagem em hospitais é a cisão entre o trabalho manual e o intelectual. Muitas vezes os técnicos e auxiliares de enfermagem, que estão prestando o cuidado direto ao doente, acreditam que basta “ter prática” e não valorizam o seu conhecimento teórico. Aceitando que o trabalho da enfermagem, desenvolvido por eles, seja somente manual, esperam que o enfermeiro responda por todas as questões intelectuais que envolvem as atividades da enfermagem. Valorizam o conhecimento teórico de outros profissionais como os médicos, os fisioterapeutas, os psicólogos, os assistentes sociais e não valorizam, adequadamente, o seu conhecimento pessoal, bem como o conhecimento próprio da sua profissão.

---

<sup>2</sup> Os termos doentes, pacientes e cliente são rotineiramente usados no ambiente hospitalar para designar as pessoas que procuram os serviços hospitalares necessitando de algum tipo de cuidado. Neste trabalho usarei o termo doente para designar os seres humanos que procuram atendimento hospitalar, considerando-os como sujeitos que tem direito de decidir sobre a sua vida e tratamento.

Aparentemente a enfermagem não dispõe de tempo para reflexão, pois tem um grande número de doentes para atender e é submetida a condições de trabalho, na grande maioria das vezes, inadequadas. A falta de reflexão sobre o significado da função da enfermagem, no que diz respeito à saúde e ao trabalho em geral, leva à alienação e à execução de tarefas delegadas sem uma intervenção organizada no processo. Assim, majoritariamente, esses trabalhadores não têm tido força para intervir na transformação dos serviços de enfermagem, ficando submetidos às condições impostas pelos dirigentes institucionais. Além disso, o trabalho alienado leva a ações individualistas e à competição ao invés da solidariedade e da luta coletiva.

No trabalho desenvolvido pela enfermagem nos hospitais, o processo de alienação é muito forte. Talvez uma explicação possa ser feita resgatando Marx apud Fromm (1983, p. 53) quando diz que trabalho humano,

*“é alienado porque trabalhar deixou de fazer parte da natureza do trabalhador e, conseqüentemente, ele não se realiza em seu trabalho mas nega-se a si mesmo. tem uma impressão de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas mas fica fisicamente exaurido e mentalmente aviltado. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade quando de folga, ao passo que no trabalho se sente constrangido. Assim, no ato de produzir, a relação do trabalhador com sua própria atividade é vivenciada como sofrimento (passividade), o vigor como impotência, a criação como emasculação”.*

O mesmo autor, resgatando as formulações de Marx salienta que *“alienação conduz à perversão de todos os valores. (...) o homem deixa de desenvolver os valores verdadeiramente morais, as riquezas de uma boa consciência, de virtude etc”.* Questiona como o ser humano poderá ser virtuoso se não estiver vivo, e como poderá ter consciência se não tomar conhecimento de nada? Fromm conclui que, em um estado de alienação, *“cada esfera da vida, a economia e a moral, é independente da outra, cada uma se concentra em uma área específica...”* (Fromm, 1983, p. 58).

Segundo Fromm,

*“Marx não previu até que ponto a alienação chegaria a ser o destino da vasta maioria das pessoas, especialmente do segmento cada vez maior da população que manipula símbolos e homens, em vez de máquinas. (...) questiona até onde as coisas por nós mesmos criadas se tornaram nossos senhores. Marx dificilmente poderia prever; contudo, nada poderia provar*



*mais drasticamente sua profecia do fato de toda a raça humana estar hoje prisioneira das armas nucleares por ela criadas. e das instituições políticas também por ela elaboradas. Uma humanidade aterrorizada aguarda angustiada para ver se será salva do poderio das coisas que criou, da ação cega das burocracias por ela designadas”, (ibidem p. 61).*

Para Codo (1986, p. 77) a alienação também gera uma possibilidade de mudanças quando diz que a *“alienação sempre toma a forma de luta, um processo quase mágico onde cada face expõe e representa o seu avesso. A alienação gera consciência, que gera alienação, que gera consciência...”*.

A minha vivência profissional tem mostrado que na enfermagem apesar da alienação estar presente, é difícil encontrar a completa fragmentação entre o pensar e o fazer, devido à necessidade que os trabalhadores de enfermagem têm de improvisar e/ou desenvolver atividades que não são especificadas, formalmente, na lei do exercício profissional ou nas regras institucionais. É necessário pensar formas de organização do trabalho que mobilizem a capacidade criativa do trabalhador, que o aproxime mais de uma ação consciente, responsável e de troca com os pacientes.

Atualmente, a enfermagem necessita refletir sobre a sua forma de atuação, principalmente nos hospitais. Segundo Pires (1998) a chegada do novo milênio veio acompanhada de um efervescente processo de transformações que afeta o trabalho humano e as diversas dimensões da vida social. A mesma autora diz que o desenvolvimento da tecnologia e a sua utilização nos serviços de saúde, com o lançamento constante de novos produtos, podem trazer benefícios ao trabalhador de enfermagem, liberando-os de algumas atividades rotineiras, mas o conjunto das conseqüências para o trabalhador e para o resultado do seu trabalho ainda são uma incógnita.

Uma das conseqüências positivas pode ser a possibilidade do uso do tempo liberado das atividades mecânico-burocráticas para uma assistência direta aos doentes, ou ao contrário pode apenas haver maior exploração do trabalho. O processo de transformação aponta possibilidades, no entanto, é necessário uma tomada de consciência para intervir no processo.

Os métodos menos invasivos estão cada vez mais ganhando espaço. Esse fato pode ser comprovado nos procedimentos endovasculares (angioplastias, valvuloplastias e outros),

que diminuíram o número de cirurgias cardíacas. As bombas de infusão, em muitos hospitais, já são rotina substituindo a contagem manual para controle do gotejamento das soluções parenterais. Surgem as “colas”, usadas em substituição às suturas, o que deverá acabar com o procedimento chamado “retirada de pontos” e também mudará o conceito sobre curativos. Vários são os avanços tecnológicos em andamento, os quais podem ser benéficos para o conforto e segurança do ser humano e, certamente, influenciarão na forma de organização e necessidade da força de trabalho em número e qualificação.

No entanto, a realidade é contraditória, a condição financeira dos hospitais que atendem a maioria da população do país, que são os pobres, é lamentável. Falta material de consumo, os materiais permanentes estão sucateados e não comportam o aumento da demanda. Faltam medicamentos, roupas, e os lençóis para trocar a roupa de cama todos os dias tornaram-se raros. Sobram manchetes na imprensa sobre as condições dos hospitais, as emergências lotadas de pacientes, idosos, crianças, adultos, jovens, miseráveis e pobres, bem como os empobrecidos, que não têm mais condições de pagar as clínicas particulares e os convênios. Os trabalhadores de enfermagem que vivem as vinte quatro horas do dia ao lado destes doentes, tendo que administrar o caos ao seu redor para poder exercer a sua profissão, sabem que com o passar dos dias, meses e anos muito se discute e se promete, no entanto poucas vezes acontece algo para melhorar a situação vigente.

Por um lado, temos a tecnologia de ponta que poderia trazer tempo para o acalento, o ouvir e o dialogar no cuidado com os doentes; para cuidar dos seres humanos na sua totalidade e não apenas como “órgãos” doentes. No entanto, a introdução da tecnologia de ponta nos serviços de saúde pode, ao invés de ser um instrumento de liberação para um cuidado de qualidade, ser usado apenas como uma forma de obter maior produtividade do trabalho, isto é, com o mesmo número de pessoas é possível incorporar mais atividades. Como aponta Pires

*“Um trabalhador de enfermagem pode atender mais pacientes do que era capaz sem o auxílio do aparelho, ou pode desenvolver uma série de cuidados que antes não podia executar. O trabalho do pessoal de enfermagem não diminui, ao contrário, ele pode ser intensificado” (Pires, 1998, p. 211).*

Por submeter-se às determinações estruturais e administrativas das instituições, sem uma reflexão crítica sobre o trabalho e sobre a realidade social, corre-se o risco de

continuar sofrendo as conseqüências, deixando-se de intervir como sujeitos da própria história.

Diante das transformações que estão ocorrendo no setor saúde, em decorrência dos avanços tecnológicos e da convivência diária com a pobreza de recursos financeiros e o número reduzido de trabalhadores, dentre eles os de enfermagem, temos uma realidade que produz interrogações. Será que essa realidade aliada ao sentimento de impotência não provoca nestes trabalhadores, ao longo dos anos, uma perda de esperança? Não leva a repetição de ações alienadas? *“Todo dia ela faz tudo sempre igual...”* (Holanda & Moraes, 1975).

A inquietação refere-se a tentar entender o significado desta postura: Poderia ser uma forma de protesto, no sentido de não colaboração com a administração da Instituição, que seria vista como a responsável por “impor” uma forma de trabalho que não traz satisfação? Ou significaria uma postura de alienação, no sentido de manter-se passivamente frente às determinações estruturais, vendo-as como definitivamente dadas e em relação as quais o seu papel é de submeter-se?

Neste estudo, optou-se por “investigar, com os trabalhadores de enfermagem, qual é o entendimento que os mesmos têm sobre o seu processo de trabalho, e o que lhes causa prazer e sofrimento no exercício do mesmo”.

A análise da percepção dos trabalhadores consiste em uma explicação da realidade atual e poderá subsidiar ações transformadoras para a prática da enfermagem. Acredita-se que a análise sobre o que os profissionais da unidade estudada pensam sobre o seu processo de trabalho, poderá subsidiar o processo de reflexão crítica da categoria sobre a realidade vivida no trabalho e mobilizar o seu potencial criativo, com vistas ao enfrentamento dos problemas e à valorização da profissão.

## **1.2 Definindo os Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Identificar, o entendimento dos trabalhadores de enfermagem sobre o seu processo de trabalho, e as causas de prazer e sofrimento no exercício de suas funções.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

Identificar, junto aos sujeitos trabalhadores, a sua percepção sobre finalidade, objeto, instrumentos e produto do seu trabalho;

Identificar, como o trabalho de enfermagem é organizado e como esses trabalhadores percebem as condições para a sua realização;

Levantar, com os trabalhadores de enfermagem, motivos de prazer e sofrimento no trabalho;

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Ao refletir-se sobre determinado tema torna-se necessário rever o que já foi produzido sobre o assunto. Segundo Almeida (1999), as primeiras produções científicas em enfermagem que abordam o tema processo de trabalho, sob o olhar do materialismo histórico e seguindo a metodologia dialética foram estudos desenvolvidos na passagem da década de 70 para 80. Nesta produção destacam-se os textos “Contribuição ao estudo da prática de enfermagem no Brasil” realizados por (Almeida et al. 1981) e “Educação e ideologia da enfermagem no Brasil” (Germano, 1985).

Para Almeida (1999, p. 8)

*“o estudo do processo de trabalho toma em consideração pressupostos do materialismo histórico, porém recortando um plano de investigação mais microscópico, centrado no exercício cotidiano do trabalho. Ou seja, investiga os objetos de intervenção, os saberes fundantes da ação, os agentes que as executam e a finalidade ou racionalidade que preside estes processos na sua sempre peculiar configuração a depender do objeto de estudo”.*

Segundo Kantorski (1997), Mendes Gonçalves realizou uma análise do trabalho em saúde a partir das características gerais do trabalho humano numa compreensão marxista “e reafirma o fato de o homem elaborar na sua mente a execução de algum trabalho antes de transformá-lo em realidade, ou seja, a teleologia humana, o trabalho dotado de finalidade”, (Mendes Gonçalves apud Kantorski, 1997, p. 7).

Conforme apontou Ramos (1992, p. 6) em seu estudo, “a partir do referencial de Marx pode-se falar de trabalho como um processo não casual, no qual se despende uma energia e onde o produto corresponde à satisfação de uma carência ou necessidade”. A mesma autora baseada em Mendes Gonçalves, diz que “o processo de trabalho se caracteriza por ser sempre social e histórico, pois os próprios processos geradores de

*necessidades, que irão exigir determinado trabalho para a sua satisfação, são social e historicamente determinados”* (Ramos, 1992, p. 7).

Na década de 80 autores como Pires (1989), Germano (1985), Silva (1989), Almeida & Rocha (1989), Rezende (1989) e Melo (1986), dentre outros, desenvolveram pesquisas de grande importância nacional com análises históricas sobre a enfermagem. Estes trabalhos muito têm contribuído nas discussões sobre as questões da enfermagem.

O estudo de Almeida & Rocha (1989) destaca-se por analisar a enfermagem enquanto prática social, em suas relações com outras instâncias da estrutura social. Adota como modelo de análise o trabalho e seus elementos componentes para dar destaque às relações internas e externas à prática e principalmente ao saber de enfermagem enquanto instrumento de trabalho.

Melo (1986) com seu estudo sobre a divisão social do trabalho e enfermagem alertou que

*“o desenvolvimento da enfermagem deve ser estudado como resultado não de esforços individuais, mas da relação econômica, política e ideológica do setor saúde com a sociedade. A história, e em particular a história da enfermagem, não é resultado fatalista de nossos desejos, mas consequência do desenvolvimento das forças produtivas, da constituição social e do regime político vigente”*, (Melo, 1986, p. 87).

Germano (1985) em seu estudo resgata a história do ensino da enfermagem no Brasil a partir da fundação da primeira escola profissional de enfermagem em 1923, no Rio de Janeiro. Faz uma análise crítica, do papel da Associação Brasileira de Enfermagem, enquanto entidade representativa dos enfermeiros, estudando os trabalhos publicados no período de 1955 a 1980 na Revista Brasileira de enfermagem (REBen). Conclui que a REBen, no período analisado, foi um instrumento de expressão da enfermagem brasileira e reflete a situação da profissão no país. E que naquele período a REBen caracterizou-se por uma postura

*“fundamentalmente conservadora, porquanto não chega sequer mencionar a existência de uma sociedade concreta no Brasil, regida pelo modo de produção capitalista. Se não chega a mencionar, não questiona e, portanto, esta ausente, das formulações da REBen, a transformação de uma sociedade cujo conteúdo histórico desconhece”*. (Germano, 1985, p.111).

Aponta, também, que até meados de 1980, a enfermagem esteve vinculada aos interesses dominantes *“fazendo ao mesmo tempo de Ana Neri e de Florence Nightingale expressões máximas de bondade e de competência”* (Germano, 1985, p.110).

Rezende (1989) com seu trabalho “Saúde Dialética do Pensar e do Fazer” faz uma reflexão sobre a dicotomia entre o pensar e o fazer ao longo da história humana e analisa a distância entre teoria e prática na formação de profissionais da área de saúde.

Nos anos 90 *“com o desdobramento da vertente do processo de trabalho, e na busca de um aprofundamento dos estudos da enfermagem enquanto trabalho e de suas relações com o conjunto mais amplo das práticas em saúde”* autores como Pires (1998), Melo (1986), Leopardi (1995), Capella (1996), Kantorsky (1998), entre outros, tem contribuído com críticas relacionadas ao processo de trabalho em saúde e, mais especificamente na enfermagem (Almeida et al. 1999).

Pires (1989) com seu trabalho “Hegemonia médica na saúde e a enfermagem” proporciona uma visão crítica do processo de trabalho em saúde, resgatando o processo que forjou a hegemonia médica no setor da saúde e as características assumidas pela enfermagem. Em 1998 com seu trabalho “Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil”, apresenta valiosa contribuição ao demonstrar a importância de se estudar o trabalho em saúde no processo atual de transformações sociais.

Faria (1999) ao publicar o texto intitulado “O diálogo entre as intersubjetividades na saúde” salienta a importância do processo comunicacional, em especial no processo de trabalho na saúde. A autora traz grande contribuição ao afirmar a importância que *“o processo comunicacional proporciona no momento da ação terapêutica, seja ela individual, coletiva, em nível intra-hospitalar ou extra-hospitalar”* (Faria, 1999, p. 123).

Leopardi muito tem contribuído na temática sobre processo de trabalho, tendo vários trabalhos publicados sobre este tema e, em conjunto com docentes e discentes constituiu, o Núcleo Práxis - estudos sobre saúde, trabalho e cidadania. *“As atividades do grupo, sua organização interna e as relações intersubjetivas se pautam num processo democrático de aprendizagem mútua e de produção reflexiva sobre temas relativos ao trabalho profissional”* (Leopardi, 1999, p. 138).

Kantorsky (1998) estuda o processo de trabalho e sua organização tecnológica para a área da saúde mental com foco no ensino de enfermagem psiquiátrica. Esta autora aponta duas questões que acredita serem fundamentais na reflexão do trabalho na área de saúde, que são a questão do cuidado e a questão da organização dos trabalhadores de saúde.

Capella (juntamente com Leopardi, sua orientadora no curso de doutorado em filosofia de enfermagem) apresenta a teoria sócio-humanista oriunda de um processo de construção coletiva, com os trabalhadores de enfermagem do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina. Abordam dois aspectos fundamentais, ou seja, a valorização do sujeito e a valorização do trabalho. As autoras destacam na categoria “valorização do sujeito” as perspectivas de um ser humano inteiro, global, em sua sociabilidade. Apontam que ambos, o sujeito portador de carência de saúde e o sujeito trabalhador interferem diretamente no processo. Destacam, na categoria “valorização do trabalho”, aspectos como *“competência profissional, através da ampliação da base de conhecimentos, para fugir em parte, do exclusivamente biológico. Pretendeu-se entrar na discussão ética e filosófica do que seja uma assistência integral, na perspectiva da equidiversidade”* (Leopardi et al. 1999, p. 139).

Lunardi Filho (1998) em sua tese de doutorado realiza estudo sobre a subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina, concluindo que existem aspectos presentes no trabalho que interferem em seu andamento

e parecem constituir-se em impedimentos ao pleno exercício do mesmo. Esses seriam: elementos de construção da subjetividade dos profissionais da saúde, especialmente do próprio enfermeiro e do médico, e as precariedades quali-quantitativas dos recursos humanos e materiais presentes no ambiente de trabalho.

O estudo realizado por Ramos (1995) introduz a abordagem da subjetividade no processo de trabalho *“ao tomar como objeto a ‘estética do trabalho’, entendida a estética como relação fundamental do homem com o mundo, como modo de acontecer deste sujeito no mundo e, portanto, modo de se realizar qualquer prática individual e coletiva”* (Almeida et al. 1999, p. 10).

Apesar do processo de trabalho ser um tema já debatido na enfermagem, com uma produção considerável nestas duas últimas décadas, observa-se que os profissionais de enfermagem que desenvolvem o cotidiano deste trabalho têm pouco domínio deste debate.

Os trabalhadores de enfermagem estão inseridos em um processo de trabalho em saúde no qual existem trabalhadores de várias especialidades profissionais interagindo numa relação de cooperação (por vezes de competição) em torno do objeto, dos instrumentos de trabalho e do produto derivado desta cooperação que é a prestação da assistência ao ser humano que apresentou a necessidade da assistência destes profissionais.

Percebe-se, no cotidiano da prática profissional, que os trabalhadores de enfermagem têm dificuldades em compreender o seu processo de trabalho, no sentido de identificar a finalidade e o objeto sobre o qual atuam. Esta dificuldade influencia a sua compreensão da enfermagem como profissão. Que características especiais têm o objeto de trabalho e as necessidades assistenciais em enfermagem que determinam e diferenciam esse trabalho no contexto do trabalho humano? Que instrumentos são adequados ao exercício do trabalho em enfermagem e que características deve ter a força de trabalho para identificar esse tipo de atividade como uma profissão, que domina determinado campo de conhecimentos específicos no conjunto das profissões em saúde?

Essa realidade reflete-se, também na imagem que os profissionais de enfermagem transmitem para a sociedade. E dificulta a construção e a reivindicação de instrumentos adequados de trabalho, bem como uma ação coletiva desses profissionais em defesa de uma atividade assistencial de qualidade e de sua valorização profissional.

O trabalho humano é mobilizado por uma necessidade que gera um projeto. Para a concretização deste projeto é necessária, uma força de trabalho que atuará em um objeto, que está sujeito a transformação. Para a transformação do objeto são necessários instrumentos de trabalho concretos. Ramos (1992, p. 6) aponta que dessa característica do trabalho humano *“Desprende-se o seu caráter simultaneamente objetivo e subjetivo. Isto porque todo processo de trabalho, só o é no mundo real, só se caracteriza objetivamente, mas é sempre guiado pela consciência”*. A mesma autora diz que é a partir da consciência que os conhecimentos serão utilizados para mediar o processo de trabalho. A consciência

é “*que o intelectualiza, seja na teorização do objeto sobre o qual atua, na elaboração dos instrumentos e até na teorização do seu próprio processo de trabalho*”.

Assim, estudar a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o seu processo de trabalho pode contribuir para o desenvolvimento e a conscientização dos próprios profissionais. Conscientização vista como uma força mobilizadora que poderá levar os trabalhadores a intervir organizadamente para obter conquistas relativas a melhora das condições de trabalho e melhoras na qualidade da assistência de enfermagem.

A conscientização almejada é aquela em que os trabalhadores têm uma compreensão crítica da importância das suas ações, enquanto profissionais da enfermagem, ocupando um determinado espaço na sociedade.

Segundo Freire,

*“A conscientização é um processo especificamente humano. É como seres conscientes que mulheres e homens estão não apenas no mundo, mas com o mundo. Somente homens e mulheres, como seres 'abertos', são capazes de realizar a complexa operação de, simultaneamente, transformando o mundo através de sua ação, captar a realidade e expressá-la por meio de sua linguagem criadora”* (1980 p. 65).

Acredita-se que a formação da consciência é um processo complexo como apontou Wedhausen e Assunção (1998, p. 16) “*que só é possível a partir da interação homem/mundo e que se estende para além dos aspectos cognitivos, determinando e sendo determinada por inúmeros fatores, práticas, saberes, dentre os quais o trabalho figura como um dos mais importantes, não sendo o único*”.

Como apontou Ramos (1992, p7) “*a atividade da consciência se faz presente desde a percepção da carência, passando pela elaboração da finalidade do trabalho, quando se propõe uma transformação. A finalidade, por sua vez, intermedia a relação pensamento-ação*”.

Os trabalhadores de enfermagem têm potencial para realizar esta transformação, mas para isso precisam conscientizar-se das atividades que desenvolvem no seu cotidiano de trabalho, precisam questionar sobre a finalidade de suas ações e sobre os resultados de seu trabalho.

### ***Sufrimento e Prazer no Trabalho***

A preocupação com o sofrimento<sup>3</sup> no trabalho dos profissionais de enfermagem tem sido objeto de estudos e investigações de muitos autores nas últimas décadas. Existindo diversas concepções sobre o que significa sofrimento no trabalho humano.

Dejours estuda o sofrimento e o prazer no trabalho à luz da psicodinâmica do trabalho. A psicodinâmica do trabalho estuda o sofrimento psíquico dos profissionais, devido à organização do trabalho. Esta linha teórica iniciou na década de 50 e, desde então, tem influenciado as pesquisas francesas que abordam a relação dos seres humanos com o trabalho. o sofrimento e o prazer a partir da organização do trabalho determinada pela instituição. Segundo Taffe (1997, p.97)

*“o sofrimento estudado por Dejours decorre da privação da atividade intelectual sofrida pelo trabalhador. em função da organização científica do trabalho. Considerando que as causas do sofrimento no trabalho situam-se na relação que o indivíduo possui com as suas funções e dependem fundamentalmente da sua história pessoal e do processo de organização do trabalho no qual está inserido” (ibidem. p. 97).*

Os trabalhadores de enfermagem ao ingressarem em um hospital para trabalharem carregam toda uma história de vida, um corpo e experiências adquiridas ao longo de sua trajetória. Como aponta Dejours & Jayet (1994, p. 24)

*“O trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais”.*

A relação do trabalhador com o seu objeto de trabalho passa a ter como pano de fundo o significado que este objeto tem para ele. No momento de executar o trabalho, o trabalhador leva em consideração a sua vida passada, presente e as suas perspectivas para o futuro, sendo assim, a dialética em relação ao objeto de trabalho torna-se singular. Cada vivência em relação ao objeto de trabalho é única (ibidem).

---

<sup>3</sup> O termo sofrimento é entendido de diversas formas, dependendo da concepção teórica. Neste estudo optei basicamente pela concepção teórica de Dejours e interpretações feitas por estudiosos sobre causas de sofrimento no trabalho da enfermagem.

Lunardi Filho (1995) partindo do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, realizou estudo com enfermeiras e auxiliares de enfermagem no hospital escola de uma Universidade do Rio Grande do Sul. O autor realizou perguntas diretas sobre o significado do trabalho, o prazer e o sofrimento, em situação de entrevista individual. Taffe (1997) também partindo do referencial teórico da psicodinâmica do trabalho, realizou estudos com um grupo de enfermeiras de um hospital público do Rio Grande do Sul, através de reuniões com o grupo que aceitou participar do estudo, investigando o prazer e o sofrimento no trabalho da enfermagem.

Lunardi Filho (1995) e Taffe (1997) concordam que: há sofrimento na enfermagem devido à falta de reconhecimento social da profissão. Lunardi Filho (1995) aponta, também, a estrutura hierárquica autoritária, a burocratização do trabalho da enfermeira, os desvios de função, a pouca participação nas decisões da instituição, entre outros, como cargas de sofrimento no trabalho. E destaca as condições de trabalho como importante causa de sofrimento para as enfermeiras.

Ciampone e Shimizu (1999) ao estudarem o sofrimento e o prazer vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva, em um Hospital Escola, no Estado de São Paulo, apontam que o trabalho é permeado pela ambigüidade entre o prazer e o sofrimento. E, que o sofrimento maior destes trabalhadores não advém apenas do cuidar, mas da falta de reconhecimento do valor deste trabalho. Registraram que as enfermeiras que participaram do estudo apontam que os próprios “doentes” não atribuem valor ao trabalho realizado por elas, mas manifestam gratidão pelos cuidados recebidos dos médicos.

*“Sem o reconhecimento e a gratidão, o significado transportado do eu, do doar-se, cuidando do outro, funde-se contraditoriamente com a objetividade do trabalho. É como se fundisse o ser enquanto ser no mundo, dotado de significados com o próprio mundo ou um ser pelo mundo, não sobrando espaço para o prazer que é invadido pela obrigação em doar-se, sem nada receber”* (Ciampone & Shimizu, 1999, p.105).

As autoras afirmam que é *“preciso criar o espaço para falar também da mágoa pela não gratidão, da raiva, da dor e da tristeza como sentimentos humanos e, portanto, pertinentes ao ser enfermeira”* (Ciampone & Shimizu 1999, p. 105).

Siqueira, Ventola e Watanabe (1994) realizaram uma pesquisa com auxiliares de enfermagem de hospitais de Belo Horizonte, no período de 1991 a 1992, e concluíram que o desgaste no trabalho destes profissionais é resultante das relações nas organizações, destacando-se o ritmo e a carga de trabalho, o autoritarismo, a falta de participação e de possibilidades de ascender profissionalmente.

Acrescento que este tipo de discussão deve ser realizado com todo o conjunto dos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem), já que os sentimentos de prazer e sofrimento dizem respeito a todos, apesar de ser possível identificar motivações diferentes entre eles. A discussão realizada com todos os trabalhadores de enfermagem possibilita entender melhor a complexidade do trabalho da enfermagem.

Os serviços de enfermagem ainda vivem presos a modelos tradicionais de administração que inibem a liberdade e a criatividade dos trabalhadores. Estes serviços resistem em utilizar ou investir no potencial criativo dos trabalhadores, que se submetem às imposições provocadas pelos dirigentes institucionais, não questionando e ou inovando na forma de trabalhar da enfermagem. Isto gera, muitas vezes, sofrimento aos trabalhadores e acaba influenciando no resultado assistencial.

Como apontaram Carvalho e Rodrigues (1999, p. 7) os principais comportamentos administrativos utilizados pelos serviços de enfermagem que inibem os trabalhadores são:

*“Ênfase em controles. ênfase em uma única idéia. pouco incentivo à criação. hierarquia rígida, excesso de autoritarismo, centralização do poder, baixa receptividade a novas idéias, rigidez na organização, hostilidade com pessoas divergentes, falta de compreensão e confiança entre colegas, demasiada certeza, imaginação empobrecida, medo do desconhecido, relutância para exercer influência”.*

As autoras enfatizam a questão da hierarquia rígida como “uma estrutura extremamente burocrática e inflexível” que acaba criando uma barreira entre a produção das idéias e sua efetiva execução. Salientam que as relações de poder e autoridade nestes serviços têm dificultado a fluência criativa dos trabalhadores.

Convém salientar que as relações entre sofrimento e organização do trabalho não caminham *“somente nos objetivos da produção que são, para o mundo exterior a empresa, promessa de felicidade, enquanto no seu interior eles são freqüentemente, como é próprio*

*reconhecer, promessa de infelicidade*” (Dejours, 1992, p. 150). Para o mesmo autor o trabalho pode ser fonte de prazer, bem como contribuir para uma vivência saudável.

Apesar do processo de trabalho ter sido amplamente discutido e debatido por vários autores, os trabalhadores de enfermagem do hospital não apresentam domínio e conhecimentos suficientes sobre o seu processo de trabalho. Por exemplo, consideram como instrumentos de trabalho as suas características e habilidades pessoais que são atributos da força de trabalho<sup>4</sup>. Outro exemplo é a dificuldade de definir qual é o objeto e o produto do seu trabalho.

Acredita-se que esta temática é de grande relevância para os trabalhadores de enfermagem que estão desenvolvendo suas atividades nos hospitais e que não param para refletir sobre sua prática, apenas cumprem as tarefas cotidianas, saindo apressados de um hospital para outro, pois necessitam trabalhar em mais de um emprego para sobreviver e, assim, alienam-se cada vez mais.

A importância do presente estudo reside em contribuir para ampliar o entendimento sobre a realidade do trabalho da enfermagem, a partir da opinião dos trabalhadores sobre o seu processo de trabalho e o que lhes causa prazer e/ou sofrimento no cotidiano profissional.

Acredita-se que este estudo também se destaca por apresentar uma perspectiva do conjunto dos trabalhadores de enfermagem e não só dos enfermeiros, como é o caso da maioria dos estudos publicados sobre o prazer e o sofrimento no trabalho de enfermagem. Além disso, trata-se de um estudo de caso que pode contribuir para análises comparativas e para explicitar semelhanças e diferenças entre os diversos locais de trabalho em saúde.

---

<sup>4</sup> Força de trabalho entendida como apontou Marx (1982, p. 187) como “o conjunto das faculdades físicas e mentais, existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie”.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo explicita o quadro teórico de referência que orientou este estudo, e, foi organizado, articulando os conceitos envolvidos no mesmo.

#### 3.1 O Trabalho, suas Transformações na História da Humanidade: Uma Breve Caracterização

A palavra trabalho apresenta vários significados em nossa língua. Diz respeito à atividade humana de transformar a natureza em prol da sobrevivência da espécie. É também, uma atividade que possibilita que os seres humanos se desenvolvam, trazendo-lhes satisfações e realizações. Lembra, também, esforço, obrigação, fadiga, sacrifício e renúncias.

A palavra trabalho, segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 1986) teve origem do latim *tripaliare* - martirizar com o *tripalium*, instrumento de tortura constituída de três paus aguçados, utilizados primeiramente pelos antigos agricultores.

Segundo Codo (1986, p. 9) "*é o trabalho ao mesmo tempo criação e tédio, miséria e fortuna, felicidade e tragédia, realização e tortura dos homens*".

O trabalho é uma atividade humana fundamental para a sobrevivência da espécie, e o produto do trabalho pode resultar de uma atividade individual ou coletiva. Quando o trabalho é visto como um sacrifício, obrigação imposta por tradições históricas, político-sociais ou culturais, com vistas apenas à sobrevivência, certamente será uma atividade desgastante e insatisfatória, causando desequilíbrios no transcorrer da vida dos indivíduos que o exercem.

Por outro lado, quando este trabalho é visto como atividade humana fundamental, que possibilita o exercício da criatividade, quando é desenvolvido livre de explorações e opressões, torna-se gerador de grandes realizações pessoais e coletivas. Infelizmente, poucos têm o privilégio de buscar a realização através do trabalho livre e sem explorações. Na verdade a grande maioria dos trabalhadores busca um emprego para a sua subsistência e de sua família.

Segundo Capella (1996, p. 164) *“o trabalho é ato fundante da objetivação humana. É a partir do processo de trabalho que o ser social realiza a reprodução da sua existência. Isto confere ao trabalho uma dimensão central na vida dos homens”*. Trabalho então é um

*“(...) processo de que participam o ser humano e a natureza, processo em que o ser humano com a sua própria ação regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza”* (Marx, 1982, p. 202).

Segundo Marx (1982, p. 202), os elementos que compõem o processo de trabalho são:

1. a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho;
2. a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho;
3. os meios de trabalho, o instrumental de trabalho.

Observa-se que, ao longo da história da humanidade, os seres humanos deram vários significados ao trabalho, e o mesmo constitui-se em atividade importante para sua sobrevivência.

Nos primórdios da humanidade os seres humanos viviam em bandos e o ser humano descobriu que viver em grupo lhe dava mais segurança, facilitando a sua sobrevivência, no entanto, teria que dividir o trabalho e o produto do mesmo entre os membros do grupo. Na sua luta pela sobrevivência, o ser humano começa a criar e a aperfeiçoar objetos que foram sendo utilizados como instrumentos de trabalho, o que permitiu o aumento da produção.

Essa produção coletiva muda com o surgimento da propriedade privada e do trabalho escravo, o qual passa a ser responsável pela produção. Surgem as cidades e também se percebe a divisão entre cidade e campo.

Outro marco importante na história da humanidade se dá na passagem da “Antigüidade” para a “Idade Média”, onde a organização social da produção passa a se dar, basicamente, de duas formas: a produção artesanal nas cidades e a produção em grandes feudos pelos servos. Segundo Rezende (1989, p. 52) “*a sociedade feudal foi essencialmente estamental e dividida em três classes sociais básicas: o clero, a nobreza e os servos*”. Para a mesma autora

*“a ordem econômica capitalista, que vai se consolidar ao final do século XVIII e início do XIX, já se anunciava no bojo do feudalismo medieval. A desintegração social das comunidades de pequenos produtores foi determinante na evolução capitalista. Para tal desintegração concorreu a liberação dos vínculos de dependência com a suserania feudal e criou o que Marx descreveu como acumulação primitiva<sup>5</sup>”* (Rezende, 1989, p. 63).

Para Rezende (1989, p. 64) “*o capitalismo teve sua gênese marcada pela concentração do capital de um lado e, de outro pela existência de uma classe trabalhadora livre e sem propriedade. A concentração do capital cria o desequilíbrio econômico e, conseqüentemente, social*”.

Com o capitalismo, o mundo intensifica a sua transformação, através do trabalho nos últimos 150 anos. Enquanto o ser humano aperfeiçoava os instrumentos de seu trabalho, acontecia a divisão social da sua produção, dando origem a vários ramos de atividades econômicas. Assim temos as indústrias extrativas, a indústria de transformação, metalúrgica, química, alimentos e de construção. Com o desenvolvimento da indústria vemos surgir os ramos dos serviços com suas várias subdivisões. Capella (1996, p. 165), baseada em Karl Marx, diz que “serviço não é em geral, mais que uma expressão para o uso particular do trabalho, na medida em que não é útil como coisa, mas como atividade. O

---

<sup>5</sup> Segundo Marx apud Rezende (1989, p.63) “*para que o sistema capitalista viesse ao mundo foi preciso que, ao menos em parte, os meios de produção já tivessem sido arrancados, sem discussão, dos produtores que os empregavam para realizar o seu próprio trabalho: que esses meios de produção se encontrassem nas mãos dos produtores comerciantes e que estes os empregassem para especular o trabalho dos outros*”.

resultado dessa atividade não aparece separado do seu consumo, ou seja, ele coincide com o consumo. Por isso, não produz valor direto para ser comercializado. A própria atividade é mercadoria para consumo, e ela não se materializa fora do trabalho ou do consumidor”. Assim, temos os serviços bancários, de transportes, hoteleiros, lazer, moda, de saúde entre outros.

Com o surgimento do sistema de fábricas, em meados do século XVIII ocorre uma modificação na relação homem/trabalho. O homem deixa de trabalhar apenas para a sua subsistência e passa a vender a sua força de trabalho para o capitalista que dispõe de recursos para comprá-la. O homem vende a sua força de trabalho para extrair daí a sua sobrevivência. É inserido num processo de trabalho fragmentado, sobre o qual não tem controle. É parte da engrenagem e submete-se à organização e ambiente de trabalhos impostos por seu empregador.

A organização científica do trabalho de Taylor, e a linha de montagem fordista, produzem mudanças importantes na organização do trabalho, especialmente na produção industrial. Contribuíram para o desenvolvimento industrial, o aumento da produção e, também do capital. Cresce o número de trabalhadores numa mesma empresa e a gerência científica é utilizada para organizar o processo de produção por meio do controle do trabalho, com vistas a sua intensificação (Albuquerque, 1990).

Segundo Albuquerque (ibidem, p. 38) a organização do trabalho e a gerência científica guiam-se em

*“três princípios: o primeiro é o da dissociação do processo de trabalho das especialidades dos trabalhadores; o segundo é a separação da concepção do trabalho de sua execução e o terceiro é a decomposição do trabalho complexo em operações mais simples. Essa fase é marcada pelo empenho da gerência no estudo, planejamento e controle do processo de trabalho”.*

Este tipo de organização foi extensivo a toda esfera do trabalho e, gradativamente, foi imprimida às atividades agrícolas, comerciais e de prestação de serviços. Hoje essas características fundamentais podem ser vistas nos escritórios, supermercados e repartições governamentais (Küller, 1996).

Em Taylor e Ford, a proposta da organização científica do trabalho visa obter ao máximo a produtividade e o controle dos trabalhadores através da hierarquização e do

parcelamento de tarefas. Baseando-se na divisão minuciosa das tarefas e na sua fragmentação para maximizar o tempo dos trabalhadores através da redução de movimentos e da minimização da complexidade das tarefas, com o objetivo de aumentar a produtividade.

Essa lógica de organização do trabalho na indústria influencia toda a sociedade, e também, a organização do trabalho em saúde. Essa característica é visível, especialmente nos hospitais, a partir da mudança histórica do mesmo de um espaço de cunho caritativo para tornar-se um centro de atenção médica, de ensino e de pesquisa.

A organização hospitalar passa a se estruturar em unidades administrativas relacionadas entre si, em conseqüência, é constituída uma estrutura burocrática que passa a concentrar um grande contingente de pessoas, entre profissionais e trabalhadores assalariados, doentes, familiares e, também, profissionais que desenvolvem suas atividades de forma autônoma (Taffe, 1997; Pires, 1989).

Percebe-se que o desenvolvimento científico e industrial permitiu aos seres humanos aumentarem suas riquezas, produzindo bens que melhoraram o conforto da vida cotidiana, aumentando a perspectiva de vida das pessoas. No entanto, o acesso às riquezas, ao conforto, às inovações tecnológicas, ao conhecimento da era industrial não se dá de forma igual para todos os seres humanos das mais diversas nações.

Hoje, precisa-se compreender o movimento de globalização, que tem como elemento uma revolução tecnológica, com novos estágios da divisão internacional de bens e de capital. Alguns autores como Mattoso, (1995), dizem que a humanidade vive uma terceira revolução industrial motivada, principalmente, pelas mudanças na base tecnológica do processo de produção. No entanto as conseqüências sociais desse processo de mudanças estão em debate, sendo que a grande conseqüência negativa é o aumento do desemprego, principalmente na área industrial, além do aumento da precarização do trabalho, como o aumento do trabalho informal, dos contratos temporários e do subemprego, sem as garantias legais das medidas de proteção ao trabalho (Offe, 1993; Mattoso, 1995; Pires, 1996).

A realidade atual é de transformações e incertezas e estão em debate a dinâmica da esfera econômica, o campo da política e o campo dos projetos para a humanidade. Isso

estabelece o desafio de escolher o caminho e de intervir organizadamente, com vistas à solidariedade e a construção de um mundo mais humano. Uma sociedade, como esperava Marx, na qual o homem deixe de ser *“uma monstruosidade aleijada, tornando-se um ser humano plenamente evoluído”* (Fromm, 1983, p. 55).

Uma sociedade na qual o trabalho possa vir a adquirir uma nova abordagem, não sendo mais só um meio de sobrevivência, mas uma atividade em que os seres humanos possam participar, preocupar-se e questionar os problemas que surgem durante o seu processo, bem como todo o processo. Lutar por relações em que as qualidades dos trabalhadores assumam um caráter de dignidade moral e um significado pessoal determinado, fazendo frente à lógica dos dirigentes institucionais que visam apenas o lucro.

### 3.2 O Processo Saúde - Doença e o Processo de Trabalho em Saúde

Atualmente os serviços de enfermagem, na sua maioria, fazem parte de instituições. Homens e mulheres, trabalhadores/as de enfermagem são considerados recursos, transformando-se em “objetos” capazes de cuidar o “paciente<sup>6</sup>”, que em momentos de doença procura a instituição hospitalar para receber um tratamento no campo de **saúde**.

**Saúde** diz respeito ao *“... processo do viver humano que se expressa de forma subjetiva e objetiva, nos indivíduos e população”* (PEN/UFSC, 1999). Conforme Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde, saúde

*“(...) em sentido amplo, está associada à consciência individual e coletiva e às adequadas condições de alimentação, habitação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das*

---

<sup>6</sup> Segundo o dicionário Aurélio (Ferreira, 1986) a palavra “paciente” representa resignação, conformação e/ou pessoa que está sob cuidados médicos, o que sofre ou é objeto de uma ação, aquele que recebe a ação praticada por um agente. No cotidiano hospitalar, o sentido atribuído aos seres humanos que procuram os serviços oferecidos é o de resignação, submissão. Em muitas situações não lhes é permitido decidir sobre os procedimentos a que são submetidos, em alguns momentos, não lhes dão uma explicação clara sobre o que vai ser realizado e o significado para o seu tratamento.

*formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida”.*

Os trabalhadores de enfermagem convivem, diariamente, dentro das instituições hospitalares, com as grandes desigualdades existentes na sociedade. Cuidam de pessoas que não dispõem de condições adequadas de moradia e de alimentação, que tem precárias possibilidades de lazer, de acesso à educação e ao emprego; cuidam, também, de pessoas mal nutridas, desempregadas, sem acesso à moradia, às terras e à educação. As condições básicas de sobrevivência, o modo de vida e as referências culturais influenciam na determinação de situações de doenças e nas possibilidades de ter saúde.

Para Capela (1996, p. 187)

*“Pensar, hoje, acerca do processo saúde/doença, é de uma complexidade tal que ultrapassa os conteúdos biológicos, técnicos, culturais, emocionais, teológicos, ideológicos, políticos, econômicos, filosóficos, entre tantos outros. E esse é o grande desafio, ou seja, buscar uma forma de agir e pensar para além da fragmentação sugerida pelas disciplinas. Negar um aspecto em detrimento de outro ou hipervalorizar um terceiro em prejuízo de um quarto, no mínimo, reduz e enfraquece qualquer possibilidade mais consistente para entender e explicar tema tão complexo”.*

A formação dos profissionais de enfermagem, na sua maioria, é fortemente influenciada pelo modelo biomédico, baseado na racionalidade científica de cunho positivista. No entanto, a enfermagem, ao cuidar de pessoas, depara-se com questões que ultrapassam as premissas deste modelo e, tem buscado embasamento à sua prática em outras áreas do conhecimento, especialmente no campo das ciências humanas. No entanto, essas reflexões ainda estão muito restritas à academia.

Segundo Rezende (1989, p. 65) *“a doença se apresenta como um sinal de conflito do homem integral com a sociedade que o fragmenta. (...) a desigualdade sócio-econômica e a situação de miséria, associadas à exploração subumana da classe trabalhadora, foram determinantes na proliferação de uma gama de patologias”.* Podemos atualmente citar como exemplo as doenças cardíacas, que acometem cada vez mais indivíduos jovens que estão expostos aos fatores de riscos em decorrência das condições de vida na sociedade capitalista, cada vez mais competitiva.

A convivência diária dos trabalhadores de enfermagem com o processo saúde/doença deveria despertá-los para a subjetividade do indivíduo e para o papel social desempenhado por aquele indivíduo em especial. No entanto, como coloca Capella (1996, p. 187), o lado afetivo, sexual e emocional dos sujeitos têm permanecido excluídos nas análises institucionais. Esta autora diz ainda, que isso tem ocorrido “*tanto em relação ao sujeito hospitalizado quanto em relação ao trabalhador...*” e que é necessário repensar a realidade atual. “*O trabalho em saúde precisa transcender a técnica e ultrapassar os limites colocados historicamente*”. Que é necessário rever os valores solidificados, ao longo do tempo. “*Faz-se necessária a ampliação, bem como a construção de instrumentos que articulem o pensar e o sentir ao fazer*”. (Capella 1996, p. 188).

No entanto, percebe-se que a grande maioria dos trabalhadores de enfermagem não discute o trabalho com suas implicações histórico/culturais. Acredita-se que seja necessário estimular a reflexão sobre as relações micro e macro estruturais envolvidas no trabalho, bem como sobre as mudanças em curso na sociedade e suas influências no processo de trabalho.

Ao analisar o processo de trabalho em saúde deve-se considerar as três dimensões citadas por Nogueira (1983 p. 33). As três dimensões são intercomplementares e interatuantes,

*“- Primeiro que ele é um exemplo de processo de trabalho geral e compartilha alguns aspectos com outros processos que se dão na indústria e outros setores da economia:*

*- Segundo, que é um serviço - toda a assistência à saúde é um serviço e temos que pensar. O que é serviço:*

*- Terceiro que é um serviço que se funda numa inter-relação pessoal muito intensa”.*

É particularmente forte e decisiva, para a própria eficácia do ato, que este serviço não se realiza sobre coisas, objetos, como em outros segmentos, acontece sobre pessoas e, com base numa inter-relação em que o consumidor contribui e é parte do processo, fornecendo-lhe valores de uso necessários.

O processo de trabalho em saúde não é igual ao da indústria, nem igual a outros trabalhos do setor de serviços. Tem uma especificidade. Assim, o **trabalho assistencial em saúde**

*“é um trabalho essencial para a vida humana. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção. O produto é indissociável do processo que produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço - assistência de saúde - pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame diagnóstico; a aplicação de medicação; uma orientação nutricional, etc. Envolve, basicamente, a realização de uma avaliação da situação de saúde seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica - assistencial”.* (Pires, 1996, p. 199).

O trabalho em saúde, realizado no espaço institucional, é um trabalho coletivo envolvendo trabalhos, realizados por diversos profissionais e trabalhadores treinados. Esse trabalho coletivo, muitas vezes, envolve conflitos e superposição de ações que influenciam o cuidado ao doente.

Ao refletir-se sobre o trabalho como um processo deve-se ter claro que o trabalho não ocorre de forma isolada, mas sim interagindo com o seu contexto. No final deste processo aparece um resultado que já existia na imaginação do trabalhador. Sendo assim, ele não transforma apenas a matéria sobre a qual opera, mas imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mente. A consciência e o planejamento da atividade é o diferencial do trabalho humano.

Mas o trabalho realizado socialmente e, especialmente após o surgimento do modo capitalista de produção, pode cindir a unidade entre concepção e execução. Essa cisão também se encontra nos serviços de saúde e na enfermagem. Alguns trabalhadores planejam e transferem para outros a execução.

As sociedades, independentemente das formas dominantes de produzir e das culturas, precisam reproduzir-se materialmente e para isso é necessário o trabalho. No processo de trabalho humano verifica-se uma ação sobre um “objeto de trabalho”. Quer dizer o trabalho se aplica sobre algo da natureza em forma natural ou já modificada pela ação humana, e não significa que esse “objeto” é sempre algo passivo e inanimado. No caso do trabalho em saúde e da enfermagem o objeto é um ser humano, um sujeito que tem vontade e direito de exercer a sua autonomia. Existe, ainda, outro elemento envolvido no trabalho, os instrumentos de trabalho. A sociedade humana desenvolveu, ao longo do tempo uma complexa gama de instrumentos, com vistas a facilitar o processo de sua reprodução material e social.

Para Pires (1996, p. 202)

*“O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência da saúde que é produzida no momento que é consumida”.*

No momento da execução do processo de trabalho, os trabalhadores estão obrigatoriamente interagindo com o seu objeto de trabalho (que são sujeitos), e com o produto que é o resultado desse processo de interação que transforma ambos. O produto é o que resulta do processo de trabalho. Os trabalhadores da enfermagem fazem parte deste trabalho coletivo em saúde e correspondem a maioria da força de trabalho dentro das instituições hospitalares.

### 3.3 Enfermagem: Profissão e Disciplina

Segundo Machado (1996) a sociedade contemporânea é uma sociedade profissionalizada, alicerçada no trabalho profissional, especializado. Na sua grande maioria as atividades especializadas são exercidas por grupos corporativos. Esses grupos se estruturam e organizam seus interesses reivindicando *status* de profissão.

A mesma autora define profissão como

*“(...) uma atividade em que os indivíduos praticam uma ocupação em tempo integral e existe estrutura organizativa marcadamente corporativa, que apresenta acentuado componente vocacional, estabelece um código de ética, desenvolve saber específico, apresenta forte orientação para serviço e mantém alto grau de autonomia no trabalho”*, (ibidem, p. 44).

Para Machado (1995) qualquer grupo de trabalhadores que pretenda exercer autoridade profissional deve possuir uma base técnica para firmar-se, reivindicar os seus procedimentos técnicos específicos, possuir uma legislação que ampare seu exercício e convencer a população que seus serviços são confiáveis e de qualidade.

Para ser enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem exige-se estudo técnico-científico complexo, habilidades e destreza que associem prática e teoria numa ação que pode ser individual ou coletiva.

O cuidado é o que especifica a enfermagem no contexto do trabalho em saúde. É o foco de estudos da profissão, da produção de conhecimentos que constituem a enfermagem como uma disciplina no campo da ciência. Muitos autores têm estudado as características e origem histórica da enfermagem. Destaca-se Leopardi ao apontar que o cuidado deve ter surgido como uma primeira manifestação de interesse de um ser humano pelo outro e firmase com a organização de relações sociais em núcleos familiares “*ou seja, quando se estrutura a relação duradoura entre parceiros sexuais, pela necessidade de sobrevivência*”, (Leopardi, 1999, p. 12).

Segundo Silva (1989, p. 51) “*a enfermagem nasceu como um serviço organizado, nos primórdios do cristianismo, através da instituição do diaconato. Passou a coexistir, a partir de então, com a prática exercida (desde sempre) no interior dos lares, em atendimento às necessidades deste ou daquele de seus membros*”. O trabalho desenvolvido pela enfermagem até o final da Idade Média tinha caráter exclusivamente caritativo e, foi executado por religiosas, virgens, nobres e viúvas. Neste período foi incorporada ao trabalho da enfermagem, a ação de cuidado desenvolvida por mulheres consideradas como marginais na sociedade (como prostitutas, pecadoras e outras) que tentavam através do cuidado aos enfermos salvar suas almas.

Segundo Pires (1989), o resgate da história da enfermagem no Brasil aponta diversas atividades precursoras do trabalho profissional de enfermagem como: o trabalho desenvolvido no âmbito privado como parte das atividades domésticas e sem características profissionais; o trabalho desenvolvido por religiosas e leigas no espaço institucional como hospitais, e Santas Casas, aparecendo como atividades complementares às do físico e do cirurgião-barbeiro; também se originou de atividades profissionais independentes e autônomas como o trabalho das parteiras e práticos, ou ainda fizeram parte do trabalho de escravo, como era o caso dos negros e negras treinados para prestar cuidados aos doentes no domicílio da família colonial.

Na sociedade inglesa, até o início do século XIX, o cuidar de enfermos era percebido “*como uma ocupação manual (desprezível), executada por criadas domésticas*” (Silva, 1989, p. 55). O cuidar dos enfermos não exigia e/ou era reconhecido como trabalho que exigia treinamento específico para sua realização.

É somente a partir da segunda metade do século XIX que o cuidado começa a ter caráter profissional, quando Florence Nightingale, uma nobre dama inglesa, após ter servido como voluntária nos hospitais militares, na guerra da Criméia, consegue apoio do governo inglês para organizar a primeira escola para formação de trabalhadores de enfermagem. A enfermagem moderna nasce no bojo da organização do modo capitalista de produção, e é influenciada pelas características do trabalho coletivo emergente, com separação entre concepção e execução. A formação já separa as enfermeiras administradoras e as prestadoras do cuidado/assistência (Pires, 1989; Rezende, 1989 e Silva, 1989).

Segundo Pires (1997, p. 122) **Profissão** “*significa a qualificação que detém um grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades e que dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Controlam a produção e reprodução destes conhecimentos pelo ensino e pela pesquisa*”.

Assim, a enfermagem organiza-se como trabalho institucionalizado em saúde, com características do trabalho coletivo emergente e com características de trabalho profissional. Segundo Pires, Machado aponta como critérios para definir profissão, os seguintes:

*“Possuir um conjunto de conhecimentos teóricos especializados cuja aquisição requer um período prolongado de treinamento. Nas sociedades atuais esses conhecimentos são adquiridos em Universidades, necessitando a definição de um currículo mínimo que torne homogêneo o conteúdo teórico a ser transmitido aos aspirantes:*

*Oferecer serviços especializados ao público, os quais servem aos interesses da coletividade:*

*Ser formada por indivíduos que tem uma vocação comum, no sentido de aceitarem normas e modelos, identificando-se com seus pares e tendo forte sentido de coletividade:*

*Possuir uma organização profissional que determine regras para o exercício da profissão, autorize o exercício profissional e determine regras éticas para a sua atuação:*

*Constituir-se na principal atividade do indivíduo, no sentido de ocupação em tempo integral e cuja remuneração garanta a sua sobrevivência e ter autonomia profissional:*

*Autonomia profissional*"1 (Pires, 1997, p. 122).

No entanto Pires (1997, p. 122) diz que "*profissão precisa ser entendida como uma categoria social não podendo ser analisada como um conceito universal e atemporal. É preciso contextualizar a construção do conceito, analisando o fenômeno na sua inserção social e nos diversos momentos históricos*". Portanto é preciso considerar o conceito de profissão hoje, no contexto do trabalho coletivo e como trabalho autônomo.

Machado (1996) considera a autonomia do fazer um elemento fundamental para uma boa prática profissional. Essa autonomia seria adquirida através de mecanismos legais da proteção do estado para que as prerrogativas jurisdicionais sejam estabelecidas. A autonomia seria a capacidade de controlar por si mesmo os aspectos técnicos de seu próprio trabalho.

Os profissionais da enfermagem que atuam nos hospitais apresentam uma autonomia relativa, pois se submetem e/ou restringem-se somente a cumprir a prescrição do tratamento realizada pelo profissional médico ao doente. Os enfermeiros seriam os profissionais mais preparados para buscar a autonomia para os serviços de enfermagem, no entanto, percebe-se que os mesmos ficam presos a atividades administrativas impostas pela instituição e não conseguem exercer a sua autonomia, mesmo considerando as restrições institucionais.

A enfermagem que atua em serviços de saúde pública, também não difere muito do tipo do comportamento submisso e apático encontrado nos hospitais. No entanto, observa-se, hoje, o surgimento de serviços de enfermagem oferecidos na forma liberal, seja na modalidade empresarial, seja na modalidade autônoma, como o trabalho de enfermagem domiciliar. Neste caso, colocam-se novos aspectos ao debate da autonomia.

No final dos anos 80, Pires (1989, p.122) apontava que o processo de firmar-se como profissão organizada sob controle e princípios próprios, utilizando os conhecimentos de diversas áreas da ciência, e também produzindo saber era, para a enfermagem, um processo em construção.

Hoje mais de dez (10) anos após essa afirmação, acredito que a enfermagem como profissão, com aquelas características continua em processo de construção.

Nas últimas décadas do século XX, surge na enfermagem um debate sobre o conhecimento produzido pela profissão. Sua especificidade e sua relação com o conhecimento em saúde e com as demais áreas do conhecimento humano.

No debate sobre ciência, valores e prática profissional, como está situada a enfermagem? Assim aparece o debate sobre disciplinas científicas e da enfermagem como disciplina. No Brasil, o conhecimento de enfermagem tem sido produzido, principalmente, no âmbito acadêmico e esse debate tem ficado mais restrito a esta área. Um dos fatos que explicam essa situação é a realidade das condições de trabalho, notadamente pela divisão do trabalho interno à profissão, que é exercida por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem (além de atendentes de enfermagem ou trabalhadores com outras denominações que exercem o trabalho assistencial em enfermagem sem qualificação formal), os baixos salários e a sobrecarga de trabalho, o duplo emprego, e a pouca influência nos espaços de poder. Desta forma, estes profissionais discutem pouco sobre o desenvolvimento do seu trabalho, produzindo pouco em termos de um conhecimento sólido e consistente que identifique a enfermagem como uma disciplina científica. Um diferencial neste campo tem sido a reflexão e produção do conhecimento feito por enfermeiros e enfermeiras nos programas de pós-graduação em enfermagem.

O desafio diante dos enfermeiros é grande, há necessidade de identificar a questão central do trabalho em enfermagem, o foco da disciplina, que tem sido apontada como o cuidado na experiência de saúde humana. Segundo Carper (apud Chinn e Kramer, 1995) é necessário clarear os valores científicos e métodos que irão guiar a disciplina de enfermagem.

Sendo a enfermagem uma profissão majoritariamente feminina e, estritamente ligada ao ato de cuidar do ser humano, diversos autores como Codo (1995) reforçam que o cuidar em enfermagem é uma extensão das atividades realizadas na manutenção da família. Sendo, talvez por isso, algumas vezes considerado de menor valor e, com grande valor afetivo.

O cuidado, tornado profissão, deixa de ser executado pela afetividade, os trabalhadores passam a ser então preparados para auxiliar na recuperação dos doentes. Os trabalhadores que prestam o cuidado passam a ser remunerados, onde também é exigida qualidade na prestação deste cuidado.

A enfermagem é uma das profissões da área de saúde e pode desenvolver-se, segundo Pires (1997, p. 121), *“de forma autônoma, numa relação direta com os clientes que remuneram os serviços prestados e, com a venda da força de trabalho por um salário, identificando-se com os demais trabalhadores”*.

A enfermagem ao longo dos últimos 140 anos tem se firmado como profissão mundialmente, e segundo English (1995, p. 18) *“as investigações em enfermagem durante os últimos 22 anos contribuíram para a teoria de um corpo de conhecimentos em enfermagem, mas falharam de uma maneira geral em influenciar a prática”*. Este autor questiona o grau em que a investigação de enfermagem influencia a prática. E, baseado em Walsh, afirma que se os enfermeiros *“deverão ser capazes de justificar as suas ações e decisões e definir os seus próprios padrões e níveis de competências das especialidades apropriadas”* (ibidem p.18). E, que isto exige uma base de conhecimentos de enfermagem que, por sua vez, necessita da investigação.

Acrescenta-se que os profissionais de enfermagem se quiserem controlar sua profissão, deverão primeiramente, dominar o seu processo de trabalho, buscando a transformação destes serviços que hoje se apresentam conservadores, rotinizados e com uma prática ritualizada.

English (1995), baseado em diversos autores, apontou algumas razões pelas quais as investigações não influenciam a prática clínica, as quais são:

*“1 - os enfermeiros não lêem literatura relevante e por isso não estão a par dos resultados das investigações”;*

*2 - os clínicos são sépticos quanto à utilidade prática da investigação e exigem uma condução mais explícita de como aplicar melhor as descobertas da investigação:*

*3 - a falta de investigação de grande qualidade apropriada para aplicação clínica:*

*4 - um excesso de descobertas da investigação (algumas delas contraditórias):*

*5 - um lapso de tempo (onde os resultados das pesquisas existem mas ainda não foram postos em prática):*

*6 - problemas na comunicação dos resultados:*

7 - ausência de uma cultura de investigação em escolas de enfermagem e a falha da investigação em conduzir o ensino de enfermeiros” (English, 1995, p.21).

No Brasil os programas de pós-graduação estão cada vez mais abrindo espaço para as pesquisas em enfermagem, incluindo enfermeiros que atuam na rede hospitalar. Segundo English (1995, p. 21) a investigação no meio hospitalar é pouco representativa e, a “*maior parte dos enfermeiros com capacidades de investigação e conhecimentos*” acaba seguindo carreira na educação ou na gestão dos serviços de enfermagem. O mesmo autor baseado em Walsh sugere

*“que as mudanças apenas podem acontecer se o pessoal que atua nas enfermarias estiver envolvido. Se os quadros de saúde criarem um clima adequado e os investigadores abandonarem a sua torre de marfim e trabalharem em colaboração mais estreita com os enfermeiros clínicos, professores e gestores, a profissão de enfermeiro estará muito mais próxima de se basear na investigação”* (ibidem, p. 22).

Como Capella (1996, p. 180), acredita-se que a **enfermagem** é

*“uma prática social cooperativa, institucionalizada, exercida por diferentes categorias profissionais. Tem como atividade básica, em conjunto com os demais trabalhadores da área da saúde, atender ao homem, indivíduo que, em determinado momento de seu percurso de vida, submete-se à hospitalização, em função de uma diminuição, insuficiência ou perda de sua autonomia...”*

que deveria tentar resgatar

*“no indivíduo a sua capacidade de, mesmo nessa condição, ser, ainda assim, o sujeito das ações de saúde a ele ministradas. Para isto, a enfermagem utiliza um conjunto de conhecimentos e habilidades específicas, construídos, organizados e reproduzidos em decorrência da divisão social e técnica do trabalho na área da saúde. A sistematização dinâmica em captar e interpretar a diminuição, insuficiência ou perda da autonomia, do sujeito hospitalizado, dá-se através de um projeto de ações de enfermagem que visa à manutenção, à continuidade da vida e ações de reparação ao que se constitui obstáculo à vida, na perspectiva de visualizá-lo como sujeito de sua existência, na reconstrução de sua autonomia, ou, quando isto não for mais possível, ainda assim, possibilitar viver a sua morte, fazendo-o sentir-se um homem como ser universal (genérico, que resume em si mesmo a vida, o universo), concreto (enquanto ser natural, biológico) e singular (enquanto especificidade, particular, único, individual, próprio, (porém social))”.*

O trabalho que a enfermagem desempenha é acompanhado por uma série de singularidades. Deve possuir grande capacidade criativa para poder trabalhar com a

singularidade de cada pessoa e, de cada família. Este trabalho não deve ser meramente a execução de técnicas. O profissional tem que cuidar da pessoa, levando em conta a sua condição humana, trabalhar com qualidade e responsabilidade profissional.

Desta forma, trabalhador de enfermagem nas instituições hospitalares

*“É aquele homem, indivíduo que, em seu percurso de vida, tem como atividade básica o exercício da enfermagem, desenvolvendo seu trabalho em instituição hospitalar, prestando atendimento de enfermagem ao sujeito hospitalizado, em conjunto com os demais trabalhadores da área de saúde. O sujeito trabalhador de enfermagem, no seu processo de trabalho, representa, genericamente, a força de trabalho da enfermagem. As condições a que este trabalhador está exposto serão aquelas que derivam de sua característica histórico- social. A luta dos trabalhadores, por uma melhor qualidade de vida, inclui a luta no seu espaço de trabalho, pela valorização social”* (Capella, 1996, p.165).

Neste trabalho entende-se o trabalhador de enfermagem como seres humanos que, além de provedores de cuidado, são capazes de maximizar a utilização de seus potenciais físicos, intelectuais e emocionais o que deveriam fazer de forma solidária no campo das relações sociais. São seres espirituais e constituídos por matéria biológica e energética. Sofrem influências de seu contexto ambiental, ao mesmo tempo em que o influenciam, interagindo com outros seres, tornando-se sociais; possuem crenças e valores e, sendo históricos, estão em constante processo de evolução.

Esses trabalhadores estão inseridos em uma **instituição hospitalar** onde exercem suas atividades profissionais. Que segundo Capella é

*“um espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro homem sujeito hospitalizado. Portanto, a produção social não se dá em cima de algo material, o trabalho a ser desenvolvido envolve um outro homem, com tudo que o conceito de homem contempla”* (ibidem, p. 166).

Os trabalhadores de enfermagem inseridos nestes espaços formais passam a conviver com as diferenças sociais dos doentes, ao mesmo tempo em que vivem as diferenças sociais internas as suas categorias profissionais as diferenças sociais externas a sua profissão, pois nem todos os trabalhadores da área de saúde têm a mesma inserção no mundo do trabalho, a grande maioria sofre profundas desigualdades de condições e processos de trabalho. Basta ver a forma do trabalho desenvolvido pelos médicos que não

cumprem horários e quando o cumprem a jornada é inferior a dos demais profissionais da área de saúde com um salário melhor.

## 4 METODOLOGIA

Esta pesquisa caracterizar-se por ser um estudo de caso, pois tem como objetivo aprofundar o conhecimento da problemática de uma área profissional, em uma área hospitalar específica.

Para Triviños (1987, p. 110) estudo de caso *“é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa aprofundadamente”*. O mesmo autor considera o estudo de caso como um dos mais relevantes para a pesquisa. Como aponta Gil (1991), o estudo de caso apresenta uma série de vantagens, tornando-o o mais adequado em várias situações. As principais vantagens apontadas por ele seriam: o estímulo a novas descobertas devido à flexibilidade apresentada pelo mesmo; a ênfase na totalidade em que o pesquisador se volta para a multiplicidade de dimensões de um problema, vendo-o como um todo; e a simplicidade dos procedimentos.

Como uma das limitações mais graves, o autor aponta a dificuldade de generalização dos resultados obtidos. No entanto, o estudo de caso pode ter um enfoque comparativo que segundo Triviños (1987) enriquece a pesquisa qualitativa.

A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (1998, p.22)

*“responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantitativo. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis”*.

Esta pesquisa buscou, através das experiências vividas no cotidiano do trabalho da enfermagem, entender o significado de um fenômeno em uma instituição hospitalar.

#### 4.1 Caracterização do Local de Estudo

O hospital, onde foi desenvolvida a pesquisa, pertence a rede pública do Estado de Santa Catarina e foi instituído por decreto governamental em abril de 1963. Atualmente possui 83 leitos, 63 destes de enfermagem, para internações clínicas e cirúrgicas; seis em apartamentos; sete para recuperação pós-anestésica e sete na unidade coronariana. O hospital oferece à comunidade serviços de clínica médica, clínica cirúrgica, serviço de ambulatório como os de medicina nuclear e de hemodinâmica.

A clientela, em torno de 98%, são doentes do Sistema Único de Saúde (SUS). Recebem atendimento em unidade ambulatorial, unidades de internação clínica e cirúrgica, unidade coronariana e centro cirúrgico.

O hospital não possui autonomia administrativo-financeira e funciona no espaço físico de uma outra instituição hospitalar, sendo diretamente vinculado à Secretaria de Estado de Saúde. É referência estadual em cardiologia, realizando anualmente 579 cirurgias cardíacas, 1.251 consultas de enfermagem, 10.526 consultas médicas, 1.704 procedimentos endovasculares (angioplastias, valvuloplastias, cateterismos cardíacos, implantes de marca passo cardíaco e outros), 1.652 procedimentos da medicina nuclear (cintilografia do miocárdio, cintilografia renal, óssea, pulmonar, tireóide e ventriculografia, entre outros), realiza, em média 1800 internações anuais.

O hospital conta com quadro funcional de 358 servidores, destes, 204 são profissionais de enfermagem divididos em: 28 enfermeiros, 82 técnicos de enfermagem, e 94 auxiliares de enfermagem, distribuídos nos diversos serviços de enfermagem prestados pelo hospital correspondendo a 57% do total dos trabalhadores do hospital.

Para o preenchimento dos principais cargos executivos não existem critérios estabelecidos, estes atendem a critérios políticos. O de diretor geral é exercido por um dos médicos da instituição, indicado pelo secretário estadual de saúde. O de gerente administrativo e financeiro, na maioria das vezes, é ocupado por uma pessoa que não pertence ao quadro de pessoal do hospital e é indicado pelo diretor tendo que ser aprovado pelo secretário da saúde. O gerente técnico geralmente é um médico do quadro funcional indicado pelo diretor geral. Na atual administração o cargo de gerente clínico foi extinto,

sendo substituído pelo cargo de coordenador médico, que no caso deste hospital, foi eleito pelo corpo clínico.

A administração do serviço de enfermagem é realizada por uma enfermeira, que de acordo com o regimento interno é eleita pelo grupo de enfermagem. A gerência de enfermagem é diretamente subordinada ao diretor geral do hospital.

O serviço de enfermagem do hospital tem dois objetivos: prestar cuidados de enfermagem à população, mantendo a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, aos pacientes e seus familiares; colaborar com o ensino e pesquisa na área de enfermagem.

As unidades que compõem o serviço de enfermagem são:

- serviço de enfermagem em medicina nuclear;
- serviço de enfermagem das unidades de internação clínica e cirúrgica;
- serviço de enfermagem ambulatorial;
- serviço de enfermagem do centro cirúrgico;
- serviço de enfermagem da unidade pós-operatório e unidade coronariana;
- serviço de enfermagem de hemodinâmica.

Além de atuarem nestes serviços, o corpo de enfermagem conta com uma enfermeira no serviço de controle de infecção hospitalar, uma no serviço de recursos humanos e outra na assessoria do diretor.

O hospital tem como missão atender os indivíduos acometidos por doenças cardiovasculares e orientar a população em geral, utilizando recursos humanos e tecnológicos, desenvolvendo ações curativas, preventivas e de reabilitação. No hospital também são desenvolvidas atividades de pesquisa e ensino.

Para as internações existem três unidades clínico-cirúrgicas. Uma com 29 leitos outra com 30 leitos e a última com 10 leitos.

A unidade escolhida para o desenvolvimento da pesquisa possui trinta leitos. Conta com vinte e cinco funcionários de enfermagem, sendo: duas enfermeiras, três técnicas de

enfermagem e vinte auxiliares de enfermagem. No período noturno a supervisão é realizada por um(a) enfermeiro(a) que cobre, também as três unidades de internação.

## **4.2 Aspectos Éticos e A Coleta de Dados**

### **4.2.1 Aspectos Éticos**

Trata-se de uma pesquisa com seres humanos, no que diz respeito à sua percepção sobre o exercício do seu trabalho e, neste processo pautou-se no respeito aos princípios éticos, às diretrizes e normas da resolução número 196 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), aprovada nos dias 09 e 10 de outubro de 1996 que contém as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (Gelain, 1998).

Os trabalhadores que participaram do estudo foram orientados sobre os seus objetivos e expressaram o aceite de sua participação através do termo de consentimento livre e esclarecido (anexo II). O projeto de pesquisa foi encaminhado ao comitê de ética em pesquisa, do hospital estudado, e foi aprovado (anexo III).

### **4.2.2 A Coleta de Dados**

Segundo Minayo (1998, p.43) *“a pesquisa qualitativa não se baseia no critério numérico para garantir sua representatividade”*. Para a autora é importante perguntar *“quais os indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?”*.

Para o desenvolvimento da pesquisa não se utilizou o universo dos trabalhadores da unidade, e sim uma amostra, obtida a partir da divulgação, feita com cartaz, convidando todos os vinte e cinco trabalhadores de enfermagem da unidade para participarem de um encontro em que seria apresentado o projeto.

A intenção inicial era trabalhar com o universo, no entanto, respeitando-se os princípios éticos e a possibilidade das pessoas quererem ou não contribuir com o estudo proposto, já se esperava que o número de participantes fosse menor. Além disso, outras circunstâncias como: férias, licença gestação e sobrecarga de trabalho (mais de um

emprego) de alguns trabalhadores, que não saem de casa para irem ao hospital em seus horários de folga, também dificultaram o trabalho com o universo dos sujeitos.

Num primeiro momento trabalhou-se com o grupo de profissionais que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente, tanto nas entrevistas como nas discussões de grupo num total de 11.

Depois de concluída essa parte do estudo, considerou-se necessário fazer uma nova coleta de dados, para agregar pessoas na amostra inicial (que era de 11 trabalhadores) e aprofundar o entendimento sobre o problema da pesquisa.

Para essa nova etapa, optou-se por trabalhar com uma amostra intencional que, neste caso seriam trabalhadores de enfermagem reconhecidos pelo grupo, como referência, em conhecimentos técnicos, liderança e respeitabilidade e/ou que trabalhassem há mais tempo na unidade estudada.

Com a intenção de definir quem seriam os trabalhadores de referência para o grupo apliquei um questionário (anexo IV), a todos os trabalhadores da unidade estudada. Participaram, também, dois supervisores enfermeiros do noturno, além dos 25 trabalhadores, totalizando 27 entrevistados.

Dos resultados obtidos, escolhe-se os dois mais indicados pelo grupo e a enfermeira chefe das unidades de internação<sup>7</sup> como representativos do grupo para falar sobre o processo de trabalho e o que causa sofrimento e prazer no desenvolvimento do mesmo. Com estes três trabalhadores utilizou-se para entrevistas o mesmo roteiro pré-estabelecido e já aplicado aos outros 11 entrevistados.

A população alvo do presente estudo, incluindo a amostra intencional, foi composta de 14 profissionais de enfermagem (cinco enfermeiros, três técnicos de enfermagem e 6 auxiliares de enfermagem) que participaram das entrevistas nas duas etapas. Entre os participantes apenas uma enfermeira exercia o cargo de chefia. Nos grupos de discussão

---

<sup>7</sup> A enfermeira – chefe que representa a unidade assistencial estudada, foi eleita por voto direto pelos pares em novembro de 1999, ela concorreu ao cargo com outras duas enfermeiras que também trabalhavam nas unidades de internação. Considerei este um indicativo de representação do grupo.

participaram em média 8 trabalhadores de enfermagem num total de cinco encontros, (ver quadro resumo).

Para garantir o anonimato dos participantes do estudo, codifiquei os enfermeiros como: Enfermeira 1, 2, 3, 4, 5 os técnicos de enfermagem como: Téc. de Enf. 1, 2, 3, e os auxiliares de enfermagem como: Aux. de Enf. 1, 2, 3, 4, 5, 6. Quando for citada a fala correspondente à cada integrante do grupo, ela aparecerá com a categoria profissional e numeração correspondente.

Os instrumentos para coleta de dados incluíram, além das entrevistas e das discussões em grupo, o estudo documental e a observação do campo.

Para Minayo, a discussão de grupo junto *“das entrevistas abertas ou semi-estruturadas e da observação participante, o pesquisador constrói uma série de possibilidades de informações que lhe indicam se seu caminho está correto. É a triangulação na coleta de dados”*, (Minayo, 1998, p.130).

Assim, para a coleta dos dados usaram-se diversos instrumentos e técnicas com vistas a obter uma melhor apreensão do fenômeno estudado.

#### **4.2.3 As entrevistas**

Para Neto ( in Minayo et alli, 1998, p. 57) a entrevista é

*“o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos nas falas dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despreziosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objetos da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada”*.

Foram realizadas 14 entrevistas, seguindo o mesmo roteiro pré-estabelecido (anexo I). Esse grupo corresponde a 56% do total de trabalhadores da unidade estudada. A unidade estudada tipifica o trabalho de enfermagem da instituição, pois se assemelha, em termos de objetivos e de processo de trabalho, às outras duas unidades de internação do hospital estudado.

#### 4.2.4 Discussões de grupo

Para Minayo (1998, p. 129), a discussão de grupo

*“consiste numa técnica de inegável importância para se tratar das questões da saúde sob o ângulo do social, porque se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos profissionais da área, dos vários processos de trabalho e também da população”.*

Como o objeto de interesse era a percepção dos trabalhadores de enfermagem sobre o seu processo de trabalho, realizou-se discussões de grupo com estes trabalhadores, depois de concluídas as primeiras 11 entrevistas<sup>8</sup>. Ocorreram cinco encontros, tendo em média oito participantes em cada encontro, o que representou 32% do total dos trabalhadores de enfermagem da unidade estudada.

Segundo Minayo (1998, p. 129) os participantes de um grupo de discussão *“são escolhidos a partir de um determinado grupo, cujas idéias e opiniões são do interesse da pesquisa. A abrangência do tema pode exigir uma ou várias sessões de discussão”.*

Os participantes do grupo foram convidados através de cartazes a todos os trabalhadores da unidade e, também individualmente no primeiro contato durante a realização da entrevistas. Como o convite e os princípios éticos garantem a liberdade de participação não foi possível a presença de todos os entrevistados, mantendo uma média de oito participantes por encontro realizado.

Os trabalhadores que participaram destes encontros que não tinham sido entrevistados foram indicados pelos demais para fazer parte da amostra intencional, sendo uma auxiliar de enfermagem e dois enfermeiros.

Como aponta Minayo (1998), o importante do grupo de discussão são os valores dos entrevistados e suas opiniões. Diferencia-se da observação que focaliza mais o comportamento e as relações, tendo desta forma, uma função complementar à observação e às entrevistas individuais.

---

<sup>8</sup> Inicialmente foram feitas 11 (onze) entrevistas e posteriormente mais 3 (três) entrevistas com lideranças indicadas pelo grupo. Total de entrevistas é de 14 (quatorze).

Os encontros para a discussão em grupo foram realizados na própria unidade, ocupando uma sala, que é usada pela manhã para a realização da prescrição médica e que a tarde está disponível para outras atividades. Como recursos utilizou-se retroprojeter, papel craft, canetas hidrocor, revistas, papel ofício e sucata de material de consumo hospitalar, como: caixas de medicamentos vazias e rolos de esparadrapo também vazios. Em cada encontro foi fornecido lanche para o grupo.

Para garantir o registro das informações e evitar perda de dados, utilizou-se, após o consentimento do grupo, gravador e máquina fotográfica. Neste momento, pôde-se contar com a ajuda de uma colega para auxílio no uso dos materiais.

Ao desenvolver a reflexão com o grupo sobre o processo de trabalho, procurou-se respeitar a individualidade e, no registro, o anonimato destes trabalhadores.

### **Primeiro encontro para discussão em grupo**

*Tema: Sensibilização sobre o Mundo do Trabalho*

O primeiro encontro contou com oito participantes, nesse momento nenhum enfermeiro, por envolvimento com outra atividade, pôde participar. O tema central da oficina foi propiciar uma reflexão sobre o trabalho humano.

O grande grupo foi dividido em dois subgrupos de quatro componentes, e foi solicitado que cada subgrupo construísse algo a partir do material fornecido, e, depois, apresentasse em grande grupo o que tinham realizado. Nesse processo, estimulou-se a reflexão sobre o que entendiam por trabalho, por que trabalhamos e com o que trabalhamos.

### **Segundo encontro**

*Tema: Processo de Trabalho - discussão sobre a finalidade, objeto, instrumentos e produto do trabalho, em geral, relacionando com o ofício da enfermagem.*

O segundo encontro teve nove participantes. O objetivo deste encontro foi: discutir o processo de trabalho, a finalidade, o objeto de trabalho, os instrumentos e o produto. A

reflexão envolveu o processo de trabalho na indústria e na saúde, aprofundando a reflexão sobre o trabalho da enfermagem e o local de trabalho dos participantes.

O grande grupo foi dividido em três subgrupos, sendo que as enfermeiras formaram um subgrupo isolado, de forma proposital por sugestão da pesquisadora. Os outros dois subgrupos foram formados pelos demais trabalhadores de enfermagem. Foi entregue a cada subgrupo um diagrama, com dois exemplos de necessidades de trabalho, e solicitado que cada subgrupo preenchesse que necessidade desencadearia um trabalho a ser desenvolvido pela enfermagem. Também solicitou-se que respondessem qual é a finalidade, o objeto de trabalho, os instrumentos e o produto deste trabalho.

### **Terceiro encontro**

*Tema: Reflexão sobre a organização do trabalho de Enfermagem e as condições de trabalho oferecidas pela instituição.*

No terceiro encontro discutiu-se a organização do trabalho de enfermagem e as condições de trabalho na unidade. Nesse momento, continuaram participando os mesmos integrantes da segunda oficina. Nessa tarde de trabalho, utilizou-se como recurso pedagógico os dados obtidos nas entrevistas. Essa escolha teve, também, o objetivo de validação da sistematização dos dados das entrevistas, bem como permitir que o debate coletivo propiciasse um maior aprofundamento. isto é, outro nível de reflexão sobre o tema.

Dividiu-se o grupo da mesma forma que na última oficina e, após, começou-se as discussões. Foi uma tarde de discussões fervorosas e bastante produtivas, em que o grupo de enfermeiras, devido ao avançado da hora, não conseguiu apresentar sua produção ao grande grupo. Este não foi dos encontros mais fáceis de conduzir, pois, todos tinham necessidade de falar, e a todo o momento surgiam questões que os trabalhadores estavam ansiosos para discutir. No final da tarde havia muito a ser discutido, e resolveu-se retomar o assunto na próxima semana.

#### **Quarto encontro**

*Tema: Continuação da Oficina anterior (reflexão sobre a organização do trabalho de Enfermagem e condições de trabalho oferecidas pela instituição).*

No quarto encontro continuou-se discutindo sobre organização e condições do trabalho. Iniciando com a apresentação do grupo de enfermeiras, as discussões sobre as condições de trabalho. Nessa oficina, não houve trabalho em subgrupos.

A discussão sobre as condições de trabalho foi muito rica. Neste momento, apresentei ao grupo, para discussão e validação de informações, o material obtido nas entrevistas individuais e que foram sistematizados segundo as questões respondidas sobre os elementos do processo de trabalho: finalidade, objeto, instrumentos e produto.

#### **Quinto encontro**

*Tema: Discussão dos motivos de satisfação e insatisfação no trabalho. Construção de formas alternativas para o enfrentamento dos problemas identificados, visando a melhoria do trabalho.*

No quinto encontro participaram nove trabalhadores; nessa tarde discutiu-se os motivos de satisfação e insatisfação no ambiente de trabalho. Os trabalhos foram realizados a partir dos dados coletados durante as oficinas e nas entrevistas individuais. Para a finalização dos trabalhos o grupo sugeriu algumas medidas que tinham por objetivo melhorar a organização do trabalho da enfermagem.

#### **4.2.5 Técnicas Complementares**

Realizou-se a “**observação de campo**” com o objetivo de obter mais informações sobre como se dava o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, em especial a sua organização e condições.

Para Minayo, a importância da observação “*reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real*” (Minayo, 1998, p.59).

A observação de campo foi realizada durante o período da coleta de dados que teve início em julho de 1999 com a divulgação do projeto, realização da entrevistas e grupos de discussão. Para um maior aprofundamento realizou-se observação de campo no dia 27 de agosto de 1999 das 06h30min às 20h30min para poder acompanhar todas as passagens de plantão. Os dados foram registrados em um diário de campo.

Neste estudo também foi acrescentado o **estudo documental**. Segundo Gil (1991), a pesquisa documental

*“assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A diferença essencial entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados com os objetos da pesquisa”* (Gil, 1991, p. 51).

Os documentos da instituição consultados foram: relatórios referentes aos salários dos trabalhadores de enfermagem, escalas mensais do serviço de enfermagem da unidade estudada, manual de rotinas do serviço de enfermagem, regimento do hospital e regimento eleitoral do serviço de enfermagem.

O estudo documental foi importante para um melhor entendimento das normas e rotinas, as quais os trabalhadores do hospital estudado estão submetidos.

**Quadro 1 - Resumo dos Cinco Grupos de Discussão**

<b>Encontros</b>	<b>Número de participantes</b>	<b>Tema</b>	<b>Dinâmica</b>
<b>Primeira Oficina</b>	03 Téc. de Enf. 05 Aux. de Enf.	Sensibilização sobre o mundo do trabalho.	Divisão do grupo em dois subgrupos; Os subgrupos construíram um objeto (realizam um trabalho com um produto concreto), com material de sucata. Após, foram promovidas discussões em grande grupo sobre o trabalho que cada subgrupo produziu.
<b>Segunda Oficina</b>	3 Enfermeiras, 3 Téc. de Enf. (mesmas do grupo anterior) 3 Aux. de Enf. (mesmas do grupo anterior)	Processo de Trabalho: Discussão sobre finalidade, objeto, instrumentos e produtos do trabalho, na indústria, na saúde e na Enfermagem.	Divisão do grupo em três subgrupos. Um de enfermeiros e dois com os demais trabalhadores de enfermagem. Cada sub grupo completou um diagrama fornecido. Após, foi feita apresentação dos diagramas ao grande grupo . Reflexões coletivas sobre processo de trabalho.
<b>Terceira Oficina</b>	3 Enfermeiros (mesmos do grupo anterior) 3 Técnicos (mesmos do grupo anterior) e 3 Auxiliares de Enfermagem. (mesmos do grupo anterior)	Organização e Condições de Trabalho.	Promovidas discussões com base nas respostas obtidas nas entrevistas individuais. Os dados foram sistematizados, respeitando o anonimato.
<b>Quarta Oficina</b>	2 Enfermeiros, 2 Técnicos de Enfermagem e 2 Auxiliares de Enfermagem. (todos participaram do Terceiro encontro)	Organização e Condições do Trabalho.	Continuação das discussões da terceira oficina .
<b>Quinta Oficina</b>	3 Enfermeiros, 3 Técnicos de Enfermagem e 3 Auxiliares de Enfermagem.	Motivo de Insatisfação e Satisfação no trabalho.	Discussões em grande grupo com apresentação pelos participantes de algumas sugestões para melhoria do serviço de enfermagem.

### 4.3 Análise dos Dados

Para análise dos dados coletados, considerou-se, prioritariamente, as informações obtidas nas entrevistas e nas discussões de grupo e também as informações complementares, obtidas na observação de campo e no estudo documental.

Inicialmente realizou-se um estudo do conjunto de cada entrevista individual, com vistas a apreender o todo da opinião de cada sujeito. A seguir realizou-se uma segunda etapa de análise destacando as opiniões de cada entrevistado sobre os elementos do processo de trabalho.

A seguir, organizou-se as diversas opiniões sobre cada uma das categorias de análise definidas com base na teoria sobre processo de trabalho. Neste processo incluiu-se a informação obtida nas primeiras entrevistas e também nas entrevistas da amostra intencional.

A seguir sistematizou-se as informações obtidas nas oficinas separadamente. Procedeu-se uma leitura das anotações relativas ao desenvolvimento de cada oficina, e as obtidas na transcrição das fitas gravadas, bem como os produtos dos participantes. Procurou-se apreender as informações no contexto de cada encontro e depois se decodificou, de cada uma delas, as informações relativas às categorias de análise formuladas sobre o processo de trabalho.

No que diz respeito à organização e condições de trabalho utilizou-se, também, informações obtidas na observação de campo e estudo documental, registradas no diário de campo.

Os dados foram categorizados de acordo com as respostas obtidas nas entrevistas e das discussões de grupo, sistematizadas da seguinte forma:

- percepção sobre finalidade do trabalho;
- percepção sobre objeto do trabalho;
- percepção sobre produto do trabalho;
- percepção sobre instrumentos de trabalho;

- percepções sobre condições de trabalho;
- percepções sobre formas de organização e gerenciamento do trabalho;
- percepções sobre motivos de prazer e sofrimento no trabalho;

## 5 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NA OPINIÃO DE QUEM O REALIZA

### 5.1 Processo de Trabalho

O trabalho nasce para satisfazer uma necessidade que pode ser individual ou coletiva, e esta necessidade passa a ser a finalidade do trabalho. Antes de este trabalho ser realizado é pensado, ou seja, passa pela consciência do ser humano sob a forma de projeto. Portanto, o projeto do trabalho é o momento em que o trabalhador concebe/planeja o que será feito, projetando um resultado. Nesse projeto, o homem vai escolher os objetos adequados para serem transformados, conforme projetou em sua consciência, de acordo com suas condições econômicas, aptidões, conhecimentos, instrumentos e equipamentos disponíveis. Prevê o que será necessário em termos de força de trabalho, como o trabalho será organizado e/ou dividido, e em que local (instituição) se realizará.

No que diz respeito ao entendimento do grupo estudado sobre que necessidades geram o trabalho de enfermagem na unidade estudada, foi possível apreender a percepção dos trabalhadores de enfermagem pelas respostas emitidas durante a oficina sobre processo de trabalho.

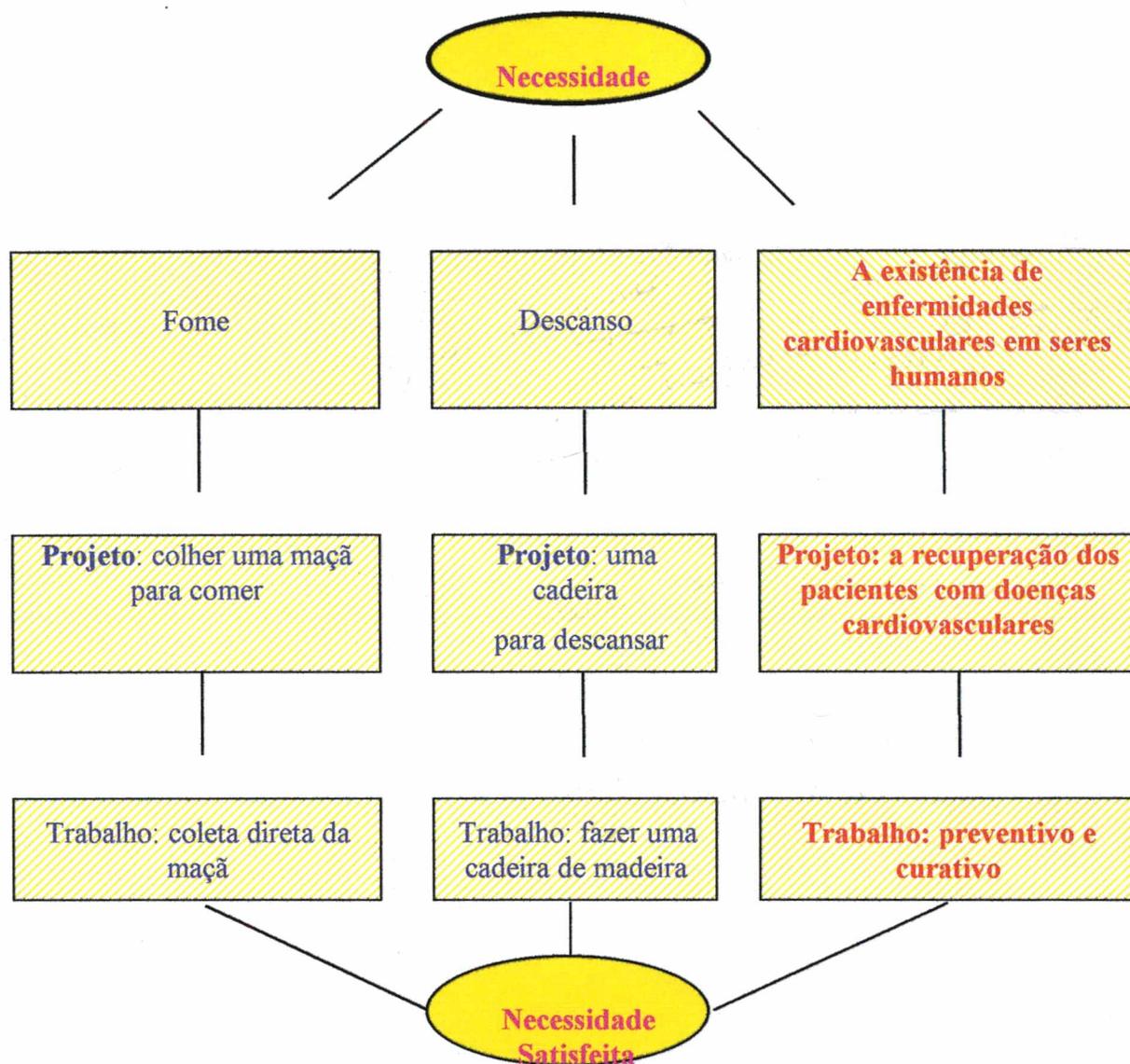
Nesta oficina foi realizado um diagrama com dois exemplos de necessidade de trabalho<sup>9</sup>, e fornecido a cada subgrupo, para que os mesmos completassem a **necessidade do trabalho de enfermagem** do local onde eles trabalham.

---

<sup>9</sup> Esses diagramas foram tirados do texto sobre processo do trabalho, produzido pelo Grupo Práxis (in Leopardi, 1998, p. 27).

O grupo de enfermeiros completou o diagrama da seguinte forma<sup>10</sup>

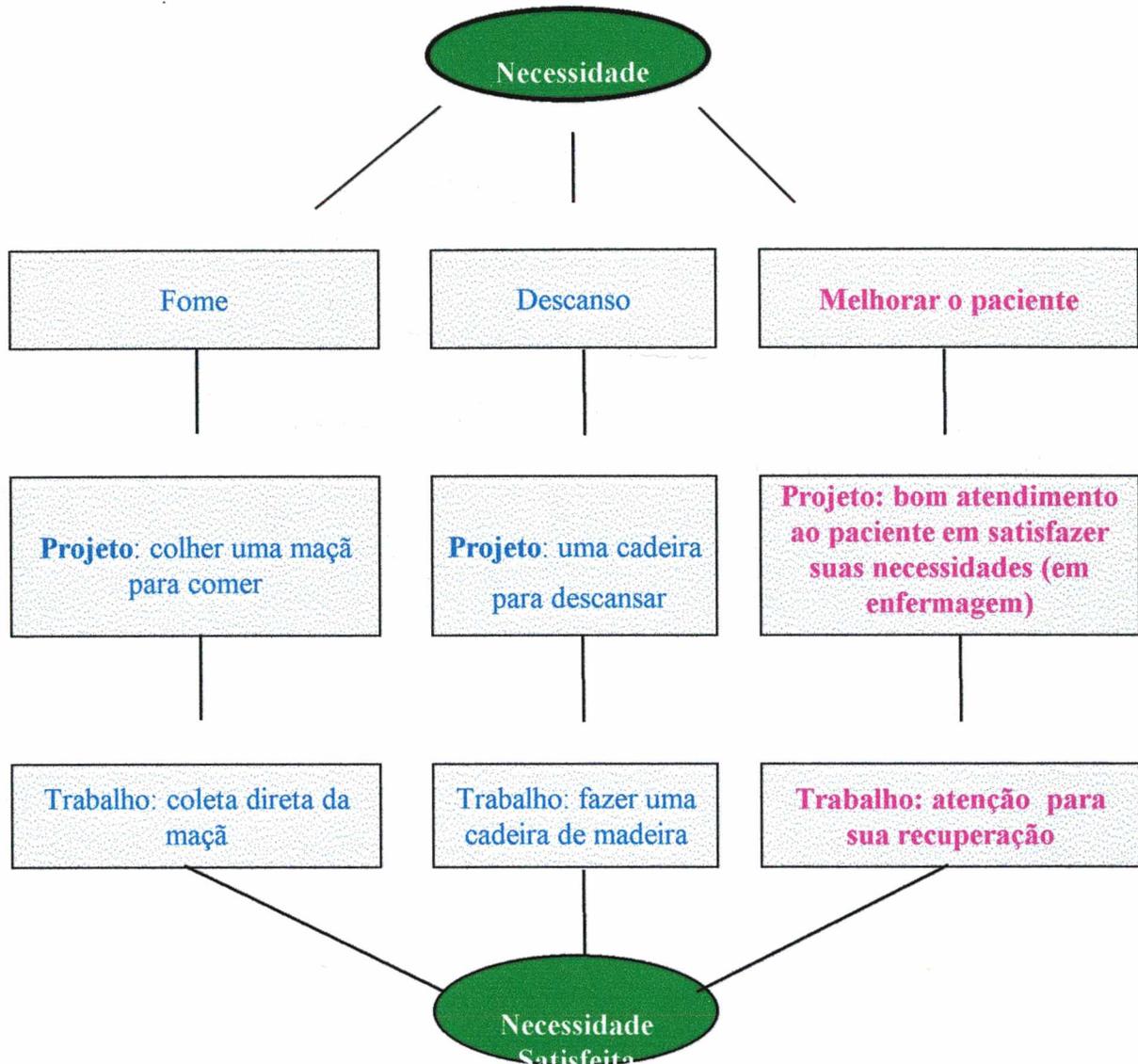
**Diagrama 1 - Necessidade do Trabalho de Enfermagem Segundo a Percepção das Enfermeiras**



Os demais trabalhadores de enfermagem completaram da seguinte forma<sup>11</sup>

<sup>10</sup> As informações contidas na cor vermelha dizem respeito à opinião dos enfermeiros.

**Diagrama 2 - Necessidade do Trabalho de Enfermagem Segundo a Percepção das Auxiliares e Técnicos de Enfermagem**



### 5.1.1 Necessidades geradoras e finalidade do trabalho

A finalidade do trabalho, segundo essa abordagem teórica, é a satisfação de uma necessidade apresentada em algum momento, de forma individual ou coletiva. A necessidade de trabalho em saúde, na sociedade atual, hegemonicamente organizada sob a

<sup>11</sup> As informações contidas na cor violeta dizem respeito à opinião dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

lógica do modo de produção capitalista, é, em um primeiro momento, a de controlar as doenças em escala social e recuperar a força de trabalho incapacitada.

Nesta dimensão, a finalidade do trabalho em saúde é a recuperação (atenção) de corpos humanos, que adquirem o papel de sede da força de trabalho, precisando estar hígidos para poder produzir.

Atualmente, o trabalhador necessita manter-se com um corpo saudável para vender sua força de trabalho em um mercado competitivo e que valoriza os mais jovens e saudáveis, em detrimento dos mais idosos e/ou expostos a riscos que possam desencadear alguma doença.

A finalidade do trabalho da enfermagem, no que diz respeito a cada ato assistencial em si, também tem uma dimensão microsocia. Neste sentido, responde a necessidade de cuidado de enfermagem que gerou o trabalho, a ser desenvolvido por um ou mais membros desta categoria profissional, seja na modalidade de trabalho autônomo, seja como parte do trabalho coletivo.

A finalidade do trabalho da enfermagem realizado na clínica cirúrgica do hospital, para as enfermeiras entrevistadas é:

*“Prestar assistência aos pacientes, tanto no apoio psicológico como apoio médico”* (Enfermeira 1).

*“O bem estar do paciente como um todo. Não fazer um trabalho por fazer. Tem que dar uma assistência adequada ao paciente, mesmo improvisando”* (Enfermeira 2).

*“Atender a população em geral, promover o bem estar do paciente, trabalhar com os déficits de autocuidado”* (Enfermeira 3).

*“Manter um bom padrão de atendimento”* (Enfermeira 4).

*“O trabalho realizado aqui, num sentido curativo é devolver a sociedade os pacientes que procuram o hospital que também estaria voltado a prevenção, ao ensino e a educação”* (Enfermeira 5).

Quanto aos demais trabalhadores de enfermagem entrevistados, ao serem questionados sobre a finalidade do seu trabalho, 21,5% não souberam responder e 78,5% responderam ser *“atender os pacientes com problemas cardíacos, ajudando-os a ir embora recuperados”*.

De todos os trabalhadores entrevistados 100% dos enfermeiros e 57,2% dos demais trabalhadores de enfermagem emitiram opinião sobre a finalidade do trabalho. De todos os que responderam pode-se interpretar que a **finalidade do trabalho de enfermagem é prestar a assistência/cuidado às pessoas com problemas de saúde que necessitam de cuidados profissionais de enfermagem, com vistas a promover a sua saúde ou melhorar a sua situação de viver com determinada doença.**

Nas discussões, realizadas na oficina, a finalidade do trabalho segundo os participantes é restabelecer a saúde, ou proporcionar melhora da situação, seja restabelecendo o bem estar do indivíduo, seja possibilitando um viver melhor com as suas limitações.

Na oficina, realizada com os trabalhadores de enfermagem desta unidade, os enfermeiros responderam que a finalidade do trabalho é *“o pronto restabelecimento bio-psico-socio-espiritual do paciente e de seus familiares”*.

Uma finalidade mais idealizada, uma vez que é praticamente impossível, por meio de ações de enfermagem promover um *“restabelecimento bio-psico-socio-espiritual do paciente e seus familiares”*.

Os demais trabalhadores de enfermagem responderam de forma mais objetiva que é *“o bem estar e a recuperação do paciente”*.

*“Acho que faço este trabalho porque os pacientes precisam que se faça um curativo, as medicações, então a finalidade é para a melhoria do paciente, para ele ter uma boa recuperação”* (Aux. de Enf. 6).

A concepção sobre a necessidade vai determinar a construção mental do projeto e a visão sobre o “objeto” de trabalho e a finalidade. Então concepções diferentes, sobre necessidades de saúde, e objetos (sujeitos e suas vidas) vão gerar fins diferentes.

A finalidade do trabalho, em geral, é atender a necessidade que o gerou. Então, a finalidade do trabalho de enfermagem, na unidade estudada, é melhorar a situação do ser humano portador de doenças cardiovasculares que necessita de cuidados de enfermagem. Essa necessidade gera uma ação terapêutica, que é realizada com as pessoas doentes que procuram este serviço.

As respostas do grupo, ao preencherem os diagramas apresentados, aproximam-se do apontado na teoria. Identificando, como necessidade para haver um trabalho de enfermagem, a existência de pessoas com doenças que necessitam um cuidado de enfermagem no hospital. Para haver trabalho de enfermagem é necessário haver seres humanos necessitados desses cuidados especiais.

Existem vários seres humanos com diversas enfermidades, mas que não estão, em um determinado momento, necessitando de cuidados de enfermagem. Eles podem procurar os médicos ou outros profissionais, em consultórios ou clínicas ou hospitais, para a prescrição de um tratamento. Podem autocuidar-se. Podem, também, procurar sistemas informais ou populares de saúde.

Para satisfazer a necessidade do trabalho de enfermagem identificado, é preciso realizar um projeto que pode ser imaginário, um processo mental, ou um planejamento escrito, detalhado em que os trabalhadores anteciparam a realidade deste trabalho. O trabalho pode ou não sair conforme o planejado, por tratar-se, dentre outros motivos, de um trabalho de interação entre seres humanos, e não uma ação sobre coisas ou objetos, como acontece no trabalho realizado na indústria.

O projeto também é modificado pelas condições concretas da instituição e da realidade social onde o mesmo se realiza. Além disso, no trabalho de enfermagem, os seres humanos (trabalhadores e doentes/pacientes) interagem influenciados pela sua história, suas queixas, suas necessidades e seus objetivos com aquele trabalho. É um trabalho que envolve a participação ativa do ser humano que está sendo cuidado.

Como descreve Nogueira (1983, p. 15) a assistência em saúde *“é também um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta”*. Desta forma, o planejamento deste trabalho estará sujeito a esta inter-relação que, historicamente, não tem sido considerada pelo sistema hegemônico de formação dos profissionais de saúde e de produção de conhecimentos em saúde.

### 5.1.2 Objeto de trabalho

Outro elemento do processo de trabalho é o **objeto de trabalho** que, segundo Marx (1982, p. 202), *“é a matéria a que se aplica o trabalho”*, ou seja, é aquilo que o ser

humano transforma para obter o produto final. Para Pires (1998, p. 161), o objeto de trabalho em saúde são: os indivíduos ou grupos, doentes, sadios, ou expostos a riscos, necessitando medidas curativas, preservar a saúde, ou prevenir doenças.

Na percepção dos 14 trabalhadores de enfermagem que participam deste estudo, 50,1% entendem que o objeto de trabalho de enfermagem é “*o paciente e os familiares*”.

Portanto, os trabalhadores de enfermagem identificam quem recebe os cuidados de enfermagem como quem tem a necessidade a ser atendida e que mobilizou uma ação profissional. Dos trabalhadores entrevistados 49,9% teve dificuldade de identificar qual é o seu objeto de trabalho.

Destes, 14,2% responderam que o objeto de trabalho da enfermagem é “*o conhecimento e as técnicas utilizadas*”, confundindo objeto de trabalho com instrumentos de trabalho, 7,1% responderam que é profissional “*progredir mais*”, confundindo objeto de trabalho com a sua meta pessoal, enquanto profissional e 28,6 % não souberam responder qual é o seu objeto de trabalho.

**Quadro 2 - O Objeto de Trabalho Segundo Informações dos Entrevistados**

Objeto do Trabalho	Enfermeiras		Demais Trab. Enf.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<b>Paciente e a família que recebe o cuidado</b>	3	21,5	4	28,6	7	50,1
<b>Não soube responder</b>	1	7,1	3	21,5	4	28,6
<b>As técnicas ou conhecimento do trabalhador</b>	1	7,1	1	7,1	2	14,2
<b>Progredir mais</b>	0	0	1	7,1	1	7,1
<b>Total</b>	5	35,7	9	64,3	14	100

Na oficina de reflexão sobre o processo de trabalho, o grupo de enfermeiros, respondeu que o **objeto de trabalho da enfermagem** é o paciente e seus familiares. Os demais trabalhadores de enfermagem responderam que são os conhecimentos e as técnicas utilizadas. Percebe-se que esta é uma reflexão inicial no grupo e, arrisco dizer que foi mobilizada por meu estímulo.

No cotidiano, a enfermagem executa o trabalho que lhe é designado pela instituição e/ou por outros grupos de profissionais, especialmente os médicos, e reflete pouco sobre a essência, o significado e o que está envolvido no seu trabalho.

Acredito que a falta de clareza de alguns profissionais de enfermagem ao não identificarem como objeto de seu trabalho o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, que necessitam de um trabalho profissional de enfermagem para curar-se, preservar a saúde ou prevenir doenças, como o apontado por Pires (1998), seja simplesmente em decorrência da falta de reflexões desses trabalhadores sobre o seu próprio trabalho.

Durante a observação foi constatado que os profissionais de enfermagem chegam ao local de trabalho e logo iniciam suas atividades cumprindo com suas tarefas ao longo do período. Ao simplesmente cumprirem tarefas, esses trabalhadores não refletem sobre o que eles estão fazendo e, quem recebe essa assistência. Durante a observação foi constatado, ainda, que alguns dos trabalhadores que identificam o doente como seu objeto de trabalho, na sua rotina diária os tratam de forma impessoal, rápida, superficial, mesmo nos momentos que teriam mais tempo para dialogar com essa pessoa. Desta forma, esses trabalhadores de enfermagem identificam seu objeto de trabalho, mas mantêm-se distantes e não permitem que nesse processo de trabalho o doente possa interagir.

O cuidado de enfermagem torna-se superficial, impessoal e em alguns momentos o doente e seus familiares têm dificuldades em identificar o profissional de enfermagem que prestou os cuidados em determinado turno. Na quarta oficina uma Técnica de Enfermagem coloca que para os profissionais de enfermagem

*“falta um pouco de amor com o ser humano, falta serem um pouco mais humanos. (...) o cuidado é essencial não importando se o paciente é rico ou pobre, jovem ou velho se o prognóstico é ruim ou bom e, não é porque a gente*

*sabe que o paciente vai morrer que não vamos cuidar. Falta amor dos funcionários com a profissão, com os pacientes” (Téc. de Enf. 3).*

Ao criar este distanciamento, entre sujeito assistido e sujeito trabalhador, os profissionais de enfermagem dos hospitais deixam de ganhar, como profissionais e seres humanos, com essa troca interpessoal, possível no processo assistencial. Segundo uma das enfermeiras entrevistadas a enfermagem *“não deve realizar um trabalho mecânico e, o paciente deve ser visto como um todo. A enfermagem deve ver o lado emocional do paciente”* (Enfermeira 2).

Os trabalhadores de enfermagem dos hospitais devem começar a preocupar-se em como estão tratando o seu objeto de trabalho e lembrar que, em uma unidade de internação cirúrgica é necessário muito mais do que administrar medicações, verificar sinais vitais, fazer curativos, preparar os pacientes para os procedimentos invasivos, entre outros. É necessários que esses trabalhadores, ao executarem tais procedimentos, interajam com esses pacientes; por sua vez, os doentes esperam que esses profissionais assim o façam. Para a enfermeira 4 *“o trabalho que a enfermagem faz precisa ser mais humanizado”*.

Esse distanciamento, observado entre os trabalhadores de enfermagem e o doente e seus familiares, pode ser explicado, mas não justificado, pelas condições de trabalho que a enfermagem está submetida nos hospitais, ou seja, baixos salários e quantidade insuficiente de trabalhadores para prestar uma assistência de qualidade.

### **5.1.3 Instrumentos de trabalho**

No serviço de enfermagem, é comum um grupo de trabalhadores planejar, mesmo que em cima de decisões já tomadas por outros trabalhadores da saúde, e outro grupo executar. Nesse momento, já se evidencia a fragmentação do processo de trabalho em saúde e de enfermagem.

Para que ocorra o trabalho da enfermagem é necessário haver uma necessidade, que mobilize um projeto a ser desenvolvido com os seres humanos que necessitam da assistência de enfermagem. Para desenvolver esse trabalho é necessária a utilização de instrumentos de trabalho que, para Marx (1982, p. 202), são os meios de trabalho. Segundo Pires (1998, p. 161), os instrumentos no processo de trabalho em saúde são os instrumentos e as condutas

utilizadas, sendo que estes últimos representam o nível técnico dos conhecimentos, que é o saber de enfermagem, aplicados no trabalho.

Um dos principais instrumentos de trabalho é o conhecimento, o saber de enfermagem, que é próprio dos enfermeiros, técnicos e auxiliares, como aponta Leopardi (1999, p. 73), *“o conhecimento é um poderoso instrumento do trabalhador, seja para sua desalienação, seja para habilitá-lo para a execução técnica da atividade necessária”*.

Almeida (1989), também aponta o saber da enfermagem como instrumento de trabalho. *“O saber será considerado como o instrumental que a enfermagem utiliza para realizar o seu trabalho, instrumental este limitado e reproduzido pelo ensino desta prática”* (Almeida, 1989, p. 24).

Para o grupo de enfermeiros entrevistados, os **instrumentos de trabalho** são:

*“Supervisão, orientação e planejamento”* (Enfermeira 1)

*“A conversa, a simpatia, o bom humor”* (Enfermeira 2)

*“Acredito que os instrumentos de trabalho sejam a equipe toda do hospital, a equipe multiprofissional. Claro que com toda a tecnologia disponível (medicação, aparelhos). Só que o principal instrumento de trabalho seria a equipe, mas tem que haver recursos materiais para que o trabalho aconteça”* (Enfermeira 3).

*“É a equipe, os técnicos e auxiliares de enfermagem, acho que também seria a aparelhagem, tenho a parte material e a parte de recursos humanos”* (Enfermeira 4).

*“São vários os instrumentos que utilizamos para prestar a assistência de enfermagem desde gases a aparelhos de tecnologia de ponta”* (Enfermeira 5).

Aqui, parece que, majoritariamente, há uma confusão entre força de trabalho e as características e habilidades pessoais dos trabalhadores, com instrumentos. Neste aspecto concorda-se com Nogueira (1983, p. 13) quando diz que a expressão “recursos humanos”

*“É advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento. (...) é usado em função de propósito explícito de intervir numa dada situação para produzir e aprimorar, ou ainda para administrar esse recurso específico que é a capacidade de trabalho dos indivíduos. Ele é colocado ao lado de outros recursos, como os materiais e financeiros, igualmente suscetíveis de uma utilização mais racional”*.

Os enfermeiros que participaram deste estudo representam 35,7% da amostra e, destes, 14,3% confundem força de trabalho com instrumentos de trabalho ao considerarem os colegas da enfermagem como instrumentos de trabalho. Ao mesmo tempo, não percebem algumas mudanças que estão ocorrendo no mundo do trabalho, como por exemplo a produção de tecnologia de ponta, que está influenciando os serviços de enfermagem.

Os demais trabalhadores de enfermagem, que participaram do estudo, representam 64,3% do grupo estudado, destes, 50% responderam que os instrumentos de trabalho seriam: as luvas, material de curativo, relógio, medicamentos, roupas, aparelho de pressão, estetoscópio, material de limpeza. 14,3% responderam que seriam o diálogo, a inteligência e a dedicação. Portanto, 50% identifica os instrumentos de trabalho usados pela enfermagem, conforme a teoria explicitada neste estudo, mas limitado ao “material” concreto e não incorporando o saber.

Na oficina, o grupo de enfermeiros respondeu que os instrumentos de trabalho seriam a equipe multiprofissional, os recursos tecnológicos e a terapêutica. O resultado assemelha-se ao encontrado nas entrevistas.

Em relação aos demais trabalhadores de enfermagem responderam que os instrumentos de trabalho seriam o diálogo, e o desenvolvimento das técnicas de enfermagem. Referiram, também, que instrumento de trabalho é fazer com que o paciente entenda, de maneira clara, o que está ocorrendo com ele. Para os trabalhadores de enfermagem desta unidade, os instrumentos de trabalho seriam todo o material utilizado na execução das técnicas de enfermagem, tanto material de consumo e material permanente quanto a própria força de trabalho.

#### **5.1.4 Produto do trabalho**

Outro elemento do processo de trabalho é o produto, que é apresentado a seguir, segundo a opinião das enfermeiras entrevistadas:

*“Seria o paciente”* (Enfermeira 1).

*“O produto final seria o bom restabelecimento do paciente com problemas cardiovasculares”* (Enfermeira 3).

*“A recuperação do paciente”* (Enfermeira 4).

*“A assistência de enfermagem prestada ao paciente” (Enfermeira 5).*

Uma enfermeira que corresponde a 20% não respondeu.

Em oficina, realizada com o grupo de trabalhadores participantes desse trabalho, as enfermeiras responderam que o produto do trabalho da enfermagem realizado seria “o ser humano”.

Na opinião dos demais trabalhadores de enfermagem:

- 22,2% responderam que seria *“a recuperação e o bem estar, aliviando a dor do paciente”*.
- 22,2% responderam que *“para o paciente é a sua recuperação e, eu tenho a oportunidade de aprender de me realizar profissionalmente”* é *“ver o paciente sair bem”*.
- 11,1% respondeu que *“seria o paciente”*.
- 11,1% respondeu que *“o produto seja gratificante, satisfatório o que eu faço”*.
- 11,1% respondeu que seriam *“os elogios que tem dos pacientes”*.
- 22,2% não souberam responder.

Na oficina sobre o assunto os demais trabalhadores responderam que o produto do seu trabalho é *“a recuperação do paciente”*.

Para Marx (1982, p. 205),

*“No processo de trabalho, a atividade do homem opera uma transformação, subordinada a um determinado fim, no objeto sobre que atua por meio do instrumental de trabalho. O processo extingue-se ao concluir-se o produto. (...) O trabalho está incorporado ao objeto sobre o que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada. O que se manifesta em movimento, do lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa, na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido”*.

A atividade que a enfermagem realiza tem características do trabalho no setor de serviços. Este serviço diferencia-se da indústria, pois, no final, os trabalhadores de enfermagem não dispõem de algo material, concreto, que possam dizer ser o produto do trabalho. Para Pires (1998, p.161), *“o produto é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no momento em que é consumida”*.

Percebe-se que, o conjunto dos demais trabalhadores de enfermagem tem pouca clareza sobre o que seja, realmente o produto de seu trabalho. Nota-se uma certa confusão entre o objeto de trabalho e o produto do trabalho. No debate sobre o tema, realizado na oficina, 100% dos enfermeiros identificaram como produto do trabalho o seu objeto de trabalho, que é o ser humano que tem necessidade de assistência de enfermagem. No, entanto, no debate na oficina, 100% dos técnicos e auxiliares de enfermagem responderam que o produto é a própria assistência prestada, formulando como “a recuperação do paciente”.

Acredita-se ser de grande relevância refletir com os trabalhadores de enfermagem sobre o seu processo de trabalho.

É importante que os trabalhadores de enfermagem saibam qual é o seu papel dentro da sua unidade de trabalho, seu papel como profissionais da enfermagem que fazem parte do trabalho coletivo em saúde. É importante considerar que esse trabalho realiza-se em uma sociedade dada, e que, atualmente, está em profundo processo de transformação.

Percebe-se que estes trabalhadores de enfermagem estão submetidos a condições de trabalho e de vida pessoal que não os permite refletir sobre o que está acontecendo ao seu redor. Estes trabalhadores não questionam de forma organizada, por exemplo, a falta de tempo disponível para o desenvolvimento de estudos e pesquisa, os baixos salários a que estão submetidos e a falta de acesso à tecnologia que poderia proporcionar avanços nos serviços de enfermagem.

Sem domínio de conhecimentos básicos referentes a seu trabalho profissional (não se está falando de conhecimentos para a execução das técnicas de enfermagem) como esperar destes trabalhadores discussões teóricas de temas mais complexos, que poderiam, se discutidos e colocados em prática por todos os profissionais da enfermagem, revolucionar os serviços de enfermagem.

Parece que a realidade dificulta o domínio dos trabalhadores de enfermagem de conhecimentos sobre a sua profissão, além de perceber certa tendência ao comodismo. No entanto, acredita-se que é preciso ter coragem e admitir que determinados conteúdos não

são de domínio da categoria e buscar refletir sobre eles, tentando superar a superficialidade, estimulando o uso do potencial criativo individual em benefício da profissão.

Deve-se ter claro que hoje as idéias não deveriam ser mais do chefe ou de uma pessoa só, elas deveriam ser do grupo. Deve-se estimular a criatividade dos trabalhadores não para obter mais lucro para os proprietários dos hospitais e clínicas ou apenas para reduzir custos, mas sim para melhorar a qualidade da assistência prestada e, também, buscando proporcionar um trabalho satisfatório para quem o realiza.

Como apontou Kuller (1996, p. 307)

*“é suposta, de início, a presença do impulso criativo em todo o indivíduo. A criatividade também é vista como instintiva e, assim, requerente de consumação. Desta forma, todo o ser humano não só é criativo mas é impulsionado a sê-lo. (...) o instinto criativo não é um Dom ou uma graça especial, um talento ou uma artimanha. É antes uma imensa energia originada além da psique humana e que impulsiona a autodedicação via um ou outro meio específico”.*

Na realidade dos serviços de saúde e, aqui mais especificamente o de enfermagem do hospital estudado, vive um momento de estagnação em que, de um lado, sabe-se que existe a necessidade de mudanças, inovações e a necessidade de promover a manifestação individual dos trabalhadores em busca de uma forma mais criativa de trabalhar, que beneficie a profissão e, também o doente.

De outro lado, o trabalhador continua preso à tradição, ao ritual, às normas, à hierarquia formal, ao conformismo e pessimismo num trabalho pouco valorizado e organizado de forma que colabora com a alienação dos trabalhadores. Além disso, a enfermagem enfrenta, hoje, condições de trabalho muito adversas.

## **5.2 Condições e Organização do Trabalho**

As condições objetivas para a realização do trabalho envolvem como o trabalho está organizado e as características de força de trabalho envolvida, incluindo o número qualificação, salário, jornada e relação contratual.

### 5.2.1 Organização do trabalho

A organização do trabalho diz respeito à distribuição e hierarquização, ou não, das atividades que se manifestam nas diferentes funções. Como, e por quem, é coordenado e como são divididas as tarefas.

Para maior compreensão do contexto onde esse trabalho é realizado, incluiu-se um subitem sobre a organização física da unidade estudada.

#### *A estrutura física da unidade estudada*

A unidade tem capacidade para 32 leitos, sendo que dois foram desativados recentemente para maior conforto médico, não importando o número elevado de doentes que ficam na emergência em condições subumanas, aguardando vagas na unidade. Ela conta com o trabalho de um escriturário. Existe um posto de enfermagem que dispõe de dois telefones, e é onde as medicações são preparadas e os materiais de consumo e de escritório são guardados.

Neste local existe maior concentração de pessoas: médicos, assistentes sociais, toda a equipe de enfermagem, zeladoria e, em alguns momentos, alguns doentes e acompanhantes tentam entrar neste ambiente e, de acordo com o profissional que ali trabalha, permite-se ou não esta entrada.

Seguidamente, encontra-se televisão de algum doente que vai para cirurgia guardada no balcão onde é preparada a medicação. Ela fica ligada.

A unidade possui, também, uma sala de curativo que não é utilizada para este fim, pois eles são feitos nos quartos dos doentes. Nesta sala é preparado o material para esterilização como pacotes de curativos, bandejas de subclávia, pequenas cirurgias, aventais estéreis para o preparo dos doentes cirúrgicos; é também feita a limpeza e desinfecção das máscaras de nebulização. Na sala de curativo fica guardado todo o material estéril e o carro de emergência, também são estocados alguns materiais de consumo e permanentes. Existem ainda nesta sala dois baldes receptores de lixo, sendo um séptico e o outro não.

A unidade dispõe de uma sala de recreação com televisão para os doentes. Nesta sala são realizadas reuniões coordenadas pelas enfermeiras com grupos de doentes e familiares para orientação de alta e pré-operatório. Realiza-se também algumas reuniões administrativas.

A unidade possui, ainda, um expurgo, um banheiro para os funcionários, uma rouparia pequena, uma sala de descanso para a enfermagem e uma copa.

As condições de higiene são adequadas, assim como a ventilação e a luminosidade. No entanto, no posto de enfermagem a temperatura no período do verão é muito intensa sendo utilizado circulador de ar para amenizar o calor. No inverno os trabalhadores não reclamam da temperatura.

A unidade foi organizada sob a ótica médica, e acredita-se que em nenhum momento foi considerado o conforto dos demais trabalhadores e dos doentes. A visão dominante na administração é de que o conforto de trabalhadores e doentes significam custos, e a lógica é diminuí-los. Será que os trabalhadores de enfermagem não iriam prestar uma assistência com maior empenhos, se estivessem em um ambiente mais confortável?

Para termos boas condições de trabalho necessitamos de condições ambientais em que a estrutura física seja favorável nos aspectos de luminosidade, ventilação e condições ergonômicas. Também são necessários materiais permanentes em bom estado de conservação, que seja realizada manutenção preventiva e, que esses equipamentos acompanhem as necessidades, inovações e sejam eficientes.

Já o material de consumo, deve ser de qualidade e em quantidades suficientes, pois como bem descreve uma técnica de enfermagem *“eles compram o mais barato e, esse mais barato acaba ficando mais caro porque em vez de usarmos um acabamos usando dez, e com isso perdemos tempo e o paciente sofre mais, quer ver quando é um escalpe”* (Téc. de Enf. 3).

Para ter boas condições de trabalho, também é necessário compartilhar boas relações entre a enfermagem e os outros profissionais de saúde, ter um bom relacionamento no âmbito da equipe de enfermagem e com os dirigentes da instituição. Os trabalhadores necessitam de segurança em relação ao seu emprego e, também ter conhecimento das

normas e rotinas da instituição e da legislação vigente. É fundamental que os trabalhadores tenham uma jornada de trabalho adequada para que tenham tempo ao descanso e ao lazer, mas, acima de tudo é necessário um salário justo.

Um grupo de técnicos e auxiliares de enfermagem durante uma das oficinas afirma

*“pensamos num trabalho recompensador, num futuro bom para nós podermos desenvolver o nosso trabalho. (...) então esse desenvolvimento dependeria de uma boa infra-estrutura, tudo perfeito, ah se tudo funcionasse bem, então o teu trabalho vai funcionar bem e vai ser melhor, mais perfeito. Então você vai ter uma boa recompensa pelo que está fazendo, vamos ver que nosso trabalho realmente esáa surtindo efeito”* (Téc. de Enf. 1 e 2 ; Aux. de Enf. 1, 2 e 3).

### ***Divisão do trabalho e a coordenação do trabalho coletivo***

Os trabalhadores de enfermagem trabalham sob as regras institucionais que estabelecem papéis para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Além disso, as instituições buscam, essencialmente, a redução de custos, o que muitas vezes interfere negativamente no trabalho.

Durante a observação de campo verificou-se que a divisão dos pacientes entre os trabalhadores de enfermagem para prestação da assistência é realizada pelo primeiro membro da equipe, do turno de trabalho, que chegar à unidade em cada início de plantão. Os técnicos e auxiliares de enfermagem assumem um determinado número de doentes e prestam assistência integral aos mesmos. Não existe diferenciação entre técnicos e auxiliares de enfermagem no que diz respeito à escolha dos doentes por complexidade de cuidados. A enfermeira da equipe não participa desta divisão. Na maioria das vezes, quando ela termina de receber o plantão os demais trabalhadores já deram início ao preparo das medicações.

Desta forma, as enfermeiras delegam uma pequena parcela do gerenciamento da assistência de enfermagem aos demais componentes da equipe. Em contrapartida, os demais trabalhadores de enfermagem aceitam esta delegação, e já a incorporaram na sua rotina de trabalho. Entretanto, nos momentos de conflito entre eles, exigem a presença do enfermeiro para resolver, por eles, a situação geradora do problema.

As enfermeiras responsabilizam-se pela coordenação do trabalho assistencial de enfermagem. No entanto, ocupam grande parte do seu dia com atividades de cunho burocrático gerencial. Atuam como intermediárias na resolução dos conflitos entre doentes e familiares, doentes e médicos, doentes e equipe de enfermagem, e equipe de enfermagem e médicos e, também, têm a responsabilidade pela manutenção dos materiais permanentes e de consumo.

As enfermeiras não prestam cuidado integral aos doentes, mas executam alguns cuidados especiais, os chamados procedimentos complexos, que segundo a Lei do Exercício Profissional 7.498/86 são inerentes aos enfermeiros. Esses procedimentos na unidade estudada são: coleta de sangue arterial, curativos complexos, dosagem de glicemia capilar e as sondagens vesicais de demora e alívio, sondagem nasogástrica e enteral (as sondagens não acontecem em grande número nesta unidade devido a especificidade dos doentes internados), retirada do introdutor da artéria femoral pós angioplastias e valvuloplastias, além da avaliação e monitorização constante dos doentes considerados “mais graves”, e que, na maioria das vezes, apresentam quadro “assintomático” devido às características da patologia cardíaca apresentada.

O trabalho de enfermagem na unidade estudada está organizado sob o **método integral** que, segundo Carvalho (1993, p. 7), “*é aquele em que cada membro da equipe de enfermagem se responsabiliza pelos cuidados integrais de um ou de vários pacientes*”.

O método integral foi instituído, nesta unidade, há seis anos com uma previsão de cinco funcionários por turno, o que não foi possível manter devido ao número cada vez mais reduzido de técnicos e auxiliares de enfermagem.

Essa forma de organização do trabalho tende a romper com a lógica da divisão parcelar do trabalho encontrada no **método funcional**. Este último fragmenta o trabalho, proporcionando que o trabalhador execute apenas atividades repetitivas e desintegradas, de forma alienada da complexidade daquele ser humano que necessita dos cuidados.

A divisão do trabalho na vida coletiva dos seres humanos, segundo Pires (1989), baseada em Marx e Engels, e Braverman (1981), sempre existiu, desde que os homens começaram a viver em sociedade. Primeiro ocorre uma divisão do trabalho ao acaso;

posteriormente, encontra-se ao longo da história da humanidade, a especialização de atividades e a formação dos ofícios, especialmente na sociedade feudal; e com o surgimento do sistema de fábricas registra-se uma nova forma de divisão do trabalho, a divisão parcelar ou pormenorizada, típica do modo capitalista de produção.

Essa forma de divisão do trabalho taylorista-fordista ainda influencia os serviços de saúde e especialmente os de enfermagem, em que se observa uma certa distância entre a concepção e a execução. No cotidiano do trabalho são várias as situações em que a enfermagem executa ações com os doentes que são delegadas por outros profissionais que, na maioria das vezes, são os médicos.

Nesta pesquisa, a maioria dos técnicos e auxiliares de enfermagem manifestou que prefere o método funcional de organização do trabalho.

*“(...) a divisão do trabalho por tarefas deve ocorrer, por exemplo, deveria ficar um só para a medicação em todos os turnos. Acredito que funcionaria muito melhor. Em outros hospitais funciona assim e dá certo” (Aux. de Enf. 1).*

**O método funcional** segundo Carvalho (1993, p. 6),

*“é aquele em que se atribui a cada servidor a execução de determinados trabalhos. Este método é baseado no princípio de especialização, segundo o qual cada pessoa deve, tanto quanto possível, ter uma única tarefa para executar. Quando não for possível limitar uma tarefa a uma pessoa, ela poderá executar outras tarefas, porém relacionadas com a sua tarefa específica. A pessoa que executa a mesma tarefa adquire mais habilidade e mais rapidez na execução e, portanto, maior produtividade”.*

Esse método identifica-se com a lógica da organização taylorista do trabalho, de especializar e fragmentar para aumentar a destreza manual e aumentar a produtividade, deixando a concepção do trabalho nas mãos do gerente. Neste caso, o papel gerencial é desempenhado pelo enfermeiro.

Uma das explicações para a preferência pelo método funcional pode estar na formação destes trabalhadores, associadas aos aspectos históricos de organização dos serviços de enfermagem que vem sendo influenciados pela escola taylorista.

Outra explicação pode ser a influência das condições de trabalho, especialmente o número reduzido de trabalhadores, que acaba dificultando a prestação da assistência integral, reduzindo-se ao cumprimento das prescrições.

Outra possibilidade que devemos considerar para a preferência pelos cuidados funcionais é a não valorização do cuidado de enfermagem como um ato terapêutico, reconhecido como forma de assistência integral. Contraditoriamente esta forma de cuidar tende a ser vista como uma forma de “enrolação, perda de tempo” por parte dos gestores institucionais, sendo desvalorizado no sentido financeiro e, considerada uma ação que não necessita de nenhum conhecimento é uma mera bondade, natural do indivíduo que não necessita de um domínio de conhecimentos, de um preparo formal para o seu desenvolvimento.

Acredita-se que outra possibilidade de explicação para essa preferência é a identidade dos trabalhadores de enfermagem com o trabalho alienado. Preferem não se envolver com a relação interpessoal, que pode gerar angústia ao contatar a globalidade das necessidades do doente e as dificuldades de sua interferência no processo de assistência coletiva em saúde. Alguns justificam a sua preferência pelos cuidados funcionais por permitirem uma visão mais global dos problemas da unidade, como afirma esta técnica de enfermagem:

*“No cuidado integral a gente tem mais contato com o paciente, fica sabendo mais sobre ele, mas perde o controle dos outros pacientes da unidade não sabe o que está se passando com os demais pacientes da unidade. Quando ocorre a divisão de tarefas eu consigo saber de todos. Assim em alguns momentos algum paciente ou familiar me pede alguma coisa, e eu não sei, pois não estou cuidando dele. A gente quando está fazendo só uma tarefa tem uma visão bem melhor da unidade” (Téc. de Enf. 2).*

Os “**cuidados integrais**” possibilitam uma percepção mais ampla do universo do paciente, pela maior proximidade que ele permite. Como aponta Pires, 1998, o cuidado integral rompe, em parte, com a divisão parcelar do trabalho.

No entanto, nesta unidade, os trabalhadores de enfermagem preferem os cuidados funcionais. É importante considerar que, em face de sobrecarga de trabalho, os cuidados integrais ficam extremamente dificultados, nos seus aspectos positivos, como a possibilidade de maior aproximação entre doente e profissional e do exercício de um trabalho criativo.

Assim, acredita-se que a sobrecarga de trabalho influencia nas críticas dos trabalhadores de enfermagem sobre os cuidados integrais.

É impossível cuidar bem de seres humanos quando, nesta unidade, um profissional tem que cuidar de 10 doentes por turno de trabalho, como ocorre no cotidiano da equipe.

Essa condição de trabalho inadequada pode ser um dos motivos que leva estes trabalhadores a ter preferência pelo cuidado funcional. Apenas executando tarefas esses trabalhadores estariam eximindo-se do envolvimento com questões subjetivas dos doentes. Desta forma, manter-se-iam acomodados nessa condição de executor alienado de tarefas delegadas. Pode embrutecer, mas é menos angustiante.

Segundo Carvalho (1993), para assumirem o cuidado integral os membros da equipe de enfermagem necessitam

*“Possuir conhecimentos científicos, habilidades na execução dos cuidados de enfermagem e características de personalidade imprescindíveis a todos aqueles que lidam com a pessoa humana. Dentre estas destacam-se: sensibilidade, compreensão, paciência, capacidade de observação, iniciativa, descrição. etc”* (Carvalho, 1993, p. 6).

Além da falta de profissionais de enfermagem nos hospitais para a realização dos cuidados integrais, os serviços de enfermagem, historicamente, não foram planejados para trabalhar nessa perspectiva. Ao longo de sua trajetória de formação profissional os trabalhadores de enfermagem não foram preparados para este tipo de cuidado. O ensino fragmentado e o olhar para o ser humano como um conjunto de aparelhos e sistemas e como acometido por patologias, influenciou por muito tempo a formação profissional na saúde e na enfermagem.

*“Acredito que se houvesse mais funcionários para trabalhar na enfermagem seria a mesma coisa, as mesmas reclamações de falta de atenção por parte dos pacientes”* (Aux. de Enf. 3).

Encontraram-se, também, enfermeiras que entendem o cuidado integral como uma forma de obter um cuidado de maior qualidade, que os trabalhadores, ao executarem os cuidados, também teriam tempo para dialogar com os doentes.

*“Com este tipo de cuidado é para ter mais tempo para conversar com o paciente com mais tranquilidade, e não fazer como muitos que chegam e*

*largam a medicação em cima do criado mudo, de forma mecânica e nem bom dia dão ao doente”* (Enfermeira 3).

A divisão do trabalho nesta unidade segue as premissas aceitas e consagradas pela lógica da organização capitalista do trabalho, como aponta Lunardi Filho (1998, p. 53), “*o trabalho de pessoas mais instruídas ou daquelas que percebem maiores salários não deve ser desperdiçado em atos que podem ser realizados por pessoas menos instruídas, definidas, assim como menos qualificadas*”. Aqui se inclui a atividade realizada pelos médicos, que parece ser considerada um trabalho superior e inquestionável em relação aos demais trabalhadores da saúde, e mais especificamente aos da enfermagem. Sendo assim justificado o pouco tempo que estes profissionais permanecem na unidade estudada, delegando, de uma certa forma, após a prescrição médica, todo o tratamento a equipe de enfermagem. Como aponta esta trabalhadora de enfermagem

*“A enfermagem está muito mais perto do paciente, sabe muito mais sobre ele, pois está convivendo com ele, está fazendo todos os procedimentos com ele. São 24 horas ao lado do paciente, enquanto que o médico passa ali 2 minutos, quando passa para olhar o paciente”* (Téc. de Enf. 3).

Outra premissa desta lógica apontada por Lunardi Filho (1998, p.54), é que “*pessoas com pouca ou quase nenhuma instrução são mais úteis para o desempenho de trabalhos rotineiros porque podem ter menor remuneração e, ainda, porque, avessas às atividades intelectuais, seguirão a rotina fiel e corretamente*”. Essa característica está explícita no papel a ser desempenhado pelos auxiliares, conforme o disposto na lei do exercício profissional da enfermagem, lei 7.498, de 25 de junho de 1986. O artigo 13, desta lei diz que, os auxiliares de enfermagem devem “*exercer atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento*”.

Esses trabalhadores, na sua maioria, não possuem uma consciência de grupo sobre a forma como está dividido o seu trabalho como e porque é feita a distribuição dos 30 pacientes para 3 auxiliares e/ou técnicos de enfermagem e um enfermeiro por turno de trabalho. As reclamações são feitas de forma isolada e desorganizadas, percebendo-se uma maior intensidade de reclamações quando aumenta ou complexifica o cuidado que deve ser prestado ao doente devido a gravidade de sua patologia.

Acredito que, de alguma forma, os trabalhadores de enfermagem tem ciência que no processo de trabalho em saúde, e mais especificamente na unidade estudada, existe um grupo de trabalhadores considerados como “a elite” dos trabalhadores, e estes não podem perder tempo; e um outro grupo que seria considerado de menos valor e devem dar conta das atividades cotidianas. Como aponta Lunardi Filho (1998), existe.

*“... na área de saúde, uma maior valorização do tempo destinado à realização dos cuidados considerados como de caráter mais nobre, porque são prestados por uma elite social reconhecida como mais intelectualizada, e, por outro lado, uma menor valorização do tempo e a conseqüente desvalorização daqueles que prestam cuidados próximos do corpo, porque tais cuidados são considerados vis e subalternos.*

*Esta maximização da valorização dos cuidados indispensáveis à vida cotidiana, bem como sua fragmentação em tarefas hierarquizadas, prejudicam tanto a valorização como o reconhecimento social e econômico dos cuidados de enfermagem que, por extensão, reflete-se sobre a profissão como um todo, configurando-se, assim, como um trabalho desqualificado” (Lunardi Filho, 1998, p. 54).*

Apesar de existir uma maior valorização do trabalho da enfermeira, por seu caráter mais intelectual, acredita-se que no contexto hospitalar ele não é valorizado como as enfermeiras gostariam que fosse, pois

*“o trabalho se torna invisível, e é bem feito quando não é visto, quando é realizado com discrição, e o que é positivado são apenas as situações em que se falha, em que não se sabe fazer, em contraste com o saber de outros profissionais” (Taffe, 1997, p. 148).*

Desta forma, o trabalho de enfermagem, nesta unidade, caracteriza-se por: sua inconstância, assim como a unidade está calma, pode transformar-se em tumulto devido ao estado dos pacientes e intercorrências que demandam diferentes procedimentos; sua imprevisibilidade; e sua continuidade durante as 24 horas do dia. Estas características exigem um constante estado de alerta, disciplina, criatividade e domínio de conhecimentos técnicos científicos por parte dos trabalhadores, além de um ambiente adequado, equipamentos funcionando e materiais de consumo de boa qualidade e em número suficiente.

### 5.2.2 Condições de trabalho e força de trabalho

Neste item aborda-se aspectos do trabalho que influenciam na forma como ele é desenvolvido. A jornada de trabalho, o número e qualificação dos trabalhadores e o salário dos trabalhadores de enfermagem da unidade estudada.

O serviço de enfermagem do hospital está organizado da seguinte forma: a gerência de enfermagem está subordinada ao diretor geral que é subordinado à Secretaria de Estado da Saúde, não possuindo autonomia administrativa e financeira.

O serviço de enfermagem da unidade de internação cirúrgica é organizado em três períodos com a seguinte distribuição de pessoal: possui um enfermeiro no período da manhã e outro no período da tarde; no noturno um enfermeiro supervisor atende esta unidade e mais duas. Os demais trabalhadores de enfermagem são distribuídos da seguinte forma no dia: três trabalhadores nos períodos matutino e vespertino cumprindo seis horas por turno e um trabalhador que cumpre 12 horas diárias folgando dois dias. Somando-se seriam 5 trabalhadores, incluindo a enfermeira, com jornada de 12 horas que folgam dois dias.

No entanto, esta equipe trabalha nos finais de semana tendo direito a duas folgas durante a semana. As folgas são cobertas com hora plantão que os próprios trabalhadores da unidade fazem. O noturno tem três equipes de trabalho, em duas noites tem 3 auxiliares; na outra noite tem três auxiliares de enfermagem e uma técnica de enfermagem.

#### *Dimensionamento de Pessoal de Enfermagem e Conseqüências para Assistência*

Em qualquer organização o dimensionamento de recursos humanos é considerado um desafio e, em especial, a dotação de recursos humanos para a prestação dos cuidados de enfermagem em uma instituição hospitalar.

Os trabalhadores de enfermagem nas instituições de saúde do país representam, quantitativamente, um percentual maior em relação aos demais trabalhadores, chegando a atingir 60% nas instituições hospitalares (Dutra, 1983). A complexidade no dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem dá-se pela inserção deste serviço em

uma área que está em constante conflito entre custo e benefício; entre o pessoal e o institucional; entre o capital e o trabalho; entre o técnico e o ético (Fagulin & Gaidzinski, 2000).

As mesmas autoras acreditam que os problemas enfrentados pelas instituições de saúde, em relação ao dimensionamento de recursos humanos, têm sido a má alocação destes trabalhadores, as dificuldades nas condições de acesso, a ineficiência dos serviços e os custos crescentes. Acrescento também, a visão por parte dos responsáveis pelas instituições de que os trabalhadores são apenas recursos humanos, não considerando o seu potencial criativo, a bagagem de experiências de vida que cada trabalhador ao ser inserido neste novo trabalho, traz consigo e que pode enriquecer o trabalho desenvolvido na instituição.

Surgem novas tendências visando aproveitar a criatividade dos trabalhadores nas instituições, porém, nos serviços de enfermagem em hospitais elas parecem distantes, pois ainda trabalha-se sob influência tradicional da gerência taylorista, aceitando um número insuficiente de trabalhadores, em quantidade e em qualidade, para prestar os cuidados de enfermagem. São aceitas as pressões dos dirigentes, que alegam não possuírem recursos financeiros para pagarem o salário de enfermeiros e técnicos de enfermagem e, desta forma, optam por contratar mais auxiliares de enfermagem para a prestação dos cuidados.

Para Kurcgant (1989, p. 91)

*“dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão da quantidade de funcionários por categoria, requerida para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem da clientela”.*

Acrescenta-se a esta formulação a necessidade de começar a preocupar-se também com a qualidade da formação destes trabalhadores, pois a atenção parece ser mais centrada na quantidade, o que também, não é suficiente. A questão da qualidade na formação profissional, também aparece nos depoimentos dos enfermeiros como: *“A minha maior insatisfação está no nível dos funcionários que são fracos na teoria e prática, com isso fico inseguro com o trabalho desenvolvido por eles, isso me aborrece (...) é aquela história do supletivo, onde tudo é dado muito rápido”* (Enf. 4).

Campedelli (1988) considera que ao discutir os percentuais de trabalhadores de enfermagem, do ponto de vista administrativo de custos, tem que se pensar na qualidade da assistência que se pretende prestar, pois esta é diretamente dependente da qualificação profissional dos trabalhadores.

A maioria dos trabalhadores, da unidade estudada, é composta por auxiliares de enfermagem (80%), que foram formados através de cursos supletivos, após estarem trabalhando no hospital como “agentes de atividades de saúde”. Alguns destes trabalhadores apenas prestaram as provas, enquanto outros fizeram um curso regular de 10 meses.

Outro fato interessante, na unidade estudada, é que os técnicos e auxiliares desenvolvem as mesmas atividades e, isto parece ser comum em outras instituições hospitalares.

Ao revisar-se a literatura que trata do dimensionamento do pessoal de enfermagem encontra-se a resolução 189/96 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 1996), que dispõe sobre os parâmetros mínimos para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares. Na resolução não há diferenciação entre os profissionais de nível médio, parecendo, desta forma, que o próprio Conselho aceita como normal este fato. Mas existem diferenças na formação destes profissionais, a começar, que para ser técnico de enfermagem é necessário ter o segundo grau completo, enquanto para ser auxiliar de enfermagem é exigido o primeiro grau completo.

Em 1988, Campedelli concluiu que para tornar o cálculo de pessoal o mais próximo possível da realidade é necessário estabelecer índices que sejam compatíveis com a realidade da instituição, sendo assim necessário ter-se um sistema de classificação de pacientes por tipo de cuidado.

Segundo Fagulin & Gaidzinski (2000), devido a falta de parâmetros oficiais para dimensionar o pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares, em março de 1996 o COFEN publica a resolução 189/96 que estabelece os parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais nas instituições de saúde.

Esta resolução no seu artigo 4 estabelece que

*“Para efeito de cálculo, devem ser consideradas como horas de enfermagem, por leito nas 24 horas:*

*3,0 horas de enfermagem, por cliente, na assistência mínima ou auto-cuidado:*

*4,9 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intermediária:*

*8,5 horas de enfermagem, por cliente, na assistência semi intensiva:*

*15,4 horas de enfermagem, por cliente, na assistência intensiva”*, (COFEN, 1996).

No artigo 5 diz que o percentual, do total de profissionais de Enfermagem 24 horas, deverá observar as seguintes proporções, observando o sistema de classificação de pacientes:

*“Para assistência mínima e intermediária, 27% de enfermeiros (mínimo de seis) e 73% de técnicos e auxiliares de enfermagem.*

*Para assistência semi-intensiva, 40% de enfermeiros e 60% de técnicos e auxiliares de enfermagem.*

*Para assistência intensiva, 55,6% de enfermeiros e 44,4% de técnicos e auxiliares de enfermagem”*(*ibidem*).

No artigo 2 estabelece que *“o quantitativo de profissionais estabelecido deverá ser acrescido do índice de segurança técnica- (IST), não inferior a 30% do total”*.

Segundo a normativa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, de outubro de 1999, através da Diretoria de Assuntos Hospitalares, o cálculo de trabalhadores de enfermagem para unidades hospitalares *“não se identifica com os sistemas tradicionais e internacionais”*(SES,1999), que é calculado através da fórmula das horas de cuidados de enfermagem. Para esta diretoria os parâmetros nacionais e internacionais não se adaptam à realidade dos hospitais pertencentes à Secretaria de Saúde. Alegam que os horários são inteiramente diversos e, que nos horários diurnos os hospitais utilizam-se de vários tipos de horários, considerando o aspecto sócio-econômico dos profissionais. Por isso recomendam o cálculo de pessoal com base na assistência progressiva e no nível de atenção de enfermagem<sup>12</sup>.

---

<sup>12</sup> A diretoria de assuntos hospitalares da Secretaria de Estado da Saúde do Estado de Santa Catarina considera nível de atenção o estado do paciente de acordo com o grau maior ou menor de complexidade e das ações a serem desenvolvidas pela enfermagem.

Para os responsáveis pela Diretoria de Assuntos Hospitalares, para estabelecer-se o nível de atenção da enfermagem é considerada a estrutura e a finalidade dos hospitais e o percentual do nível de atenção de enfermagem, que deverá ser baseado nos seguintes dados:

1. capacidade de ocupação da unidade;
2. média de ocupação da unidade;
3. horas de cuidados de enfermagem;
4. estado ou situação dos pacientes;
5. ações de enfermagem a serem desencadeadas;

Sendo assim, consideram a unidade estudada como intermediária e, para obter-se o cálculo de pessoal por nível de assistência, deve-se multiplicar as horas de enfermagem de cada nível pelo percentual de ocupação correspondente ao nível de atenção e pelos dias da semana sobre a jornada de trabalho (horas semanais). Neste cálculo não é considerado o índice de segurança defendido por diversos autores, inclusive pelo COFEN através da Resolução 189/96. Esse índice varia conforme a literatura de 20% a 30%.

Calculando o número de pessoal de enfermagem pelos parâmetros “tradicionais” e não os indicados pelos dirigentes atuais da Secretaria de Estado da Saúde, identifica-se um déficit de pessoal.

#### ***O cálculo é feito aplicando-se a fórmula***

$$\text{Número de servidores} = \frac{(\text{número de leitos} * \text{horas da enf. em 24h} * \text{dias da semana}) * 20\%}{\text{Jornada de trabalho}}$$

Na unidade estudada obtém-se um valor de 31,5 trabalhadores de enfermagem, e aplicando-se o índice de segurança técnica, necessita-se acrescentar mais seis trabalhadores. Desta forma são necessários 37 trabalhadores de enfermagem. Dividindo este número por categorias profissionais considerando 10% enfermeiros e 90% técnicos e auxiliares de enfermagem têm-se a necessidade de cinco enfermeiros e 32 técnicos e auxiliares de enfermagem.

**Quadro 3 - Comparativo do Número Existente de Trabalhadores de Enfermagem na Unidade Estudada e o Número Ideal em uma Unidade Cirúrgica com 30 Leitos**

	Trabalhadores de Enfermagem		
	Enfermeiros	Téc. e Aux. de Enfermagem	Total
<b>N.º atual de Funcionários</b>	2	19	25
<b>N.º ideal de Funcionários</b>	5	32	37

Na unidade estudada, observa-se um déficit de 60% no número de enfermeiros e de 40,6% no número de técnicos e auxiliares de enfermagem em relação ao ideal. A redução da força de trabalho nesta unidade é significativa e, certamente, repercute no produto do trabalho.

Para compensar este déficit a direção permite que estes trabalhadores façam hora plantão, sendo necessários dois trabalhadores e/ou mais para suprir a falta de um. Essa situação gera sobrecarga na rotina de trabalho.

#### ***Carga horária semanal de 30 horas \* salário***

Nesta unidade, tem-se um trabalho contínuo e estruturado em turnos que se sucedem de segunda-feira à segunda-feira para garantir os cuidados necessários. Nos finais de semana os trabalhadores fazem 12 horas, conforme o estabelecido em escala de serviço, tendo direito a duas folgas durante a semana, ocasionando assim, uma diminuição do número de trabalhadores durante a semana.

Os horários de trabalho formalmente são rígidos, porém, em observação de campo, verificou-se que, informalmente, existe certa flexibilidade nas entradas e saídas de alguns trabalhadores. A rigidez dos horários da enfermagem, por turno, é justificada pela necessidade de encerrar uma jornada de trabalho passando um relatório das atividades realizadas aos colegas que irão dar continuidade ao serviço. As trocas devem ser realizadas em um período previsto entre os turnos, a “passagem de plantão”. No entanto, a observação de campo mostrou que essa troca entre os trabalhadores é precária porque não ocorre o esperado encontro entre as duas equipes. Existe, na realidade, uma flexibilidade de horário de entrada e saída no local de trabalho o que dificulta a troca de informação.

Em um dos momentos da observação, na passagem de plantão, não estavam presentes os enfermeiros. Ocorreu da seguinte forma: às 6h50min chegou uma auxiliar de enfermagem do matutino e a técnica de enfermagem do noturno começou a passar o plantão enquanto o restante da equipe do noturno acabava suas atividades e/ou arrumava-se para sair. Os demais membros da equipe do dia chegavam aos poucos, a última chegou às 7h30min. Alguns membros da equipe do noturno não passaram o plantão e saíram antes das 7h, o setor ficou sob a responsabilidade de dois trabalhadores que procederam à leitura do relatório das ocorrências da noite. As outras duas passagens de plantão que ocorreram naquele dia se deram nos mesmos moldes.

Nas oficinas, as enfermeiras e outros trabalhadores de enfermagem, reclamaram da forma como acontece a passagem de plantão. Os demais trabalhadores de enfermagem querem a presença dos enfermeiros, bem como a presença de todos os componentes das duas equipes, a que entrega o plantão e a que o recebe. “*A passagem de plantão é fraca e está errada*” (Téc. de Enf. 1). As enfermeiras, embora expressem a necessidade da presença de todos os membros das duas equipes, têm dificuldades de estarem presentes na passagem de plantão.

Durante a noite existe apenas um enfermeiro supervisor. Os técnicos e auxiliares de enfermagem sugerem que a enfermeira do matutino receba o plantão com eles e passe para o enfermeiro da tarde e, somente ao término da passagem de plantão procure o supervisor para receber as orientações complementares.

Um dos principais fatores que leva parte da equipe de enfermagem a chegar atrasada é a existência de um segundo emprego, muito comum entre os trabalhadores de enfermagem, que têm uma jornada de trabalho de 30 horas semanais nesse hospital<sup>13</sup>.

Uma parcela significativa (40%) dos trabalhadores de enfermagem também trabalha em outros serviços de saúde particulares e/ou públicos. A segunda jornada de trabalho é de 30, 40 ou 44 horas semanais, dependendo do local do outro emprego. Totalizando, em alguns casos, 84 horas de trabalho semanais, além das responsabilidades com a família que cada trabalhador possui.

Destaca-se que 84% desses trabalhadores são mulheres, o que significa o acréscimo de mais uma jornada extra de trabalho doméstico e de cuidado com os filhos, que na sociedade brasileira atual, tem se caracterizado como uma “tarefa” desenvolvida pelas mulheres.

---

<sup>13</sup> Os trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde conquistaram a jornada de trabalho de 30 horas semanais com a greve de 1994, em acordo tácito com o secretário de saúde da época. No decorrer do mesmo ano foi implantada na Secretária de Estado de Saúde, a hora plantão, para suprir a falta de trabalhadores. No esquema de hora plantão cada trabalhador poderá fazer 60 horas mensais além da sua jornada de trabalho normal. Os médicos que tem a carga horária de 20 horas semanais, e que trabalham nas unidades de terapia intensiva e nas emergências conquistaram o direito de fazer 120 horas mensais, enfim o dobro dos demais trabalhadores destes setores.

**Quadro 4 - Número de Trabalhadores da Unidade Estudada que tem mais de um Emprego**

Categorias	Enfermeiras		Téc. Enf.		Aux. Enf.		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Trabalha apenas no hospital estudado e não faz hora plantão. Jornada semanal de 30h	1	4	0	0	3	12	4	16
Trabalha apenas no hospital estudado e faz hora plantão. Jornada semanal média de 42h	1	4	1	4	9	36	11	44
Realiza trabalho de enfermagem em outro local. Jornada semanal de 60h	0	0	2	8	5	20	7	28
Trabalha em outra atividade fora da enfermagem. Jornada semanal média de 74h	0	0	0	0	1	4	1	4
Trabalha em outro local e faz hora plantão. Jornada semanal média de 82h	0	0	0	0	2	8	2	8
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>8</b>	<b>3</b>	<b>12</b>	<b>20</b>	<b>80</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

Neste contexto de jornada de trabalho elevada, foi questionada pelos participantes das oficinas (enfermeiros e demais trabalhadores), a qualidade do trabalho desenvolvido e até, a jornada de trinta horas semanais. Nesta unidade um número significativo de trabalhadores que têm dois empregos, está lotado no noturno com vistas a facilitar a sua organização pessoal. *“A noite tem 12 horas tem tempo para descansar e fazer o serviço”* (Téc. de Enf. 2).

A jornada de 30 horas semanais foi uma conquista da enfermagem do hospital, após muita luta coordenada pelas entidades representativas da enfermagem e pelo Sindicato dos Trabalhadores em Estabelecimentos de Saúde de Florianópolis, com vistas a reduzir a super exploração do trabalhador e melhorar a qualidade da assistência prestada. No entanto, cinco anos após a sua aplicação, os próprios trabalhadores de enfermagem apontam aspectos negativos de sua aplicação.

A conquista da jornada de trinta horas semanais ao invés de possibilitar melhores condições de trabalho, com menor fadiga para o exercício do cuidado, gerou um efeito perverso, isto é, possibilitou que o próprio trabalhador (e não o gerente ou o empregador), teste os limites da sua resistência física e emocional com jornadas de trabalho absurdamente extensas.

No hospital estudado, em 1994, quando os trabalhadores de enfermagem conquistaram o direito às 30 horas semanais, o hospital tinha em seu quadro funcional 34 enfermeiros, 70 técnicos de enfermagem e 91 trabalhadores entre auxiliares e atendentes de enfermagem sendo que, destes, somente 6 (seis) auxiliares de enfermagem eram contratados em regime de CLT, somando 195 trabalhadores de enfermagem.

Na época, diminuiu-se a jornada de trabalho, mas não houve contratação de novos trabalhadores nem concurso público. Em 2000, o hospital mantém em seu quadro funcional 28 enfermeiros, 80 técnicos de enfermagem e 94 outros trabalhadores de enfermagem sendo que, destes, 06 são atendentes de enfermagem.

Do quadro atual são contratados: 01 enfermeiro; 30 técnicos de enfermagem e 22 auxiliares de enfermagem. Em seis anos, aumentaram, no quadro, 7 profissionais de enfermagem sendo, que diminuíram seis enfermeiros. Neste tempo foram abertos o serviço

de medicina nuclear e o serviço de reabilitação cardíaca e aumentou dois leitos de UTI. Aumentou o trabalho e praticamente manteve-se o número de trabalhadores, portanto aumentou a exploração do trabalhador.

Outro aspecto importante, relativo às condições de trabalho, é que em 1994 o número de trabalhadores de enfermagem contratados (CLT) pelo hospital estudado sem os mesmos direitos trabalhistas que os funcionários públicos estaduais, era de 3% foram os primeiros a ingressarem na instituição desta forma. Já em 2000, o hospital conta com 202 trabalhadores de enfermagem sendo que destes 26,2% são contratados (CLT).

Em relação ao quadro de funcionários considera-se que muitos pediram demissão para trabalhar em locais que o salário é melhor, outros se aposentaram, e as reposições foram todas por contrato (CLT) e não por concurso público<sup>14</sup>. Acredita-se que ao adotar esta forma de reposição dos trabalhadores os dirigentes estão facilitando a sua desmobilização, pois em uma mesma instituição pode-se encontrar diversas formas de contratação como efetivos: municipais, estaduais, federais; e contratados pelo regime CLT, desempenhando a mesma atividade. Isso dificulta a mobilização desses trabalhadores em prol de melhorias nas condições de trabalho. No entanto, esses trabalhadores têm em comum, os baixos salários mesmo sendo pagos de formas contratuais diferentes, apesar de todos os recursos financeiros serem provenientes do SUS. E com a conquista das trinta horas semanais foi possível buscar outros empregos na tentativa de melhorar a qualidade da sua sobrevivência e de sua família, pois concomitante a conquista da jornada de trinta horas semanais ocorreu o congelamento dos salários.

Como prestar uma assistência de qualidade sem dano ao trabalhador ficando até 36 horas trabalhando, sem dormir?

A lógica da utilização de diversas formas de exploração do trabalho para obtenção de maior produtividade ocorre tanto no setor público quanto no setor privado, tanto na

---

<sup>14</sup> Os trabalhadores ao serem contratados pelo regime CLT não têm estabilidade no emprego, porém são assegurados os demais direitos trabalhistas como, por exemplo, o FGTS. Por sua vez os trabalhadores que ingressaram através de concurso público tem apenas as licenças prêmio e a estabilidade como vantagens. A única condição comum aos dois trabalhadores é defasagem salarial que perdura por mais de seis anos.

produção industrial, quanto no setor de serviços. As formas de obter maiores resultados com o menor custo são múltiplas e, no contexto deste estudo, aparece de forma articulada: os baixos salários e a sobreposição de empregos com alargamento extremo da jornada de trabalho.

Como apontou Marx (1982, p. 640) o trabalhador aceita “(...) aplicar sua força de trabalho o mais intensamente possível, o que facilita ao capitalista elevar o grau normal de expropriação. Do mesmo modo, é interesse pessoal do trabalhador, pois com isso sobe seu salário diário ou semanal”. Ele coloca ainda “a exploração dos trabalhadores pelo capital se realiza por meio da exploração do trabalhador pelo trabalhador” (ibidem). No caso dos trabalhadores da enfermagem, no contexto atual, tornam-se, eles próprios, uma fonte de auto-exploração.

Na tentativa de colaboração com estes trabalhadores que necessitam vender a sua força de trabalho, mesmo no seu tempo livre após trabalhar no hospital, as chefias e gerência de enfermagem compactuam com eles, facilitando os horários de entrada e saídas e/ou lotando-os no período noturno. Essa situação vem agravando-se devido à situação econômica dos trabalhadores em geral no país e, mais especificamente, os servidores públicos da Saúde do Estado de Santa Catarina, que estão há seis anos sem reajuste salarial.

#### Quadro 5 - Salários dos Trabalhadores da Unidade Estudada

Categoria	Trabalha no Hospital Estudado e não faz Hora Plantão.		Trabalha no Hospital Estudado e faz Hora Plantão.	
	Valor em R\$	Valor em Us\$	Valor em R\$	Valor em Us\$
<b>Enfermeiro</b>	879,08	458,09	1.056,98	550,79
<b>Téc. Enf.</b>	563,33	293,55	884,73	461,03
<b>Aux. Enf.</b>	481,76	251,04	793,95	413,73

Obs: Considerada cotação do Dólar Comercial para compra, no dia 04/11/99 (\$1 = R\$ 1,919).

Percebe-se um descontentamento por parte dos trabalhadores de enfermagem do hospital estudado com a política salarial do governo que impôs o pior e mais longo período sem reajuste salarial. Sai governo entra governo e a situação tende a agravar-se, pois esses trabalhadores recebem promessas e, em alguns momentos, depositam nelas suas esperanças, no entanto o tempo passa e nada acontece em benefício dos trabalhadores, os salários permanecendo os mesmos. A partir dos anos 80 os atores sociais envolvidos com as questões de saúde no Brasil vêm desenvolvendo um processo de ampla participação da sociedade na definição das políticas para o setor saúde, no sentido de reorganizar as ações e serviços de saúde, buscando assegurar cobertura universal e equânime no campo da promoção, da proteção e da recuperação da saúde da população brasileira. No entanto, até o momento, para os trabalhadores de enfermagem, que representam o maior contingente dos trabalhadores em saúde, não foram realizadas ações concretas visando à melhoria de seus salários. O que existe de concreto é a discussão da norma operacional básica de recursos humanos para o SUS (NOB/RH/SUS, 2000), que deverá constituir-se em mais um dos instrumentos produzidos a partir da participação da sociedade organizada, objetivando a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS. Nela é recolocada a importância do trabalho para o sistema e a necessidade da valorização profissional na implantação dos modelos assistenciais e a regulação das relações de trabalho no setor saúde. Esta iniciativa de elaboração da NOB/RH/SUS deu-se a partir da Comissão Intersetorial de Recursos Humanos para o SUS e a Mesa Nacional de Negociação do SUS, baseadas em deliberação da décima Conferência Nacional de Saúde visando à unificação normativa dos procedimentos de gestão e a descentralização da gestão do sistema (Ministério da Saúde, 2000).

A NOB/RH/SUS, se realmente implantada irá constituir-se em um marco histórico para os trabalhadores da saúde, pois ela trata da gestão do trabalho e de assuntos que, no dia a dia, são problemas para os trabalhadores. Trata do desenvolvimento do trabalhador para o SUS e da saúde do trabalhador do SUS. A discussão teórica existe e é pertinente, mas, o tempo passa e os trabalhadores necessitam trabalhar para sobreviver. Para sobreviver no mundo capitalista é necessário dinheiro e, para ter no mínimo uma sobrevivência digna é

necessário um salário adequado. Neste cenário, quando é possível, alguns buscam outras formas de remuneração e/ou acabam conformando-se, como demonstrou a enfermeira 4:

*“Com o salário já me conformei, pois relaciono com os demais trabalhadores e, ai até parece que estou ganhando bem. Claro é pouco, gostaria de ganhar mais, não posso estudar, freqüentar um bom restaurante, vou ao mais baratinho uma ou duas vezes por mês. Seria muito bom ganhar mais, mas ao nosso redor tem tanta miséria que até me conformo com o meu salário, não tenho filhos que dependem de mim, isso facilita”.*

Parece que a miséria ao redor dos trabalhadores de enfermagem que trabalham na rede hospitalar pública é tanta que, alguns profissionais conformam-se com o seu salário. Ao conformarem-se e/ou buscarem outros empregos não se mobilizam em busca de melhorias salariais e outras condições de trabalhos como o aumento do número de trabalhadores contratados. Ficam desta forma aguardando pela boa vontade dos dirigentes institucionais.

*“... acredito que é mais barato pagar dois auxiliares de enfermagem do que pagar enfermeiros ou técnicos de enfermagem, isso é geral. Nas instituições particulares a diferença de salário do enfermeiro e dos técnicos e auxiliares é maior. No estado a diferença é pouca. Para as instituições quanto menos se paga para a enfermagem melhor”. Os donos “não estão interessados em como este trabalho é feito. O que interessa é que eles estão tendo lucro. A mentalidade do povo sobre a enfermagem tem que mudar” (Téc. de Enf. 1).*

Esta situação influencia, negativamente, na organização do trabalho. Os salários são baixos e os trabalhadores de enfermagem buscam outros empregos para melhorar as condições de sobrevivência, mas isso não justifica a desordem observada na organização do serviço de enfermagem da unidade estudada. Ainda mais quando começa a afetar a assistência que é prestada ao doente.

*“(...) isso está muito errado é uma falta de consideração com os colegas, muitos funcionários da noite vem aqui para dormir. Acho que tem gente que não dorme tanto em casa como dorme aqui”(Enfermeira 3.).*

*“A gente chega para pegar o plantão e elas estão lindas, bonitas e maravilhosas nem parece que trabalharam a noite, não dá para entender isso”.(Aux. de Enf. 6).*

No que diz respeito ao desenvolvimento do trabalho assistencial foram relatadas situações que afetam o cuidado prestado aos doentes como, por exemplo

*“... o paciente solicitou ao funcionário da noite para refazer o curativo que o estava incomodando, e por isso ele não conseguia dormir. Pediu várias vezes e não foi atendido. O funcionário dizia que iria logo ali e logo voltaria para refazer o curativo, mas não voltou mais para refazer este curativo”.* (Aux. de Enf. 3.)

*“... Muitos pacientes dizem que solicitam alguma coisa a noite como exemplo curativos, e os funcionários respondem que o curativo é amanhã pela manhã”* (Téc. de Enf. 2.).

A organização e as condições de trabalho oferecidas pela instituição estão gerando conflito entre os trabalhadores e tem influenciado negativamente a qualidade da assistência prestada. A assistência deficiente coloca o doente (ser humano que precisa de cuidado), em situação de risco.

Os trabalhadores de enfermagem não fazem uma resistência organizada frente ao empregador exigindo condições adequadas de trabalho e um salário justo que supra suas necessidades. Ao contrário, esses trabalhadores submetem-se às condições impostas pelo empregador fazendo um processo inverso, isto é uma parcela destes acaba negligenciando o cuidado de enfermagem aos doentes que deveriam receber um atendimento de qualidade.

É necessário reorientar a busca pela sobrevivência, dos trabalhadores de enfermagem, reforçando a luta coletiva por melhores condições de trabalho em uma aliança explícita com o usuário, na defesa de uma assistência de qualidade e de boas condições de trabalho.

Sendo os trabalhadores de enfermagem a maior parcela dos que atuam na área de saúde, deveriam organizar-se, buscando a comunidade como aliada nas suas reivindicações por melhores condições de trabalho e salários, rompendo com situações de negligência como a apontada por uma técnica de enfermagem *“... Um paciente passou boa parte da noite com dor precordial por medo da resposta da pessoa que o cuidava”* (Téc. de Enf. 2).

Aparentemente estas situações ficam encobertas, o doente não reclama para a direção, chefia do setor ou enfermeira da unidade, talvez por medo, pois ainda precisa destes trabalhadores para o seu cuidado. No entanto, alguns membros da equipe preocupam-se, mas tem receio.

*“... Se a gente fala alguma coisa para os colegas é taxado de várias coisas, todo mundo critica, mas na hora de falar e assumir, ninguém assume e/ou fala nada”* (Aux. de Enf. 3).

Felizmente não são todos os trabalhadores que agem de forma descomprometida com o doente, e esses demonstram uma “certa revolta” com os outros, o que acaba gerando conflito na equipe, principalmente entre o diurno e o noturno.

A falta de reflexão sobre o significado do trabalho da enfermagem no contexto do trabalho em saúde e do trabalho em geral, e sobre as relações de trabalho, levam a alienação e a execução de tarefas delegadas sem uma intervenção organizada no processo. O trabalho alienado leva a ações individualistas e à competição, ao invés da solidariedade e da luta coletiva.

Com certeza é necessário reavaliar organização do trabalho da enfermagem, nesta unidade de internação, com vistas a melhorar o seu exercício e as relações entre os membros da equipe. Nas discussões das oficinas foram relatados casos que ocorrem em outros setores do hospital e em outros hospitais públicos do estado.

*“O trabalho não está sendo bem feito, devido à falta de consciência e responsabilidade de alguns funcionários. E também falta conhecimento. pois tem funcionário que é aquela coisa mecânica. É um trabalho mecânico. não tem aquele conhecimento, não sabem nem porque o paciente está tomando determinada medicação, a patologia. Alguns sabem o que tem que ser feito. mas falta consciência e responsabilidade” (Téc. de Enf. 3).*

As enfermeiras entrevistadas apresentam sua opinião sobre a organização do trabalho:

*“Tem que melhorar, para ter uma boa assistência. Quem sabe iniciar uma metodologia no serviço de enfermagem” (Enfermeira 1).*

*“Desorganizado. Nesta unidade já foi mais organizado. Acredito que pela determinação de alguns enfermeiros que voltaram para o setor está melhorando” (Enfermeira 2).*

*“A organização é péssima. Este hospital é pequeno são poucos pacientes, setores e poderia haver uma organização melhor. Temos diretor e assessor de diretor, gerência técnica e assessor para tal e outros....Então é solicitado algo uma pessoa passa para outra, parece que ninguém sabe sua função e todos fazem a mesma coisa. Acredito que poderia melhorar muito. Inclusive tem pessoas que estão em cargos de chefia e não tem condições de ser chefe. Ninguém vê isso. Todos sabem, vêem....assessoria, gerência chefias não estão capacitadas para os cargos” (Enfermeira 3).*

Para estas enfermeiras existe uma grande necessidade de se discutir a forma como este trabalho está organizado. Algumas têm sugestões, mas falta iniciativa delas e apoio da direção. Pela importância do papel da enfermagem na saúde, acredita-se que este grupo tem

potencial para questionar a forma de organização do trabalho em saúde e propor mudanças, a perspectiva da direção é realizar o trabalho em saúde com o menor custo possível, por outro lado à perspectiva do doente e de seus familiares é de ser bem atendido e que os profissionais cumpram o seu trabalho e com qualidade.

A percepção é que para os dirigentes institucionais o importante parece ser que a enfermagem trabalhe sem questionar. O trabalho alienado parece ser mais cômodo mesmo que as conseqüências sejam negativas para a qualidade do resultado. Os doentes que procuram o serviço público, na sua maioria, têm pouca intervenção nos rumos da assistência recebida e questionam (pressionam) pouco os administradores para mobilizar alguma mudança. Parece que o potencial mais real de mudança é da enfermagem: que é a maioria dos trabalhadores em saúde, está presente nas 24 horas do dia junto ao doente no âmbito hospitalar, demonstra grande insatisfação com as condições de trabalho e desenvolve um trabalho essencial para o cuidado em saúde.

Neste hospital percebe-se um distanciamento entre os trabalhadores de enfermagem e a direção do hospital, o que dificulta pensar criativamente o trabalho.

*“Penso que falta muita coisa, tanto para o paciente como para nós, os trabalhadores. Para nós, o trabalhador falta diálogo com a direção direta. Falta administração no hospital. Se fosse bem administrado isso aqui funcionava bem melhor, seria uma maravilha para trabalhar. Com diálogo entre os funcionários e a administração isso aqui melhoraria muito” (Téc. de Enf. 1)*

O salário é o maior motivo de insatisfação e a principal reclamação por parte dos trabalhadores. Também são insatisfatórios os instrumentos de trabalho. O estado de conservação dos materiais permanentes é precário, eles já têm doze anos de uso, seu aspecto é desagradável e muitos não atendem mais as funções para as quais se destinam.

*“No momento acho que bate mais com o salário, se o salário fosse um pouquinho mais elevado. Acho que as pessoas pensariam de forma diferente. Isso não quer dizer que tu vai deixar a tua parte profissional de lado. Tu estas aqui para trabalhar, tem que fazer bem feito e deixar a parte salarial de lado porque se depender do salário tu não faz nada. Algumas pessoas vêm trabalhar sem vontade porque em casa tem um monte de necessidades, já chegam aqui reclamando, cansados não aturam certas coisas. Como por exemplo o paciente que reclama muito, ou aquele que não quer tomar medicamento. Nestes casos, os funcionários não estimulam o paciente, não vêem o tratamento como um todo, a sua importância. Para eles tanto faz como tanto fez. Acabam não*

*medicando ou executando o procedimento quando o doente se recusa e deixam assim. Ai avisam a enfermeira.....Eles reclamam mais é do salário. as outras condições também estão ruins (o material permanente está muito velho e falta, além de faltar certos (materiais de consumo), mas eles não reclamam muito. Se houvesse uma boa remuneração eles viriam mais satisfeitos, não precisariam trabalhar em dois ou três empregos” (Enfermeira 1).*

## 6 SOFRIMENTO E PRAZER NO TRABALHO DA ENFERMAGEM

### 6.1 Motivos de Sofrimento na Realização do Trabalho da Enfermagem

Como apontam Dejours e Abdoucheli (1994 p. 15).

*“Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho, para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento e da luta contra o sofrimento”.*

Os trabalhadores do hospital estudado convivem com vários fatores que geram sofrimento no trabalho, neste grupo destacou-se: a má remuneração; a hegemonia médica; condições de trabalho inadequadas; desorganização em alguns serviços; conflitos e disputas nas relações de trabalho, internamente à enfermagem e no âmbito do trabalho coletivo; déficit na formação profissional e desvalorização social do seu trabalho.

O sofrimento no trabalho afeta o comportamento dos trabalhadores de enfermagem na sua relação com os doentes e seus familiares e com os seus colegas. O sofrimento no trabalho compromete o cuidado que é prestado e, principalmente, causa desgaste ao trabalhador. Em alguns casos, o trabalhador não percebe que está sofrendo com a organização e/ou condições de trabalho a que está submetido. Trabalha em condições

inadequadas e não participa das decisões em relação à organização do trabalho, funcionando muitas vezes como “tarefeiro”.

As instituições, na sua maioria, não valorizam os profissionais que compõem a esfera assistencial da saúde, especialmente os trabalhadores de enfermagem, que são sujeitos únicos, singulares, portadores de uma história de vida e que têm expectativas e buscam realizações pessoais e profissionais em relação ao seu trabalho.

Segundo Dejours e Abdoucheli (1994, p.24)

*“o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas motivações, de suas necessidades psicobiológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais”.*

Observa-se que nos momentos de contratação destes profissionais as referências solicitadas são sempre os cursos realizados, as notas e o desempenho, principalmente prático, sem levar em consideração a subjetividade, a singularidade e a experiência de vida. Como coloca Freire (1980 p. 80).

*“É como se a atividade dos homens e mulheres não tivesse nada que ver com suas experiências de menino, de jovem, com seus desejos, com seus sonhos, com seu bem-querer ao mundo com seu desamor à vida. Com sua alegria ou com seu mal-estar na passagem dos dias e dos anos”.*

Este “mal-estar na passagem dos dias e dos anos” interfere na sua vida profissional. Acredita-se que ao chegarem na instituição com toda a sua experiência de vida e profissional estes profissionais querem contribuir, através de sua singularidade, para o conjunto da instituição da qual começam a fazer parte e, começam a ser influenciados pela realidade do trabalho desenvolvido.

O que estes trabalhadores encontram nas instituições é um serviço de enfermagem em que o trabalho é hierarquizado, submisso, assalariado e existindo, até, uma certa discriminação interna do trabalho que a enfermagem realiza. Como expressa esta auxiliar de enfermagem.

*“Está difícil trabalhar num ambiente onde não se tem muito para alcançar, só trabalho. Não fazem um trabalho dentro do hospital ou tentam que o profissional se atualize na área para fazer um trabalho determinado. eles*

*querem que a pessoa trabalhe, a gente tenta fazer da forma da gente, como aprendeu e aprende com os pacientes” (Aux. de Enf. 1).*

Na observação de campo, verificou-se que no cotidiano estes trabalhadores imprimem as suas marca ao executar os cuidados de enfermagem e esta singularidade de cada trabalhador faz a diferença no resultado final do trabalho realizado pela enfermagem. Dependendo do profissional o doente é bem atendido. Mas, muitas vezes, pelas características do trabalho da enfermagem e sua inserção no trabalho coletivo, esta diferença de atendimento de um trabalhador para outro e o resultado obtido não é percebida pelas pessoas responsáveis (chefias, gerentes de enfermagem, administradores). Em relação ao doente e sua família, muitas vezes, não aparece, explicitamente, o reconhecimento desse cuidado de qualidade. Os elogios acabam ficando para o médico; o trabalhador que fez a diferença no momento de cuidar recebe apenas o elogio do paciente e seus familiares enquanto presta os cuidados, depois ele é esquecido, continuando a executar as suas tarefas juntamente com os demais, como exemplifica esta auxiliar de enfermagem:

*“Os médicos não avaliam direito os pacientes, não encaminham para a UTI em tempo. Como por exemplo, aquela menina do nove, a gente a vê piorando, a mãe angustiada, e os médicos não dando atenção, isso vai dando uma agonia na gente. A mãe pede, por favor, que a gente faça alguma coisa. Eu digo a culpa não é nossa, nós dependemos dos médicos para transferir” (Aux. de Enf. 2).*

*“O paciente precisa da assistência especializada da enfermagem que na maioria das vezes não é valorizada. A própria família, o próprio doente não valoriza a enfermagem. São todos os níveis que devem ser analisados, porque a família, os pacientes não valorizam o trabalho que a enfermagem faz” (Téc. de Enfermeira 3).*

A Enfermeira 3 manifesta sua insatisfação da seguinte forma: *“quem leva os pacientes nas costas é a enfermagem, quem ouve desaforos somos nós, quem leva corridão somos nós”.*

Durante a realização deste estudo observou-se uma tendência dos trabalhadores de enfermagem para a valorização de algumas atividades consideradas mais intelectualizadas em detrimento do trabalho “prático”. A assistência direta ao doente seria considerada um trabalho mais nobre, mas essa assistência seria relacionada à administração de medicações, curativos entre outros, enquanto os cuidados com materiais e os cuidados de higiene e

conforto são discriminados, bem como as pessoas que realizam os mesmos. Como no exemplo citado pela auxiliar de enfermagem:

*“Veja o que aconteceu ontem na UTI, a auxiliar de enfermagem que cuida do material faltou e, eu entrei lá para ver um paciente nosso e era material sujo por todos os lados, ninguém estava preocupado em limpar. Da manhã deixaram para a tarde que ia deixar para a noite e a hora que o paciente precisa do material tem pouco. Parece que ninguém estava preocupado, enfermeira, técnico e auxiliares de enfermagem”* (Aux. de Enf. 5).

A mesma auxiliar questiona o atendimento às campainhas *“às vezes elas tocam e como não é paciente daquela pessoa ela não atende, parece que tem medo de colocar uma comadre”* (Aux. de Enf. 5).

Na realidade hospitalar, acredito que um dos fatores de sofrimento por parte de alguns dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, que estão assistindo e confortando um ser humano doente, que necessita também de cuidados de higiene e conforto, seria o pouco valor que alguns membros da equipe dão a estas atividades.

Sendo assim, as atividades de higiene e conforto como banhos de leito, colocação e retirada de comadres e papagaios, mudanças de decúbito, massagens de conforto, bem como todo o preparo do material que a enfermagem e outros profissionais usam para o desenvolvimento de suas atividades é, de certa forma, desvalorizada pelos próprios profissionais da enfermagem.

Algumas chefias de enfermagem delegam estas atividades para técnicos e auxiliares de enfermagem que apresentaram problemas em outros setores. São atividades para os “trabalhadores problemáticos”. Assim, os profissionais que não “gozam de boa reputação” dentro da instituição são designados para desenvolver estes trabalhos “menos” valorizados, funcionando como punição.

No entanto, nestas atividades, muitas vezes, alguns trabalhadores de enfermagem encontram o prazer em cuidar, o prazer de manter este ser humano íntegro, mas deparam-se com a desvalorização destas atividades pela própria equipe de enfermagem. Desta forma acredita-se que os próprios profissionais de enfermagem impõem cargas de sofrimento aos colegas quando passam a não valorizar cuidados que consideram simples, e que no

cotidiano hospitalar, e principalmente para o ser humano doente, são fundamentais. Isso, ao longo do exercício da profissão gera um sofrimento silencioso, como aponta Dejours (1999, p. 29), “o sofrimento não se vê”. O sofrimento é sentido e recalcado por estes profissionais.

*“É por intermédio do sofrimento no trabalho que se forma o consentimento para participar do sistema. E quando funciona, o sistema gera, por sua vez, um sofrimento crescente entre os que trabalham. O sofrimento aumenta porque os que trabalham vão perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar. (...) assim, entre as pessoas comuns, a relação para com o trabalho vai-se dissociando paulatinamente da promessa de felicidade e segurança compartilhadas para si mesmo, primeiramente, mas também para os colegas, os amigos e os próprios filhos”, (Dejours, 1999, p. 17).*

O trabalho realizado pela enfermagem é considerado de menor valor pelo sistema vigente e, pela própria categoria.

O sofrimento pode não ser só do corpo, mas emocional, pelo medo de não satisfazer às exigências, não só as exigências técnicas para o manuseio de equipamentos, mas também para o entendimento da doença que aquele ser humano tem.

Para Dejours (1999) o sofrimento no trabalho consiste em: o medo da incompetência e a falta de esperança, e é causado pela pressão para trabalhar mal pela falta de reconhecimento, o que gera formas de sofrimento e defesa.

**O medo da incompetência é visível no serviço de enfermagem.** O trabalho que a enfermagem exerce, por confrontar-se face a face com a dor, anormalidades, mutilações, sofrimentos devido à angústias de familiares, com a morte dos doentes e também por receber informações de várias áreas para desenvolver suas atividades, é altamente complexo. Para prestar uma assistência integral e ininterrupta aos doentes e seus familiares necessita desenvolver um trabalho com competência técnica e com domínio teórico.

No cotidiano hospitalar é comum encontrarmos situações em que os incidentes acontecem não existindo um responsável direto. Nestas situações os trabalhadores de enfermagem são, na maioria das vezes, responsabilizados pelos incidentes, especialmente na figura da enfermeira, que se encontra em posição de destaque, na coordenação das atividades relacionadas com os doentes. E, como aponta Dejours (1999, p. 31).

*“Em tais situações os trabalhadores não têm como saber se suas falhas se devem a incompetência ou a anomalias do sistema técnico. E essa fonte de perplexidade é também a causa de angústias e de sofrimento, que tomam a forma de medo de ser incompetente, de não estar à altura ou de se mostrar incapaz de enfrentar convenientemente, situações incomuns ou incertas, as quais, precisamente, exigem responsabilidade”.*

A enfermagem, desde a sua institucionalização, organizou-se com base na divisão técnica do trabalho, e esta tendência permanece, ainda, fortemente enraizada nos profissionais de enfermagem. A preocupação central é “dar conta das tarefas”. Na busca do “dar conta” acabam adotando ou identificando-se com o método funcional de organização do trabalho de enfermagem, o qual identifica-se com a “organização científica do trabalho” taylorista.

Os trabalhadores de enfermagem que atuam em hospitais, na sua grande maioria, demonstram um comportamento alienado em relação à sua prática. **Alienação** significa para Marx apud Fromm (1983 p.51).

*“Que o homem não se vivencia como agente ativo de seu controle sobre o mundo, mas que o mundo (a natureza, os outros, e ele mesmo) permanece alheio ou estranho a ele. Eles ficam acima e contra ele como objetos, malgrado possam ser objetos por eles mesmo criados. Alienar-se é, em última análise, vivenciar o mundo e a si mesmo passivamente, receptivamente, como o sujeito separado do objeto”.*

Para ele, a alienação no trabalho sempre existiu através da história, mas “atingiu seu auge na sociedade capitalista” (Fromm, p. 51) afetando, em especial, a classe trabalhadora. Aqui se inclui o trabalhador de enfermagem.

Pelas características já descritas do trabalho que a enfermagem desenvolve nos hospitais esses trabalhadores deveriam mostrar-se mais críticos, mas observa-se que eles estão vivenciando o mundo e a si mesmos passivamente, receptivamente, como sujeitos separados do objeto e submetidos à organização do trabalho fundamentada na organização científica. Usando um discurso muito cômodo, justificado pela história da enfermagem, nos seus aspectos negativos, como desculpa por não reagir às imposições feitas pelos dirigentes.

Vivenciam-se exemplos da organização do trabalho da enfermagem, que ainda acontecem da mesma forma que em décadas passadas. O mais grave neste aspecto é que alguns trabalhadores sentem orgulho ao dizerem que dão conta deste trabalho não percebendo o quanto estão sendo explorados.

Tomando o trabalho desenvolvido no interior do hospital estudado observamos nitidamente a alienação. Primeiro, o hospital é organizado de forma fragmentada. Cada compartimento (setor) funciona independentemente do outro, a soma das partes forma o hospital. Os doentes vão até o hospital em busca de atendimento, e passam a ser divididos em órgãos doentes, começando uma peregrinação no interior do hospital, em busca de diagnóstico e tratamento.

Esta situação perpetua-se sem que os trabalhadores tenham consciência de que são eles próprios os reprodutores deste modelo. Esses paradigmas de ciências e de organização do trabalho passam a ser considerados “normais” como únicos.

Segundo Fromm (1983, p. 29) “*não é a consciência dos homens que determina a sua existência, mas, pelo contrário sua existência social lhes determina a consciência*”. A forma como se apresentam e se relacionam os serviços no interior do hospital pode contribuir para a falta de consciência dos trabalhadores de enfermagem em relação ao seu trabalho.

**Consciência**, segundo Marx, apud Codo (1995, p. 256), “*é desde o início, um produto social*”. A formação da consciência é um processo complexo, porém é através da tomada de consciência da realidade que será possível uma mudança na postura dos trabalhadores de enfermagem. Em uma perspectiva otimista, que iniciem um novo caminho, adotando estratégias de luta para obter melhores condições de trabalho; que sejam mais humanizados tanto para si quanto para as pessoas que cuidam. Para Freire (1980, p. 29) “*o trabalho humanizante não poderá ser outro senão o trabalho desmistificado. Por isso mesmo a conscientização é o olhar mais crítico possível da realidade, que a ‘des-vela’ para conhecê-la e para conhecer os mitos que enganam e que ajudam a manter a realidade da estrutura dominante*”.

Para tanto, os profissionais de enfermagem tem à sua frente um grande desafio. É preciso romper, rebelar-se contra a estrutura vigente e contra as imposições feitas pelos administradores dos serviços de saúde. É preciso pensar, criticamente, os paradigmas hegemônicos de ciência e da organização do trabalho em saúde.

Mas, sobre tudo, a enfermagem necessita discutir as questões internas a sua profissão, como por exemplo, a divisão do trabalho, a aceitação, em alguns momentos, pacífica do número de trabalhadores por doentes, refletir, também, sobre e a acomodação dos enfermeiros e dos demais trabalhadores, na grande maioria dos hospitais, no que diz respeito a sua atualização profissional.

### ***A pressão para trabalhar mal no cotidiano da enfermagem***

“O trabalhar mal” aparece em situações que a enfermagem se submete às pressões sociais em relação a forma de realizar o seu trabalho. Por exemplo, nas situações em que as pressões impostas pela instituição, pelos colegas de trabalho ou pela divisão do trabalho dificultam ou impedem o seu agir livre, consciente e de forma correta. *“Ser constrangido a executar mal o seu trabalho, a atamancá-lo ou agir de má fé é uma fonte importante, e extremamente freqüente, de sofrimento no trabalho, seja na indústria, nos serviços ou na administração”* (Dejours, 1999, p.32).

As atividades que os trabalhadores de enfermagem desenvolvem no interior dos hospitais, neste aspecto, são carregadas de sofrimento. As cobranças, relacionadas em grande parte aos problemas com a assistência prestada aos doentes, são centralizadas na figura da enfermeira (que por sua vez cobra dos demais trabalhadores de enfermagem). A tarefa de coordenação da assistência de enfermagem é atribuída à enfermeira, e essa característica do seu trabalho tem resultado em uma cobrança institucional de responsabilidades da mesma com uma assistência de boa qualidade. No processo de cuidar essa característica envolve a observação, o levantamento de dados, o planejamento da assistência, a execução dos procedimentos e a manutenção de uma interação e uma comunicação adequada entre os trabalhadores de enfermagem, os doentes e seus familiares, bem como com os demais trabalhadores do hospital.

Das enfermeiras, são cobradas atividades que tem por finalidade a organização do trabalho e a organização das condições necessárias para a realização do cuidado. Isso tudo a ser realizado por um o número reduzido de enfermeiras, que coordenam um número deficitário de trabalhadores de enfermagem, como foi demonstrado pela comparação do real encontrado no hospital estudado com os parâmetros esperados.

O trabalho dos profissionais de enfermagem sofre todas as pressões para não ser bem realizado, apesar da grande maioria destes trabalhadores não medir esforços para que ele saia o mais perfeito possível. Como se pode observar nas falas destes trabalhadores de enfermagem

*“A falta de material, reduzido número de funcionários, falta de preparo das pessoas para trabalharem dentro da instituição. (...) as condições de trabalho não são éticas, falta muito material. Os colegas não chegam e falam as coisas para a pessoa responsável”, (Téc. de Enf. 2).*

*“(...) esse médico deu a notícia para uma paciente dele sobre o resultado do cateterismo assim: ‘a senhora tem três veias entupidas, e vai ter que fazer cirurgia’. A paciente antes de o médico chegar já estava com precordialgia, imagina como ela ficou. É uma paciente nova, que fez um cateterismo cardíaco, mas não de urgência. Havia sentido precordialgia e resolveu fazer uma avaliação geral. Eu tinha acabado de administrar um sustrate sublingual e feito um eletrocardiograma. Ai ele chega e fala assim com ela!*

*Eu chamei a atenção dele. Falei que tinha feito o ECG e dado o sustrate, e mesmo assim ela continuava com dor. Ele simplesmente disse: ‘leva para a unidade coronariana (UCO)’, mas, não tinha avaliado a paciente nem o resultado do exame, e foi saindo para ir embora. Tive que ser enérgica e pedir que ele fizesse o favor de avaliar a paciente, e também mandei ele ir atrás da vaga na UCO. A rotina é o médico solicitar ao médico da UCO e não a enfermeira. Se eu não fizesse isso ele ia embora após ter falado desta forma com a paciente e, eu acabaria resolvendo tudo sozinha. No dia seguinte esta paciente fez cirurgia de revascularização do miocárdio”, (Enfermeira 2).*

Percebe-se que as enfermeiras, juntamente com os técnicos e auxiliares de enfermagem, possuem um sentimento de descontentamento em relação a fatos como o descrito acima. Parece que a responsabilidade e a possibilidade da recuperação dos doentes “são jogadas em cima deles” por alguns membros da equipe de trabalho, caso ocorra algum fato desagradável e inesperado, ou intercorrências que fuja ao controle no tratamento dos doentes.

Estes trabalhadores são questionados por suas condutas, e muitos são aqueles que dizem que a enfermagem “não pode isso” ou “não pode aquilo”. Estas situações geram nestes profissionais um profundo sentimento de desvalorização e desestímulo.

Pelo observado e analisando, nas colocações dos trabalhadores de enfermagem, parece que quando tudo corre bem, os conflitos são resolvidos discretamente e os doentes estão recebendo uma assistência de enfermagem segura e tranqüila, a presença da

enfermeira nem é percebida e, passa a ser invisível na unidade. Tamanha é a tranquilidade que muitos não percebem que, por trás desta equipe, também tem a enfermeira.

Nas situações de conflito na equipe de enfermagem, ou na ocorrência de problemas com a assistência dos doentes, que na maioria das vezes não está relacionada à assistência direta da enfermagem, a figura da enfermeira é a primeira a ser solicitada para resolvê-los.

As enfermeiras também possuem um sentimento de realização quando conseguem resolver todos os conflitos que se estabelecem, porém, apresentam um certo esgotamento físico e mental na realização deste trabalho, como expressa esta enfermeira: *“quando ocorre um erro médico eles primeiro vão questionar o que aconteceu, o que a enfermagem fez ou deixou de fazer, as possibilidades da enfermagem ter errado”* (Enfermeira 2).

Já para outra enfermeira *“eles dizem que são responsáveis, competentes, eficientes. No entanto chegam a deixar o paciente 4 dias sem prescrição médica, se a enfermeira tenta lembrar que eles não prescreveram reclamam dizendo: ‘Já sei, não precisa avisar’. Ainda se dizem doutores”*, (Enfermeira 1).

*“No caso dos médicos cometerem algum deslize eles se unem e encobrem o fato. São bonzinhos, mas quando o negócio esquenta, eles pulam fora”*, (Aux. de Enf. 4).

### ***A falta de esperança e reconhecimento no trabalho da enfermagem***

Comumente os trabalhadores de enfermagem não medem esforços para cuidar dos doentes e vê-los recuperados. A maioria dá o melhor de si trabalhando com energia, amor e dedicação. Estes trabalhadores esperam o reconhecimento da instituição, dos colegas, dos doentes e seus familiares. Seria justo que tanto empenho e dedicação fossem reconhecidos. Quando isso não acontece, e estes trabalhadores deparam-se com a indiferença, aparece o sofrimento e, informalmente, eles reclamam da falta de valorização e reconhecimento do seu trabalho.

Para Dejours (1999, p. 34) *“o reconhecimento não é uma reivindicação secundária dos que trabalham. Muito pelo contrário, mostra-se decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho”*. Para o mesmo autor o reconhecimento depende, na verdade, do sentido do sofrimento.

*“Quando a qualidade do meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento não foi em vão: não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes do reconhecimento”.*

Uma enfermeira assim referiu-se em relação ao valor atribuído ao trabalho da enfermagem pelos médicos: *“quer queira ou não os auxiliares, técnicos de enfermagem e os enfermeiros estão 24 horas no hospital e eles não vêem isso como importante. Eles te acham um lixo”* (Enfermeira 3).

Esta fala demonstra o sentimento pela desvalorização do trabalho realizado pela enfermagem.

### ***Formas de sofrimento e defesa no trabalho de enfermagem***

Segundo Dejours (1999, p. 35) se o *“sofrimento não se faz acompanhar de uma ruptura do equilíbrio psíquico que se manifesta pela eclosão de uma doença mental é porque contra ele o sujeito emprega defesas que lhe permitem controlá-lo”*. Para o mesmo autor, os trabalhadores lançam mão de estratégias defensivas, que podem ser individuais ou coletivas, para suportar as pressões do mundo real do trabalho. Estas estratégias defensivas podem funcionar como escudos de defesa que protegem estes trabalhadores contra as situações que causam sofrimento.

No trabalho que a enfermagem presta nos hospitais observa-se situações de indiferença e impessoalidade na relação entre os profissionais e os doentes. Essa situação pode representar um dos mecanismos de defesa usados pelos profissionais de enfermagem para se protegerem de situações estressantes, da impotência e do sofrimento ao depararem-se com o sofrimento do outro.

O trabalho de enfermagem, em alguns momentos, está diretamente ligado à dor, à morte e ao desespero de familiares e amigos pela perda de alguém que é muito querido. Nestes momentos, é exigido muito dos profissionais de enfermagem por parte dos familiares. Esta situação pode causar, na equipe, a sensação de impotência ou de culpa por não poder assistir melhor aquele ser humano.

Para fugir destes sentimentos e sensações os profissionais tendem a adotar uma postura de indiferença, passando a executar este trabalho de forma mecânica e procurando não criar uma ligação mais afetiva com o doente e familiares numa tentativa de auto proteção, tendendo a ser considerado a posição destes trabalhadores como normal e rotineiro.

Dejours (1999, p. 35) interpreta esta normalidade como “*o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual ou coletiva) contra o sofrimento no trabalho*”. Portanto, a normalidade não significa ausência de sofrimento no trabalho. Para este autor ela seria “*o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões do trabalho*”.

Outro aspecto que se deve considerar é a ansiedade causada aos trabalhadores pela incerteza do trabalho com a globalização, como aponta Samavia, atual secretário geral da OIT (Organização Internacional do Trabalho). Para este autor a globalização. “*Na sua primeira fase produziu claramente um nível muito mais disseminado de ansiedade. já na segunda fase a economia global não é, atualmente, capaz de prover emprego decente para um número suficiente de pessoas*”. E acrescenta que “*emprego decente é um trabalho que forneça a capacidade de educar as crianças, ter uma vida familiar estável, um razoável nível de segurança e atendimento à saúde e (...) uma aposentadoria*” (Samavia, 2000, p.6).

A angústia pelo medo de perder o emprego aparece, na equipe de enfermagem, como preocupação. Apesar de necessidade de profissionais no mercado, não se observa um aumento no número de vagas nas instituições assistenciais, de modo que os trabalhadores reclamam da sobrecarga de trabalho a que estão submetidos. A situação é ruim mas, de certo modo, está estável pois não se observam demissões nos serviços de enfermagem.

Nos profissionais de enfermagem observa-se o sofrimento dos que têm o emprego, mas são vítimas das injustiças sociais, pois estão submetidos a cargas de trabalho que influenciam negativamente a sua qualidade de vida. Cargas de trabalho definidas como “*exigências ou demandas psicobiológicas do processo de trabalho, gerando ao longo do tempo as particularidades do desgaste do trabalhador*”, (Facchini apud Ramos et.al, 1999, p. 17).

Araújo (1994), ao utilizar o conceito de “carga de trabalho” destaca alguns aspectos como as “cargas fisiológicas”, entre elas os deslocamentos (as distâncias percorridas e o número de mudanças de lugar), os movimentos exigidos para o desenvolvimento das tarefas, as horas extras, os turnos noturnos e rotativos, o ritmo de trabalho e, também, o trabalho pesado. Os efeitos destas cargas fisiológicas seriam as fadigas, as lombalgias. A mesma autora destaca, também, as “cargas psíquicas”, pontuando aquelas constituídas pelos elementos do processo de trabalho causador de estresse, entre eles a organização e divisão do trabalho, como os horários, a perda do controle sobre o processo de trabalho resultante da separação entre concepção e execução, e a falta de oportunidades para os trabalhadores usarem seu potencial criativo.

Acredita-se que também se pode considerar como fatores que contribuem para as cargas psíquicas algumas características do trabalho da enfermagem como a complexidade, a imprevisibilidade, as interrupções, a continuidade do serviço, a multiplicidade de atos, a confrontação com o sofrimento e a morte, o trabalho noturno, trabalho nos finais de semana e feriados.

Enquanto os trabalhadores de enfermagem que estão desempregados sofrem pela falta, os que têm emprego sofrem em decorrência do seu trabalho, especialmente pelo seu tipo de organização.

Diante deste quadro seria possível encontrar-se prazer no trabalho desenvolvido pela enfermagem?

## **6.2 O Prazer de Trabalhar**

Prazer é considerado como “*uma das dimensões básicas da vida afetiva,... opõe-se à dor e ao sofrimento, caracterizando-se pela consciência e satisfação de uma tendência ou desejo*”, (Japiassu & Marcondes, 1991, p.200).

O processo de trabalho da enfermagem, apesar do sofrimento que contém, pode vir a se tornar fonte de prazer/satisfação aos trabalhadores. Este trabalho complexo e específico, se repleto de flexibilidade, poderia permitir que os trabalhadores de enfermagem imprimissem aí a sua marca, a sua criatividade. Possivelmente assim, o trabalho que a

enfermagem realiza seria mais humano e mais auto valorizado apesar de manter outras formas de sofrimento. O trabalho seria fonte de alegria, prazer, desenvolvimento e criatividade. Concordo com Lunardi Filho (1998, p. 80) quando diz:

*“A transformação do sofrimento em criatividade exige uma organização do trabalho flexível, que permita o pleno emprego das aptidões psicomotoras, psicossensoriais e psíquicas, de modo a deixar maior liberdade ao trabalhador para rearranjar seu modo operatório e utilizar-se de gestos capazes de lhe proporcionar prazer, transformando um trabalho fatigante em um trabalho equilibrante. Portanto, o problema que se coloca para a administração seria, antes de tudo, propiciar condições aos trabalhadores para eles mesmos gerirem seu sofrimento, em proveito próprio e da produtividade”.*

Apesar dos trabalhadores de enfermagem que participaram deste estudo em nenhum momento referirem-se ao local de trabalho como gerador de prazer, eles deixam claro que a recuperação dos doentes, a satisfação dos doentes e seus familiares, e a possibilidade de aprender, de conhecer o que fazem é motivo de ter prazer no seu trabalho. Como expressaram esses trabalhadores

*“A minha maior satisfação é quando eu vou para uma parada e eu vejo aquele paciente que praticamente está morto e a gente recupera. Isso para mim já valeu o salário do mês”.* (Aux. de Enf. 3).

*“A minha satisfação maior é promover a assistência de enfermagem nos grupos. Nos quais eu vejo que a família e o paciente saem muito satisfeitos porque diminuí os déficits de auto cuidado, diminuindo a ansiedade, tira-se as dúvidas. Minha satisfação pessoal é a especialização que estou fazendo, é o meu estudo”.* (Enfermeira 3).

*“Quando o paciente te elogia, elogia toda a equipe. Dizem que gostaram do atendimento. Quando comparam o nosso atendimento com os outros hospitais e dizem que o nosso atendimento é o melhor”.* (Aux. de Enf. 1).

*“Quando o paciente vai embora, é a minha melhor hora. Às vezes a gente está andando na rua e o doente te reconhece e eles estão satisfeitos porque foram bem atendidos e estão bons”.* (Téc. de Enf. 2).

*“Com certeza ver o paciente saindo daqui bem. Encontrar o paciente na rua e ele dizer você cuidou de mim lá e ele estar bem. Acho que é a melhor coisa que a gente pode encontrar dentro do trabalho. Ver que o trabalho está trazendo resultado, benefício para estas pessoas”.* (Téc. de Enf. 3).

Os trabalhadores de enfermagem encontram motivos para ter prazer no que fazem. Observa-se ainda, na maioria destes trabalhadores, uma certa devoção que “tudo deve ser feito em benefício do doente”. Percebe-se que apesar das condições adversas de trabalho existe uma

identidade com a profissão, além de uma simples relação de emprego para sobrevivência. O domínio de um conhecimento especial, apesar dos conflitos, une e dá identidade ao grupo.

A equipe de enfermagem realiza suas atividades com qualidade e extrema dedicação, sendo merecedora de elogios, reconhecimento e remuneração mais justa. No entanto, para a rotina diária do hospital esses trabalhadores estão simplesmente cumprindo suas obrigações; e quando algum detalhe fica esquecido, parece que toda a equipe de enfermagem é incompetente, causando muito sofrimento à mesma.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo central desta pesquisa foi refletir, a partir das vivências e expressões dos trabalhadores de enfermagem, de uma unidade cirúrgica de um hospital da rede pública de Santa Catarina, sobre as diversas dimensões do seu processo de trabalho, identificando os motivos que lhes causam sofrimento e prazer no desenvolvimento do seu trabalho. Cabe esclarecer que não se pretendeu esgotar tema tão complexo, como o processo de trabalho. Certamente várias questões ficaram em aberto, outras não chegaram a ser enfocadas. No entanto, um trajeto foi percorrido, deixando aqui suas marcas.

Vale lembrar que este tema já foi amplamente debatido e vários autores escreveram sobre ele. Entretanto, considera-se de suma importância as discussões entre os trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência direta dos pacientes, que não têm por hábito teorizar sobre o que estão fazendo, mas simplesmente fazem, submetendo-se às determinações estruturais e administrativas das instituições.

Apesar das discussões sobre o processo de trabalho, os trabalhadores de enfermagem do hospital não apresentam domínio e conhecimentos suficientes sobre o seu processo de trabalho. Por exemplo, consideram como instrumentos de trabalho as suas características e habilidades pessoais que são atributos da força de trabalho, não reconhecem o saber próprio da enfermagem como instrumento de trabalho. Outro exemplo é a dificuldade de definir qual é o objeto e o produto do seu trabalho.

Nota-se que os trabalhadores de enfermagem do hospital estudado não tem clareza sobre os elementos que compõem o processo de trabalho, havendo necessidade de promovermos discussões, debates.

Acredita-se que este tema não se esgota aqui, mas pode abrir espaços para discussões dos profissionais da enfermagem sobre o seu trabalho, na busca de um sentido para o mesmo. Atualmente esses profissionais executam seu trabalho de forma fragmentada, ritualizada e submetem-se às imposições dos dirigentes institucionais para garantir um emprego que proporcione condições para a sua sobrevivência e de seus familiares.

Como apontou Kuller (1996, p.222)

*“o trabalho alheio àquele que o executa é visto como meio para fins exteriores a si mesmo: a sobrevivência, a criação dos filhos, a acumulação de uma reserva para a velhice, a obtenção de salários elevados, o exercício do poder, o exercer de um ritual imerso em um tempo despersonalizado, um depender de tempo e de vida ausente de alma e paixão”.*

Apesar dessa relação um pouco esvaziada de sentido e com pouca paixão dos trabalhadores em relação ao trabalho por eles desenvolvidos, percebe-se que quase todo o sofrimento sentido em relação às atividades profissionais está relacionado às condições, à sua organização e à desvalorização do trabalho que a enfermagem realiza e à falta de perspectivas de crescimento profissional dentro da instituição.

No entanto, esses profissionais querem trabalhar em busca de uma maior valorização, para si como trabalhadores e para a enfermagem, sua profissão. Buscam um sentido, um valor que não se *“esgota em si, mas que articula o homem que trabalha com o outro e que vai ao encontro de uma necessidade coletiva”* (Kuller, 1996, p.222). A consciência da necessidade de valorização pode aparecer, em alguns profissionais, como *“amortecida”*, alienada. Porém, pode-se constatar que nem todos os trabalhadores são alienados, e quando o são é em função do contexto a que estão submetidos.

Como apontou Marx, apud Fromm (1983, p. 53), o trabalhador torna-se alienado quando *“(...) ele não se realiza em seu trabalho, mas nega-se a si mesmo, tem uma impressão de sofrimento em vez de bem estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas, mas fica fisicamente exaurido e mentalmente aviltado”.*

O trabalho desenvolvido pela enfermagem, na unidade estudada, favorece a alienação, pois os trabalhadores de enfermagem devem cumprir suas tarefas com a maior qualidade possível, com um número reduzido de profissionais. Sendo assim, as possibilidades desses profissionais participarem de grupos de discussões e de estudos tornam-se muito difíceis,

pois quem vai ficar para prestar assistência de enfermagem aos pacientes? E, no final do seu turno de trabalho eles se sentem, como apontou a auxiliar de enfermagem 5 *“fisicamente me sinto muito cansada, chego em casa e minha vontade é só tomar banho, deitar e relaxar um pouco. Me sinto muito cansada, já emocionalmente me sinto bem, o que incomoda é o cansaço físico”*. Esta auxiliar trabalha só no hospital estudado e após o seu turno de trabalho não encontra forças para outras atividades. Outros trabalhadores de enfermagem que trabalham em outros hospitais compartilham, também, desse cansaço físico e acrescentam o emocional. Obviamente estas condições dificultam a participação em discussões sobre a profissão de enfermagem e facilitam a condição de alienação.

Mesmo assim, os trabalhadores de enfermagem apresentam críticas e sugestões sobre a forma como o trabalho está organizado e sobre as condições a que estão submetidos para desenvolverem o seu trabalho. Esses trabalhadores de enfermagem, na sua grande maioria, mostram-se competentes na execução de suas atividades, porém, ao mesmo tempo, apresentam dificuldades para articularem-se politicamente, para participarem de movimentos que reivindicam melhores condições de trabalho e salários. Ficam longe das lutas e transformações que estão ocorrendo no mundo do trabalho e que possam vir a afetar o seu serviço.

A enfermagem precisa participar das modificações que estão ocorrendo no mundo do trabalho e que repercutem na sua prática profissional, mas para isso são necessárias articulações reflexivas mais amplas que contemplem a própria reorganização do trabalho em nível global. Acredita-se que os trabalhadores de enfermagem vivem um contínuo conflito. Não tem condições de trabalho dignas, não recebem remuneração salarial adequada à sua função e responsabilidade e tem pouco reconhecimento social pelos demais trabalhadores da equipe de saúde.

A enfermagem tem o enfermeiro como elemento fundamental na equipe, pois é ele quem avalia o estado clínico do paciente e juntamente com os técnicos e auxiliares de enfermagem procura prevenir complicações. O enfermeiro toma decisões simples e complexas para a manutenção de um cuidado livre de riscos ao doente e seus familiares e acompanha, com os técnicos e auxiliares de enfermagem, contando com os olhares atentos dos familiares e amigos, a recuperação do doente.

A enfermagem atua também nas mais variadas instituições de saúde realizando cuidados preventivos, curativos, sendo que os enfermeiros exercem atividades chamadas de alta complexidade na área curativa e responsabilizam-se pelas ações administrativas, de ensino e pesquisa.

No serviço de enfermagem da unidade estudada, os trabalhadores de enfermagem identificam vários problemas, porém não possuem uma capacidade de mobilização coletiva para o enfrentamento destes problemas. Acredita-se que essa falta de capacidade de mobilização é determinada por vários fatores como: as condições de trabalho inadequadas, os baixos salários que levam ao duplo emprego, o número reduzido de trabalhadores em relação ao número de doentes a serem assistidos, o pouco reconhecimento social da enfermagem, bem como os aspectos históricos que envolvem a enfermagem.

A enfermagem é entendida pelo senso comum como subordinada ao médico, executora de tarefas, obediente, bondosa e silenciosa, que deve fazer tudo pelo doente. Então, os profissionais de enfermagem deveriam ser bondosos e prestar um cuidado de enfermagem com qualidade e, também, devem realizar ações junto à comunidade para mostrar a profissão de enfermagem como uma disciplina cientificamente construída, em que seu objetivo maior é cuidar dos seres humanos que estão doentes, sadios e/ou expostos a riscos, necessitando de ações de enfermagem curativas ou preventivas, visando a satisfação do doente e seus familiares. E que esse trabalho realizado pela enfermagem é acompanhado por uma série de singularidades em que os trabalhadores devem imprimir um grande potencial criativo, pois precisam trabalhar com a singularidade de cada pessoa e de cada família, colocando, também nesse trabalho, a sua subjetividade.

Ao mesmo tempo em que os trabalhadores cuidam dos doentes dentro de suas possibilidades, eles estão sofrendo a desvalorização do seu trabalho e o desgaste nas relações de trabalho; a piora das condições de trabalho, principalmente pelos baixos salários e pela sobrecarga de trabalho; além de graves problemas de organização do trabalho, de divisão das atividades cotidianas e dificuldades de coordenação da assistência pelos enfermeiros.

Apesar desse cenário pouco animador, esses trabalhadores apresentam sugestões para amenizar a situação vigente. Uma das sugestões do grupo refere-se à sua educação. O

grupo quer a criação de um espaço dentro da instituição para que eles possam discutir as questões de trabalho e formação, dentro do horário de trabalho. Esses trabalhadores questionam a falta de oportunidade que a enfermagem tem para desenvolver estudos científicos, enquanto alguns profissionais dispõem de tempo para leituras e discussões de casos no seu turno de trabalho, como apontado por uma enfermeira:

*“A enfermagem dá suporte para os demais trabalhadores estudarem, inclusive os médicos. É a enfermagem que fica ao lado do paciente na 24 horas, cuidando. Os outros vêm, dão uma olhada, fazem alguma coisa e vão embora, a enfermagem fica. Quantas coisas científicas a enfermagem não sabe, pois só fica executando tarefas. É necessário criar este espaço”.* (Enfermeira I).

Entende-se que estes profissionais devem, também, estar atentos para o intenso processo de mudanças. Uma dessas mudanças, que têm afetado o trabalho em saúde, é o processo de terceirização do trabalho, onde a enfermagem poderá ser terceirizada nas próximas décadas.

Machado (1996) diz que

*“a saúde acompanha esse movimento e adota essa nova modalidade de compra da força de trabalho, especialmente nas áreas secundárias da prestação a assistência à saúde – cozinha e limpeza, segurança e parte da burocracia gerencial. Aos poucos, os hospitais assumem mais a feição de um estabelecimento de agência de serviços de saúde, transformando-se os produtores de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, entre outros) em prestadores autônomos, sem vínculo da instituição”.*

Os riscos a que os serviços de enfermagem estão expostos são muitos, mas, ao final, é a equipe de enfermagem quem permanece 24 horas na instituição, ao lado do doente, em todas as épocas e crises. E é a esta equipe que doente chama, é a enfermagem que chega primeiro ao seu lado, muitas vezes apenas para que ele ter certeza de que existe outro ser humano ali disponível a ouvi-lo, tocá-lo e quem sabe, segurar a sua mão. Muitas vezes não se tem disposição, preparo, treinamento ou número suficiente para dispensar este tempo de acalento que o doente precisa.

Por isso, precisa-se aprender a fazer escolhas conscientes, reivindicar melhores condições de trabalho e, acima de tudo, pensar o ambiente de trabalho de forma crítica, reflexiva, sem deixar-se levar por modismos e interesses dos grupos dominantes.

A fronteira entre o trabalho e o estudo tenderá a desaparecer e o trabalhador sentirá necessidade de adquirir conhecimentos de forma permanente, deverá habituar-se a analisar criticamente o meio ao qual está inserido e a avalanche de informações que chegam até ele. Deverá ser alguém disposto a inovar e romper com os parâmetros impostos.

Uma certeza pode-se ter, apesar da incorporação de tecnologia nos serviços de saúde ser cada vez maior e de fundamental importância para a melhoria da saúde dos seres humanos, ela não substitui a força de trabalho da enfermagem.

Assim, as instituições hospitalares não podem esquivar-se da diversidade de aspectos que envolvem a questão dos recursos humanos da enfermagem que, além da sua representatividade numérica, tem composição heterogênea e condições históricas marcadas por contradições. Também deveriam criar mecanismos em que fosse possível aos trabalhadores de enfermagem viverem uma vida profissional cheia de sentido, e que esses trabalhadores sintam que estão prestando um cuidado para outros seres humanos.

Com certeza, se houvesse uma mudança de atitude dos dirigentes institucionais em relação aos trabalhadores de enfermagem, principalmente em termos salariais e da organização do trabalho, esses trabalhadores tornar-se-iam mais participativos, haveria uma mudança de atitude do trabalhador de enfermagem em relação ao seu trabalho. Esses profissionais também mudariam a sua atitude em relação à educação. O saber poderia tornar-se o mais importante instrumento de trabalho para a enfermagem, pois se acredita que haveria uma maior aspiração ao conhecimento.

No transcorrer deste estudo surgiram várias questões que permeiam a ética, mas o objetivo principal não foi refletir sobre estas questões. No entanto, destaco as ambigüidades a que a enfermagem esta sujeita. De um lado a vitimização do trabalhador justificando uma tolerância nefasta, de outro o valor da solidariedade e direito a um cuidado de qualidade que os sujeitos que recebem assistência de enfermagem têm. De um lado a culpabilização do trabalhador pela instituição e pelos doentes e seus familiares, de outro a falta de conhecimento, participação e envolvimento da enfermagem em relação ao seu processo de trabalho. Assim temos as faces da humanização dos serviços de saúde, e uma certeza que há muito que discutirmos visando a melhoria dos serviços de enfermagem.

A reflexão com os trabalhadores de enfermagem que atuam na assistência torna-se importante, pois carecemos de reflexões e discussões que sejam produtivas para o crescimento da enfermagem.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, Eduardo. **As inovações tecnológicas e a luta operária**. São Paulo: Artes Gráficas, 1990.
- ALCALÁ, M. U. et al. **Cálculo de pessoal: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico - hospitalar de urgência**. São Paulo: Secretaria de Higiene e Saúde, 1982.
- ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de ROCHA, Juan Stuardo Yazile. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, M. C. P. de. et al. **A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho**: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. 51 Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10 congresso Panamericano de Enfermeria, Florianópolis: Mimeo, 02 - 07 de outubro de 1999.
- ARAÚJO, M.J.S. Trabalho invisível – corpo marcado uma equação a ser resolvida. Bahia: ABEn, **Boletim Informativo**, ano 36 n. 2 maio/out 1994.
- BORDENAVE, Juan E. Dias; PERREIRA, Adair Martins. **Estratégias de ensino aprendizagem**. 5 Ed. Petrópolis : Vozes, 1983.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Capacitação pedagógica para instrutor / supervisor – área da saúde**. Reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.
- BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- CADERNO DA PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFSC – Florianópolis: UFSC, 1999.
- CAMPEDELLI, M. C., et al. Cálculo de pessoal de enfermagem: **REBEn**, Brasília, n. 41, 3/ 4, p. 199 – 204, 1988.

- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. 3 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.
- CAPELLA, Beatriz Beduschi. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis, 1996, Tese (Doutorado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- CARRARO, Telma Elisa. **Enfermagem e assistência: resgatando Florence Nightingale**. Goiânia: AB, 1997.
- CARVALHO, Heloisa. **Reorganização do serviço de enfermagem em unidade hospitalar. Enfermagem Revista. Minas Gerais**, v.1, n, 2, p.5-13, out. 1993.
- CARVALHO, E; RODRIGUES L. H. **A criatividade nos serviços de enfermagem**. Florianópolis: 51º Congresso Brasileiro de Enfermagem e 10 Congresso Panamericano de Enfermeria. Santa Catarina 02 – 07 de outubro de 1999 Mimeo.
- CHANLAT, Jean-François et al. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1. vol. 3. ed., 1996.
- CHINN, P. L.; KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach**. New York: Mosby, Inc., 1995.
- CIAMPONE, M.H.T; SHIMIZU, H.E. Sofrimento e prazer no trabalho vivenciado pelas enfermeiras que trabalham em unidades de terapia intensiva em um hospital escola. **Rev. Esc. Enf. USP**, São Paulo, v. 33, n.1, p. 95 – 106, março 1999.
- CODO, Wanderley E. S. **O que é alienação**. São Paulo: Nova Cultural. 1986. (Coleção Primeiros Passos).
- \_\_\_\_\_. (org.). **Sofrimento psíquico nas organizações**. Saúde mental e trabalho. Petrópolis: vozes, 1995.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução: parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde**. Rio de Janeiro: COFEN, 1996.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - SEÇÃO SANTA CATARINA. **COREN-SC em busca da conscientização**. Florianópolis: COREN-SC, 1997.
- DEJOURS, C. **A Loucura do trabalho: estudo de psicopatologia de trabalho**. São Paulo: Cortez. 1992.
- \_\_\_\_\_. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, Jean-François (coord). **O Indivíduo – Dimensões Esquecidas**. e organização da edição brasileira Ofélia de Lanna Sette Tôrres. Volume I, São Paulo: Atlas, 1993.

- \_\_\_\_. **A banalização da injustiça Social**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1999.
- DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E. **Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho**. In: **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DEJOURS, C; JAYET, C. **Psicopatologia do trabalho e Organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso**. In: **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.
- DUTRA, V. de O. **Administração de recursos no hospital**. In: GONÇALVES E. L. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983. Cap. 2, p. 67 – 114.
- ENGLISH, Ian. **A enfermagem como profissão baseada na investigação (22 anos após o relatório Briggs)**. **Revista Nursing**, n. 88, edição Portuguesa. Maio 1995.
- FAGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. **Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem**. **Rev. Nursing**, Brasília, n.11, p.27- 34, 1999.
- \_\_\_\_. **Horas de assistência de enfermagem: análise comparativa de parâmetros**. **Rev. Nursing**, Brasília, n. 23, p 30 – 34, 2000.
- FARIA, E. M. **O diálogo entre as intersubjetividades**. In. LEOPARDI, M. T. (org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa livros, 1999.
- FERNANDES, Eda Conte. **Qualidade de vida no trabalho**. In: Programa Fundatec da Qualidade Total, 1993.
- FERREIRA, AURÉLIO B. H. **Novo dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed., Rio de Janeiro: Graa, 1984.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização, teoria e prática da libertação: uma introdução ao pensamento de Paulo Freire**. São Paulo: Moraes, 1980.
- \_\_\_\_. **Ação cultural para a liberdade e outros escritos**. São Paulo: Paz e Terra, 1984.
- \_\_\_\_. **Pedagogia do oprimido**. 20 Ed. São Paulo: Paz e Terra, 1987.
- \_\_\_\_. **Política e educação**. São Paulo: Cortez, 1993.
- \_\_\_\_. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1997.
- \_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

- FROMM, Erich. **Conceito marxista de homem**. 8 ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1983.
- GELAIN, I. **Deontologia e enfermagem**. 3 ed. Revista e atualizada. São Paulo: E.P.U. 1998.
- GEORGE, Júlia B. **Teorias de enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas. Trad. Regina Machado Garces, 1993.
- GERMANO Raimunda M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1985.
- GIL, A C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.
- GOMEZ, Calos Minayo; FRIGOTTO, Gaudêncio; ARRUDA, Marcos & et al. **Trabalho e conhecimento: dilemas na educação do trabalhador**. São Paulo: Cortez Autores associados, 1989.
- HOLANDA, Francisco B.; MORAES, Vinicius. **Construção**. Rio de Janeiro: Poligram do Brasil. 1975.
- JAPIASSU. Hilton; MARCONDES. Danilo. **Dicionário básico de filosofia**. 2 ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1991.
- KANTORSKI. L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde algumas reflexões preliminares. **Revista Latina Americana Enf.** Ribeirão Preto - v. 5- n-2. Abril 1997.
- \_\_\_\_\_. **O ensino de enfermagem psiquiátrica e saúde mental e a reforma psiquiátrica no rio Grande do Sul**. Ribeirão Preto: USP, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- KRON, Thora E. Gray. **Administração dos cuidados de enfermagem ao paciente: colocando em ação as habilidades de liderança**. 6 ed. Rio de Janeiro : Interlivros. Trad. Erly Bom Cosendey e Fernando Diniz Mundim. 1994.
- KULLER, José Antônio. **Ritos de Passagem: gerenciando pessoas para qualidade**. São Paulo: SENAC. 1996.
- KURCGANT, Paulina (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1989.
- LEOPARDI, Maria Tereza; et al. **O desenvolvimento técnico – científico uma aproximação com instrumentos de trabalho**. Florianópolis: Anais do 41 Congresso Brasileiro de enfermagem, 1989. Florianópolis. ABEn – SC.
- \_\_\_\_\_. (org). **Saber fazer saber criar. Núcleo de pesquisa**. Florianópolis: Papa Livros. 1995.
- \_\_\_\_\_. **O Processo de Trabalho em Saúde: Organização e Subjetividade**. Florianópolis: Papa Livros, 1999.

- LUNARDI FILHO, W. D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. Porto Alegre: UFRGS, 1995. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestrado em Enfermagem.
- LUNARDI FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Porto Alegre: UFSC, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
- MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológico. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- \_\_\_\_\_. As profissões e o SUS – Arenas conflitivas. **Rev. Divulgação**, n. 14. Agosto. 1996.
- MARX, Karl. **O capital**. 8 ed., São Paulo : Oifel, 1982 A, Livro 1, V. 1.
- MATTOSO, Jorge Eduardo L. **A desordem do trabalho**. São Paulo : Página Aberta/Escreta, 1995.
- MELO, Cristina Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1986.
- MILLS, Wright. **A nova classe média**. 3 ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 5 ed., São Paulo e Rio de Janeiro : Hucitec – Abrasco, 1998.
- MINAYO, M.C et al. **Pesquisa social. Teoria método e criatividade**. Rio de Janeiro : Vozes, 1998.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios e Diretrizes para a NOB/RH/SUS – Versão preliminar**. Conselho Nacional de Saúde. Brasília : Ministério da Saúde, 2000.
- MONETA, Lina; CHAVES, Lucimara Duarte. **Sistema de assistência de enfermagem integral na unidade de internação - porque não?** São Paulo : Âmbito Hospitalar. v n.51, p.44-54, jun.1993.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. **A força do trabalho em saúde**. Rio de Janeiro: RAP (3): 61-70 jul. /set. 1983, FGV, RJ.
- OFFE, Claus. A Democracia Partidária Competitiva e o *welfare state keynesiano*: fatores de estabilidade e desorganização. *Revista de Ciências Sociais*. Rio de Janeiro v. 26, n. 1, p. 29-51, Rio de Janeiro, 1993.
- OLIVEIRA, M. I. R. de. A formação do conhecimento e a enfermagem brasileira. In: **SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM**. 1, 1985. **Anais...** Florianópolis: Editora da UFSC, 1985. p.07-26.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. **O processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas**. Campinas, 1996. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas.

\_\_\_\_\_. **Organização da enfermagem na sociedade contemporânea**. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 49, Belo Horizonte, 1997. **Anais...** Belo Horizonte. M.G.: ABEn, 1997.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

PITTA, A. **Hospital Dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1994.

RAMOS, F. R. S. **Para além do cotidiano: reflexões acerca do processo de trabalho de educação em saúde**. Florianópolis. 1992. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

\_\_\_\_\_. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Florianópolis: UFSC, 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

RAMOS, F. R. S. et al. **Processo de trabalho de enfermagem no HUIJM: caracterização da força de trabalho**. 1999. Mimeo.

REZENDE, Ana Lúcia Magela de. **Saúde dialética do pensar e do fazer**. São Paulo: Cortez, 1989.

SAMAVÍA, Juan. . Globalização produz ansiedade. Folha de São Paulo, 16 fev. de 2000.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. **Cálculo de enfermagem para unidades hospitalares**. Outubro, 1999. Mimeo.

SÉRIE AUXILIAR DE ENFERMAGEM, V. 5, **Fazendo a diferença: profissionalização em auxiliar de enfermagem no estado de Santa Catarina**. Florianópolis: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.

SÉRIE CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PROJETOS ASSISTENCIAIS EM ENFERMAGEM. MOMENTO 2. **Processo de trabalho em enfermagem**. Florianópolis: Repensul, Espensul, 1998.

SILVA, Graciete Borges da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2 ed. São Paulo : Cortez. 1989.

SIQUEIRA, M. M., VENTOLA, A. e WATANABE, F.S. **Sufrimento físico e mental de auxiliares de Enfermagem: Uma abordagem sob o enfoque gerencial.** Curitiba: Anais do XVIII ENANPAD. V. 10 – Recursos Humanos, set. 1994. P. 247- 257

SAMAVIA, Juan. **Globalização produz ansiedade.** Folha de São Paulo, 16 fev. de 2000

TAFFE, Rejane Eloisa. **Prazer e sofrimento em um trabalho de mulheres: estudo de caso sobre a organização do trabalho da enfermeira em um hospital público.** Porto Alegre, 1997, Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós Graduação em Administração da Faculdade de Ciências.

TRIVIÑOS, A N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.

WEDHAUSEN, Águeda; ASSUNÇÃO, Ari. **A consciência como condição de transformação.** mimeo. 1998.

WWW.ZAZ.Com.br/paulohenriqueamorim/. Em 04/11/99, às 21h.

## **ANEXOS**

## Anexo I

### Roteiro preestabelecido para entrevista com trabalhadores de enfermagem sobre seu processo de trabalho

1. Na sua opinião, qual é a finalidade do trabalho realizado neste hospital?
2. Qual a finalidade do trabalho que você realiza?
3. Qual é o objeto do seu trabalho?
4. Quais são os instrumentos de trabalho que você utiliza?
5. Qual o produto do seu trabalho?
6. Descreva um dia do seu trabalho.
  - 6.1 - O que você faz quando chega no plantão?
  - 6.2 - Alguém determina as atividades que você deverá realizar neste período?
  - 6.3 - Quem?
  - 6.4- O que o Auxiliar de Enfermagem faz?
  - 6.5 - O que o Técnico de Enfermagem faz?
  - 6.6 - O que o Enfermeiro faz?
7. O que você pensa das condições de trabalho oferecidas pelo hospital?
  - 7.1 - Quanto tempo faz que você trabalha neste hospital?
  - 7.2 - Você dispõe de todos os materiais necessários para usar no desenvolvimento do seu trabalho?
  - 7.3 - Você está satisfeita/o com o salário que recebe por trabalhar neste hospital?
  - 7.4 - Quantas horas semanais você trabalha neste hospital?
  - 7.5 - Você tem outro emprego?
  - 7.6 - O que levou a buscar um segundo emprego?
  - 7.7 - Existe algum motivo que faria sair do seu segundo emprego?
  - 7.8 - No final do seu turno de trabalho como você se sente fisicamente e emocionalmente?
8. O que você pensa da forma como o trabalho é organizado no seu local de trabalho e especificamente nesta unidade?
  - 8.1- Quem decide sobre o seu horário de trabalho?
  - 8.2- Como você define o relacionamento entre as pessoas que trabalham no hospital?
9. O que traz prazer no seu trabalho?
10. O que causa sofrimento no seu trabalho?

## Anexo II

### Termo de consentimento livre esclarecido

Este instrumento tem a intenção de obter o seu consentimento por escrito para participar da minha pesquisa para elaboração de dissertação para obtenção do título de "Mestre em Assistência de Enfermagem, pela Universidade Federal de Santa Catarina. O trabalho proposto busca identificar, junto aos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de internação deste hospital, suas percepções individuais e coletivas sobre o seu processo de trabalho. Os relatos obtidos serão confidenciais e, portanto, não utilizaremos os nomes dos participantes em nenhum momento, garantindo o sigilo das informações.

Sua participação no estudo ajudará na compreensão do trabalho de enfermagem.

Saliento que após a coleta de dados, seu relato será entregue para sua apreciação e seu parecer final, estando você livre para argumentar, interferir ou recusar as informações, como também desistir de participar do estudo a qualquer momento. Se durante algum momento as perguntas forem constrangedoras, você poderá recusar-se a respondê-las.

Será entregue a você uma cópia deste termo, e outra ficará arquivada com a pesquisadora. Fornecerei, abaixo, o meu nome com respectivo contato telefônico, e você poderá entrar em contato quando desejar.

Certa de sua colaboração agradeço à sua disponibilidade em participar do estudo, possibilitando a aquisição/formação de novos conhecimentos que poderão gerar mudanças favoráveis, no processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem.

Pesquisadora:  
Maritê Inez Argenta  
Fone: 259-2129 / 9960-3798

Eu \_\_\_\_\_, abaixo assinado, consinto em participar deste estudo, desde que respeitadas as proposições contidas neste termo.

Florianópolis, junho de 1999.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Secretaria de Estado de Saúde de Santa Catarina  
Instituto de Cardiologia do Estado de Santa Catarina  
Comitê de Ética em Pesquisa

São José, 11 de Fevereiro de 2000

Ilmo. Sra.  
Maritê Inez Argenta  
Mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina

Prezada Senhora,

Esse Comitê esteve reunido nesse dia apreciando o projeto de pesquisa “  
Compreender o Processo de Trabalho da Enfermagem; uma necessidade para  
a profissão.” Concluimos pela aprovação do mesmo.

Atenciosamente,



Dr. Amândio Rampinelli  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Cardiologia de Santa Catarina

*Dr. Amândio Rampinelli*  
Pres. do Comitê de Ética em Pesquisa  
Instituto de Cardiologia / SC  
Secretaria de Estado da Saúde / SC  
Aprovado em 18/02/97 (CONEP)

## **Anexo IV**

Prezado Colega

Este instrumento destina-se, a colher informações junto aos trabalhadores de enfermagem de forma sigilosa e sem pretensões avaliativas. As informações visam identificar junto aos trabalhadores de enfermagem quais seriam os novos entrevistados, com vistas a fornecer dados para o meu projeto de pesquisa.

1. Quando você quer saber alguma questão relacionada ao trabalho desenvolvido pela enfermagem nesta unidade, ou se você quisesse refletir sobre a organização do trabalho da enfermagem quem você procuraria para ajudá-lo nesta unidade? Considere algumas características dessas pessoas:
  - conhecimentos sobre o trabalho de enfermagem
  - capacidade crítica
  - trabalhar a algum tempo na unidade
2. Cite o nome de um enfermeiro (a):
3. Cite o nome de um técnico ou auxiliar de enfermagem: