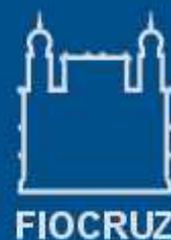




Fundação Oswaldo Cruz  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães  
Doutorado em Saúde Pública



**BETISE MERY ALENCAR SOUSA MACAU FURTADO**

---

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA:  
REPRESENTAÇÃO SOCIAL, COMPROMETIMENTO,  
SATISFAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO.  
O CASO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

---

RECIFE

2009

**BETISE MERY ALENCAR SOUSA MACAU FURTADO**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA:  
REPRESENTAÇÃO SOCIAL, COMPROMETIMENTO, SATISFAÇÃO E  
CONDIÇÕES DE TRABALHO. O CASO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutora em Ciências.

**Orientador:**

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior

RECIFE

2009

**Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães**

---

F992t Furtado, Betise Mery Alencar Sousa Macau.

O trabalho do enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração. – Recife: B. M. A. S. M. Furtado, 2009.  
185 f.: il., tabs.

Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

Orientador: José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior.

1. Enfermagem em emergência – recursos humanos. 2. Hospitais de emergência – organização & administração. 3. Condições de trabalho. 4. Percepção social. I. Araújo Júnior, José Luiz do Amaral Corrêa de. II. Título.

---

CDU 614.253.5

**BETISE MERY ALENCAR SOUSA MACAU FURTADO**

**O TRABALHO DO ENFERMEIRO EM EMERGÊNCIA:  
REPRESENTAÇÃO SOCIAL, COMPROMETIMENTO, SATISFAÇÃO E  
CONDIÇÕES DE TRABALHO. O CASO DO HOSPITAL DA RESTAURAÇÃO**

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Doutora em Ciências.

Aprovada em: 5 de junho de 2009

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Estela Maria Leite Meirelles Monteiro  
Universidade de Pernambuco

---

Prof. Dr. Fernando Gusmão R. Filho  
Universidade de Pernambuco

---

Profa. Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Prof. Dra. Eduarda Ângela Pessoa Cesse  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

---

Prof. Dr. José Luiz do Amaral Corrêa de Araújo Júnior  
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fiocruz

*Dedico este trabalho a todos os enfermeiros  
que compõem a Emergência do  
Hospital da Restauração.*

## **AGRADECIMENTOS**

Ao Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz pelo incentivo que é dado ao investimento e aperfeiçoamento profissional.

Ao Hospital da Restauração por permitir a realização deste estudo.

À Universidade de Pernambuco, em especial à Faculdade de Enfermagem, representada pelas professoras Vera Gregório e Viviane Tannuri, pelo incentivo dado ao crescimento profissional.

Ao Professor José Luiz pela oportunidade de mais uma vez desenvolvermos um trabalho em conjunto e pelos ensinamentos durante o desenrolar desta tese.

Ao Hospital do Exército, na pessoa da Professora Maria Sandra Andrade, pela colaboração nos momentos de dificuldades.

À professora Paulette Cavalcanti pela sua importante contribuição.

Aos colegas do doutorado pelo convívio e o aprendizado vivenciados, pelos momentos de cumplicidade na busca de soluções em conjunto.

Ao professor Antonio Mendes e equipe do LABSIS, pela amizade e apoio.

À minha família, Hernani, Clarissa, Livinha e Conceição pelos momentos de afeição que me proporcionaram e pela compreensão da minha ausência em tantos momentos importantes.

E, principalmente, a Deus, que permitiu que tudo isso pudesse ser realizado.

*Calo-me, espero, decifro.  
As coisas talvez melhorem.  
São tão fortes as coisas!  
Mas eu não sou as coisas e me revolto.  
Tenho palavras em mim buscando canal,  
são roucas e duras,  
irritadas, enérgicas,  
comprimidas há tanto tempo,  
perderam o sentido, apenas querem explodir.*

(do poema “Nosso tempo”)

Carlos Drummond de Andrade (2006)

FURTADO, B. M A. S. M. **O trabalho do enfermeiro em emergência:** representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração. 2009. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## RESUMO

Este estudo foi realizado no setor de Emergência do Hospital da Restauração com o objetivo de conhecer como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho, a partir da representação da sua função, comprometimento, satisfação com o trabalho e das condições de trabalho oferecidas. Utilizou como estrutura central de seu desenho um estudo de caso, mas lançou mão de outras abordagens quando utilizou vários instrumentos para, complementarmente e de forma a integrar outras contribuições, dar conta da explicação de um fenômeno complexo. Buscou na alternativa da triangulação de métodos e de dados acrescentar mais rigor, amplitude e profundidade à investigação. A coleta de dados lançou mão da entrevista aberta, questionários fechados, observação sistemática e Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT). Foram entrevistados 23 enfermeiros. Empregou-se na análise dos dados a Condensação de Significados e programa Excel, versão 2003 e os parâmetros da EVT. Como resultados encontrou-se que a quantidade excessiva de pacientes, a falta de segurança e a desorganização no ambiente de trabalho foram os itens mais criticados pelos entrevistados, confirmados tanto pelos dados quantitativos quanto pela observação sistemática, demonstrando convergência dos resultados. Do grupo pesquisado, 47,8% já trabalha na Emergência por mais de 16 anos consecutivos, sendo a maioria na faixa etária de 41 a 50 anos e do sexo feminino. Esses profissionais acreditam que a população continua sem diferenciar o enfermeiro dentro da equipe de saúde. Não consideram que a Instituição valorize o seu trabalho, embora reconheçam como de extrema importância para as suas vidas e para o serviço. Não se sentem comprometidos com a Instituição como antes, o que se justifica pelas condições atuais e descaso dos gestores e do Governo com os problemas da Emergência. Quanto ao reconhecimento do seu trabalho por parte dos outros profissionais, depende da empatia entre o grupo e conhecimento e domínio por parte do enfermeiro das suas condutas. Predomina uma percepção de condições de trabalho precárias, salários insatisfatórios, ambiente insalubre e inseguro, levando a um sentimento de desmotivação, ao mesmo tempo em que se mostram realizados e felizes pelo que o trabalho pode proporcionar e ajudar aqueles que necessitam, o que pode justificar a longa permanência desses profissionais nesse serviço. O seu objeto de trabalho está claro, porém o seu papel ainda se mostra bastante confuso, com atividades pulverizadas.

**Palavras-chave:** Enfermagem em emergência – recursos humanos. Hospitais de emergência – organização & administração. Condições de trabalho. Percepção social.

FURTADO, B. M A. S. M. **Nurses' work in emergencies: social representation, commitment, satisfaction and working conditions. The case of Hospital da Restauração.** 2009. Thesis (Doctorate in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

---

## ABSTRACT

This study was conducted in the Emergency service at Hospital da Restauração with the aim of ascertaining how nurses perceive their work process in this sector, from representations of their functions, commitment and satisfaction with the work and working conditions provided. A case study design was used as the central structure, but other approaches were also brought in through various complementary tools and other additional contributions, in order to explain this complex phenomenon. Through triangulation of methods and data, greater rigor, breadth and depth were sought for the investigation. Data were gathered through open interviews, closed questionnaires, systematic observation and a work-related values scale. Twenty-three nurses were interviewed. The data analysis made use of thickening of meaning, the Excel 2003 software and the work-related values parameters. It was found that the excessive numbers of patients, lack of safety and disorganization in the working environment were the items most criticized by the interviewees. This was confirmed through quantitative data and systematic observation, thus demonstrating convergence of the results. Among the study group, 47.8% had already worked in emergency services for more than 16 consecutive years. Most were between 41 and 50 years of age and female. They believed that the public still did not differentiate nurses within the healthcare team. They did not think that the institution valued their work, although they recognized that their work was extremely important in their own lives and for the service. They did not feel the same commitment to the institution as previously, and justified this in terms of the present conditions and the managers' and government's neglect of emergency service problems. Regarding recognition of their work among other professionals, this depended on empathy within the group and the nurses' knowledge and mastery of their activities. The nurses' predominant perception was one of precarious working conditions, unsatisfactory salaries and dirty and unsafe environments, thereby leading to feelings of demotivation. However, simultaneously, they showed fulfillment and happiness with what the work could provide and through being able to help people who needed it, and these aspects may explain why these professionals had stayed for so long in this service. Their work objectives were clear, but confusion still existed regarding their role. Their activities were very piecemeal.

**Key words:** Emergency Nursing – manpower. Hospitals, Packaged - organization & administration. Working Conditions. Social Perception.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Esquema do processo de trabalho no hospital .....	52
Figura 2a	Convergência de evidências (estudo único) .....	79
Quadro 1	Correspondência entre os fatores e questões da EVT .....	86
Quadro 2	Modelo da Escala de Valores .....	87
Quadro 3	O Significado das Unidades Naturais de Análise e Temas Centrais .....	88
Figura 2b	Convergência de evidências (estudo único) .....	134

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>22</b>
<b>2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>23</b>
<b>2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>23</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO – CONCEITUAL .....</b>	<b>24</b>
<b>3.1 O Processo de trabalho no setor saúde .....</b>	<b>25</b>
<b>3.2 As condições de trabalho no setor saúde .....</b>	<b>37</b>
<b>3.3 A enfermagem e o seu processo de trabalho .....</b>	<b>43</b>
<b>3.4 O trabalho do enfermeiro em emergência .....</b>	<b>56</b>
<b>3.5 Representação social .....</b>	<b>60</b>
<b>3.6 Satisfação e comprometimento no trabalho .....</b>	<b>65</b>
3.6.1 Satisfação no trabalho .....	65
3.6.2 Comprometimento no trabalho .....	71
<b>4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS .....</b>	<b>76</b>
<b>4.1 Tipo de estudo .....</b>	<b>77</b>
<b>4.2 Área de estudo e objeto de estudo .....</b>	<b>80</b>
4.2.1 Cenário do estudo .....	80
<b>4.3 Coleta de dados e amostra estudada .....</b>	<b>82</b>
4.3.1 A entrevista .....	82
4.3.2 Observação sistemática .....	85
4.3.3 Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT) .....	86
<b>4.4 Organização e análise dos dados .....</b>	<b>87</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....</b>	<b>91</b>
<b>6 RESULTADOS .....</b>	<b>93</b>
<b>6.1 Caracterização dos enfermeiros pesquisados .....</b>	<b>94</b>

<b>6.2 Resultados das entrevistas</b> .....	96
6.2.1 Primeira parte dos resultados das entrevistas referentes aos itens: a, b e c .....	97
6.2.2 Segunda parte dos resultados das entrevistas, item d .....	106
6.2.3 Terceira parte das entrevistas, item e .....	117
<b>6.3 Observação sistemática</b> .....	124
<b>6.4 Resultados da Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT)</b> .....	130
<b>7 DISCUSSÃO</b> .....	133
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	153
<b>9 SUGESTÕES</b> .....	158
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	160
<b>APÊNDICES</b> .....	177
<b>ANEXO</b> .....	183

# *Introdução*

---

---

## 1 INTRODUÇÃO

A ligação dos indivíduos com o seu trabalho é complexa e multidimensional, compreendendo não somente a relação com o trabalho em si, mas também com a garantia do emprego, a relação com a equipe de trabalho, com a carreira profissional e com a organização na qual trabalha (TAMAYO, 2005).

Mendes e Cruz (2004) dizem que o trabalho é uma fonte de prazer e satisfação se for livremente escolhido, e que Freud, em 1930, já considerava o trabalho como uma das fontes de felicidade, tendo sido um dos precursores da importância dada à influência positiva do trabalho na vida das pessoas.

Segundo Lower (1984), para o trabalho ser considerado prazer, vai depender das condições onde ele é realizado, das atitudes em relação à tarefa e da capacidade do indivíduo, e pode ser considerado um desprazer quando é uma atividade restringida por forças externas e que exija um gasto de energia maior do que o indivíduo seja capaz de produzir.

“O que o indivíduo procura no seu trabalho é determinado fundamentalmente pelas suas necessidades, seus valores e os dos outros, envolvendo elementos biológicos e psicossociais que são cruciais para a sua sobrevivência e para sobrevivência do grupo [...]” (TAMAYO, 2005, p. 169). Os valores de cada pessoa vão determinar as suas opções e as respostas a essas opções. O que move as organizações é o dinheiro, através dos lucros, salários, custos e benefícios, porém, subjacentes a esses aspectos já cristalizados, se encontra um mundo de ilusões, de desejos, de sentimentos, de paixões, de aspirações e de frustrações, em que se concentram as razões que realmente motivam o trabalhador e que a organização não pode deixar despercebidas.

Segundo Tamayo (2005), os valores constituem um contínuo de motivações relacionadas entre si. Os valores pessoais expressam metas da pessoa e os valores organizacionais referem-se às metas da organização. Ambos orientam a vida das pessoas e grupos. Constituem sistemas consolidados que apresentam componentes motivacional, cognitivo, hierárquico e social. Como os interesses dos indivíduos e a organização, na maioria das vezes, são diferentes, existe a necessidade de o indivíduo se ajustar quando entra em contato com uma organização, embora em muitos pontos busquem interesses semelhantes, como por exemplo, a meta motivacional “poder” é a procura de prestígio, através do reconhecimento social, que pode ser tanto por parte da organização como também por parte do trabalhador.

O trabalho é a expressão própria do homem, uma expressão de suas faculdades físicas e mentais. Nesse processo de atividade genuína, o homem desenvolve-se a si mesmo, torna-se ele próprio; o trabalho não é só um meio para um fim — o produto — mas um fim em si mesmo, a expressão significativa da energia humana (FROM, 1983, p. 48).

O trabalho constitui-se como categoria intermediária que possibilita o salto ontológico das formas pré-humanas para o ser social. Ele está no centro do processo de humanização do homem. É o que podemos falar em ser social quando entendemos sua gênese, seu elevar-se em relação à sua própria base e a aquisição de autonomia, e estas se baseiam no trabalho (ANTUNES, 1999).

Foi com base nessas teorias que surgiu o interesse da autora do presente estudo em procurar compreender o processo de trabalho em um local considerado extenuante, quais os motivos que levam as pessoas a optarem por trabalhos em locais com condições, às vezes, consideradas adversas para o desempenho das suas funções, condições em que muitas outras pessoas jamais aceitariam trabalhar.

O local do estudo realizado foi a Emergência do Hospital da Restauração, que é o maior hospital público do Estado de Pernambuco, pertencente à Secretaria de Estado de Saúde, e atende mais de 90% dos pacientes advindos da capital, Recife, onde está localizado. Embora seja a sua missão atender aos politraumatizados e pacientes de alta complexidade, atende a todos os tipos de pacientes que lá chegam, correspondendo a 74% dos pacientes atendidos como de baixa complexidade, conforme constatado em estudo realizado por esta pesquisadora sobre o perfil da referida Emergência (FURTADO; ARAÚJO JR.; CAVALCANTI, 2004). Foi observado por meio desse estudo que a alta demanda de casos inadequados ao perfil dessa Emergência acaba por trazer grandes transtornos ao atendimento do hospital, uma vez que gera superlotação, pois o sistema nem sempre é capaz de deslocar os pacientes para outras unidades de saúde, o que causa desconforto aos usuários e sobrecarga de trabalho aos profissionais, quebra freqüente de equipamentos pelo uso excessivo e gera um ambiente com precárias condições de trabalho, comprometendo a qualidade da assistência prestada à população usuária.

As organizações hospitalares possuem complexo processo de trabalho por constituírem espaços heterogêneos, onde interagem diferentes grupos e papéis, aliado à distribuição de poder, tornando mais complexos os esforços de coordenação (FARIAS; VASTSMAN, 2002), o que dificulta as relações dentro desses serviços.

As primeiras vocações para o cuidado dos enfermos, certamente, se situam no âmbito da religião e não, da ciência e da técnica (PITTA, 1999). O ambiente hospitalar se caracteriza por ser altamente estressante e com atividades muito intensas, uma vez que lida com vida, morte e doenças, contribuindo para a ocorrência de situações de ansiedade e tensão nas

equipes técnicas. Além de o trabalho nesse ambiente ser desenvolvido, na maioria das vezes, em turnos, o que traz conseqüências para os trabalhadores.

O turno de trabalho se refere ao fato de que a mesma atividade deve ser executada em diferentes períodos do dia e da noite, e é considerado o período em que o trabalhador se encontra presente no local de trabalho, que inclui a jornada, a pausa e os descansos (PONTES, 1992).

O trabalho em turnos contribui para o estresse dos profissionais, uma vez que, segundo Pitta (1999), estudos de cronobiologia aplicados à organização do trabalho têm levantado aspectos irreconciliáveis, no noturno por excelência, pois os sincronizadores individuais estão invertidos em relação aos demais sincronizadores sociais, violentando também os ritmos circadianos, trazendo desordens na esfera biológica, psicológica e social desses trabalhadores e seus familiares.

Portanto, o trabalho em hospital tem as características de um trabalho penoso, considerando-se os elementos envolvidos na carga de trabalho, e relaciona-se com as respectivas cargas física, mental e psíquica que a pessoa investe na execução das tarefas (BULHÕES, 1994).

Rego e Palácios (1996) definem o processo de trabalho num hospital de emergência como sendo a possibilidade diária e ininterrupta de ter como objeto de trabalho uma pessoa gravemente doente que precisa de cuidados imediatos e que corre risco de vida. O trabalho no hospital causa sofrimento em qualquer setor onde o trabalhador esteja inserido, mas em setores como a emergência, os atendimentos chegam de forma inesperada, imprevisível e de maneira incontrolável.

Os serviços realizados em emergências são considerados de alta complexidade e contam com alto fluxo de atividades dos profissionais e alto fluxo de usuários (GOMES, 1994); exigem dos profissionais de saúde amplo conhecimento sobre as situações de saúde, como também conhecimento do processo de trabalho para intervirem na hora correta e com a conduta adequada de forma ágil, segura e consciente. Trata-se de um ambiente onde o tempo é limitado, as atividades diversas e a situação dos pacientes que chegam, muitas vezes não oferece espaço para discussões do que deve ser feito, necessitando de procedimentos imediatos.

Emergência, como conceituação abrangente, implica sempre uma situação crítica que o indivíduo enfrenta quando seu organismo entra em desequilíbrio homeostático pelo enfrentamento de obstáculos que se opõem a seus objetivos de vida. Pode ser também considerada como uma situação em que alterações anormais no organismo humano são

resultantes de transtornos drásticos, relacionados à sua saúde ou ameaça à vida, exigindo condutas terapêuticas imediatas (NAZÁRIO, 1999).

A unidade de emergência de um hospital é onde são recebidos os pacientes vítimas de acidentes, violências e emergências clínicas e, portanto necessitam de atendimento imediato com definições e condutas objetivas, tendo como principal função a de restabelecer as vítimas, dando-lhes chance para uma recuperação sem seqüelas.

A principal responsabilidade no exercício das atividades realizadas na emergência de um hospital costuma cair com maior intensidade sobre a equipe médica, diretoria técnica e, de modo mais contundente, sobre o serviço de enfermagem, que deve prover os cuidados contínuos aos pacientes ali internados, durante 24 horas, diuturnamente, até o desfecho esperado, que representa um amplo leque de possibilidades que vai da cura à morte (PITTA, 1999).

A finalidade do processo de trabalho na emergência é salvar a vida do paciente, aliviar seu sofrimento intenso, oferecendo os primeiros cuidados. O trabalho nesse ambiente apresenta uma pressão permanente e imprime um ritmo árduo, o que aumenta a mortalidade de casos potencialmente evitáveis, trazendo como principal conseqüência para os profissionais um sentimento de impotência, originado pela falta de controle do processo imediato de trabalho.

O trabalho em emergência tem sido, nas condições atuais, considerado desgastante e desumanizado. Os fatores de desgaste e desumanização referem-se à percepção que o indivíduo tem sobre o seu trabalho, incluindo o contexto no qual esse se desenvolve, ou seja, a maneira como cada trabalhador recebe e interpreta cada informação do meio ambiente. Essa percepção assenta-se na relação do indivíduo com o seu meio, e cada um pode ter uma percepção e uma reação diferentes em uma mesma situação. O que causa desgaste para um pode não ser o mesmo motivo que causa desgaste para outro (SILVA; ARGOLO; BORGES, 2005).

Com o aumento da expectativa de vida da população brasileira, tendo como uma das conseqüências o aumento das doenças crônico-degenerativas e com o crescente desequilíbrio nas sociedades urbanas pela dificuldade de moradia, de acesso aos serviços de assistência básica e aumento da violência, os serviços de emergência têm sofrido uma intensa procura, uma vez que funcionam de forma ininterrupta e acolhem a todos que o procuram, causando elevado número de pacientes por turno de trabalho para serem atendidos, desde os casos mais simples até os mais complexos.

Atualmente, no Brasil, a população que busca os serviços de emergência de um hospital público dificilmente vai ter suas necessidades atendidas, quando, segundo Sá, Carreiro e Fernandes (2008) apresentam problemas que vão além do que se possa responder. Além do excessivo volume, os casos não se restringem ao que, *stricto sensu*, se considera um problema de saúde e em muito ultrapassam as intervenções que os serviços de saúde estão preparados para realizar. E segundo Garlet e Lima (2008), no processo de trabalho na Unidade de Emergência onde realizaram estudo foi evidenciado um desencontro entre as necessidades de saúde que levam os usuários a procurar a Unidade e a finalidade do trabalho, destacada pelos profissionais.

Com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), em 1994, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), esperava-se que houvesse uma reordenação da rede de emergências, com uma expectativa de que os casos mais simples fossem resolvidos pela assistência de média e baixa complexidade (PSF e Policlínicas), funcionando essas como porta de entrada do sistema. No entanto, as emergências continuaram funcionando como essa porta de entrada, constatado em trabalho já citado (FURTADO; ARAÚJO JR; CAVALCANTI, 2004) e em trabalho de Cavalcanti, Deslandes e Minayo (2007), no qual as autoras relatam que embora o PSF contribua de forma importante para o aumento da cobertura da atenção em municípios com menos de 500.000 habitantes,

[...] nos grandes centros urbanos, nas regiões metropolitanas e municípios acima de 500.000 habitantes, o Programa por si só não é capaz de organizar, qualificar e dar conta de resolver a demanda por assistência à saúde na esfera da atenção básica. Nessas regiões a população continua a depender das emergências hospitalares para garantir o acesso aos serviços e à atenção à saúde (CAVALCANTI; DESLANDES; MINAYO, 2007, p. 159).

Com a descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), o município ocupou lugar de destaque e grande responsabilidade, não compatível com sua capacidade gestora, no que se refere à capacidade da resolução de problemas de saúde de média e alta complexidade da população, acabando por ficar a cargo dos grandes hospitais, geralmente vinculados às universidades, ao Governo Federal e Estadual a responsabilidade por essa demanda. Não há, nos municípios, portanto, uma rede de apoio para a absorção da parcela de pacientes considerados de média e alta complexidade, e pouca resolubilidade dos casos de baixa complexidade, o que vem mantendo a superlotação dos grandes hospitais de emergência, fato de conhecimento público, deteriorando a cada dia o atendimento à população que precisa desses serviços.

A realidade brasileira dos hospitais e principalmente dos grandes hospitais de emergências é cruel não só para os trabalhadores da saúde, mas principalmente para a população mais carente, que não dispõe de outros meios para solucionar os seus problemas de saúde, os quais não podem esperar, na medida em que podem levar a riscos de vida. No entanto, há situações sem gravidade iminente que são apresentadas e levadas às emergências como sendo de extrema urgência. Isso porque não existe um serviço de referência e triagem eficiente, cabendo à própria população definir o que é urgência.

As unidades de emergência são locais apropriados para o atendimento de pacientes com afecções agudas específicas, onde existe um trabalho especializado e podem ser divididas em pronto atendimento, pronto socorro e emergência (GOMES, 1994).

Segundo a terminologia do Ministério da Saúde, é definida como **pronto atendimento** a “unidade destinada a prestar dentro do horário de funcionamento do estabelecimento de saúde, assistência a doentes com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato”. Como definição de **pronto socorro** “é o estabelecimento de saúde destinado a prestar assistência a doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato, funciona durante 24 horas do dia e dispõe apenas de leitos de observação.” E **emergência** “é a unidade destinada à assistência de doentes, com ou sem risco de vida, cujos agravos à saúde necessitam de atendimento imediato” (BRASIL, 1985; GOMES, 1994).

Segundo Thompson (1992), para a organização de um serviço de emergência eficiente e eficaz são importantes para o seu comando o médico, como responsável geral, e o enfermeiro como coordenador, devendo os dois serem capacitados na área e com amplo conhecimento. Andrade, Caetano e Soares (2000) enfatizam que embora considerado como de extrema necessidade o preparo do enfermeiro para o atendimento nas emergências, no Brasil ainda é incipiente o número de profissionais capacitados na área, o que, certamente, causa transtornos ao atendimento desde a tomada de decisão à realização dos procedimentos.

Existem poucos cursos de especialização na área. Os cursos que existem são de curta duração e custam muito caro, como por exemplo, o Trauma Life Support Course for Nurses (TLS for Nurses) e Manobras Avançadas de Suporte ao Trauma (MAST) que são cursos voltados para o treinamento de enfermeiros que trabalham com o trauma, baseados no Advanced Life Trauma Support (ATLS) do Colégio Americano de Cirurgiões. O alto custo desses treinamentos tem ocasionado dificuldades para a atualização desses profissionais, uma vez que ficam na dependência da decisão de gestores das instituições onde trabalham para a sua capacitação.

A Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências, (PNRMAV) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), apresenta algumas diretrizes para a abordagem da questão dos acidentes e violências no Brasil, e dentre as diretrizes uma se preocupa com a capacitação dos recursos humanos nessa área. No entanto, de acordo com estudo de Assis, Deslandes e Minayo (2007), os investimentos ainda são insuficientes para implementação dessa política ou são distribuídos de forma desigual aos diferentes níveis de atenção.

Trabalhar em emergência requer estabilidade emocional, capacidade técnica e habilidades para a tomada de decisões em um ambiente em que o profissional se depara com momentos de desespero, dor, morte e esperança concomitantemente.

Segundo Wehbe e Galvão (2001), a Associação Americana de Enfermeiros (ANA) estabeleceu os “padrões de prática de enfermagem em emergência” em 1983, tendo como referência padrões definidos, classificando o enfermeiro de emergência em três níveis de competência: o primeiro requer competência mínima para prestar atendimento ao traumatizado; no segundo nível o profissional necessita formação específica em enfermagem de emergência e, no último nível, o enfermeiro deve ser especialista em área bem delimitada e atuar no âmbito pré e intra-hospitalar.

As funções do enfermeiro de emergência vão desde a escuta da história do paciente, exame físico, execução de tratamento, orientação aos doentes, à coordenação da equipe de enfermagem, além de ser necessário aliar conhecimento científico e capacidade de liderança, agilidade e raciocínio rápido e manter a tranqüilidade (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000).

Por fazer parte dessa realidade e diante da necessidade da presença constante do profissional enfermeiro junto à clientela, dentro dos serviços de saúde, da indiscutível essencialidade do seu trabalho, do custo da sua formação profissional, do seu processo de trabalho dentro da emergência e, ainda, tendo o cuidado ao paciente como seu objeto de trabalho, e considerando as condições em que esse profissional desenvolve as suas funções, a autora deste estudo se sentiu compelida a conhecer tanto a representação que esse profissional tem a respeito do seu trabalho na emergência, quanto a sua apreensão do processo de trabalho que é desenvolvido nesse ambiente, a sua satisfação e comprometimento, bem como a análise que faz da sua relação com os outros profissionais e usuários.

Considerou-se também, que no Brasil existem estudos que tratam do trabalho do enfermeiro nas emergências, os quais enfatizam perfil, gestão (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000; DUARTE *et al.*, 2000; WEHBE; GALVÃO, 2001), estresse no sentido de

sofrimento psíquico (ALMEIDA; PIRES, 2007; BATISTA; BIANCHI, 2006; DAL PAI; LAUTERT, 2008), e poucos são os relativos ao processo de trabalho do enfermeiro nas emergências, levando em consideração tanto as condições de trabalho, quanto a sua percepção do processo como um todo (GARLET; LIMA, 2008; MACHADO, S. 1999; NASCIMENTO, 2004).

Com base no contexto acima e na vivência da autora junto ao serviço de emergência em estudo - tanto na assistência direta ao paciente quanto na coordenação e ensino - para o levantamento dos questionamentos deste trabalho partiu-se do pressuposto de que os enfermeiros dessa emergência valorizam sua atuação, porém, quando questionados sobre o seu trabalho, não têm clareza do seu processo e do seu objeto de trabalho; são bastante pessimistas quanto ao futuro, embora seja visível a determinação com que desenvolvem suas funções; não demonstram interesse em mudar de setor, embora convivam com situações bastante adversas, como superlotação, déficit de pessoal, dificuldades com a manutenção dos equipamentos. Revelam-se, pois, contraditórias a forma como pensam e a maneira como agem. Deixam a impressão de que executam suas atividades de forma automatizada, sem reflexão sobre o seu processo de trabalho, levando em consideração apenas a importância da atividade socialmente reconhecida, que é o cuidar das pessoas, apesar do trabalho duro e do penoso lidar com dejetos e situações desfavoráveis dos usuários dessas instituições e das condições de trabalho existentes.

Segundo Kurcgant *et al.* (1993), na constituição histórico-conceitual da enfermagem, o cuidado tem sido objeto do saber e de sua prática, embora tal realidade não esteja na consciência de todos os profissionais.

O cuidado de enfermagem comporta em sua estrutura o conhecimento, ou seja, o saber da enfermagem, corporificado em instrumentos e condutas, que representam o nível técnico e compõem o instrumental do trabalho em si. Inclui relações sociais específicas, visando ao atendimento de necessidades humanas, tendo como produto final do trabalho um serviço (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Espera-se que os resultados deste estudo possam vir a contribuir para o melhor conhecimento da realidade do hospital e assim possam subsidiar o planejamento de Recursos Humanos na Instituição, na valorização do profissional enfermeiro e na busca da melhoria da assistência de enfermagem prestada à população no setor da Emergência do Hospital da Restauração.

Baseada nesse contexto é que surge a pergunta a ser respondida: ***Como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho na emergência do Hospital da Restauração, a partir da***

*representação social da sua função, do comprometimento, da satisfação com o trabalho e das condições de trabalho oferecidas?*

# *Objetivos*

---

---

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Conhecer como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho na Emergência do Hospital da Restauração, a partir da representação social da sua função, do comprometimento e satisfação com o trabalho e das condições de trabalho oferecidas.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- a) Caracterizar o processo de trabalho do enfermeiro da emergência, a partir das atividades desenvolvidas por esse profissional durante o seu turno de trabalho;
- b) Compreender como o enfermeiro vê o significado do seu trabalho dentro desse processo;
- c) Analisar as condições de trabalho relatadas pelos enfermeiros;
- d) Conhecer o comprometimento e a satisfação do enfermeiro com o trabalho na emergência.

# *Referencial teórico-conceitual*

---

---

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEITUAL

#### 3.1 O processo de trabalho no setor saúde

O trabalho humano pode ser assim definido:

Pressupomos o trabalho numa forma em que pertence exclusivamente ao homem. Uma aranha executa operações semelhantes às do tecelão, e a abelha envergonha mais de um arquiteto humano com a construção dos favos de suas colméias. Mas o que distingue, de antemão, o pior arquiteto da melhor abelha é que ele construiu o favo em sua cabeça antes de construí-lo em cera. No fim do processo de trabalho obtém-se um resultado que já no início deste existiu na imaginação do trabalhador, e, portanto idealmente. Ele não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar sua vontade. E essa subordinação não é um ato isolado. Além do esforço dos órgãos que trabalham, é exigida a vontade orientada a um fim, que se manifesta como atenção durante todo o tempo de trabalho [...] (MARX, 1983, p. 149-150).

Giannotti (1983) reflete acerca do trabalho como um processo constituído de momentos que se iluminam reciprocamente e têm uma posição relacional. Friedmann e Naville (1973) afirmam que o trabalho está presente em toda a vida da sociedade como um denominador comum e uma condição de toda vida humana.

Mendes-Gonçalves (1994), utilizando a teoria de Marx, afirma que para uma atividade conceber-se como trabalho, necessariamente, precisa fazer distinção de três elementos, que são: a atividade orientada a um fim, o trabalho em si mesmo, seu objeto e seus meios. E assegura que o processo de trabalho é dado como acabado quando surge um resultado que, antes, existia apenas na imaginação do trabalhador. Quando relaciona o trabalho à área da saúde, considera que o trabalho em saúde faz parte de um grupo de atividades facilmente desvinculadas das características gerais do trabalho, por serem associadas com o domínio intelectual e elevados valores morais.

O processo de trabalho em saúde se reorganizou ao redor de dois eixos básicos: primeiro, o controle das doenças em escala social e o segundo na recuperação dos doentes no âmbito individual. Sobre o primeiro se generalizaram modelos de organização de acordo com a ênfase conceitual e política, tanto nas doenças como na saúde, o modelo epidemiológico. Modelo que utiliza vários instrumentos de trabalho para diagnosticar situações de saúde em populações, levantar os perfis epidemiológicos e identificar necessidades de saúde, segundo

enfoques, assim como planejar para intervir nos ambientes de trabalho, educar para a saúde e desenvolver ações tendentes à prevenção de enfermidades e promover a saúde com condições de vida saudável (KURCGANT *et al.*, 1993).

O segundo eixo está determinado por um paradigma clínico, centrado nas doenças, com sede no corpo humano, o modelo clínico. Os sujeitos de intervenção podem estar no ser humano doente ou na sua patologia, segundo a concepção que se tenha, tendo como objetivo final restaurar a saúde e procurar fazer com que o momento de morte seja o menos traumático. Trabalha-se com instrumentos técnico-administrativos, para realizar o diagnóstico, tratamento e cuidados de que necessitem cada situação e cada sujeito. Os dois processos (eixos) são altamente conflitantes pelo uso intensivo do trabalho humano, que se faz necessário à inter-relação de atores diversos carregados de valores, símbolos, representações e poderes frente à saúde, à doença, à vida e às identidades profissionais, fatores que se acumulam numa complexa cultura organizacional (KURCGANT *et al.*, 1993).

Lana e Rocha (1997) acreditam que na aplicação dos modelos no dia-a-dia não exista uma organização tecnológica clínica ou epidemiológica, mas sim, o predomínio de uma posição sobre a outra, uma vez que consideram que os dois modelos se complementam.

O processo de trabalho em saúde foi considerado pouco estudado por Machado e Correia (2002), sendo ressaltado que a maioria das pesquisas nessa área correspondem à década de 90. Na visão desses autores, o processo de trabalho em saúde é um processo múltiplo e complexo, desenvolvido em vários locais dentro do sistema de saúde e, principalmente, dentro do próprio sistema hospitalar, tendo como foco o paciente e a produção em saúde.

O sistema de saúde é concebido como um sistema constituído por organizações, unidades sociais. É nessas organizações que se processam as intenções e as ações para o alcance dos objetivos propostos, como a promoção, a prevenção, a proteção, a recuperação e a reabilitação das interações favoráveis ou prejudiciais resultantes do complexo indivíduo/sociedade/ambiente. “O campo da saúde se refere a uma realidade complexa que demanda conhecimentos distintos integrados e que coloca de forma imediata o problema da intervenção” (MINAYO, 2004a, p. 13).

Dentre as organizações de saúde encontram-se as organizações hospitalares, nas quais as pessoas que ali trabalham desenvolvem as suas funções como trabalhadores da saúde no convívio com situações adversas. Na maioria das instituições hospitalares, a dualidade doença - cura passa a ser o único foco, caracterizando assim o predomínio do modelo clínico, com pouco interesse voltado para atividades de promoção da saúde e manutenção da vida, que o

modelo epidemiológico defende. Dessa forma, os trabalhadores são isolados cada um na sua área, o que não favorece o comprometimento nem o trabalho multidisciplinar, dificultando a inovação de idéias, a criatividade e em consequência comprometendo a melhoria da assistência.

Os hospitais são organizações consideradas mistas, pois conjugam processos de alta tecnologia e meios de diagnósticos e terapêuticos, com processos artesanais (KURCGANT *et al.*, 1993). No modelo clínico os corpos de cada indivíduo passam a funcionar como o objeto do trabalho médico e o hospital se transforma em um instrumento, pois é através desse local que esses indivíduos podem ser observados (MENDES-GONÇALVES, 1994).

O processo de trabalho coletivo no contexto hospitalar privilegia o modelo clínico, no qual a doença é percebida como alteração morfológica e, ou funcional do corpo humano, ou seja, uma forma patológica em oposição à normal que passou a ter sede e desenvolvimento no corpo biológico individual (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 38).

O médico, inicialmente, com o seu saber clínico, desempenhava sozinho o processo de fazer diagnósticos e a terapêutica. Com o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, para aplicação do modelo clínico ele passa a depender de uma infraestrutura mais complexa, sem a qual não consegue mais desempenhar as suas atividades; instala-se no hospital um processo de trabalho coletivo do qual participam outras categorias profissionais além do médico (ALMEIDA, 1991).

Na Idade Média, o hospital era considerado como uma instituição de caridade, que tinha a finalidade de prestar cuidados aos pobres e moribundos e indivíduos marginalizados pela sociedade da época. O cuidado a essas pessoas era prestado por religiosas, que tinham como penitência cuidar das pessoas enfermas e, como recompensa, ficarem mais próximas da redenção dos seus pecados (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

A partir da organização e institucionalização do hospital como local de cura, que ocorre na Europa no final do século XVIII, ainda durante o processo de instalação do capitalismo, e nessa metamorfose social o nascimento da clínica, “a enfermagem se institucionaliza e emerge com a finalidade de organizar, disciplinar e higienizar o ambiente hospitalar para possibilitar o projeto médico de cura e recuperação da força de trabalho” (ALMEIDA *et al.*, 1989, p. 50).

O entendimento do processo de trabalho em saúde como parte do setor de serviços com o qual tem identidade, mas também especificidades, estimula estudos em profundidade sobre o tema. O trabalho em saúde é, hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo

institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também, da divisão parcelar ou pormenorizada, e da lógica *taylorista* de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que produz; é a própria realização da atividade (PIRES, 2000, p. 85).

Deslandes (2002) reforça essa definição de Pires (2000) quando afirma que nos serviços de saúde e principalmente nos hospitais, diferentemente da indústria e de outra forma de produção, o produto é consumido no mesmo momento que é produzido; embora sujeito às inovações de mercado, sua organização e estrutura são feitas a partir de políticas públicas, por serem consideradas como atividade essencial pelo poder público.

O processo de oferecer serviços se inscreve em um meio institucional, em que as condições se encontram diante de múltiplos determinantes, entre outros, a quantidade, a qualidade e a forma de distribuição de serviços; pelo grau de complexidade dos problemas de saúde, de ter que atender a relações que demandam conhecimento técnico - científico, político e afetivo, derivadas da distribuição social de saberes e formas de comunicação interpessoal (BRITO; NOVICK; MERCES, 1992).

“Estudar o processo de trabalho implica uma análise das relações sociais e da organização do trabalho na realidade social, que é dinâmica, contraditória e conflituosa” (ROCHA *et al.*, 1993, p. 73).

Segundo Maria Helena Machado (1996), o trabalho em saúde apresenta situação particular, pois cada profissão desenvolve um exclusivo processo de trabalho. As atividades são desenvolvidas de forma independente e cada profissional, seja médico, enfermeiro, psicólogo, odontólogo, farmacêutico entre outros, toma como concepção de autonomia técnica a idéia de que a base do seu conhecimento é o norteador para a liberdade profissional. É um trabalho desenvolvido por diversos profissionais nas diversas áreas e especialidades, tendo o mesmo objeto de trabalho, o que dá uma dimensão mais complexa a esse processo. No entanto, o trabalho em equipe multiprofissional é fundamental na atenção à saúde, devido a que tanto no individual quanto no coletivo se concentram numerosas ações sanitárias que requerem interpretações, coordenação e integralidade para que as intervenções sejam efetivas.

Schraiber *et al.* (1999) enfatizam que a divisão do trabalho na área da saúde gerou a condição de interdependência e complementaridade das várias especialidades. Como a equipe

possui autoridade de níveis variados, surge uma tensão entre essa complementaridade e interdependência e a busca da autonomia técnica dos profissionais, dificultando as intervenções. Eles sugerem que para a melhoria da eficiência e eficácia nos serviços, seria necessário aumentar essa autonomia técnica aliada às ações a serem realizadas.

Os autores acima destacam a importância da descentralização da tomada de decisão, a flexibilização da divisão do trabalho como pontos centrais nas questões existentes dentro da equipe de saúde, e salientam que como o trabalho em equipe requer a interação dos agentes no sentido do entendimento mútuo, não cabe a intolerância às iniciativas individuais ou coletivas, nem o cumprimento inquestionável das relações hierárquicas e das regras técnicas do trabalho.

Mesmo sendo considerado um trabalho coletivo, em que as diferentes profissões compartilham o objeto de trabalho, têm como finalidade a ação terapêutica de saúde, apresentando algumas características que é o parcelamento das ações baseadas na divisão social e técnica do trabalho, nem sempre corresponde a um trabalho em equipe, que não significa apenas um agrupamento de pessoas que atuam de forma coletiva em diferentes áreas, mas em que há necessidade de articulações, conexões de saberes entre os participantes e de haver um objetivo comum a ser alcançado, ou seja, há necessidade da construção de um projeto conjunto, no caso, um projeto assistencial que seja comum ao conjunto dos profissionais (GAIVA; SCOCHI, 2004; MENDES-GONÇALVES, 1992, 1994; PEDUZZI, 1998).

Outro ponto importante é a questão da gestão desses locais de trabalho, por apresentarem prioridades políticas e sociais que ultrapassam as esferas de decisão, quando coexistem grupos de interesse que se contradizem e não se incluem numa perspectiva de eficiência, e essa ser sempre cobrada pela sociedade (CASTRO, 2006).

Campos (1997) aponta para a fragmentação, a imobilidade, a desarticulação das linhas de intervenção com os sistemas de informação e para a burocratização como problemas importantes no trabalho de saúde pública brasileiro. Para o autor, o trabalho das equipes sofre influência da linha *taylorista*, traduzida pela acumulação de normas administrativas e padronizações técnicas, guiadas por crenças na possibilidade de controlar o conjunto total do trabalho.

De acordo com estudo realizado por Silva e Germer (2008) intitulado “A qualificação para o trabalho em Marx”, é feita uma abordagem sobre a qualificação para o trabalho e o tema divisão do trabalho ganha um capítulo nessa discussão. Esses pesquisadores, baseados nos escritos de Marx, definem a produção da existência humana como um processo social e

não individual, que tem ao final um produto que é social. Consideram que sendo o resultado do trabalho um produto social e não individual, em decorrência da divisão do trabalho, há de se estabelecerem diferenças de contribuição entre cada um dos membros da sociedade, permitindo a separação técnica do trabalho em intelectual e manual, de forma que os indivíduos possam se inserir em cada um deles.

Essa divisão pode ser ainda mais específica por indivíduos ou grupos, de modo que somente o conjunto delas é responsável pela totalidade do processo de trabalho. Dessa forma, as atividades intelectuais e manuais são indissociáveis do trabalho, constituem o processo de trabalho. Podem, no entanto, ser realizadas por pessoas diferentes, podendo-se, inclusive, estabelecer uma relação de oposição sem que haja prejuízo no final da produção social. Desse modo, os trabalhadores podem ser classificados em intelectuais e manuais.

Silva e Germer (2008), no entanto, chamam a atenção para o fato de não haver trabalho puramente intelectual ou puramente manual, como se o trabalho intelectual dispensasse totalmente a atividade prática e o trabalho manual dispensasse qualquer elaboração mental e que, mesmo admitindo-se o fracionamento do processo de trabalho em inúmeras partes, cada parte é executada por uma pessoa. Aceitar a existência de trabalhos intelectual e manual puros significaria aceitar que a teoria pode não apresentar qualquer relação concreta com a realidade, podendo ser idealizada sem qualquer destino ou origem real e não ter qualquer propósito que lhe dê sentido; por sua vez, que a prática seja realizada sem qualquer direção, plano ou orientação e que dela não resulte qualquer compreensão.

Os autores se reportam também à contribuição de Gramsci, que afirma que até mesmo a atividade mais elementar não dispensa o mínimo de reflexão para a sua realização e resulta em compreensão da atividade, assim como não há atividade intelectual que não requeira algum esforço físico, ou algum objetivo concreto, refletindo uma compreensão humana de processos naturais, produtivos, sociais e históricos. Para esse pensador, segundo o estudo de Silva e Germer (2008), permanece a associação entre as dimensões intelectual e manual do trabalho. O que caracteriza os seres humanos não é o fato de eles serem trabalhadores manuais ou intelectuais, mas a realização desses trabalhos em determinadas relações sociais. Por esse motivo é considerado um erro metodológico buscar a distinção entre ambos, ao invés de buscá-las no conjunto do sistema de relações no qual essas atividades se encontram.

Assim, os trabalhos manual e intelectual podem variar não somente no conteúdo ou nos requisitos para a sua realização, ou seja, de acordo com a fase do processo de trabalho, ramos de produção, mas também de acordo com as graduações de elaboração intelectual ou de esforço físico-nervoso que eles pressupõem. Em todas as formas de trabalho a elaboração

mental (teoria) e a ação prática estão presentes. Mas a classificação de trabalhador manual e trabalhador intelectual encontra correspondência em critérios de classe e da função dos indivíduos na sociedade; contudo, tais critérios e implicações não são perceptíveis e claros para todos.

Considerando essa teorização sobre o processo de divisão do trabalho é que pode ser explicado o fato de o trabalho em saúde também sofrer essa divisão, cabendo ao médico o diagnóstico e terapêutica que constituem os momentos mais intelectuais, mantendo-o assim como agente dominante desse processo. Já as tarefas associadas ao processo terapêutico, ditas manuais, passam a ser atribuição da enfermagem, bem como as funções complementares de outros agentes do trabalho médico, como os operadores de equipamentos. Então, na medida em que o trabalho reproduz a estrutura de classe social, o médico estabelece relações de poder com esses trabalhadores da saúde (ALMEIDA *et al.*, 1989).

Esse caráter de fragmentação do trabalho que, originalmente, era realizado pelo médico, caracteriza uma divisão vertical, que o mantém como agente hegemônico do processo de trabalho em saúde, notadamente em relação aos serviços de enfermagem e aos serviços auxiliares de diagnóstico. Todavia, vale salientar que a especialização dos atos diagnósticos e terapêuticos acabou por se constituir em trabalhos parcelares no próprio trabalho médico (SCHRAIBER, 1992). Já a divisão horizontal desse trabalho se dá com a constituição de profissionais especializados em partes dos processos diagnósticos e terapêuticos e a agregação de outros profissionais com áreas de atuação complementares, como psicólogos, odontólogos, fisioterapeutas entre outros (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Confirmando a teoria da centralidade do profissional médico e parcelização do trabalho, Garlet e Lima (2008) constataram, em estudo realizado em uma unidade de urgência e emergência no Rio Grande do Sul, que teve como objetivo analisar o processo de trabalho da equipe de saúde, que por estar inserida no ambiente hospitalar e receber influência do modelo médico-hegemônico, essa unidade apresenta uma organização do processo de trabalho centrada na figura do médico e na doença. Os demais integrantes da equipe desenvolvem atividades complementares e necessárias à sua atividade clínica. Esse processo é composto por vários agentes: médicos, enfermeiras, técnicos e auxiliares de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, entre outros, que caracterizam a presença de um trabalho coletivo, no entanto as ações são realizadas de maneira fragmentada e compartimentalizada.

A enfermagem também sofre a divisão do seu processo de trabalho na divisão das suas funções, ocorrendo uma diversificação interna, o que reproduz a divisão social entre trabalho

manual e intelectual. Assim, as categorias auxiliares ficam com o cuidado direto ao doente, enquanto o enfermeiro, com formação de nível superior se apropria do trabalho de supervisão e controle, garantindo sua posição de trabalhador intelectual da enfermagem; reproduz, dessa forma, a estrutura de classes da sociedade (MELO, 1986), e busca autonomia dentro do processo de trabalho.

O mercado em saúde, segundo Maria Helena Machado (1996), guarda particularidades em relação aos outros setores prestadores de serviços, por conta da essencialidade do seu objeto de trabalho que exige dos profissionais preparo especial, individualizado, o que aumenta a autonomia desses profissionais.

A obtenção e manutenção da autonomia das profissões aumentou, segundo Maria Helena Machado (1996), quando comparada com a das existentes na Idade Média. Foi exacerbada nas profissões modernas em função da sua crescente especialização. Uma mesma categoria pode apresentar condutas e formas de lidar com seus clientes de maneira variada, segundo a área e especialidade, bem como de profissional para profissional. A autonomia é pensada de uma forma mais abrangente, desde os aspectos relacionados ao saber, poder, técnica, até os graus de autonomia que o profissional mantém quando de sua inserção no mercado de trabalho. Segundo essa autora, deve-se ter o cuidado na avaliação da autonomia dos profissionais, pois essa depende do tempo e do espaço; ela é cautelosa em assumir a homogeneidade, pois considera que nem todas as profissões são igualmente valorizadas em todas as situações.

A profissão médica é uma das profissões que mantém um alto grau de autonomia, principalmente porque detém o controle de todo o seu processo de trabalho; os médicos são os executores diretos das suas atividades, não há delegação da sua essência técnica, não há subordinação e existe pouca abertura a outros profissionais. No entanto, mesmo se encontrando no topo do prestígio na indústria médica, relacionando-se de forma independente com sua clientela, está subordinado a um código de regras e normas organizacionais, as quais criam constrangimentos ambientais a sua prática profissional, limitando sensivelmente a sua autonomia e colocando em risco o ideal de trabalho (MACHADO, M., 1996).

Maria Helena Machado (1996) define profissão como 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.

Segundo Freidson (1970), o médico é considerado uma profissão por ser uma atividade produtiva e produtora de utilidades, vista como trabalho. Na reprodução das diferenças de classes, o trabalho em saúde preserva o diagnóstico e prescrição como núcleos que mantêm o médico como dominante e determinante do processo, pois o controle desses momentos “mais intelectuais” do trabalho garante o poder sobre o conjunto.

O conceito de profissão implica capacidade, clientes, organização e controle. Uma profissão é organizada em torno de um corpo especializado de conhecimentos (capacidade) adquiridos de forma regulada que, nas mãos de praticantes qualificados, é colocado em função das necessidades dos clientes, envolve uma organização que mantém sob controle o campo de atuação, protegendo-o de incursão de outros praticantes não reconhecidos e garantindo o monopólio de seu conhecimento. Tal organização também polícia a competência ética dos membros do grupo (FOSTER; ANDERSON, 1978).

Freidson (1970) chama a atenção para a importância da autonomia na definição de uma profissão, o que distinguiria; de fato, uma ocupação de uma profissão. Embora esse autor não desconheça que a autonomia médica dentro dos serviços públicos sofre limitação da sua atuação pelo Estado, ele diz que, em contrapartida, são reguladas as competências do monopólio do profissional médico diante das outras ocupações; mantêm-se dessa forma, o poder hegemônico do médico na área hospitalar.

A autonomia médica, segundo Cohn (1992) é demasiadamente discutida, situando-se a um determinado campo de atuação mais individualizado (o ato médico). No entanto, não pode ser negada a centralidade que esse profissional desempenha na divisão do trabalho hospitalar. Cabe a ele a decisão sobre o diagnóstico, a necessidade de exames para os pacientes, internação e alta (PIRES, 1996).

Maria Helena Machado (2000) diz que essa autonomia tem sido constantemente ameaçada pelo modo como muitas organizações têm utilizado seu gerenciamento. A administração dos serviços de saúde passa, a cada dia, para mãos de técnicos com formação em áreas distintas, ficando a cargo da economia, administração, advocacia, entre outras, que utilizam instrumentos da administração moderna com o objetivo de alcançar maior eficácia e eficiência nos serviços, passando a controlar o movimento clínico, administrativo e burocrático dos hospitais. Um exemplo desse modelo, segundo a autora, é o sistema de controle de procedimentos médicos americano que formula regras organizacionais e estandarização para retificar os diagnósticos, tendo como foco os pacientes. A tendência da burocracia é colocá-los no mesmo patamar dos trabalhadores de fábrica em relação às condições de trabalho e à ordenação das funções e papéis.

Mesmo considerando a centralidade do profissional médico dentro do sistema de saúde, o trabalho interdisciplinar não é um formalismo, constitui uma prática de integração social participativa e democrática, um trabalho coletivo em que objetivos, conhecimentos e experiências são usados para oferecer uma solução integral a problemas de saúde dos indivíduos e da coletividade. Para se ter proveito disso, é necessário que cada ator tenha clareza sobre o seu campo de intervenção, suas possibilidades e limitações, e sobre o campo dos demais.

De igual maneira, é necessário reconhecer e respeitar a diferença de saberes, gênero e profissões, potencializar a capacidade de cada ator, reconhecer sua importância dentro do grupo de trabalho, no sentido de que seu conhecimento e participação apontam a solução de problemas determinados (MACHADO, M., 1995), e buscar a redução de conflitos existentes na relação entre os profissionais, relacionados aos interesses de cada grupo na organização. Esses interesses são ligados ao trabalho que realizam e aos objetivos de cada categoria, como profissional de saúde. Desse conflito de interesses surgem as dificuldades de relacionamento entre eles (SILVA *et al.*, 2006).

Segundo Minayo (2004a, p. 82), o processo de trabalho é “um *locus* privilegiado das relações de produção e de reprodução dessas relações” [...]. Silva (1994) define que a finalidade do processo de trabalho em saúde é a ação terapêutica, sendo o objeto de trabalho o indivíduo doente ou os indivíduos/grupos sadios expostos a riscos; os meios de trabalho seriam os instrumentos e as condutas, constituindo o nível técnico de conhecimento; o produto final seria um serviço. Pelas características presentes no objeto de trabalho em saúde, por ser um objeto humano, que pode ao mesmo tempo em que sofre a ação ter capacidade de interferir no processo realizado, se torna um objeto diferenciado dos demais.

Pires (1996) chama a atenção para a complexidade desse objeto de trabalho que por si só não conduz a uma abordagem interdisciplinar. Ao contrário, pode haver, inclusive, duplicidade de tarefas, de práticas e de saberes distintos que são exercidos por vários entes diferentes, caracterizada pela parcelização do trabalho presente nos serviços. Diz ainda que o trabalho fragmentado leva à alienação tanto do objeto do trabalho (indivíduo, paciente) como também do trabalhador.

Considerando-se essa necessidade de trabalho em equipe, a manutenção da autonomia técnica dos profissionais dessa área e a expansão, a cada dia, de outros profissionais na área de saúde além dos tradicionalmente conhecidos, como médicos, enfermeiros, farmacêuticos, observa-se que o tema vem se tornando pauta de debates, uma vez que a expansão das atividades técnicas para outras áreas ou novas especialidades pode interferir na atividade dos

profissionais já existentes, visto que todos reivindicam prerrogativas monopolistas com o intuito de manter a reserva de mercado (MACHADO, M., 2000).

É ressaltado por vários autores (DESLANDES, 2002; FOUCAULT, 1977, 1979; NOGUEIRA, 1987) que nas organizações hospitalares existe uma predisposição em relação às alianças e arranjos entre os profissionais e entre os da mesma categoria principalmente, seja na divisão do trabalho, seja para atender aos próprios interesses. No processo de trabalho hospitalar, essas regras são usadas de acordo com o interesse de cada categoria profissional. Essa divisão pode ser considerada técnica, ideológica ou devida à adaptação ao sofrimento gerado pelo trabalho.

A discussão sobre espaço e as práticas dos agentes na organização hospitalar encontra em Foucault um referencial teórico. Esse autor sustenta que a introdução de mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital é que torna essa instituição propícia à medicalização; tudo é controlado, tanto os tempos quanto os espaços (FOUCAULT, 1979). Ele diz que na organização hospitalar há uma sujeição disciplinar, tanto dos doentes como dos trabalhadores, que produz os cuidados terapêuticos. É uma técnica de gestão dos homens. Implica coerção contínua, constante. É o que faz com que tudo, horários, doses de medicamentos, horários para comer, dormir, funcionem segundo essa visão.

Deslandes (2002) resalta que uma das críticas à teoria foucaultiana refere-se à idéia de confinamento na análise das organizações tidas como “instituições totais”, como a prisão, a escola e o hospital, por serem consideradas fechadas e não permitirem intervenções exteriores. Para Giddens (1989) a principal crítica à teoria foucaultiana é a ideia de “docilização”, a falta de resistência dos agentes.

Trata-se, sobretudo, de fato de que os ‘corpos’ de Foucault não são agentes. Até as mais rigorosas formas de disciplina pressupõem que os que lhes estão submetidos são agentes humanos “capazes”, sendo essa a razão de eles terem de ser ‘educados’, ao passo que as máquinas são meramente projetadas (GIDDENS, 1989).

“O hospital, cuja função inicial foi o controle social da produção considerada desviada e cuja atividade se centrava no cuidado, transforma-se no mecanismo coordenador de atenção” (GARCIA, 1983, p. 62-63). E junto com essa transformação aparece a especialização e o trabalho em equipe “[...] como características comuns à organização dos serviços de saúde nas sociedades que criaram ou incorporaram conhecimentos e técnicas médicas refinadas” (DONNANGELO, 1975, p. 54), ou seja, a autora reflete sobre a incorporação tecnológica e o surgimento das especialidades, em que fica patente “a

impossibilidade do domínio por um único profissional da totalidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis” [...] (PITTA, 1999, p. 47).

Nas organizações complexas, como os hospitais de especialidades, por exemplo o de emergência, o trabalho de assistência aos doentes tem se tornado, num momento, parte de todo um fluxo desenvolvido por uma equipe multiprofissional, que inclui recepcionistas, maqueiros, seguranças, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, assistentes sociais, médicos, administradores, entre outros, que atuam desde a recepção aos pacientes até a parte de hotelaria. Os profissionais exclusivos da área da assistência dependem dos outros trabalhadores para que seu trabalho seja executado.

Carampinheiro (1993) considera que o espaço onde as atividades de emergência acontecem não pode ser reduzido a uma simples descrição de lugar de trabalho, visto que é um complexo sistema de relações que liga elementos espaciais, físicos e simbólicos e organização da vida do serviço. Esse autor considera o espaço um contexto de interação em que os indivíduos atualizam as estruturas sociais, reproduzindo-as ou transformando-as.

Os serviços de saúde convivem, seja públicos ou privados, com a relação entre as corporações que têm grande poder de barganha na busca de assegurar para si prerrogativas monopolistas de trabalho, preços e forma de trabalho. No entanto, nem sempre conseguem o que buscam. Os médicos, enfermeiros e odontólogos são exemplos dessas corporações (MACHADO, M., 1996).

“A corporação não é apenas uma associação de indivíduos que exercem a mesma atividade profissional: ela monopoliza a arte e o ofício e, conseqüentemente, a produção, vedando-a a estranhos” [...] (MACHADO, M., 1992, p. 45).

Pelo fato de a saúde ser considerada um bem vital para a preservação e manutenção das sociedades, as profissões dessa área são exercidas sob a supervisão estatal especial. Significa que há disposição do Estado para regular e manter o monopólio das atividades de saúde. Essa forma particular de trabalho faz com que essas atividades sejam comparadas apenas aos educadores e sacerdotes (MACHADO, M., 1996).

Pela sua importância e necessidade, o setor da saúde faz com que a agenda internacional para as questões de Recursos Humanos (RH) nessa área defina políticas e grandes objetivos na busca de: aumentar a cobertura e fixação das equipes e profissionais para assegurar a prestação de serviços de forma adequada e equitativa; garantir competências e habilidades chaves para a força de trabalho em saúde; aumentar o desempenho da equipe dos profissionais diante de objetivos deferidos; e fortalecer a capacidade de planejamento e gerenciamento de recursos humanos no setor (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

A Organização Mundial de Saúde, por sua vez, procura estratégias focalizadas para a área de RH a serem implementadas a curto, médio e longo prazo, que incluem: fortalecimento das práticas gerenciais; desenvolvimento de políticas para incentivos e fixação de recursos humanos; apoio e disseminação dos serviços; disseminação das novas práticas; estudos de implantação e do impacto das políticas (custo de migração) da formação e do treinamento, da motivação e dos incentivos, das condições de trabalho; desenvolvimento dos sistemas de informação; fortalecimento da capacitação de formuladores de política regional e nacional e construção de infraestrutura (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004).

Embora esteja na pauta de organizações de peso e importância política como essas citadas, a realidade nem sempre é a que é planejada. Existe um hiato quase intransponível entre o que é planejado e que é efetivamente executado na área de Recursos Humanos da saúde dos serviços públicos brasileiros, o que gera distorções e insatisfação por parte dos trabalhadores dessa área no complexo processo de trabalho de saúde.

A seguir serão discutidas as condições de trabalho a que estão submetidos os trabalhadores dessa área no Brasil.

### **3.2 As condições de trabalho no setor saúde**

O trabalho se apropria de coisas e de um conjunto de coisas que utiliza como forças eficazes em conformidade com seu fim, existindo dois grupos de instrumentos que, de certa forma, potencializam esse trabalho: os instrumentos que servem para se apropriar do objeto e aqueles que servem para efetuar a transformação que se deseja. Existe, ainda, um terceiro grupo de instrumentos de trabalho, composto pelas “condições objetivas requeridas para o processo de trabalho acontecer”, e que, embora não se incorporem diretamente ao processo, são essenciais para que esse ocorra de maneira satisfatória (MENDES-GONÇALVES, 1992).

As condições de trabalho caracterizam-se pelas condições necessárias ao desenvolvimento de determinada atividade, que incluem instalações apropriadas, materiais específicos, pessoal com formação adequada e a própria organização desses recursos, para que atendam a dinâmica do processo de trabalho, tanto na quantidade quanto em qualidade, suficiente para a sua realização. [...] as condições de trabalho nos remete a instrumentos de trabalho em sentido restrito, como mediadores das ações dos trabalhadores, assim como, no sentido amplo, isto é, o local de trabalho (MACHADO, S., 1999, p. 115).

Pode-se levar, também, em consideração para a definição de condição de trabalho:

[...] os ambientes: físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, altitude, etc.), químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.) e biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos); as condições de higiene e segurança e as características antropométricas do posto de trabalho (DEJOURS, 1992b, p. 25).

Foucault (1977) já destacava o local de trabalho como a condição mais importante para que o trabalho pudesse acontecer e considerou que entre os locais onde se desenvolve o trabalho médico na história, o hospital se destaca como referência em todo o processo, ocupando uma posição tão fundamental que sua importância dificilmente pode ser exagerada.

Em estudo realizado por Dimenstein e Santos (2005) sobre o compromisso com o SUS entre os profissionais de saúde da rede básica de Natal, Rio Grande do Norte, foi evidenciado que existem fatores que facilitam o comprometimento dos profissionais com o trabalho e outros que dificultam esse comprometimento. Dentre os fatores, podem ser listados alguns relacionados à gestão e outros, ao indivíduo.

Relacionados à gestão: oferecimento de oportunidades para capacitação profissional; bom funcionamento do serviço; boa administração; **melhoria das condições de trabalho**; reconhecimento profissional, presença do nível central (supervisão) e aumento salarial.

Fatores de caráter pessoal: responsabilidade pessoal com a execução do próprio trabalho; gosto pelo que faz; bom relacionamento com os colegas. Dentre os fatores que dificultam o comprometimento: baixos salários, o que leva os profissionais a procurarem outros vínculos para complementação da renda (DIMENSTEIN; SANTOS, 2005, p. 104, grifo nosso)

Dentro da mesma pesquisa, foi abordada a questão da motivação dos profissionais do SUS, dentro da rede de serviços de Natal e foi percebido, através dos resultados encontrados, que as precárias condições de trabalho detectadas vêm refletindo em todas as categorias profissionais, tanto no que se refere à motivação, ao interesse e à disposição para o trabalho quanto às relações que se estabelecem com a equipe e a clientela.

Alves Filho e Borges (2005) observam que, a partir de estudo realizado em Natal sobre a motivação no trabalho dos profissionais de saúde, as condições de trabalho são consideradas como o principal indutor da força motivacional. Investimentos para melhorar essas condições são, sem dúvida, o primeiro passo para recuperar a motivação dos trabalhadores que se mostram desanimados no desempenho das suas funções dentro do ambiente de trabalho.

Segundo Maslach e Leiter (1999), o esgotamento físico e emocional encontrado nos trabalhadores não é um problema das pessoas, mas do ambiente em que elas trabalham. A

estrutura e o funcionamento do local de trabalho contribuem para o desenvolvimento do problema, moldando a forma como elas realizam o trabalho. Na pesquisa de Alves Filho e Borges, os profissionais ligavam a exaustão emocional ao hospital em que trabalhavam e não à profissão, principalmente as mulheres. Cada profissional reagia de forma diferenciada, o que se manifestava com diferentes significados atribuídos ao trabalho, na diferenciação da motivação, no desenvolvimento diferenciado da síndrome de *Burnout*.

A síndrome de *Burnout* é definida como uma síndrome psicológica decorrente da tensão emocional crônica vivenciada pelos profissionais cujo trabalho envolve o relacionamento intenso e freqüente com pessoas que necessitam de cuidado e/ou assistência. É um construto compreendido pelas dimensões Exaustão Emocional, Despersonalização e Diminuição da Realização pessoal (MASLACH, 1993; MASLACH; JACKSON, 1986).

Tamayo, Argolo e Borges (2005) salientam que a síndrome de *burnout* foi considerada um fenômeno psicológico pelo psiquiatra Herber Freudenberg em 1974. O interesse surgiu quando foi observado por esse profissional mudanças no comportamento de voluntários que trabalhavam cuidando de pessoas usuárias de drogas. Essas mudanças consistiam, principalmente, na perda da motivação e do comprometimento e eram acompanhadas de queixas psicossomáticas.

A psicóloga social Cristina Marlach também identificou o fenômeno durante seus estudos acerca da influência da carga emocional vivenciada no ambiente de trabalho por profissionais como enfermeiros, médicos, psiquiatras, assistentes sociais e advogados. A expressão *burnout* foi utilizada pela pesquisadora por ter identificado que era uma expressão comumente utilizada pelos defensores públicos para designar exaustão, cinismo e perda de comprometimento manifestado por alguns trabalhadores, e constatou que membros de sua equipe de outras categorias profissionais identificavam-se facilmente com a expressão, decidindo então adotá-la (TAMAYO; ARGOLO; BORGES, 2005).

Os profissionais de saúde convivem durante o seu trabalho com situações extremas, de prazer e/ou de sofrimento, pois lidam com o tênue limite entre saúde/doença, o que implica lidar cotidianamente com morte e doença. Além disso, são expostos a riscos no ambiente de trabalho, riscos que não se restringem à esfera física, mas abrangem também a saúde mental e o contexto ocupacional (PITTA, 1999). É a partir desse conceito que Machado e Correa (2002) corroboram com Pitta, quando declaram que “para alguns, a formulação do objeto do trabalho médico é a dor e a morte e sua finalidade, a ação terapêutica, a cura, a saúde, a vida”, o que pode ser extrapolado para os outros serviços, principalmente o de enfermagem.

Laurell e Noriega (1989) enfatizam que há um vazio teórico, que necessariamente tolera um vazio metodológico, em relação a como abordar o estudo do processo de trabalho na sua relação com a saúde, enfatizando a saúde dos trabalhadores dessa área. Os mesmos autores, discutindo as relações entre processo de produção e saúde, conferem papel de destaque ao conceito de desgaste em sua construção teórico-metodológica. A definição de desgaste, portanto, está associada à perda da capacidade, efetiva e/ou potencial, biológica e psíquica do indivíduo, considerando-o mediador privilegiado entre o processo de trabalho e a constituição biopsíquica característica de grupos de trabalhadores.

As categorias que Rego (1993) utiliza para compreender a mediação entre trabalho e sofrimento psíquico podem ser apresentadas resumidamente como:

- a) carência de poder - relacionada à perda do controle do trabalhador sobre os instrumentos de trabalho, sobre os ritmos, os movimentos e as habilidades;
- b) falta de significação do trabalho - é atribuída à divisão do trabalho. Esse fato leva à carência de responsabilidade concreta do trabalhador em relação a seu trabalho, não requerendo a sua compreensão do processo como um todo. A responsabilidade, a solução de problemas, a tomada de decisões, por exemplo, são atribuições de terceiros, alheios inclusive à dinâmica do processo de trabalho em si. Essa relação fragmentada rouba o senso de propósito do indivíduo;
- c) isolamento social - refere-se ao sentimento de não pertencer à comunidade de trabalho. Ser membro desse tipo de grupo implica a adesão aos objetivos institucionais e resulta em sentimentos de lealdade com a organização, o que significa dizer que uma comunidade laboral é composta por uma rede de relações sociais que se estabelecem no trabalho e que é valorizada pelos seus membros;
- d) auto-estranhamento - ausência de envolvimento do sujeito com o trabalho. Tem relação próxima, embora não causal com os outros componentes. Isso significa dizer que, quanto maior o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho imediato, quanto maiores a significação do trabalho para ele e a sua integração ao processo, maior será a chance de que o trabalho seja a expressão pessoal desse trabalhador e não o conduza ao estranhamento.

Os trabalhadores da saúde, principalmente aqueles que desenvolvem suas atividades na assistência direta, que trabalham na ponta do sistema, que lidam diariamente com a população usuária sofrem pressão contínua no dia-a-dia do seu trabalho, com reivindicações

por parte dos usuários quanto à responsabilização pessoal pelo desempenho da sua função. E, segundo Maria Helena Machado (1996) exigem-se explicações detalhadas dos procedimentos a serem adotados em cada caso particular e busca-se, também, não só compreender, mas certificar-se de que está sendo atendido corretamente. Muitas vezes, chega-se a levar as faltas para serem julgadas pelo Poder Judicial, o que tem acarretado certa ansiedade na rotina de trabalho diária dos profissionais dentro dos serviços.

As más condições de trabalho dos serviços de saúde no Brasil apontadas por Maria Helena Machado (1996) em pesquisa sobre o Perfil dos médicos no Brasil, foram caracterizadas como questão da conjuntura política brasileira, evidenciadas pela redução dos investimentos em políticas sociais, racionalização de custos, maior adequação entre custo-benefício e redução de pessoal auxiliar, consideradas como fontes importantes da insatisfação dos profissionais de saúde em instituições de saúde públicas ou privadas. Isso tem trazido danos para o desempenho dos profissionais, quando muitas vezes esses respondem por áreas que estão além das suas responsabilidades, e também riscos para quem está sendo atendido, no caso os usuários, uma vez que em tese o profissional não estaria preparado ou disponível para tal atuação.

No processo de trabalho hospitalar, as profissões de medicina e enfermagem são predominantes e ocupam espaço já legitimado e privilegiado, como dominantes de todo o processo que acontece dentro dessas instituições (MACHADO; CORREA, 2002). Quando esse processo de trabalho acontece dentro de um serviço de emergência, além dos aspectos já mencionados sobre o que pode interferir nas condições de trabalho dentro do hospital, há de serem considerados, também, a gravidade dos casos atendidos, o ambiente de tensão, os conflitos entre as equipes, o contato com o extremo sofrimento humano. As pessoas que trabalham em emergência têm a finalidade de prestar assistência a qualquer indivíduo que, por situação aguda primitiva ou por conseqüência de doença preexistente, agravada ou complicada subitamente, exija tratamento imediato ou no prazo máximo de algumas horas e em outros casos necessite de observação constante (MACHADO, S., 1999).

Durante os atendimentos de emergência são inerentes aos profissionais uma sobrecarga emocional frente à dramaticidade dos casos e à expectativa dos usuários, seja a família ou a própria pessoa que vai receber o atendimento, pois é esperado sempre que se tenha total êxito, e essa tensão alcança limites extremos quando as situações se referem a grandes emergências como: edema agudo de pulmão, politraumatismos, infarto agudo do miocárdio, cetoacidose diabética, ferimentos por arma de fogo e/ou arma branca, paradas

cárdiorrespiratórias entre outras, que envolvem risco de vida. Situações que podem se tornar ainda mais graves quando as condições de trabalho não são as ideais.

Segundo Duarte *et al.* (2000), em 1980, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) reconhece, pela primeira vez, as dificuldades enfrentadas pelos profissionais de enfermagem quanto às suas condições de trabalho, rotatividade, alta evasão da profissão, insatisfação e falta de motivação, a baixa demanda nos cursos de graduação e dificuldades no processo de formação profissional. Esses pesquisadores relatam que a maior parte desses profissionais interrompe suas atividades para cuidar de filhos, ou para exercer outra profissão. Só as mais determinadas e solteiras continuam na carreira profissional, levando-se em consideração que a grande maioria é representada por mulheres que, além do trabalho formal, ocupam posição familiar de grande responsabilidade.

O desgaste físico, a baixa remuneração, o desprestígio social são fatores que, associados às condições inadequadas de trabalho, tanto relativas ao ambiente quanto as atividades insalubres, vêm refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada á clientela. Isso termina por levar o enfermeiro ao abandono da profissão e, conseqüentemente, à escassez de profissionais no mercado de trabalho.

Em vários países, como Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia esses profissionais destacam também a preocupação em relação às condições de trabalho. Em pesquisa realizada pela Universidade da Pensilvânia, com 43.329 enfermeiros em 711 hospitais, 40% dos entrevistados referiram estar insatisfeitos com seu trabalho atual e um em cada cinco, em todas as faixas etárias, afirmaram que pretendiam deixar o trabalho em um ano (MARZIALE, 2001).

A escassez de enfermeiros no mercado de trabalho americano, segundo Marziale (2001), teve início nas décadas de 80 a 90, quando muitas jovens decidiram recusar a baixa remuneração e as difíceis condições de trabalho de enfermagem e optar por outras profissões da área de saúde. Conseqüentemente, as que se formavam e ingressavam na profissão não conseguiam suprimir o déficit dos enfermeiros que se aposentavam. Fato que tem alterado a caracterização da força de trabalho, principalmente em idade média, a qual é de 42 anos, com a previsão de em 2010 ser de 45 anos. A literatura científica demonstra que, em vários países da América do Sul, as condições de trabalho são consideradas piores do que aquelas vividas pelos enfermeiros americanos e europeus, pela própria dificuldade econômica e social dos países em desenvolvimento.

Sendo o cuidado de enfermagem o objeto de trabalho do enfermeiro, não se pode deixar de buscar subsídios que possam fortalecer a luta por melhores condições de trabalho

para esses profissionais desenvolverem a sua função, que é dar uma assistência de enfermagem de qualidade, cumprindo assim o seu papel como profissional e cidadão e mantendo o seu compromisso assumido quando decidiu ser enfermeiro.

Para uma melhor compreensão do processo de trabalho do enfermeiro, a seguir serão feitas algumas abordagens sobre o tema.

### **3.3 A enfermagem e o seu processo de trabalho**

A enfermagem se institucionaliza e emerge com a finalidade de organizar, disciplinar e hierarquizar o ambiente hospitalar para possibilitar o projeto de cura e recuperação da força de trabalho, com a organização e institucionalização do hospital como local de cura, na Europa, no final do século XVIII (ALMEIDA *et al.*, 1989).

O hospital, para Foucault (1977), representa o local onde o saber médico passa a ser traduzido no dia-a-dia de forma ativa e atual, não apenas nos livros e de forma impressa. É a partir dessa nova prática da medicina e do surgimento do hospital como instituição criada com o intuito de cuidar do corpo anátomo-patológico e como instrumento do trabalho médico para alcançar a cura dos doentes, que é possível o encontro da medicina com a enfermagem (ALMEIDA *et al.*, 1989).

O trabalho em saúde, no mundo moderno, e particularmente as ações de enfermagem sofrem influência direta do modelo político-econômico das sociedades capitalistas. Processo iniciado com a Revolução Industrial, no século XVIII, e fortalecido com o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra no séc. XIX (TURKIEWICZ, 1995). Surge, então, na Inglaterra, um ícone da enfermagem mundial, Florence Nightingale, que resolve se dedicar a estudar a enfermagem com determinação, dedicação e amor à profissão. Sua inteligência incomum, e sendo parte da nobreza inglesa, foi determinante para o convite do governo inglês para trabalhar nos hospitais militares durante a guerra da Criméia, de cuja experiência desenvolveu mais tarde as bases para a nova profissão. Iniciou o ensino da enfermagem, e na sua escola no *Saint Thomas Hospital*, primava por princípios morais e de conduta em detrimento de conhecimento científico. Formava dois tipos de profissionais, as *ladies-nurses*, mulheres de classe social elevada para o ensino e supervisão do pessoal, e as *nurses* de classe inferior que recebiam salários para cuidar direto do paciente. Essa escola serviu de modelo para o ensino da enfermagem por outras partes do mundo (GASTALDO; MEYER, 1989).

O processo de trabalho em enfermagem se organizou de acordo com Melo (1986) e Silva (1989) em três direções: a primeira com a finalidade de organizar o cuidado com o doente, ou seja, sistematizar a assistência; a segunda direção voltada para organizar o ambiente terapêutico, através dos mecanismos de limpeza e higiene do ambiente, e a terceira, organizar os agentes de enfermagem, com treinamento e disciplina. O nascimento da enfermagem profissional no Brasil e na Inglaterra apresentam algumas peculiaridades semelhantes, como a arregimentação de parcelas diversificadas com vinculações de classes diferenciadas da população feminina, engajadas na profissão.

Os atos de enfermagem estão contrabalançados entre a arte e a ciência, a filosofia e a técnica. A enfermagem, portanto, partindo desse pressuposto, caracteriza-se por ser uma ciência formada por pessoas e observações, compreendendo a saúde e a doença (LIMA, 1993).

Para Almeida e Rocha (1989, p. 29), as técnicas “estiveram sempre presentes nos cuidados de enfermagem e eram tidas como a arte da enfermagem. O objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente, mas na maneira de ser executada a tarefa”. Segundo Almeida (1984), existia dentro dessa visão a quebra entre a concepção e execução do trabalho. O objetivo primordial era a execução da tarefa no menor período de tempo, sem a necessidade de reflexão sobre o trabalho executado, principalmente, pelos trabalhadores de menor instrução dentro da enfermagem. Segundo essa autora, enquanto o saber da medicina vai passando do ambiente para o doente, o da enfermagem centra-se no ambiente dele.

Nightingale (1946, p. 6) tinha a seguinte visão sobre a enfermagem, a partir da sua visão da medicina:

Eu uso a palavra enfermagem por falta de uma melhor. Ela tem sido limitada para significar mais do que aplicações de medicamentos e cataplasmas. Significa o próprio uso do ar fresco, luz, calor, limpeza, silêncio e a própria seleção e administração de dieta. Pensa-se sempre que medicina é um processo de cura. Não é tal coisa; medicina é a recuperação de funções, é como a própria recuperação dos membros e órgãos. Ninguém pode fazer mais do que remover obstruções, ninguém pode curar; somente a natureza cura. [...] e o que a enfermagem tem que fazer em cada caso, é colocar o paciente na melhor condição para a natureza agir.

A visão da enfermagem como arte é anterior à enfermagem como ciência, pela forma como a enfermagem era desenvolvida, como prioridade do cuidado ao doente com ternura, carinho, abnegação, em detrimento do conhecimento.

A arte é um conjunto de conhecimentos práticos que mostram como trabalhar para conseguir certos resultados. Uma arte não envolve qualquer entendimento do por

quê das obras acabadas. [...] a enfermagem deve ser compreendida como a arte e ciência de pessoas que convivem e cuidam de outras pessoas. É uma profissão dinâmica, sujeita as transformações permanentes e que está continuamente incorporando reflexões sobre novos temas, problemas e ações; porque seu princípio é o manter ou restaurar a dignidade do corpo em todos os âmbitos da vida (LIMA, 1993, p. 8).

Para Collet *et al.* (1996) as técnicas constituíram o primeiro arcabouço organizado e sistematizado que instrumentalizou o processo de trabalho da enfermagem moderna.

Seguindo as mudanças da sociedade, a técnica também necessita evoluir, ainda mais quando na área médica a tecnologia anda a uma velocidade muito rápida, o que inclusive obriga aos profissionais da área estarem sempre se atualizando, incluindo aí o enfermeiro, que necessita estar informado a respeito das mudanças para além de realizar as suas funções e ter condições de orientar os profissionais que estão sob sua responsabilidade técnica e administrativa. A técnica é um instrumento de ligação do enfermeiro com o paciente/usuário, e é utilizada para prestar os cuidados baseados tanto no conhecimento científico como também no respeito às normas éticas e humanísticas.

Com o avanço da tecnologia no Século XX, a divisão do trabalho se faz presente tanto nas empresas, de uma forma geral, como também dentro das instituições de saúde, com as especializações e dentro do corpo de enfermagem. Isso em decorrência do aumento do número de hospitais e da necessidade premente de pessoal para ocupar os cargos que estavam surgindo. Com a divisão do trabalho, aparece então dentro da enfermagem, os cargos de diretor, supervisor, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem. O enfermeiro com nível superior voltado para o ensino e para a administração da assistência, controlava a assistência delegando tarefas específicas de cunho manual aos demais membros da equipe. Essa delegação de tarefas implicou também a delegação de responsabilidades entre os diferentes níveis hierárquicos, com a conseqüente possibilidade de sanções pelo não cumprimento, fundamentado na proposta de gerência de *Taylor*, que tinha como visão a racionalidade e eficiência nas fábricas e separação entre concepção e execução do trabalho (ALMEIDA, 1984).

A distribuição das tarefas passa a ser feita de acordo com a complexidade e o nível de competência pessoal. Essas idéias foram introduzidas na enfermagem americana, nas primeiras décadas do século XX, e se intensificaram na grande depressão econômica nos anos 30, prolongando-se até a II Guerra Mundial. O crescimento do número de pacientes e a estratificação do pessoal de enfermagem acabou com a relação um por um, enfermeiro-paciente, que existiu na enfermagem particular americana, dando lugar à enfermagem

funcional, baseada em tarefas, com pessoas não preparadas, e os enfermeiros passando a ocupar cargos de supervisão nas unidades de internação. Surge, então, na década de 50, a necessidade da organização de princípios científicos para nortear a prática de enfermagem. A enfermagem até então era vista como não científica e suas ações baseadas na intuição.

A proposta dos princípios científicos foi debatida por muitos estudiosos americanos da área, e em 1959 surge a primeira edição dos princípios que norteariam a enfermagem. São princípios derivados da psicologia, sociologia, antropologia, química, física, anatomia, fisiologia e microbiologia (ALMEIDA, 1984).

Segundo, ainda, a mesma autora citada acima, enquanto são elaborados os princípios científicos, procurando dar fundamentação para os procedimentos de enfermagem, na assistência é elaborado e caracterizado o trabalho em equipe, na busca de harmonizar a assistência com os princípios científicos e dar um tratamento humanizado, a fim de melhorar o cuidado ao paciente. É importante lembrar que o saber da enfermagem tem sido um saber que busca outras áreas do conhecimento para organizar a sua prática, sendo prevalente a área biológica.

A função peculiar do enfermeiro é dar assistência ao indivíduo doente ou sadio, ou desempenhar atividades que contribuam para manter a saúde ou para recuperá-la (ou favorecer uma morte serena) (ALMEIDA, 1984).

Na década de 40, nos Estados Unidos, houve uma mudança no discurso favorável à divisão de tarefas, e começou a introdução da modalidade do trabalho em equipe, por conta da organização do trabalho que se automatizava nas fábricas. Surge, então, a escola de relações humanas que critica a administração científica, sugerindo a substituição do *homo economicus* pelo *homo social*, mas sempre perseguindo o aumento da produtividade com a redução dos custos. Elton Mayo, considerado o precursor dessa escola, baseava-se na hipótese de que a produtividade é função direta de satisfação no trabalho (ALMEIDA, 1984; CHIAVENATO, 2000; MOTTA, 1981).

A escola das relações humanas volta a atenção para o trabalhador e a satisfação no trabalho, para a maximização dos resultados. O trabalho em equipe na enfermagem persegue também esses mesmos objetivos. Com a introdução da escola de relações humanas, o homem passa a ser o foco da atenção, reforçado pelo posicionamento da psicologia social e individual, valorizando não só o homem como um corpo biológico, mas um ser bio-psico-social. O foco da enfermagem que estava centrado na tarefa passa a centrar-se nas necessidades do paciente (ALMEIDA, 1984; CHIAVENATO, 2000; MOTTA, 1981).

Não é apenas a complexidade do saber que vai direcionar o que cabe à enfermeira realizar, mas sim o próprio desenrolar da prática de enfermagem no conjunto das práticas de saúde. A determinação do limite das funções de cada categoria dentro da enfermagem tem sido muito difícil, na prática, devido à crise de identidade desses elementos; o que se pode observar é que todas as atividades são executadas por todos, e não como esclarece a definição da própria Lei do Exercício Profissional (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009), que coloca nas mãos dos enfermeiros as atividades ditas mais complexas e aquelas mais simples nas mãos do pessoal auxiliar. Junto a essas peculiaridades, é acrescentada a dificuldade para definir o que é mais complexo no cuidado ao paciente.

A definição das funções desses vários entes da enfermagem tem sido o movimento mais forte e constante dos enfermeiros brasileiros nos últimos decênios, na definição do seu espaço e, conseqüentemente, diferenciação e liderança do pessoal auxiliar. Desde 1973 que o Conselho Federal de Enfermagem vem lutando para regulamentação da profissão da enfermagem para melhor definição desses espaços (ALMEIDA, 1984).

A Lei do exercício profissional da enfermagem é regulamentada em 1986, sob o Nº 7.498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2009). A Lei diz no Artigo 11 que o enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem, cabendo-lhe privativamente, entre outras: “Parágrafo 1º - Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida; Parágrafo 2º- Cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas”.

Portanto, baseada nas suas responsabilidades, a enfermagem tem procurado desenvolver suas próprias teorias, na busca de constituir um corpo de conhecimentos específicos que não seja unicamente a soma de fatos e princípios de outras ciências. Tem avançado desde uma era pré-científica a uma era científica e humanista. É conveniente que ela mesma determine seus próprios limites de atuação no contexto das relações de colaboração que estabelece com outros profissionais da saúde. A preocupação fundamental consiste em colocar em um de seus mais altos níveis de prioridades as necessidades de saúde da coletividade.

Almeida (1984, p. 138-139) conclui, a partir dos estudos para a elaboração da sua tese sobre o saber da enfermagem, o seguinte:

[...] em relação à construção do corpo de conhecimentos específicos da enfermagem é de que muitas teorias expressam a formalização da organização das ações de enfermagem para a prestação do cuidado, mais que, propriamente, teorizar sobre o cuidado. As autoras que expressam este direcionamento, dentre as estudadas, são: Roy (teoria da adaptação); Levine (teoria holística); Brodt (teoria sinérgica);

Rogers King (teoria do alcance dos objetivos) e Horta (teoria das necessidades humanas básicas). As autoras nas suas teorias propõem como a enfermagem deve se organizar, como processo, para dar resposta aos problemas da saúde do homem. Sendo este homem um ser bio-psico-social em intercessão com o meio ambiente têmporo-espacial, perdendo dessa maneira, sua historicidade e concretude, passando a ser universal. Assim o objeto de trabalho da enfermagem, o cuidado, é conceituado do ponto de vista de uma abordagem interna da saúde, privilegiando o equilíbrio, a homeostase, a interação das partes, a adaptação. O que pode ser observado é que não há uma definição clara do papel da enfermagem, ora está imbricada com a medicina, ora se aproxima da psicologia.

Almeida (1984) elaborou reflexões sobre até que ponto a proximidade da enfermagem com a medicina dificulta a compreensão do que seja a enfermagem, e sua conceituação ainda é um campo em debate como demonstrado através do estudo das teorias. O saber da enfermagem sempre esteve muito próximo da medicina, seus limites são irregulares e até sobrepostos. Levando em consideração que o trabalho em saúde é desenvolvido de forma coletiva e vários trabalhadores cuidam de um mesmo corpo, isso vem dificultar mais ainda, no seu interior, a autonomia dessas práticas que estão ombro a ombro (enfermagem e medicina) e desenvolvem um trabalho que busca a manutenção e recuperação dos corpos socialmente investidos. E é nesse espaço que se descobrem as limitações de cada parte e podem-se também vislumbrar as possibilidades, sendo um espaço social que permite mudanças. Apesar da origem dos saberes ter ocorrido cada um no seu tempo - as técnicas, no início do século; os princípios científicos, na década de 50 e as teorias na década de 70 - eles não são excludentes, não se tem um movimento do intuitivo para o científico, do conhecimento dependente para o autônomo.

Com base no que foi visto até agora se observa que, na atualidade, o trabalho de enfermagem, no Brasil, pode ser caracterizado, genericamente, como de modalidade funcional, ou seja, é todo dividido em tarefas e procedimentos, sendo as técnicas e os princípios científicos os instrumentos de trabalho dominantes. Os saberes e as práticas da enfermagem não são os produtos somente do cientificismo técnico e o produto da enfermagem tomado isoladamente. O seu saber é histórico e, assim sendo, contempla a estrutura organizacional e política dos serviços de saúde e a estrutura social do país, na dinâmica das relações econômicas, políticas e ideológicas.

Um dos problemas da assistência de enfermagem no Brasil é o distanciamento do enfermeiro do seu objeto de trabalho, o cuidado ao paciente. O profissional enfermeiro passa a gerenciar o processo de trabalho que foi subdividido com os profissionais de nível médio e elementar, na maioria das vezes alienados do processo de trabalho e realizando apenas as tarefas que lhes são delegadas. Para controlar o pessoal, o enfermeiro utiliza seu saber, como

instrumental ideológico de poder. Essa divisão técnica, que caminha no mesmo sentido da divisão social do trabalho, não é um acontecimento isolado, mas um problema que envolve todos os que fazem parte do próprio setor da saúde. Pois não existe uma teoria que articule o processo de trabalho em saúde, contemplando todo o pessoal da área.

Nightingale legitimou a hierarquia e disciplina no trabalho de enfermagem, trazidas de sua alta classe social, da organização religiosa e militar; materializou as relações de dominação-subordinação e reproduziu na enfermagem as relações de classe social. Introduziu o modelo vocacional ou a arte de enfermagem. Não só o ambiente físico do hospital passa a ser objeto de disciplinação, como também o pessoal de enfermagem, pois o cuidado era realizado por mulheres decadentes, necessitando, portanto, de disciplina (ALMEIDA, 1984).

No Brasil, uma das características que marcaram a enfermagem no imaginário popular de que a enfermagem tem que ser abnegada, dedicada, obediente, foi a história de Ana Nery. Senhora da alta sociedade baiana, viúva de oficial, decidiu ir para a Guerra do Paraguai, em 1865, para cuidar dos soldados feridos após a ida dos seus filhos e irmãos, tendo ficado a ideia da sua abnegação em se doar durante a guerra, o que deixou uma marca profunda na profissão, de que o enfermeiro deve ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade (GERMANO, 1993).

A grande ligação das precursoras da enfermagem com a guerra foi devido à capacidade de improvisação e criatividade dessas mulheres, características essas que são observadas até hoje no dia-a-dia dos serviços, o que pode ser considerado pelo desejo de servir ao próximo e pelo espírito cívico de servir ao Estado, independentemente do ônus social que essas guerras pudessem causar (PIRES, 1989). Elas conseguiam o reconhecimento social, mesmo considerando que as mulheres tinham poucas oportunidades fora do lar, porque elas não ameaçavam a ordem social estabelecida e, além disso, cumpriam um papel de reprodução da sociedade que era de qualquer forma a função das mulheres, cuidar dos filhos, cuidar da ordem da casa, atendendo assim a ideologia dominante.

A enfermagem exercida no Brasil desde a colonização até o século XX foi uma enfermagem com conotação caridosa, praticada por religiosas que se orientavam por livros editados em Portugal. As atividades eram direcionadas para limpeza do hospital, administração dos empregados e pelo cuidado com os doentes (MACHADO, R. *et al.*, 1995).

Segundo Viana (2005) a enfermagem profissional brasileira emerge do projeto sanitário, o qual tinha a finalidade de propor condições sanitárias adequadas ao desenvolvimento capitalista, nascido no modelo das escolas e dos serviços de saúde

americanos. As características de servir à pátria, a religiosidade e o espírito de caridade foram impregnados aos valores e à ideologia da enfermagem, principalmente no modelo vocacional.

Com o início do ensino, em 1926, com a Escola Nacional de Enfermeiras Diplomadas Brasileiras, a regulamentação da enfermagem pelo Decreto nº 20.109/1931 e, também, com a publicação da revista *Anais de Enfermagem*, em 1932, que passou a se chamar Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) em 1964, a enfermagem brasileira se consolida com momentos significativos para o desenvolvimento da profissão, norteadas pelos momentos vigentes em cada fase (SILVA, 1989).

A fase da construção das teorias da enfermagem objetivou a elaboração de um corpo de conhecimentos que conferisse à enfermagem o *status* de ciência, já que o saber expresso pelos princípios científicos era dependente de outras ciências e não possuía natureza específica. Diante das teorias, é importante frisar que, em virtude dos papéis que desempenha a enfermagem, é necessário introduzir uma base de sustentação, mas também o conhecimento de normas, valores e mesmo emoções.

No século XIX, o objeto da enfermagem era a execução de técnicas; na atualidade, esse objeto está centrado no cuidado. O cuidado apresenta-se de acordo com Waldow (1998, p. 191) como sendo o processo de:

Desenvolvimento de ações, atitudes e comportamentos, com base em conhecimento científico, experiência, intuição e pensamento crítico, realizadas com e para com o paciente/ cliente/ser, cuidado no sentido de promover, manter e/ou recuperar sua dignidade e totalidade humanas. Essa dignidade e totalidade englobam o sentido de integridade e a plenitude física, social, emocional, espiritual e intelectual nas fases do viver e do morrer e constitui, em última análise, um processo de transformação de ambos, cuidador e ser cuidado.

No campo da enfermagem, o saber significa ações sistematizadas e seqüenciais que visam ao cuidado e à busca da autonomia e delimitação dos seus limites de atuação no trabalho com outros profissionais. Essa procura da autonomia e da especificidade da enfermagem, ao longo do tempo, enfatiza a construção de um corpo de conhecimento específico da enfermagem e a formalização de conceitos e teorias (HORTA, 1970).

Na instituição hospitalar, o trabalho do enfermeiro se desenvolve em unidades de cuidados, organizadas segundo as várias especialidades médicas e de acordo com as categorias existentes na carreira de enfermagem. Os técnicos e auxiliares de enfermagem executam suas tarefas, obedecendo a uma escala diária de atividades, a qual é elaborada pelo enfermeiro logo que se inicia o turno de trabalho nesses locais.

Fica sob a responsabilidade do enfermeiro a avaliação do paciente, a elaboração dos planos de cuidados, a execução dos cuidados mais complexos e ao nível médio (técnicos e auxiliares) ficam os cuidados conforme sua capacitação profissional. A delegação do trabalho mais simples se refere àquelas atividades que podem ser organizadas em rotinas, necessitando apenas do saber técnico para realizá-las. A distribuição diária, através da escala, faz com que os técnicos e os auxiliares de enfermagem realizem a maioria dos cuidados diretos com o paciente, tornando as suas relações mais próximas quando comparadas com a relação estabelecida entre o enfermeiro e o paciente (MAGALHÃES; JUCHEN, 2000). Essas atividades podem ser: administração de medicamentos, higienização, administração de dietas, acompanhamento para exames, verificação dos sinais vitais, entre outras.

Esse modelo de assistência de delegação de atividade acaba por colocar o profissional enfermeiro apenas como co-participante da assistência, e não determinante dela, uma vez que fica mais ligada à parte administrativa e coordenação dos processos terapêuticos.

Na formação do enfermeiro, ele recebe orientação e conhecimento para atuar diretamente na assistência, no entanto, quando se depara com a prática, na maioria das vezes, fica preso ao processo apenas de administrar, tendo inclusive, segundo Viana (2005), optado por fazer enfermagem como graduação com o pensamento de cuidar de pessoas e não de administrar. Assim, logo no início da carreira, apresenta sinais de frustração pelo fato de não conseguir chegar junto aos pacientes, na maioria das vezes, pela impossibilidade devido à alta demanda de pacientes e poucos profissionais disponíveis. Situação que vai colocá-lo à margem do processo cuidar, pelo avanço tecnológico que é voraz e não há como acompanhá-lo se não se estiver na atividade direta e diariamente.

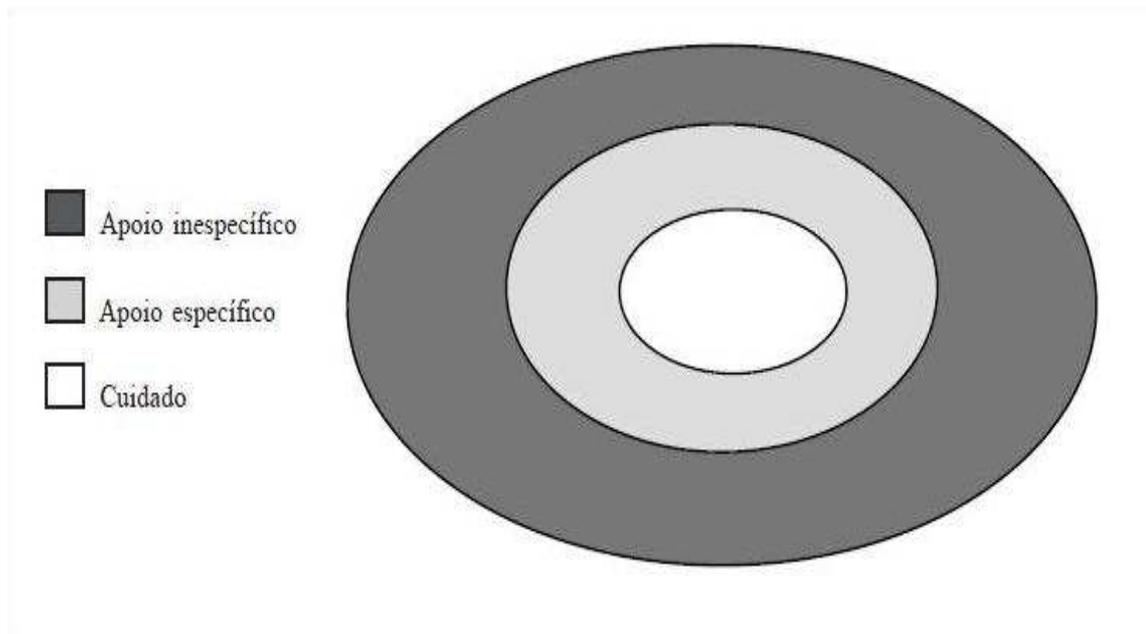
Boff (1999, p. 33) diz que: “cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo com o outro”.

O objeto de trabalho hospitalar é complexo e humano, interage com o profissional e o processo depende dessa cooperação. Por interagir no processo de trabalho, pode ser considerado também como parte dos recursos humanos do hospital. A necessidade social geradora do trabalho e o objeto do trabalho hospitalar formam uma unidade e essa cooperação ocorre entre o trabalhador e o seu objeto (MACHADO; CORREA, 2002).

O trabalho hospitalar pode, esquematicamente ser representado, segundo Machado e Correa (2002), através de um esquema concêntrico, em que o centro da atividade hospitalar é chamado genericamente de cuidado com o paciente (Figura 1) e aí se concentram as atividades realizadas, essencialmente, pelos profissionais médicos e de enfermagem, desde a

tomada de decisões em relação ao que fazer com o doente, às tarefas consideradas mais simples como, por exemplo, a verificação da temperatura pelos técnicos de enfermagem. Considera-se com alta carga de trabalho todos que se concentram nesse ponto, embora seja seguida uma hierarquia fundamentada no saber e na decisão técnica. Existem ainda dois grupos considerados de apoio, o primeiro, especificamente, relacionado com a saúde do paciente, como exames laboratoriais, de imagens e funcionais, nutrição, assistência social e farmácia. E outro, de atividade de apoio, chamada inespecífico, como limpeza e manutenção em geral, que também se divide em predial e de equipamentos.

O centro, onde fica o primeiro grupo, representa o grupo que tem mais contato com os pacientes e o foco mais tradicional e, de certa forma, mais estável, mesmo diante das mudanças tecnológicas. Nesse grupo predominam o contato humano e a relação entre pessoas. O segundo grupo tem um contato indireto, intermediado pela técnica, sofre influência direta dos avanços tecnológicos. O terceiro conjuga um trabalho menos qualificado com outro de alta qualificação e os dois representam a área externa de biossegurança no hospital, com contato eventual com o pacientes.



**Figura 1 – Esquema do processo de trabalho no hospital.**

Fonte: Machado e Correa (2002)

Pelo contato mais constante com os pacientes/usuários, os profissionais necessitam que esses colaborem com o seu trabalho para o alcance da sua finalidade, que é prestar cuidado. Nesse processo de trabalho, pela proximidade das tarefas executadas pelos profissionais, principalmente o enfermeiro, técnicos/auxiliares de enfermagem e médicos

estão expostos às situações em que fica evidente o risco potencial de contaminação que o usuário representa para esses profissionais, o que pode interferir na saúde desses trabalhadores.

Quando se relaciona saúde e trabalho no hospital é sempre demonstrada a relação entre sofrimento ou desgaste dos profissionais em contraste com a forma como o hospital se organiza. Nesse modelo dominante de análise do trabalho hospitalar, é enfatizada a sua importância como responsável pelo sofrimento psíquico dos trabalhadores. Essa categoria é definida como sinônimo de mal-estar e de sentimento de vida contrariada. Embora a organização do trabalho exerça uma ação específica sobre o aparelho psíquico, não existe doença mental específica do trabalho. O que pode ocorrer, em muitas ocasiões, é o aparecimento de doenças somáticas mediadas pelo sofrimento psíquico.

O hospital tem na sua organização um conjunto de normas e regras que estabelecem a forma como o trabalho deve ser executado em uma unidade de produção. Ou seja, ele funciona com disciplina rígida, com controle dos tempos e dos espaços, e envolve aspectos técnicos e afetivos dos trabalhadores, além de outros aspectos que são controlados, como: grau de iniciativa e autonomia, grau de ambigüidade sobre os resultados da tarefa; *status* social da atividade; possibilidade de cooperação e comunicação, entre muitos outros. A forte ligação dos trabalhadores com todo o processo pode causar distúrbios quando esses têm pouca participação no controle sobre o processo de trabalho no hospital, o que pode resultar em carga psíquica (DEJOURS, 1992a, 1998; MACHADO; CORREA, 2002; REGO, 1993).

O caminho que o hospital percorreu, em sua história como instituição, aponta sua transformação de depositário de doentes e excluídos, em *locus* de extrema concentração de tecnologias e saber. Pode ser considerado

[...] como um espaço aberto, pois as relações existentes no interior de um hospital estão permeadas por elementos externos do presente e do passado e que vão se relacionar com a vida, como um todo, de seus personagens, que podem ser apreendidos pelas vivências internas ao hospital. Ao lado de novos dilemas sobre como estabelecer o bom atendimento ao paciente, mantém-se antigos problemas: priorizar a ciência, a atenção, o suporte à dor e ao sofrimento? (MACHADO; CORREA, 2002).

Ainda sobre a origem da institucionalização da prática da enfermagem, no modo de produção capitalista, o corpo é colocado socialmente como agente de trabalho e simultaneamente como força de trabalho, cuja manutenção e recuperação são centrais na garantia de sua atividade produtora (SCHRAIBER, 1992). O trabalho da enfermagem não é gerador de lucro direto para o capital, mas tem como produto um serviço, que é prestado a

alguém, com a finalidade de aperfeiçoar a reprodução da força de trabalho para o capital (MELO, 1987).

No entendimento desse novo modo de cuidar a doença, e os doentes, é que a enfermagem se constitui em extensão do trabalho médico, tendo sua organização fundamentada no modelo clínico. Assim, o objeto de trabalho da enfermagem, como o da medicina, é o corpo individual sobre o qual foram elaboradas técnicas e procedimentos para o cuidado (COSTA, 1990).

Em sua tese de Livre Docência “O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva” Almeida (1991) afirma que no modelo de saúde individual, o trabalho de enfermagem caracteriza-se por dois diferentes processos: o cuidar e o administrar. No processo cuidar, evidencia-se a inserção da enfermagem no processo de trabalho coletivo como instrumento do trabalho médico. Nessa condição mediadora, transforma o saber médico, que diagnosticou e indicou a terapêutica, em cuidados que, ao serem realizados, concretizam o projeto médico. Dessa forma, a enfermagem, no cuidar, tem a mesma finalidade e objeto do processo de trabalho médico, isto é, curar corpos individuais.

Já em relação ao processo de trabalho administrar, a autora defende a idéia de que não é realizado por todas as categorias da enfermagem, mas sim, pelo enfermeiro; a finalidade imediata é organizar e controlar o processo e a mediata é favorecer a ação cuidar, para possibilitar a cura. Desse modo, a inserção da enfermagem nesse processo caracteriza-se como atividade meio, submetida à autoridade administrativa e à autoridade técnica do médico como agente hegemônico do processo de trabalho em saúde individual.

As teorias administrativas de Taylor e Fayol têm forte influência na organização do trabalho na enfermagem, com destaque para os aspectos relacionados à delegação de funções e atividades que atendem a divisão técnica do trabalho no desenvolvimento da enfermagem moderna. Os princípios de Taylor são adequados, no que diz respeito à separação entre as funções de coordenação e execução, no parcelamento das atividades operacionais e na existência de uma unidade de comando. Outra corrente, cujos princípios se refletem na enfermagem, é a escola das Relações Humanas (Fayol), que converge às diversas categorias para a constituição da equipe de enfermagem. Nesse enfoque, busca-se valorizar e integrar cada elemento da organização para atingir a realização individual, a harmonia e o bem estar de todos (MELO, 1986).

Em contraponto ao uso acrítico da técnica como ato repetitivo e rotina de trabalho, encontra-se a dimensão do relacional que prioriza relações de trabalho como redefinidoras da prática de enfermagem. O meio hospitalar é o campo privilegiado na hipervalorização das

relações humanas, centradas na dualidade enfermeira-doente e numa proposição ético-profissional que visa à qualificação técnica e relacional (MEYER; WALDOW; LOPES, 1998). Na visão dessas autoras, é na consciência da dimensão do relacional que se chocam e se exacerbam as diferentes lógicas profissionais presentes no hospital, cujo cruzamento evidencia as oposições. É na tensão constante entre saberes e a sua confrontação no sujeito cuidado, que o relacional se configura em espaço de liberdade, de criatividade e de complementaridade do cuidar. Assim, a ação cotidiana da equipe de enfermagem constitui um cuidado resultante de um saber acumulado, de disciplinas que desvendam as relações humanas e o contato com o outro, mas, também, de experiências desenvolvidas nas práticas efetivas, aprendidas e desenvolvidas em serviço.

Diante da complexidade em que se encontram os trabalhadores de enfermagem, num imbricado processo, em que ainda persiste uma rígida hierarquia dentro da equipe e fora dela, é que a prática de enfermagem será estudada, ou seja, o trabalho dos enfermeiros será compreendido a partir de sua inserção no processo de trabalho coletivo desenvolvido no setor de emergência do hospital em estudo.

O estudo desse processo não é uma tarefa fácil, tendo em vista as muitas relações envolvidas e a dificuldade de diferenciação no próprio processo de trabalho da enfermagem. Velho (1980), ao discorrer a respeito da apreensão da realidade por parte do observador, enfatiza que a interpretação está presente nesse movimento de familiarizar-se com o exótico e de estranhar o familiar, que sempre implica um grau de subjetividade, possibilitando relativizar as noções de distância e objetividade, que permitem ao pesquisador o poder de pôr-se no lugar do outro.

Nesse movimento de aproximação com o familiar ou exótico é que a pesquisadora deste trabalho pretende apreender a visão dos enfermeiros da emergência do Hospital da Restauração acerca do seu trabalho e das suas motivações.

Como afirma Melo (1986), a enfermagem é atingida pelo processo de divisão social entre os trabalhos intelectual e manual, que se desenvolve com a aplicação de atividades diretas e indiretas sobre o objeto de trabalho. Cabe ao enfermeiro a parte considerada mais intelectual do processo de trabalho, estando, portanto, as atividades desse profissional centradas no administrar, com a competência e responsabilidade de dominar todo o processo do trabalho em enfermagem e colocar o restante de equipe de enfermagem sob sua responsabilidade, tanto técnica quanto administrativa.

Baggio, Callegaro e Erdmann (2008) ao realizarem estudo sobre a compreensão do significado das relações de cuidado de enfermagem em uma unidade de emergência na

percepção do paciente (usuário), chegam à conclusão de que a enfermagem é um elo que articula e relaciona a rede de ações complexas que fazem parte do cuidado no ambiente de emergência em suas condições múltiplas. Essas relações são facilitadas por atitudes e características exclusivamente humanas, levando-se em consideração as ações técnicas como a medicação, exames, a empatia e o diálogo entre o cuidador e o ser cuidado.

Serão abordados a seguir alguns estudos que tratam do trabalho do enfermeiro em emergência, encontrados na literatura e considerados relevantes para esta pesquisa.

### **3.4 O trabalho do enfermeiro em emergência**

Simone Cruz Machado (1999), ao realizar a sua tese de doutorado no Hospital Universitário Antonio Pedro, no município de Niterói (RJ), com os objetivos de caracterizar o trabalho da enfermagem na emergência do referido hospital, analisar as condições de trabalho da equipe de enfermagem e discutir as implicações ético-profissionais das estratégias que lança para enfrentar as condições de trabalho, evidenciou que, na divisão dos membros da equipe de enfermagem, a organização do trabalho é percebida como a maior fonte de dificuldades, associada às condições de trabalho, à definição da finalidade, como também à defasagem salarial. A partir da divisão do trabalho na enfermagem, os cuidados se classificam como de caráter manual e, portanto realizados, sobretudo, pelos auxiliares de enfermagem. Entretanto percebe-se nesse estudo que, os cuidados aos pacientes graves, que seriam de responsabilidade do profissional enfermeiro por serem considerados de maior complexidade, eram executados por toda a equipe, sendo levada em consideração mais a disponibilidade do profissional no momento do atendimento do que, efetivamente, a divisão técnica ou social do trabalho.

Andrade, Caetano e Soares (2000) estudaram a percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência em um hospital público de referência em Fortaleza, em 1998, com o objetivo de conhecer o nível de qualificação dessas profissionais, as principais dificuldades sentidas e o grau de satisfação com o trabalho. Foi um estudo de caráter quantitativo, que utilizou questionários com seis perguntas previamente elaboradas e aplicados a 17 profissionais. Através dos resultados foi percebido que o perfil das enfermeiras da unidade se assemelhava ao preconizado pela Associação Americana dos Enfermeiros do Departamento

de Emergência. As profissionais se mostravam satisfeitas com o trabalho, não levando em consideração as limitações existentes.

Em estudo realizado por Garlet e Lima (2008), com o objetivo de analisar o processo de trabalho em uma emergência de um Hospital Público e Universitário do interior do Rio Grande do Sul, no período de junho a setembro de 2007, observou-se, através dos resultados encontrados, que dentre os profissionais estudados o enfermeiro demonstrava autonomia na realização das ações de cuidado direto ao paciente, gerenciamento de pessoal de enfermagem, definição de atendimentos de urgência e indicação de recursos materiais a serem utilizados em relação aos procedimentos. Marques e Lima (2008) confirmam essa autonomia, baseados em resultados de estudo sobre a organização tecnológica do trabalho e a autonomia do trabalhador de enfermagem em um pronto atendimento de um centro de saúde, no município de Porto Alegre (RS), destacando como parte do trabalho do enfermeiro a resolução de problemas do cotidiano, assim como a garantia da infraestrutura e da manutenção do cuidado, ocupando assim, um espaço vazio na divisão técnica do trabalho em saúde. No entanto, embora esses autores observem a autonomia desse profissional, reconhecem que ela é desenvolvida de forma relativa.

Para determinar o nível de *stress* dos enfermeiros de unidades de emergência, Batista e Bianchi (2006) estudaram 73 enfermeiros inseridos em instituições públicas e particulares do município de São Paulo. Utilizaram o questionário para coleta dos dados e um dos itens abordados foi a atuação específica do enfermeiro em emergência. Foi constatado que as condições de trabalho para o desempenho das atividades, o ritmo acelerado de trabalho para finalização de tarefas predeterminadas, adotado em decorrência da insuficiência de recursos humanos e materiais, tem levado ao surgimento de problemas psicológicos e, até mesmo, físicos nos profissionais. A falta de funcionários é fonte considerável de estresse, repercutindo na qualidade do cuidado, havendo confronto freqüente entre enfermeiros, pacientes e familiares.

Em outro estudo realizado em Natal (RN), Medeiros *et al.* (2006) analisaram o sofrimento dos trabalhadores de enfermagem em função do aumento da jornada de trabalho, do multiemprego e/ou das escalas extras de trabalho e das condições de trabalho no cotidiano desses trabalhadores em um hospital público. Utilizaram como forma de coleta de dados entrevistas abertas e semiestruturadas e a análise foi realizada com base no método dialético. Como resultados apontaram para a existência de um sentimento de vazio e fragilização dos laços afetivos desses profissionais com familiares; conflitos de valores referentes à relação ser/ter; vivência de ansiedade e estresse pelo sentimento de impotência vivenciado no

cotidiano de trabalho; sentimento de aprisionamento e perda dos sonhos, decorrente do acúmulo de jornadas de trabalho; reconhecimento da transversalidade do sofrimento sob a ótica de gênero. Concluíram que o aumento da jornada de trabalho está trazendo aos trabalhadores desgaste físico, emocional e sofrimento no cotidiano, somando-se à precariedade das condições de trabalho, o que gera insatisfação do trabalhador, comprometendo a assistência prestada, assim como tem dificultado as relações interpessoais no âmbito das dimensões públicas e privadas da vida cotidiana.

Nascimento (2004), ao pesquisar sobre o trabalho de enfermagem na emergência de um hospital público no Rio de Janeiro, com o objetivo de caracterizar a organização desse trabalho no setor de emergência e analisar a percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho que desenvolviam, utilizou abordagem qualitativa e a análise de conteúdo baseada em Bardin. As informações foram obtidas a partir de entrevistas realizadas com os profissionais da equipe de enfermagem desse setor, os quais constituíram os sujeitos do estudo. A partir da análise dos resultados surgiram duas categorias: a desorganização do trabalho no setor de emergência e a percepção da equipe de enfermagem sobre o trabalho na emergência, mostrando que o setor de emergência não se encontra nas condições ideais de trabalho o que, na percepção dos trabalhadores, gera frustração, insatisfação, sofrimento e desânimo, comprometendo a qualidade da assistência.

Noutra perspectiva de avaliação, Silva *et al.* (2006) estudaram em uma unidade de emergência, em Fortaleza, a interação entre médicos e enfermeiros. Após a coleta de dados com 79 médicos e 49 enfermeiros, por meio da escala de Lickert, os resultados foram analisados pelo uso de medidas de tendência, medidas de dispersão e análise fatorial, e encontraram três fatores que interferiam nas inter-relações dos dois profissionais: conflitos na relação, profissão e ambiente de trabalho, qualidade do relacionamento. Concluíram que a relação entre esses profissionais nessa unidade de emergência envolve conflitos decorrentes de problemas de relacionamento pessoal, *status* e estruturação do serviço.

“O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento”, é o título de um estudo realizado por Almeida e Pires (2007), em um hospital de ensino na região Sul do Brasil, entre novembro de 2006 a maio de 2007, com o objetivo de identificar os fatores causadores de prazer e sofrimento no cotidiano de uma equipe que atua em um serviço de emergência. Foi utilizada uma abordagem qualitativa, utilizado como instrumento de coleta de dados a entrevista semiestruturada e observação sistemática. Foram entrevistados 17 profissionais, correspondendo a cerca de 20% dos trabalhadores desse setor. Como resultados foram encontrados, como fonte de sofrimento no trabalho, o acesso indiscriminado a emergência, as

cargas elevadas de trabalho e o espaço físico inadequado. Como fontes de prazer foram encontradas a possibilidade de ajudar o usuário e de exercer a profissão na plenitude e a pouca existência de rotinas. Os autores chegaram à conclusão de que o sofrimento e o prazer estão presentes no dia-a-dia desses trabalhadores, permitindo uma relação dialética entre esses dois sentimentos, o que ajuda a manter o equilíbrio.

Outro estudo realizado em Porto Alegre (RS) por Dal Pai e Lauter (2008), teve como objetivo pesquisar sobre o trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem, no sentido de compreender esse trabalho na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem, atuantes em um serviço público de pronto-socorro. Foi um estudo de caráter qualitativo, que utilizou para a coleta de dados documentos da Instituição, a observação da dinâmica do serviço e a realização de entrevistas semiestruturadas com os profissionais de enfermagem. Os dados foram submetidos ao método de análise de conteúdo. Como resultado os autores puderam compreender que a saúde das trabalhadoras é constituída a partir de dinâmica de trabalho, muitas vezes danosa para a sua saúde, no entanto, procuram de alguma forma suprir as necessidades pessoais e manter o equilíbrio, evitando o adoecimento.

Wehbe e Galvão (2001), através de uma pesquisa intitulada “O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações” que teve o objetivo de apresentar as atividades do enfermeiro de emergência de um hospital privado e tecer considerações sobre a liderança como estratégia para a melhoria do gerenciamento da assistência de enfermagem prestada ao paciente/cliente, encontrou como resultados o reconhecimento de que o enfermeiro necessita melhorar a comunicação, relacionamento interpessoal, tomada de decisão e competência clínica, e aplicá-los na prática profissional. Salientaram a necessidade de esse profissional repensar a sua prática e utilizar a liderança como estratégia de mudança.

As dificuldades do profissional enfermeiro para trabalhar nos setores de emergência não se restringem ao Brasil, mas encontram-se em qualquer parte do mundo como, por exemplo, é observado em estudo realizado por Kellermann (2006) sob o título “*Crisis in the Emergency Department*”, em que são discutidos os problemas da crise nas emergências americanas. O autor destaca os efeitos da superlotação dos serviços de emergência e diz que esses são exacerbados pelo pequeno número de profissionais enfermeiros disponíveis para trabalharem nesses serviços. Alguns hospitais têm fechado suas unidades de internação por falta desse profissional, o que também foi descrito em outro estudo de Schafermeyer e Asplin (2003), quando também estudaram a superlotação dos serviços de emergência naquele País, com o estudo intitulado “*Hospital and emergency department crowding in the United States*”.

Como o presente estudo busca, também, conhecer como o profissional se percebe dentro do processo no qual está inserido, no setor de emergência estudado, a partir de agora serão abordados alguns conceitos sobre representação social e selecionados estudos da literatura sobre a representação do enfermeiro no seu processo de trabalho que possam contribuir com a discussão deste trabalho.

### **3.5 Representação social**

Minayo (2004a, p. 158) define representação social como:

Um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento. Nas ciências sociais são definidas como categorias de pensamento, de ação e de sentimento que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a.

As representações sociais para Minayo (2004a), com base na abordagem de vários pensadores a respeito do tema (Durkheim, Weber, Shutz, Marx e Gramsci), devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas sociais e dos comportamentos. São vistas como o resultado das diferenças que permeiam as sociedades e, quando expressas, marcam o entendimento dos grupos sociais, com seus pares, seus opositores e com as instituições. A forma privilegiada de medir as representações é a linguagem do senso comum, a partir do conhecimento e interação social. Mesmo considerando suas limitações, como tradução de pensamentos fragmentados, contradições, possui graus variados para o conhecimento da realidade estudada. O senso comum permite aos atores sociais se moverem, construírem suas vidas e explicá-las mediante seus conhecimentos acumulados.

As representações sociais devem ser analisadas de forma crítica, por apresentarem núcleos positivos de transformação e de resistência na forma em que os indivíduos ou grupos entendem essa realidade. É considerado ainda, consensualmente, que seja material importante para a realização de estudos, passando pela história e pelas diferentes correntes de pensamento sobre o social.

Por serem ao mesmo tempo ilusórias, contraditórias e “verdadeiras”, as representações podem ser consideradas matéria- prima para análise do social e também para ação pedagógico- política de transformação, pois retratam a realidade. Porém, é importante observar que as Representações sociais não conformam a

realidade e seria outra ilusão tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores sociais fazem dela (MINAYO, 2004a, p. 174).

Segundo Moscovici (2005, p. 40) “todas as interações humanas, surjam elas entre duas pessoas ou entre dois grupos, pressupõem representações”. Cada participante é o fato central das interações humanas, e elas estão psicologicamente representadas em cada um dos participantes.

Pessoas e grupos criam representações no decurso da comunicação e da cooperação. Representações, obviamente, não são criadas por um indivíduo isoladamente. Uma vez criadas, contudo, elas adquirem uma vida própria, circulam, se encontram, se atraem e se repelem e dão oportunidade ao nascimento de novas representações, enquanto velhas representações morrem (MOSCOVICI, 2005).

Quando se estudam as representações sociais, estuda-se o ser humano, enquanto ele faz perguntas e procura respostas ou pensa e não enquanto ele processa informação, ou se comporta. Mais precisamente, enquanto seu objetivo não é comportar-se, mas compreender (MOSCOVICI, 2005). Para esse autor, foi Piaget quem deu o primeiro passo no sentido de cindir as representações, quebrá-las, para conhecê-las por dentro. Fez isso quando estudou a representação do mundo da criança. Sua investigação permanece até o dia de hoje, como um exemplo. As representações são da sociedade atual, do solo político, científico e humano, que nem sempre têm tempo para se tornar uma tradição imutável.

Existe uma necessidade contínua de reconstituir o “senso comum” ou a forma de compreensão que cria o substrato das imagens e sentidos, sem a qual nenhuma coletividade pode operar. Do mesmo modo, nossas coletividades hoje não poderiam funcionar se não se criassem representações sociais baseadas no tronco das teorias e ideologias que elas transformam em realidades compartilhadas, relacionadas com as interações entre pessoas que, então, passam a constituir uma categoria de fenômenos à parte. E a característica específica dessas representações é precisamente a de que elas “corporificam idéias” em experiências coletivas e interações em comportamento, que podem, com mais vantagem, ser comparadas a obras de arte do que a reações mecânicas (MOSCOVICI, 2005, p. 48).

[...] as representações coletivas se constituem em um instrumento explanatório e se referem a uma classe geral de idéias e crenças (ciência, mito, religião etc.), para nós, são fenômenos que necessitam ser descritos e explicados. São fenômenos específicos que estão relacionados com um modo particular de compreender e de comunicar – um modo que cria tanto a realidade como o senso comum. É para enfatizar essa distinção que eu uso o termo “social” em vez de “coletivo.” (MOSCOVICI, 2005, p. 49).

O termo representação social engloba os fenômenos presentes no cotidiano dos grupos sociais, tem suas raízes nos conceitos elaborados pelo senso comum, nas interações contínuas e na objetivação realizada por cada grupo e se concretiza num campo específico de conhecimento (MOSCOVICI, 1978).

Os fenômenos de representação social estão presentes na cultura, nos processos de comunicação e nas práticas sociais e, portanto, são difusos, multifacetados e em constante movimento e interação social (SÁ, 1998). Os materiais fundamentais para esse tipo de estudo são as opiniões proferidas, os julgamentos e atitudes individuais ou coletivas; fazem, portanto, parte do olhar consensual da realidade (OLIVEIRA, 1996).

O estudo das representações sociais constitui-se numa forma particular de adquirir conhecimentos, comunicar os conhecimentos que tenham sido adquiridos e torná-los mais ordenados a partir das percepções que produzem no mundo. Constituem-se numa forma de conhecimento prático, socialmente construído para dar sentido à realidade da vida cotidiana (FERNANDES *et al.*, 2002).

Através das representações sociais, estudam-se grupos, indivíduos como sujeitos pensantes, participantes no seu meio social, o que influencia a maneira como se relacionam (MOSCOVICI, 1978).

Segundo Jodelet (2001):

A representação social significa uma forma de conhecimento específico, orientado para a comunicação e compreensão do mundo em que vivemos; constitui-se num saber prático que é atualizado na ação do sujeito; é o saber do senso comum, cujos conteúdos manifestam a operação de processos generativos e funcionais, socialmente caracterizados, isto é, designa uma forma de pensamento elaborado e compartilhado socialmente, que se manifesta através de imagens, conceitos e categorias, contribuindo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social e que possibilita a comunicação.

“Uma representação social é sempre de alguém (o sujeito) e de alguma coisa (o objeto)” (SÁ, 1998, p. 24).

Segundo Moscovici (1978), as representações são construídas a partir das articulações combinadas de diferentes questões, objetos e idéias que são formuladas segundo uma lógica própria, dentro de uma estrutura globalizante de implicações, para a qual são fundamentais informações e julgamentos do grupo, seu modelo de comportamento e as experiências pessoais e grupais.

Moscovici será utilizado como referencial teórico para o estudo das representações dos enfermeiros da emergência neste estudo, considerando que o mesmo procura entrar, cindir o processo que ele chama de fenômeno das representações, procurando explicá-las. Ele diz, ainda, que as representações devem ser vistas como uma maneira específica de compreender e comunicar o que já se sabe. Elas ocupam, com efeito, uma posição curiosa, em algum ponto entre conceitos, que têm como seu objetivo abstrair sentido do mundo e introduzir nele ordem

e percepções, que reproduzam o mundo de uma forma significativa. Diz, ainda, que as representações tornam o não-familiar em algo familiar. O que é uma maneira de se dizer que essas representações dependem da acumulação da memória. Ele considera que a solidez da memória protege contra modificações abruptas, criando uma independência dos acontecimentos atuais. Compara a solidez da memória à pessoa que consegue acumular riquezas, protegendo-a de situações de crise (MOSCOVICI, 2005).

As representações conformam dois processos, a ancoragem e a objetivação. A ancoragem consiste na absorção orgânica do novo ao pensamento já construído, tornando o estranho familiar. É considerado como um processo de domesticação do novo à vida social cotidiana.

A objetivação é a cristalização de uma representação, é a transformação de um pensamento abstrato, de uma imagem, em algo concreto, tornando-os reais. Porém, mesmo considerando essa cristalização, as representações não são consideradas imutáveis, pois sofrem interferências sociais, se modificam, se estruturam e são também estruturantes quando dão significados à realidade e incorporam numa rede de significados o que é estranho. Em outras palavras, a ancoragem é o significado que o sujeito dá à realidade, e a objetivação é a forma como ele representa essa realidade, é a simbolização. Esses dois processos são formas específicas de mediações usadas pelas representações sociais, transformando as simbologias a um plano quase material, concretizando essas representações na vida social. *Objetivar*, por conseguinte, é agregar significados diversos; e ao agregar esses significados diferentes, o sujeito realiza o processo de ancorar, que é a agregação do desconhecido em uma realidade cotidiana e estabelecida (FERNANDES *et al.*, 2002; JODELET, 2001; MOSCOVICI, 1978; SPINK, 1993).

Existem na literatura estudos sobre a representação social do enfermeiro e da enfermagem nos serviços de saúde de uma maneira geral, porém só foram encontrados dois estudos que utilizaram esse modelo de avaliação relacionados aos enfermeiros que trabalham em emergências, todavia, na avaliação da acreditação hospitalar e integralidade da assistência.

Em estudos realizados por Fernandes *et al.* (2002), com objetivos de conhecer como a enfermeira representa seu trabalho e a relação desse com sua saúde mental e identificar, através das representações, as estratégias construídas por ela no enfrentamento do sofrimento no seu trabalho, e os fatores que têm relação na determinação do sofrimento criativo e sofrimento patogênico, os autores utilizaram para a análise a teoria das representações sociais e os estudos da Psicopatologia e Psicodinâmica do trabalho. Foi observado, através dos resultados, que as representações das enfermeiras estudadas revelaram-se carregadas de

sentimentos que marcam o ideário dessas profissionais e que são decorrentes de outras representações anteriormente elaboradas, o que caracteriza um processo recorrente, permitindo visualizar o trabalho na enfermagem como fator de sofrimento criativo ou sofrimento patogênico.

Noutro estudo, Rodrigues (1998) investiga a representação social das enfermeiras em um hospital de Fortaleza, utilizando a revelação delas sobre o seu cotidiano na prática hospitalar. Orienta-se pela teoria das representações sociais e analisa os dados com base no referencial de Bardin. Os dados foram obtidos através de entrevistas e questionário semiestruturado. Foram entrevistadas 29 enfermeiras. As representações encontradas apontaram para a existência de confronto entre contexto histórico e evolução da profissão; dissonância entre valor e reconhecimento da enfermagem; existência de maior independência, autonomia e conscientização profissional do papel do enfermeiro; dificuldade nas relações internas; longas jornadas de trabalho, baixos salários, precárias condições dos materiais para trabalhar, mão-de-obra insuficiente.

No Hospital Universitário de Santa Maria (RS), em 2003, foi estudada a percepção dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência em relação à acreditação hospitalar por Soares *et al.* (2007), com o objetivo de ressaltar a importância da participação da enfermagem na implantação dos sistemas de qualidade nos cenários de saúde e as suas implicações para a prática de enfermagem hospitalar. Foi utilizada abordagem qualitativa e para a coleta de dados foi realizada entrevista semiestruturada, a partir de um roteiro guia, sendo aplicada a seis enfermeiros do serviço de urgência e emergência psiquiátrica, adulta e pediátrica. Todos do sexo feminino, com idade entre 52 e 28 anos e com atuação variando de sete meses a dez anos na área de emergência hospitalar. Os resultados permitiram observar que a percepção dos enfermeiros sobre a acreditação hospitalar está associada a avaliação, certificação da instituição, grau de satisfação prestada à comunidade, capacitação dos profissionais para a prestação de um serviço de qualidade para a satisfação da clientela e necessidade de capacitação da própria instituição.

Na assistência básica foi encontrada pesquisa de Gomes, Oliveira e Marques (2004), realizada no interior do Rio de Janeiro, com o título “A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde”, com o objetivo de descrever e analisar a prática profissional dos enfermeiros no interior da programação em saúde. Foi utilizada como método a abordagem qualitativa, baseada nas teorias das representações sociais. Para a coleta dos dados foram entrevistados 30 enfermeiros, em profundidade, entre os profissionais que trabalhavam no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC). A análise dos

dados se deu através do *software* ALCESTE 4.5, pela análise lexical. Nos resultados observa-se que a representação da prática profissional do enfermeiro expressa contradições e tensões na execução diária das atividades, considerando como pontos nevrálgicos: a medicalização da assistência de enfermagem; a tensão entre ações prescritivas e a liberdade de ação na programação em saúde; e a relação saber/fazer na prática profissional.

Darolt (2007), como tema de sua dissertação de mestrado pela Universidade do Vale do Itajaí (SC), estudou as concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência, tendo como objetivo identificar, analisar, compreender as concepções sobre a integralidade no processo de trabalho dos enfermeiros que atuam em uma unidade de emergência. Os sujeitos da pesquisa foram todos os enfermeiros de uma unidade privada filantrópica, vinculada ao SUS. Utilizou como metodologia a abordagem qualitativa, e para coleta, o Arco da Problematização de Charlez Manguez, através de quatro encontros. Os resultados demonstraram que os enfermeiros percebem a integralidade como: atendimento do ser humano como um todo; interdisciplinaridade; intersetorialidade; embora ainda vejam o sistema como biologicista, reconhecem a existência de aspectos voltados para a integralidade como a referência e contra referência dos pacientes atendidos.

Observa-se, dessa forma, que as representações sociais podem ser utilizadas para alcançar diferentes proposições, sejam elas voltadas para o sujeito daquela representação, como também a respeito de algo que, de certa forma faça parte do seu cotidiano.

Em seguida, serão abordados alguns estudos e fundamentos teóricos sobre o comprometimento e satisfação com o trabalho.

### **3.6 Satisfação e comprometimento no trabalho**

#### **3.6.1 Satisfação no trabalho**

Segundo o dicionário Aurélio satisfação é “o ato ou efeito de satisfazer (-se); contentamento” (FERREIRA, 2000a).

As organizações constituem o lugar privilegiado onde se desenvolve a identidade profissional do trabalhador e o ambiente social onde a pessoa se realiza do ponto de vista pessoal, social e profissional. Grande parte da felicidade de uma pessoa é construída no ambiente de trabalho (TAMAYO, 2004, p. 169).

A investigação dos fatores responsáveis pelos sentimentos que os indivíduos desenvolvem em relação ao trabalho, fazendo com que alguns se mostrem mais satisfeitos do que outros, bem como dos processos e mecanismos a eles subjacentes, vem sendo orientada por diferentes teorias e modelos, entre os quais se destacam a teoria do valor, o modelo de características do trabalho, o modelo do processamento da informação social e a teoria dos dois fatores (FERREIRA; ASSMAR, 2004).

A teoria do valor de Locke (FERREIRA; ASSMAR, 2004) é também conhecida como teoria da discrepância, em que o grau de satisfação no trabalho é resultante do grau de justaposição entre os resultados obtidos pelo indivíduo com o seu trabalho, o que ele espera dele e valoriza como resultado, por exemplo, o salário e oportunidades de promoção. Assim, quanto mais ele receber aquilo que valoriza, mais satisfeito ficará. Por outro lado, quanto maior a distância entre o que ele deseja, e o que ele de fato alcança, maior será a sua insatisfação. Essa teoria afirma que a satisfação no trabalho é um estado de prazer emocional resultante da avaliação que um profissional faz sobre até que ponto o seu trabalho apresenta a capacidade de facilitar ou permitir o atendimento de seus objetivos e valores.

Um dos pontos de destaque da teoria do valor é o fato de ela permitir a derivação de princípios claros a respeito do modo como determinados aspectos do trabalho podem ser modificados para que a satisfação do trabalhador seja obtida, ou seja, sempre que haja aspectos do trabalho que tragam discrepâncias em relação ao que os trabalhadores almejam, que podem variar de pessoa a pessoa, devem, portanto ser modificados se o objetivo é o alcance da satisfação dos trabalhadores.

Essa teoria, na prática, provavelmente, apresentaria um alto grau de dificuldade para a sua efetivação, em virtude da quantidade das discrepâncias que poderiam ocorrer em se tratando de indivíduos e das peculiaridades de cada um.

Já no modelo de Características do trabalho, desenvolvido por Hackman e Oldham (apud FERREIRA; ASSMAR, 2004), é enfatizado que determinados requisitos das tarefas despertam nos indivíduos, por um processo perceptual, sensações positivas, como os responsáveis pelo surgimento da satisfação no trabalho. Desse modo, a variedade de habilidades exigidas no desempenho da tarefa, a identificação do indivíduo com ela e o grau de importância dessa tarefa, dentro e fora da organização, favorecem o sentimento de ser importante e significativo para o seu desempenho. Pelo fato de esses autores considerarem as

características objetivas das tarefas como o que determinaria a satisfação dos trabalhadores, surgiram muitas críticas ao referido modelo.

Surge, a partir daí, o modelo do pensamento da informação social, proposto por Salancik e Pfeffer. Segundo esse modelo, é o ambiente social do indivíduo, com seus sinais e informações, que orienta a percepção a respeito das tarefas, bem como o grau de satisfação com elas, ou seja, tanto a percepção do trabalho quanto a satisfação daí decorrentes constituem realidades socialmente construídas (FERREIRA; ASSMAR, 2004).

Segundo Fried e Ferris (1987), na tentativa de elucidar dúvidas, se a percepção a respeito da tarefa e a conseqüente satisfação que ela suscita, são determinadas pelas suas características objetivas ou pelo ambiente social, foram realizados vários estudos nesse sentido e os resultados convergiram para a participação dos dois fatores na satisfação do trabalhador, tanto a percepção das tarefas como o ambiente social. Fica clara a influência exercida tanto pelo ambiente externo (influência exógena) quanto pelas características individuais (influência endógena) sobre a satisfação no trabalho.

A análise da literatura sobre as conseqüências da satisfação no trabalho tem revelado que as investigações nessa área têm-se voltado, principalmente, para o exame das implicações da satisfação no desempenho, no absenteísmo, na rotatividade, no comprometimento, na cidadania organizacional e na qualidade de vida no trabalho. A satisfação é concebida como um estado emocional positivo, decorrente de avaliações acerca do próprio trabalho, sendo incluídas aí reações afetivas. No entanto, há controvérsias a respeito dessa natureza puramente afetiva da satisfação, necessitando ser incluídos aspectos cognitivos, tanto a sua manifestação como a sua mensuração.

Embora haja controvérsia a respeito da satisfação no trabalho, sendo considerada como uma atitude, a qual é manifestada por meio das avaliações, e existir diferença de caráter conceitual em relação ao afeto, ainda assim, argumentos são mantidos de que a satisfação no trabalho é evidenciada como uma resposta afetiva, pelo fato de encontrar-se em associação com os sentimentos de satisfação relacionados aos aspectos gerais e específicos do trabalho (BRIEF; ROBERSON, 1989; FERREIRA; ASSMAR, 2004; WEISS, 2002). É importante salientar que os conceitos, mesmo genéricos, não desprezam a especificidade de cada ser humano. No estudo da motivação e satisfação, devem-se levar em consideração os aspectos de diferenças individuais e culturais quando da escolha da ação que direciona o comportamento até a satisfação. As forças motivacionais são desenvolvidas como produtos do ambiente no qual a pessoa vive, afetando a forma como ela percebe o seu trabalho e a sua vida (DAVIS; NEWSTROM, 1992).

É a partir desses conceitos a respeito da satisfação e motivação no trabalho que surgiram várias teorias, visando explicar como proporcionar satisfação ao homem em seu ambiente de trabalho. Como a teoria de Maslow, que parte do pressuposto de que existe uma hierarquia das necessidades humanas, com três tipos de necessidades: biológicas, que ao serem satisfeitas abrem espaços para as necessidades sociais as quais, satisfeitas, dão lugar às verdadeiras necessidades psicológicas. Sequencialmente, as necessidades estão dispostas da seguinte forma: necessidades fisiológicas, necessidades de segurança, necessidades sociais, necessidades de estima e necessidade de auto-realização. Entretanto, é importante salientar que nem sempre essa hierarquia é rigorosamente seguida (KOONTZ, 1987).

Outras teorias apontam a questão da satisfação como algo que surge mediante comparações feitas entre os trabalhadores. É o caso do modelo de equidade de J. Stacy Adams (SILVA, 2000). Segundo essa teoria, a satisfação dos funcionários é fruto da justiça percebida por eles, quando fazem comparações entre os esforços demandados no trabalho (educação, tempo no emprego, desempenho) e as recompensas recebidas (pagamento real, benefícios e recompensas psicológicas e sociais), ao mesmo tempo em que fazem comparações com outras pessoas que passam a servir como referência.

A teoria que melhor se encaixou para definir a satisfação dos enfermeiros ora estudados foi a teoria dos dois fatores de Frederick Herzberg (1959), por permitir a análise de fatores internos e externos ao trabalho propriamente dito, desenvolvidos por esses profissionais. Serão abordadas algumas considerações sobre esta teoria a seguir.

Segundo Ferreira e Assmar (2004), a teoria dos dois fatores foi introduzida por Herzberg, Mausner, Snyderman na década de 50. Diferentemente da teoria das necessidades humanas, Frederick Herzberg baseava sua teoria no ambiente externo e no trabalho do indivíduo (SLONIAK, 2006).

Herzberg, Mausner e Snyderman (1959) desenvolveram a teoria dos dois fatores a partir de pesquisas com trabalhadores de várias áreas, como engenheiros, contadores, profissionais liberais do sexo feminino, administradores agrícolas, funcionários de manutenção de hospitais, supervisores industriais, enfermeiros, entre outros, aos quais foi perguntado que ocorrências no trabalho lhes haviam proporcionado extrema satisfação ou extrema insatisfação; também foi pedido que esses trabalhadores descrevessem as condições que os levaram a tal sentimento. A partir daí, foi descoberto que os fatores responsáveis pela satisfação no trabalho eram independentes e distintos dos fatores que conduziam à insatisfação no trabalho. Diante disso, foi demonstrado nessa teoria que o oposto da satisfação

não é a insatisfação, mas sim, nenhuma satisfação no trabalho; da mesma forma, o oposto de insatisfação no trabalho não é satisfação, mas nenhuma insatisfação no trabalho.

Segundo essa teoria, para o indivíduo se sentir satisfeito com o trabalho, é necessária a presença de alguns fatores ligados ao trabalho em si e ao ambiente de trabalho, sendo classificados em fatores intrínsecos e extrínsecos ao trabalho. Como fator intrínseco à natureza do trabalho, chamado também de fator motivador encontram-se: **oportunidades de promoção, de desenvolvimento pessoal, de reconhecimento pelo desempenho, de realização e de responsabilidade pessoal**. Esses fatores seriam os responsáveis pelo surgimento dos sentimentos de autorrealização e desenvolvimento que estão subjacentes à satisfação. Já os aspectos associados à insatisfação: **qualidade da supervisão, salário, políticas na empresa, condições físicas de trabalho, relacionamento interpessoal e segurança** constituiriam os fatores extrínsecos ao trabalho, isto é, aqueles relacionados ao contexto do trabalho (chamado também de higienizador), que estimularia percepções por parte da pessoa de estar sendo impedida de desfrutar as oportunidades de promoção e de estar sendo tratada injustamente, daí decorrendo a insatisfação (HERZBERG; MAUSNER; SNYDERMAN, 1959).

Embora seja uma teoria bastante antiga, ela continua tendo aplicação nos dias atuais, como pôde ser visto através de trabalhos que utilizaram essa teoria como referencial. Sloniak (2006) estudou a importância da motivação nos trabalhos desempenhados pelos agentes penitenciários do Distrito Federal, tendo sido evidenciadas as dificuldades do ambiente carcerário, bem como a situação geral desses servidores. Dias *et al.* (2005) estudaram os fatores que levam o enfermeiro, em seu ambiente de trabalho, a situações estressoras, desmotivando-o; também utilizou essa teoria como um dos seus referenciais, assim como Silva Júnior (2001) ao estudar a satisfação no trabalho entre os funcionários de um hotel em João Pessoa.

Galindo *et al.* (2008) realizaram estudo, em que colocaram várias escolas de motivação para serem avaliadas por lideranças de empresas com capital 100% nacional, com o objetivo de avaliar a concordância em relação a essas escolas. Como resultado, os líderes aprovaram em maior ou menor grau todas as escolas, ficando a de Herzberg (1997) com a segunda maior avaliação. Antunes, Sant Anna e Rodrigues (1996), embasados na teoria dos dois fatores de Herzberg, em 1996, estudaram a satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro, e se esses sentimentos estavam ou não ligados às condições de trabalho. Portanto, foi considerado que essa teoria se mostra atual e adequada para o presente estudo.

Nos estudos de satisfação no trabalho o desempenho ocupa destaque e controvérsias. Segundo Ferreira e Assmar (2004), alguns autores defendem a interferência positiva da satisfação no desempenho e outros alegam que é o bom desempenho que interfere na satisfação. Esses autores destacam que na tentativa de fazer cessar essas dúvidas, Iaffaldano e Muchinsky, em 1985, realizaram estudos, os quais, através de investigação conduzida com 74 estudos, verificaram que essas variáveis, satisfação e desempenho, encontravam-se apenas levemente correlacionadas.

Já em relação às variáveis satisfação e comprometimento organizacional há forte correlação positiva, isto é, há envolvimento e identificação das pessoas com sua corporação, a ponto de não querer deixá-la (TETT; MEYER, 1993). Pensamento confirmado por Tamayo (2004) quando afirma que a satisfação tem sido a mais estudada e a que apresenta relação mais estreita com o comprometimento.

Carvalho e Lopes (2006) avaliaram a satisfação do profissional enfermeiro com atuação em uma unidade de emergência em um hospital geral, em São José do Rio Preto, no interior paulista. Foi um estudo de caráter transversal, que teve como amostra 15 enfermeiros, e utilizou como instrumento de coleta o Questionário de Medidas de Satisfação no Trabalho (QMST), instrumento já validado e composto por 80 questões, envolvendo satisfação geral, desgaste físico e psicológico, *status* da função, localização da empresa, benefícios compensadores, reconhecimento e desenvolvimento pessoal. Após análise dos dados, os resultados apontaram para um grupo homogêneo, com predominância do sexo feminino, jovem, solteiro, com pouco tempo de trabalho e de graduação, que se mostrou satisfeito com a situação geral, indicando, segundo os autores, um bom relacionamento entre a equipe e realização ao término das atividades. Mostraram-se menos satisfeitos com a falta de prestígio, baixos salários e a vontade de ocupar cargos mais importantes; foram apontadas, também, as condições que a empresa oferece para o desenvolvimento do trabalho como motivo de insatisfação.

O grau de satisfação/motivação das pessoas no ambiente de trabalho afeta o equilíbrio interno de um sistema de trabalho e não é diferente dentro dos hospitais, fato constatado por Antunes, Sant Anna e Rodrigues (1996) ao estudarem a satisfação e motivação no trabalho dos profissionais enfermeiros e descobrirem, através do seu estudo, que esses profissionais apresentavam insatisfação no trabalho, a partir da análise dos fatores de Herzberg.

A satisfação sofre influência da motivação e essa sempre estará relacionada aos objetivos traçados e à busca do seu alcance (LEVY-LEBOYER, 1994).

Batista *et al.* (2005) realizaram estudo para identificar os fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro nas instituições de saúde em Aracaju (SE), com ênfase na remuneração e condições de trabalho, não especificamente sobre o trabalho em emergência. Os resultados demonstraram que as instituições trabalham com número reduzido de enfermeiros, salários incompatíveis com a carga de trabalho, o que traz insatisfação a esses profissionais. E como fatores de motivação o gostar do que se faz, o relacionamento entre a equipe e a possibilidade de se obter crescimento profissional.

Serão abordadas, a seguir, algumas considerações sobre o comprometimento que o trabalhador pode desenvolver em relação a seu trabalho.

### 3.6.2 Comprometimento no trabalho

Segundo o dicionário Aurélio, o comprometimento “é ação ou fato de comprometer (-se)”, e comprometer “é assumir compromisso, responsabilidade” (FERREIRA, 2000b).

Tamayo (2005, p. 163) diz que o vínculo que o indivíduo tem com o seu trabalho envolve muitos aspectos, dentro e fora dele, e que “o estudo do comprometimento revela esta multiplicidade”.

Para Bastos (1996), a definição de comprometimento organizacional envolve algumas dimensões como: o desejo de pertencer, de continuar, o sentimento de orgulho por pertencer; a identificação, o apego, o envolvimento com objetivos e valores; engajamento, exercer esforço, empenho em favor da organização. Ele ressalta que a expressão comprometimento é utilizada para denotar um vínculo ou ligação forte entre duas pessoas, associação, da mesma forma pode ser usada para designar o comprometimento do trabalhador com o trabalho. Ressalta que a relação de comprometimento incorpora elementos racionais, emocionais e comportamentos, e que através das atitudes pode-se avaliar o comprometimento.

No comprometimento organizacional são identificados três componentes: o comprometimento normativo, o instrumental e o afetivo. O comprometimento normativo expressa sentimentos de obrigação do trabalhador em permanecer na organização; esses sentimentos são decorrentes de controles normativos da organização, como a missão, normas e regulamentos. Dessa forma, esse comprometimento pode ser considerado como consequência de pressões normativas internalizadas para o trabalhador agir num caminho que decorre dos objetivos e interesses organizacionais. O comprometimento instrumental refere-se

à disposição do trabalhador de continuar na organização para não perder os investimentos pessoais já realizados na mesma, sofrendo influência alternativa de trabalho existente no mercado. Esse comprometimento parece ser consequência da necessidade que o empregado tem da organização. E, por último, o comprometimento afetivo que é definido a partir da identificação e do envolvimento do empregado com sua organização (TAMAYO, 2005).

O comprometimento afetivo vai além da simples fidelidade à organização, ele envolve uma relação ativa, na qual o indivíduo deseja participar, colocar algo de si mesmo para contribuir para o bem-estar da organização, compreendendo três dimensões: 1- aceitação dos valores, normas e objetivos da organização, 2- disposição de investir esforços em favor da organização e 3 - desejo e vontade de se manter membro da organização (MONDAY; PORTER; STEERS, 1982).

Meyer, Allen e Gellatly (1990) salientam a diferença entre os empregados com forte comprometimento afetivo, que continuam na organização porque assim o desejam, e aqueles com forte comprometimento instrumental, que permanecem porque necessitam.

Em estudo realizado no Complexo Petroquímico de Camaçari - Bahia, Barros (2007) examinou as relações entre comprometimento organizacional, percepção das práticas de gestão de pessoas, e a intenção de permanência na organização de empregados que trabalhavam nessa unidade petroquímica. O modelo utilizado para essa análise foi a gestão de pessoas e escalas validadas para esse tipo de estudo. Os resultados mostraram que existe uma relação significativa entre os construtos pesquisados e evidências da importância das práticas de gestão de pessoas e do comprometimento organizacional de base normativa como preditores da intenção de permanência.

Segundo Tamayo (2005, p. 165), foi observado que a natureza do trabalho e o desenvolvimento da carreira têm influência significativa no comprometimento organizacional. Para entender se esse comprometimento está relacionado com metas individuais do trabalhador, esse autor procurou identificar as motivações ou interesses pessoais que sustentavam esse comportamento. Ele presumiu que “as motivações subjacentes aos valores são determinantes do comprometimento organizacional”, e “com o comprometimento, existe como pressuposto a existência de um vínculo estreito entre valores e motivação”, tornando-se necessário descrever o caráter dessa relação.

Os valores levam as pessoas a acreditarem no que fazem, com tenacidade e persistência. Segundo esse autor, os filósofos vincularam os valores à vontade e ao desejo, demonstrando assim a origem motivacional dos valores. Os valores são originados com as exigências universais dos seres humanos, que são necessidades biológicas do organismo,

necessidades sociais relativas à regulação dos interesses interpessoais, e necessidades socio-institucionais referentes à sobrevivência e bem-estar dos grupos. Estas necessidades são representadas pelas pessoas de forma consciente, por intermédio dos valores ou de metas a serem alcançadas e são demonstradas por meio de símbolos. Os valores, portanto, são representações cognitivas das necessidades.

Considerando que o conhecimento do impacto dos valores sobre o comprometimento é uma variável relevante para o gerenciamento das instituições, se faz necessário compreender os valores dos profissionais ora estudados. Nesse estudo foi utilizada como parâmetro a Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT), de Porto (2005).

Os valores relativos ao trabalho são definidos como:

Princípios ou crenças sobre metas ou recompensas desejáveis, hierarquicamente organizados, que as pessoas buscam por meio do trabalho e que guiam as suas avaliações sobre os resultados e contexto do trabalho, bem como o seu comportamento no trabalho e a escolha de alternativas de trabalho (PORTO, 2005, p. 110).

Valores são crenças intrinsecamente ligadas a emoções e não idéias objetivas e frias, são objetivos desejáveis que as pessoas se esforçam para alcançar, por exemplo: justiça, ser bem sucedido. Valores são importantes para que uma pessoa tenha motivação para agir de forma adequada; são abstratos, distinguindo-se das normas, de atitudes, que se referem a objetos específicos. Servem como padrões ou critérios, ajudam a pessoa a decidir sobre o que é bom e o que é mau, dependendo do que ela considera justo ou ilegítimo.

“Os valores das pessoas formam um sistema ordenado de prioridades axiológicas que as caracteriza como indivíduo [...] essas características são de todos os valores. O que distingue um valor de outro é o tipo de objetivo ou motivação que o valor expressa”. A teoria dos valores descreve aspectos da estrutura psicológica que são comuns a toda a humanidade, conseqüentemente, suas proposições devem se aplicar a todas as culturas (SCHWARTZ, 2005, p. 23).

O comportamento das pessoas pode ser avaliado por meio de inferências que são feitas a respeito desse comportamento com base em levantamentos que podem ser realizados por intermédio de perguntas, questionários sobre os valores que a pessoa determina como prioritários para a tomada de decisões na sua vida.

Segundo Porto (2005) a utilização de questionários já validados no ambiente organizacional facilita por ser a forma mais econômica e rápida para realizar diagnóstico, bem como, acompanhamentos dos valores individuais e de organizações. Os resultados desse tipo

de levantamento são importantes, principalmente para a gestão, a definição de políticas e ações para o desenvolvimento de ações relacionadas à motivação dos trabalhadores.

Todas as pessoas ou grupos possuem um sistema de valores que contém tipos motivacionais universais. As pessoas ou grupos se diferenciam pela importância relativa dada a cada tipo motivacional que é a prioridade axiológica do indivíduo ou grupo. Dessa forma, o que se busca medir nas pesquisas sobre valores é a prioridade axiológica dos indivíduos ou grupos e não os valores em si (SCHWARTZ, 2005).

No Brasil, existem duas medidas para avaliar as prioridades axiológicas ao trabalho, uma desenvolvida por Borges (1999), o Inventário do Significado do Trabalho (IST), voltado para o público de baixa escolaridade, e outra, desenvolvida por Porto e Tamayo (2003), a Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT), baseada na teoria dos valores de Shwartz aplicada ao mundo do trabalho.

A EVT pode ser utilizada com segurança para avaliar os valores relativos ao trabalho em população com nível de escolaridade superior, e ensino médio. A escala consta de 45 itens divididos entre os quatro fatores a seguir:

- 1) Realização no trabalho - refere-se à busca de prazer e realização pessoal e profissional, bem como de independência de pensamento e ação no trabalho, por meio da autonomia intelectual e de criatividade. Ex: Ter prazer no que se faz, trabalho intelectualmente estimulante, realização pessoal;
- 2) Relações sociais – refere-se à busca de relações sociais positivas no trabalho e de contribuição positiva para a sociedade por meio do trabalho. Ex: Ajudar os outros, colaborar para o desenvolvimento da sociedade, ser útil para a sociedade;
- 3) Prestígio - refere-se à busca e autoridade, sucesso profissional e poder de influência no trabalho. Ex: Obter posição de destaque, ter prestígio, ter superioridade baseada no êxito do seu trabalho;
- 4) Estabilidade - refere-se à busca de segurança e ordem na vida por meio do trabalho, possibilitando suprir materialmente as necessidades pessoais. Ex: Ter estabilidade financeira, ser independente financeiramente, ganhar dinheiro.

Os valores têm sido empregados para explicar as mudanças da sociedade, o comportamento das pessoas, julgar ações, além de distinguir nações, grupos e organizações. Observa-se na literatura o uso progressivo e o interesse por esse tema, pela sua importância em prever as atitudes e comportamentos das pessoas (PORTO, 2005).

Os valores constituem o que guia a vida das pessoas, como elas encaram a vida. Porto e Tamayo (2003) esclarecem que eles podem estar estruturados em dois níveis: o primeiro se

refere a uma estrutura geral e o segundo as estruturas associadas a contextos específicos da vida, como por exemplo, a família, o trabalho ou a religião. Essas estruturas específicas estão relacionadas à estrutura geral, que diz respeito a todos os aspectos da vida, embora estejam mais direcionadas a aplicação do conceito de valores no dia-a-dia, permitindo a correlação entre os valores e a tomada de decisões.

Portanto, Porto e Tamayo (2003) ao conceituar os valores relativos ao trabalho, os definem como sendo princípios ou crenças sobre metas ou recompensas desejáveis, hierarquicamente organizados, que as pessoas buscam por meio do trabalho e que guiam as suas avaliações sobre os resultados e o contexto do trabalho, bem como o seu comportamento e a escolha de alternativas de trabalho. Essa definição apresenta três aspectos considerados relevantes para a especificação do conceito: 1) aspecto cognitivo – no qual os valores são crenças do que é ou não desejável no trabalho; 2) aspecto motivacional – demonstra o interesse e desejos relativos ao seu trabalho; 3) e aspecto hierárquico - são avaliados ao longo de um *continuum* de importância.

O próximo capítulo tratará dos procedimentos metodológicos utilizados nesta pesquisa.

# *Procedimientos metodológicos*

---

---

## 4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICOS

### 4.1 Tipo de estudo

A palavra qualitativa implica uma ênfase sobre as qualidades que não são examinadas ou medidas experimentalmente, em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência. Os pesquisadores qualitativos ressaltam a natureza socialmente construída da realidade, a íntima relação entre o pesquisador e o que é estudado, e as limitações situacionais que influenciam a investigação. Enfatizam a natureza desse tipo de pesquisa, como repleta de valores da investigação, e buscam solução para as questões que realçam o modo como a experiência social é criada e adquire significado. Já os estudos quantitativos enfatizam o ato de medir e de analisar as relações causais entre variáveis, e não processos, num esquema livre de valores, segundo quem os propõe (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Segundo Minayo (2004b, p. 21), “[...] a pesquisa qualitativa trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, que não podem ser reduzidas a operacionalização de variáveis”.

O conjunto de dados quantitativos e qualitativos não se opõe, segundo a mesma autora, se complementa. A pesquisa qualitativa se torna importante para compreender:

Valores culturais e as representações de determinado grupo sobre temas específicos; as relações que se dão entre atores sociais tanto no âmbito das instituições como dos movimentos sociais; e para avaliação das políticas públicas e sociais tanto do ponto de vista da sua formulação, aplicação técnica, como dos usuários a quem se destinam (MINAYO, 2004a, p. 134).

Na abordagem qualitativa, existe uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre sujeito e objeto e uma postura interpretativa do sujeito-observador, portanto, não neutra, que atribui um significado ao interpretar os fenômenos (CHIZZOTTI, 1991).

A pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa, para o mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A abordagem qualitativa da problemática através do **estudo de caso** se adapta bem para este estudo porque esse método possui como objeto uma unidade que se avalia aprofundadamente, se desenvolve no ambiente natural, é rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível, verifica como o problema estudado se manifesta nas interações cotidianas e se preocupa em retratar a perspectiva dos participantes (LUDKE; ANDRÉ, 1986). Esses autores enfatizam que o princípio básico do estudo de caso consiste na interpretação em contexto, cuja preocupação central no desenvolvimento da pesquisa é a compreensão de uma instância singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. Na pesquisa qualitativa é importante para o pesquisador tentar capturar a perspectiva dos participantes, isto é, a maneira como encaram as questões que estão sendo focalizadas.

Segundo Becker (1994), a expressão “estudo de caso” surgiu na área da pesquisa médica e na psicologia, considerando nessas áreas a análise detalhada de um caso individual para explicar a dinâmica e a patologia de uma determinada doença. No campo das ciências sociais, o caso típico não é um indivíduo. Embora alguns pesquisadores investiguem um conjunto de casos individuais, na pesquisa social o caso costuma ser uma organização, uma prática social ou uma comunidade, a partir de observação participante ou entrevistas.

O estudo de caso na visão desse autor tem duplo objetivo. Primeiro, tentar compreender de forma abrangente o grupo ou organização do estudo, utilizando questionamentos como: o grupo é composto por quem? O que fazem? Como se relacionam com seu contexto? Quais as identidades do grupo? E como segundo objetivo vem a tentativa de desenvolver declarações teóricas mais gerais sobre regularidades do processo e estruturas sociais. Segundo Yin (2005, p. 19)

Em geral, os estudos de caso representam a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo “como” e “por quê”, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real [...] utiliza-se o estudo de caso em muitas situações para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo, além de outros fenômenos relacionados.

Esse desenho permite a possibilidade de se construir o conhecimento a partir da singularidade de um caso. Assim, segundo Stake (2000) “analisando as singularidades das relações de um serviço de saúde, podemos dialogar de forma mais densa com a lógica do Sistema de Saúde do qual faz parte”. Ou seja, traz-se a analogia para o presente estudo, no qual, através do conhecimento do processo de trabalho dos enfermeiros da emergência

estudada, dos seus significados e dificuldades peculiares, se espera poder criar uma relação mais verdadeira entre trabalhadores e organização.

Este estudo utilizou como estrutura central de seu desenho um estudo de caso, mas que lança mão de outras abordagens, quando utilizou vários instrumentos para, complementarmente e de forma a integrar outras contribuições, dar conta da explicação de um fenômeno complexo.

Foi utilizada a avaliação por triangulação de dados pelo conceito de Yin (2005, p. 125-126) “como fundamento lógico para utilizar fontes múltiplas de evidências”, “tendo em vista a corroboração do mesmo fato ou fenômeno”; e a triangulação de métodos, que segundo Minayo, Assis e Souza (2006); Denzin e Lincoln (2006) desenvolvem uma proposta de utilização de métodos diversos (quantitativo e qualitativo), refletindo uma tentativa de assegurar uma compreensão em profundidade do fenômeno em questão. Segundo Denzin e Lincoln (2006) a triangulação é a exposição simultânea de realidades múltiplas, refratadas. Esses autores consideram que a realidade nunca é apreendida, e que a triangulação não é uma ferramenta nem estratégia de validação, mas uma alternativa à validação. Assim, essa alternativa de validação acontece com o objetivo de acrescentar mais rigor, amplitude e profundidade a qualquer investigação.

Com a triangulação, é possível se dedicar ao problema em potencial da validade do construto, uma vez que várias fontes de evidências fornecem essencialmente várias avaliações do mesmo fenômeno (YIN, 2005), como pode ser demonstrado através do esquema abaixo.



**Figura 2a - Convergência de evidências (estudo único).**  
Fonte: Yin (2005).

## 4.2 Área de estudo e objeto de estudo

A área deste estudo foi o setor de Emergência do Hospital da Restauração, pertencente à Secretaria de Estado da Saúde de Pernambuco, de alta complexidade, sendo o maior hospital público do Estado, com capacidade para 480 leitos. Atende diariamente cerca de 400 pacientes, tendo a emergência como porta de entrada. Nesse setor, diuturnamente, ficam em torno de 130 pacientes aguardando definição para internamento, cirurgia, transferência ou alta, classificados de acordo com o risco de gravidade em alto, médio e baixo.

A equipe de trabalho conta, em cada plantão de 12 horas, incluindo as emergências de Adulto e Pediátrica, em média, com 8 enfermeiros, 46 auxiliar/técnicos de enfermagem e com 30 a 40 médicos nas diversas especialidades.

A missão do Hospital é atender pacientes nas especialidades de trauma, neurocirurgia, cirurgia vascular, queimados, neurologia, cirurgia geral. É o único hospital referência para acidentes com animais peçonhentos.

É classificado como Hospital de Ensino, contando com residência médica, de enfermagem, farmácia e cirurgia buco-maxilo-facial. É utilizado como campo de prática para várias escolas, tanto públicas como privadas, nas diversas áreas e níveis de ensino, como medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia, serviço social, entre outras.

O objeto deste estudo foi o processo de trabalho dos enfermeiros lotados no setor de Emergência do referido Hospital.

### 4.2.1 Cenário do estudo

A Emergência do Hospital da Restauração tem duas entradas para pacientes, uma para os pacientes adultos e politraumas e a outra para menores, até 12 anos de idade. Na Emergência de Adultos ou Emergência Geral, a entrada principal dá acesso à rampa para veículos e para pedestres. Nesse local fica a recepção com profissionais para a elaboração da ficha do atendimento, e logo que se entra nesse serviço existem 2 corredores, um em frente à entrada que dá acesso à Unidade de Trauma e a toda a Emergência. Nesse corredor ficam os consultórios de Neurologia, Cirurgia vascular, Buço-maxilo-facial e uma sala para procedimentos. No outro corredor, à direita, fica o consultório de clínica médica, para os

atendimentos gerais, e um consultório para o enfermeiro realizar a classificação de risco. Encontram-se nesse setor também duas salas para administração de medicamentos. Toda essa área é chamada de Triagem.

A parte direcionada para o atendimento dos menores de 12 anos de idade tem também uma recepção exclusiva para esse setor, com dois consultórios para pediatras, e uma sala para administração de medicamentos. Ficam junto a esse setor os dois consultórios de Ortopedia e um consultório para Oftalmologia.

Tanto na Emergência de Adultos quanto na de Pediatria, após o primeiro atendimento e estabilização, os pacientes são colocados nos boxes, que na parte de adulto, são distribuídos em Box A, B e C, cada um subdividido em compartimentos com capacidade para duas macas, denominados também de boxes. A capacidade do Box A são 16 macas; o Box B e o C, 14 macas. A unidade de trauma está equipada para 12 leitos, a Unidade de Cuidados Intermediários (UCI) para 8 leitos, e existem duas enfermarias para observação, com capacidade para 16 leitos. Portanto, a capacidade para pacientes acamados na emergência de adultos é de 80 pacientes.

A Unidade de Trauma é o setor dentro da emergência de adultos onde é realizado o primeiro atendimento aos pacientes politraumatizados e àqueles com problemas clínicos com risco de vida. A UCI é onde ficam os pacientes considerados graves. Pacientes que já receberam os primeiros atendimentos e não se dispõem de vagas em outros setores, como a UTI.

Existem, ainda, dentro do espaço da Emergência de adultos, dois outros grandes corredores de circulação, denominados corredor externo, por ser o que dá acesso ao setor de RX, Endoscopia e a saída da Emergência, e o corredor interno que separa os boxes da administração. Embora não tenham a preparação adequada, como por exemplo, pontos de gases, aspiradores, pias para lavagem das mãos, entre outras necessidades, encontram-se como espaços onde os pacientes ficam internados.

Na parte da Pediatria, a divisão dos pacientes é feita de acordo com a gravidade e a especialidade médica, sendo colocados em enfermaria de observação. Só existe um box, com capacidade para duas crianças, denominado Box de urgência, onde são realizados os atendimentos de crianças graves. A capacidade nesse setor é para 28 crianças.

### 4.3 Coleta de dados e amostra estudada

Para a seleção dos entrevistados, inicialmente, foi providenciada, com a gerência de pessoas da Instituição, a relação dos 71 enfermeiros lotados na Emergência, tanto da parte de Adultos como da Emergência de Pediatria. Foram selecionados os profissionais com mais de cinco anos de trabalho no setor, considerando ser um período suficiente para um melhor conhecimento do serviço, chegando-se ao total de 28. Desse grupo foram excluídos os que se encontravam de férias (2), licença (1) e os que se encontravam ocupando cargos de chefia (2); restaram 23 enfermeiros, sendo todos entrevistados. Tanto as entrevistas como as observações foram realizadas pela pesquisadora no período de setembro a dezembro de 2007, após autorização dos entrevistados. As entrevistas abertas foram gravadas em meio eletrônico e posteriormente transcritas pela autora.

Foram adotados para a coleta de dados a entrevista aberta, por se entender que a mesma possibilitaria um entendimento em profundidade sobre o tema (MINAYO, 2004a); um questionário composto por perguntas fechadas que contemplava dados individuais dos entrevistados, para sua caracterização, e um questionário voltado para as condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, com o objetivo de captar de forma pontual alguns resultados; a observação sistemática, com o propósito de se ter uma outra dimensão sobre o problema estudado (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 1999; MINAYO, 2004) e a Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT) (PORTO, 2005), com a finalidade de avaliar os valores dados pelos enfermeiros ao trabalho.

A utilização de múltiplas fontes de dados (triangulação de dados) e a utilização de métodos variados (triangulação metodológica) (DENZIN; LINCOLN, 2006; MINAYO, 2004a; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2006; YIN, 2005) tiveram como finalidade se obter uma maior validade dos achados.

#### 4.3.1 A entrevista

A entrevista, no sentido amplo de comunicação verbal, e no sentido restrito de obtenção de informações sobre determinado tema científico, é a técnica mais utilizada no processo de trabalho de campo (MINAYO, 2004a). Segundo essa autora, a entrevista é uma

conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador, sobre um determinado tema com um objetivo a ser alcançado, sendo considerada um instrumento privilegiado de coleta de dados, pelo fato de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos e, ao mesmo tempo, transmitir através de um porta-voz representações de um grupo em condições específicas. A entrevista não é vista apenas como um trabalho de coleta de dados, mas uma situação que permite interação do entrevistado com o entrevistador, podendo inclusive, este ser afetado por aquele.

A entrevista pode ser de vários tipos: a) Sondagem de opinião, elaborada mediante questionário totalmente estruturado, em que a escolha do informante está condicionada pela multiplicidade de respostas apresentadas pelo entrevistador; b) semiestruturada, quando combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas; o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador; c) entrevista aberta, quando o informante discorre livremente sobre o tema proposto que lhe é exposto; d) entrevista não diretiva “centrada” ou “entrevista focalizada” na qual se aprofunda a conversa sobre determinado tema sem prévio roteiro; e) entrevista projetiva, isto é, centrada em técnicas visuais (quadros, pinturas, fotos) usada quase sempre para aprofundar informações sobre determinado grupo (MINAYO, 2004a).

Considerando a subjetividade do objeto deste estudo, esta pesquisa utilizou a entrevista aberta, por entender que a mesma possibilitaria uma investigação mais ampla do tema. Por meio da entrevista, na percepção de um grupo de enfermeiros, buscaram-se as imagens e representações utilizadas por eles para expressar as vivências do trabalho, a partir das perspectivas de cada profissional, pessoas dotadas de subjetividade, de horizontes conceituais próprios, de intenções particulares e coletivas e de visão de mundo.

A partir de um roteiro para orientar “uma conversa com finalidade”, a entrevista foi realizada. O roteiro funcionou como um facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2004a).

Segundo os propósitos da pesquisa, os roteiros devem priorizar alguns tipos de questões, como experiências e comportamentos; opiniões e valores; sentimentos; conhecimentos e interpretação de informações e impressões. Devem sempre colocar como ponto importante o encadeamento das perguntas. Por roteiro se entende uma listagem de temas que desdobram os indicadores qualitativos, elaborados de forma compartilhada com os diferentes atores envolvidos na investigação. No formato final, o roteiro deve ter simplicidade, ser coerente e propiciar uma relação de confiança entre entrevistado e investigador. Pode a qualquer momento ser alterado, desde que o investigador perceba que

algum tema que não foi abordado por ele é sempre lembrado pelo entrevistado, demonstrando ter grande importância para o grupo pesquisado (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2006).

O roteiro utilizado seguiu quatro passos, que foram: 1- introdução; 2- experiência do trabalho na emergência; 3- visão da profissão e da instituição; 4- síntese /conclusão (Apêndice A). Na introdução foi explicada a finalidade da pesquisa e a importância da participação do entrevistado, solicitando-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B) após a confirmação de participação do profissional. Em seguida, foram abordados: os momentos de trabalho do enfermeiro dentro da emergência; as atividades desenvolvidas por ele durante o seu horário de trabalho; as condições em que essas atividades eram desenvolvidas; os fatores responsáveis pela insatisfação no trabalho. Na fase 3, foram abordados: o envolvimento com a instituição, tomando como referência o comprometimento e a satisfação no trabalho e, por último, foi solicitado ao profissional que abordasse alguma outra questão que considerasse importante e que não tivesse sido contemplada na entrevista.

Durante a entrevista se utilizou, também, um questionário composto pela identificação do profissional e 17 perguntas fechadas a respeito das condições de trabalho existente no setor de Emergência (Apêndice C), com o objetivo de apreender de forma direta como esses profissionais consideram as questões referentes às condições de trabalho que o hospital oferece para o desempenho das suas atividades. O questionário foi composto por variáveis sociodemográficas (sexo, estado civil, idade, tempo de formado, titularidade, quantidade e tipo de outros vínculos de trabalho, regime de trabalho e renda total percebida), com o objetivo de descrever o perfil do profissional enfermeiro, e as variáveis relativas às condições de trabalho na Emergência foram: a qualidade do ambiente para o profissional desenvolver o seu trabalho; a quantidade e qualidade dos equipamentos e insumos; a quantidade de profissionais; o apoio aos serviços pelos meios diagnósticos e terapêuticos e o gerenciamento e a organização do trabalho.

Foi utilizado um código para identificar cada enfermeiro (Enfermeiro I, II, e assim por diante) e a uma sigla referente a qual parte da emergência ele trabalhava, se na Emergência de Adultos (EA), se na de Pediatria (EP).

#### 4.3.2 Observação sistemática

Contandriopoulos *et al.* (1999) distinguem quatro grandes tipos de observação dos indivíduos: a observação sistemática, a observação ligada à entrevista, a observação participante e a observação livre, que se distinguem pela distância entre o pesquisador e a ação que se desenvolve.

Segundo Gil (1999), a observação sistemática é utilizada com frequência em pesquisas que têm como objetivo a descrição precisa dos fenômenos ou teste de hipóteses. Ele considera que sua principal característica é a predefinição de categorias a serem observadas, ao contrário da observação simples (ou livre), que atende a objetivos especificamente exploratórios, pois a coleta de informações é espontânea. Ainda segundo Gil (1999), para minimizar o efeito da presença do observador, uma vez que não é possível omitir a sua ação de observação, é imprescindível que o entrevistado não se sinta pressionado, ameaçado. Para evitar essa interferência, o observador deve explicar e divulgar a pesquisa anteriormente, de forma a conquistar a cooperação dos observados.

Segundo Yin (2005), os fenômenos de interesse do pesquisador não são genuinamente de caráter histórico, mas podem encontrar-se disponíveis para observação alguns comportamentos ou condições ambientais relevantes e nesses casos, pode ser utilizada a observação direta para captá-los. Portanto, a observação que foi realizada na unidade de Emergência do Hospital da Restauração, neste estudo, foi a direta de forma sistemática, tanto no decorrer das entrevistas, como também no transcorrer do trabalho de um dos enfermeiros por plantão, ou seja, em cada dia da semana foi realizada uma observação, percorrendo todos os plantões, totalizando sete profissionais. Durante esse procedimento, foi observada a maneira como é feito o atendimento ao público, a forma como ele aborda os familiares, a relação com os técnicos/auxiliares de enfermagem, com os seus pares e com os outros profissionais. Observou-se também, a execução das atividades específicas para a assistência de enfermagem que é prestada aos pacientes. Essas observações foram realizadas com o objetivo de se ter uma outra dimensão para a compreensão tanto do contexto quanto ao fenômeno em estudo. Foi utilizado um roteiro para realizar a observação (Apêndice D).

A média de tempo de cada observação variou de 3 a 5 hora, totalizando 25 horas de observação. Os dados foram registrados em um diário de campo.

#### 4.3.3 Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT)

A Escala de Valores relativos ao Trabalho (Anexo A) foi aplicada a sete enfermeiros dentre o grupo pesquisado. Cada profissional recebeu a escala que é composta por 45 questões referentes aos motivos que levam a pessoa a trabalhar naquele local. Os motivos são os valores do trabalho que estão incorporados nos quatro fatores definidos por Porto e Tamayo (2003) como: Realização profissional; Relações sociais; Prestígio e Estabilidade.

Pertencem ao fator **Realização Profissional** questões que se relacionam diretamente com a atividade do trabalho, como ter prazer no que faz, achar o trabalho interessante, estimulante e criativo, achar o trabalho relevante para a sociedade, estar satisfeito com o que realiza. Em relação ao fator **Relações Sociais**, são analisadas questões como: manter amizade, bom relacionamento e colaboração com os colegas de trabalho, ajudar os outros e ter atitude de preocupação com o bem-estar da sociedade e da própria pessoa. Quanto ao fator **Prestígio** as questões abordadas foram: prestígio no trabalho, fama, notoriedade, sobreposição em relação aos colegas de trabalho, competitividade para o alcance das metas do trabalho e status dentro do trabalho. Para a **Estabilidade**, as questões referentes foram: a possibilidade de a pessoa se sustentar, ter estabilidade, ganhar dinheiro e independência financeira e conseguir melhores condições de vida, materialmente falando, com o trabalho desenvolvido no local estudado.

Essa escala apresenta a distribuição das questões da seguinte forma: para o primeiro fator, existem 15 questões; para o segundo, 12, para o terceiro, 11, e para o último fator 7, totalizando as 45 questões. A ordem das questões referentes a cada fator na escala não obedece a uma seqüência por fator, mas elas são colocadas de forma aleatória. Posteriormente, após a realização da coleta, as questões são agrupadas e analisadas conforme a distribuição dada pelos autores, mostrada no quadro abaixo.

FATOR	QUESTÕES
Fator Realização Profissional	10, 13, 39, 16, 24, 7, 30, 5, 12, 14, 44, 40, 4, 41, 8
Fator Relações Sociais	36, 20, 29, 3, 19, 28, 45, 23, 26, 32, 11, 21
Fator Prestígio	42, 25, 33, 22, 27, 17, 34, 31, 6, 15, 38
Fator Estabilidade	1, 43, 9, 2, 18, 35, 37

**Quadro 1** Correspondência entre os fatores e questões da EVT.

Fonte: Porto e Tamayo (2003).

As orientações de preenchimento vêm no próprio cabeçalho da escala; em seguida, são dispostas as questões, de forma aleatória, com a escala de notas a ser dada ao lado direito, de acordo com a importância que cada item representa para o respondente, variando de 1 a 5, a partir da pergunta geral: “*Como Princípio Orientador em Minha Vida no Trabalho nesta Emergência, esse motivo é?*”: **1** - Nada importante; **2** - Pouco importante; **3** - Importante; **4** - Muito importante; e **5** - Extremamente importante.

Abaixo exemplo da estrutura da escala.

<b>É importante para mim</b>					
1. Estabilidade financeira	1	2	3	4	5
2. Ser independente financeiramente	1	2	3	4	5

**Quadro 2 Modelo da Escala de Valores.**

Fonte: Porto e Tamayo (2003).

O objetivo da sua utilização foi avaliar os valores que os profissionais enfermeiros emitem em relação ao trabalho desenvolvido no setor de Emergência, a partir de um instrumento validado para a utilização entre profissionais de nível superior, e obtenção de mais uma evidência para corroborar os resultados a partir dos outros instrumentos da pesquisa, e assim, desenvolver a investigação numa linha convergente.

#### **4.4 Organização e análise dos dados**

Esta pesquisa tem como fonte de dados instrumentos quantitativos: questionários das condições de trabalho dos profissionais; instrumentos quantitativos e qualitativos: entrevistas abertas e estruturadas com os profissionais enfermeiros, observação sistemática do processo de trabalho e a aplicação da Escala de Valores relativos ao Trabalho.

Os resultados dos questionários obtidos a partir das entrevistas sobre as condições de trabalho e caracterização dos enfermeiros estudados foram agrupados em tabelas e analisados através do programa Excel versão 2003.

Os dados das entrevistas abertas foram transcritos do meio eletrônico e digitados para a sistematização e análise. Tomou-se como referência o modelo de análise de entrevistas apresentadas por Kvale (1996). Esse autor destaca cinco principais tipos: a condensação de

significados, a categorização de significados, a estrutura de significados através da narrativa, a interpretação de significados e o método *ad hoc* de geração de significados.

Dentre os cinco tipos apresentados, optou-se pela condensação de significados, por ser considerado o mais adequado aos propósitos deste estudo. Nesse tipo de análise são construídas formulações a partir das declarações dos entrevistados sobre o tema abordado. As passagens da entrevista que se relacionam a uma questão específica do estudo são cotadas e condensadas num quadro constituído pelas unidades naturais dos significados das respostas dos sujeitos, na coluna da esquerda, e os temas centrais relacionados a esses, que são categorias conceituais, na coluna da direita e na seqüência é colocada a descrição essencial de cada questão abordada, de acordo com o demonstrado no quadro abaixo.

1. Questão da pesquisa	
<b>Unidades Naturais de Análise</b>	<b>Temas centrais</b>
1. Parte da entrevista relacionada à questão da pesquisa	1. Tema que domina a unidade natural de forma simples
2. Cont...	2. Cont...
<b>Descrição essencial da questão da pesquisa</b>	
Descrição de todos os temas abordados na entrevista conforme a interpretação do pesquisador acerca da questão comentada pelo entrevistado.	

**Quadro 3 - O Significado das Unidades Naturais de Análise e Temas Centrais.**

Fonte: baseado no quadro de Giorgi (KVALE, 1996).

Passos seguidos para a organização e análise da entrevista: a) leitura cuidadosa das entrevistas com a finalidade de compreender o sentido do todo; b) determinação das unidades de significados naturais conforme expressas pelo sujeito; c) definição dos temas centrais relacionados às unidades naturais da maneira mais simples possível, procurando-se evitar preconceito ou juízo de valor, para construção dos temas a partir da compreensão do que foi expresso na entrevista; d) questionamento quanto à relação entre as unidades de significados e os objetivos propostos pelo estudo; e e) descrição essencial dos temas identificados na entrevista e relacionados aos objetivos da pesquisa.

Após a conclusão desse momento, passou-se à descrição dos resultados colhidos, procurando-se respeitar os critérios científicos e os preceitos éticos definidos, na perspectiva de transformar o dado bruto em uma linguagem clara e compreensível. Para garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, foram utilizados códigos de identificação. A análise foi

precedida da classificação desses achados que apresentaram características comuns ou que se relacionaram entre si (MINAYO, 2004a). Esse procedimento respaldou a construção das categorias analíticas, que foram: os momentos de trabalho dos enfermeiros no setor de Emergência, caracterizados pela finalidade, apreensão do objeto de trabalho, descrição das atividades realizadas pelos enfermeiros; as condições de trabalho nesse setor para realização do seu trabalho; a forma como eles visualizam a sua condição como enfermeiros, dentro do processo de trabalho da Emergência; o comprometimento e a satisfação com o trabalho, a ligação com a Instituição, como ela ocorre.

A discussão dos resultados visou estabelecer articulações entre o conteúdo das categorias e o referencial teórico do estudo, no sentido de atingir os objetivos com base nas questões norteadoras da pesquisa.

O comprometimento foi analisado a partir das dimensões: 1- aceitação dos valores, normas e objetivos da organização, 2- a disposição de investir esforços em favor da organização e 3 – o desejo e a vontade de se manter membro da organização (TAMAYO, 2004).

A satisfação foi analisada a partir das categorias de Herzberg, Mausner e Snyderman (1959), que leva em consideração os fatores intrínsecos (relacionados com a satisfação) como: oportunidades de promoção, de desenvolvimento pessoal, de reconhecimento pelo desempenho, de realização e de responsabilidade pessoal; e os fatores extrínsecos (relacionados a insatisfação): qualidade da supervisão, salário, políticas na empresa, condições físicas de trabalho, relacionamento interpessoal e segurança.

Os dados coletados através da observação e anotados no diário de campo, após a leitura e elaboração de um texto com toda a seqüência do trabalho realizado pelos enfermeiros durante o tempo de observação, foram analisados com o intuito de subsidiar os dados obtidos nas entrevistas, fortalecendo assim os resultados gerais.

A análise dos dados da Escala de Valores relativos ao Trabalho foi realizada tomando-se como referência os parâmetros da própria escala. Os dados referentes às respostas dos enfermeiros foram agrupados de acordo com o valor dado a cada item da escala. A partir desses resultados, foram levantadas as médias e desvio padrão da amostra em cada fator e a frequência dos participantes por intervalo da distribuição dos escores (1 a 5) (PORTO, 2005).

Com os resultados de cada fator foi possível estabelecer uma ordem de prioridade para os entrevistados, de acordo com o valor dado a cada fator motivacional, que foram, a **Realização profissional, Relações sociais, Prestígio e Estabilidade**, utilizando-se para essa classificação a importância dada por eles a cada fator como: Nada importante; Pouco

importante; Importante; Muito importante; e Extremamente importante. De acordo com os valores encontrados se tornou possível compreender as motivações para o trabalho do grupo estudado, considerando que essa escala apresenta bons índices psicométricos, além de embasamento teórico (PORTO, 2005).

Este estudo não apresentou grandes dificuldades para sua execução pelo fato de a pesquisadora fazer parte dessa Emergência e ter livre acesso às instalações do Hospital, o que facilitou o andamento e a colaboração do grupo.

# *Considerações éticas*

---

---

## **5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

Este estudo foi desenvolvido em conformidade com as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, aprovadas pelo Comitê de Ética do Conselho Nacional de Saúde/MS, através da Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, com o CAAE - Certificado de Apresentação para Apreciação Técnica - 0045.0.095.000-07. Os sujeitos envolvidos nas atividades de coleta de dados sob a forma de entrevistas participaram voluntariamente, foram informados quanto aos objetivos do estudo, os possíveis riscos decorrentes da sua participação, e lhes foi garantido o anonimato quando da divulgação dos resultados. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

# *Resultados*

---

---

## **6 RESULTADOS**

Os resultados serão abordados de acordo com a metodologia utilizada para a coleta. Serão apresentados os dados relacionados a: (1) Caracterização dos profissionais entrevistados; (2) Dados relativos às entrevistas abertas e questionários sobre condições de trabalho; (3) Observação sistemática e (4) Resultados da Escala de Valores relativos ao Trabalho.

### **6.1 Caracterização dos enfermeiros pesquisados**

Ao se analisarem os resultados apresentados na Tabela 1, referentes à caracterização do perfil dos enfermeiros estudados, pode-se observar que a maioria dos 23 profissionais entrevistados é do sexo feminino (91,3%), a faixa etária de 46 a 50 anos registrou a maior frequência (26,1%), com uma média de idade de 47 anos. O estado civil predominante (60,9%) é o casado. Verificou-se que 39,1% dos entrevistados têm mais de 20 anos de formados, a maioria, no entanto, encontra-se na faixa de 11 a 20 anos (47,8%). Quanto à titularidade, 87% informaram ter especialização ou residência, e apenas um profissional tem mestrado.

Trabalhar no setor de Emergência foi escolha pessoal de 65,2% do grupo, o restante foi trabalhar nesse setor por determinação das chefias. Segundo o tempo de trabalho na Emergência, 47,8% dos profissionais têm de 16 a 20 anos consecutivos de trabalho, com registro de um profissional que atua na Emergência por período superior a 26 anos. A segunda maior concentração estão naqueles com 5 a 10 anos de trabalho (34,8%). Quanto à carga horária, todos trabalham em escala de dois plantões por semana de 12 horas cada, no horário diurno ou noturno. A maioria (73,9%) informou ter outro vínculo empregatício, sendo 52,2% outro vínculo público; desses, 13% trabalham também em outra emergência. A maioria absoluta não tem outra atividade fora da área do trabalho, ou seja, 91,3%.

O salário dos entrevistados variou de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) a 10.000,00 (dez mil reais), com uma média de salários de R\$ 3.739,00 (três mil setecentos e trinta e nove reais). A maior concentração (39,1%) foi verificada na faixa salarial de 4.000,00 a 6.000,00 reais. O

grupo que só tem um vínculo empregatício (26,1%) encontra-se na menor faixa salarial, ou seja, até R\$ 2.000,00 (dois mil reais).

**Tabela 1 - Perfil socioeconômico e profissional dos enfermeiros que trabalham no setor de Emergência do Hospital da Restauração. Recife. 2008.**

(continua)

Variável	Enfermeiros	
	N	%
<b>Sexo</b>		
Feminino	21	91,3
Masculino	02	8,7
<b>Faixa etária</b>		
31-35	01	4,4
36-40	02	8,7
41-45	05	21,7
46-50	06	26,1
51-55	04	17,4
56 -60	2	8,7
Não respondeu	3	13,0
<b>Estado civil</b>		
Casado	14	60,9
Solteiro	4	17,4
Viúvo	1	4,4
Divorciado/separado	4	17,4
<b>Tempo de formado</b>		
5-10 anos	1	4,4
11-20 anos	11	47,8
21-25	2	8,7
26 e mais	9	39,1
<b>Titularidade</b>		
Residência ou Especialização	20	87,0
Mestrado ou Doutorado	1	4,4
Nenhuma	2	8,7
<b>Escolha do local de lotação</b>		
Sim	15	65,2
Não	8	34,8
<b>Tempo de trabalho na Emergência</b>		
5 a 10	8	34,8
11 a 15	3	13,0
16 a 20	11	47,8
21 a 25	-	0,0
26 a mais	1	4,4
<b>Possui outro vínculo de trabalho</b>		
Sim	17	73,9
Não	6	26,1

**Tabela 1 - Perfil socioeconômico e profissional dos enfermeiros que trabalham no setor de Emergência do Hospital da Restauração. Recife. 2008.**

(conclusão)

Variável	Enfermeiros	
	N	%
<b>Tipo de unidade em que trabalha</b>		
Pública	12	52,2
Privada	5	21,7
Ambas	-	0,0
Nenhuma	6	26,1
<b>Local de trabalho na outra unidade</b>		
PSF	5	21,7
Emergência	3	13,0
Hospital	4	17,4
Ambulatório	-	0,0
Universidade	2	8,7
Outro	3	13,0
Nenhuma	6	26,1
<b>Renda total percebida</b>		
Até R\$ 2.000,00	4	17,4
Entre R\$ 2.000,00 e R\$ 4.000,00	5	21,7
Entre R\$ 4.000,00 e R\$ 6.000,00	9	39,1
Entre R\$ 6.000,00 e 10.000,00	3	13,0
Acima de R\$ 10.000,00	-	0,0
Não quis responder	2	8,7
<b>Possui outra atividade fora do trab.</b>		
Sim *	2	8,7
Não	21	91,3

\* Nota: dos 2 enfermeiros que disseram ter atividade fora do trabalho, um é atividade política, e o outro, religiosa.

## 6.2 Resultados das entrevistas

Os resultados serão apresentados tomando como base a seqüência do roteiro utilizado durante as entrevistas, conforme se encontra abaixo:

- a) **A percepção que o enfermeiro tem de si mesmo dentro do processo de trabalho e como ele acha que é visto pelos outros profissionais e pela população;**
- b) **Os momentos de trabalho desse profissional no setor da Emergência e a apreensão do seu objeto de trabalho;**
- c) **Atividades realizadas pelos enfermeiros durante o plantão;**
- d) **Descrição das condições de trabalho em que as atividades são desenvolvidas;**

**e) Envolvimento com a Instituição e o trabalho, levando em consideração o comprometimento e a satisfação.**

A primeira parte envolve os três primeiros itens: **a**, **b**, e **c**, pelos resultados se mostrarem intimamente relacionados e facilitar a compreensão; a segunda parte será referente ao item **d**, e nesse item serão incorporados os resultados dos questionários sobre as condições de trabalho; a terceira parte será referente ao item **e**.

6.2.1 Primeira parte dos resultados das entrevistas referentes aos itens: a, b e c

O enfermeiro é considerado como indispensável dentro do setor de Emergência, porém são ressaltadas as dificuldades desse profissional em manter a sua autonomia. Segundo os entrevistados, a Emergência se transformou nos últimos anos num local difícil para se desenvolver o trabalho, falta entrosamento entre as equipes e condições adequadas para a realização de um trabalho digno. Em relação à percepção que o próprio profissional tem a seu respeito, percebe-se pelas falas que ele se vê como um profissional que luta no meio de muitas dificuldades dentro do setor da Emergência, como superlotação, insegurança, condições de trabalho difíceis, falta de reconhecimento, desorganização do ambiente, para tentar dar uma melhor assistência aos pacientes.

Esses profissionais acreditam que os auxiliares têm uma visão a seu respeito de uma pessoa que ajuda a direcionar o plantão, os exames, as vagas, as faltas de medicamentos ou a necessidade de algum procedimento.

Na visão dos enfermeiros em relação à sua percepção a respeito de como os outros profissionais veem o seu trabalho na Emergência, acreditam que essa visão vai estar sujeita à empatia de cada um, não podendo ser generalizada para todos os profissionais. No entanto vai depender, igualmente, do local onde o enfermeiro esteja trabalhando. Se for dentro da Unidade de Trauma, pode ser aquele que organiza o setor, redireciona os pacientes; nos boxes, pode ser visto como aquele que agiliza exames, agiliza altas, esvazia o setor para novas admissões; na Unidade de Cuidado Intermediários (UCI), a visão é de que ele tem um papel mais assistencial junto ao paciente grave.

Acreditam serem vistos pelos usuários como uma tábua de salvação dentro do setor, aquele que resolve o problema de imediato, seja a dor, seja um exame, uma transferência, é

aquele que até providencia o médico para ver o paciente. Reconhecem a necessidade de uma melhor informação do seu papel à população, porque essa ainda não tem clareza do papel desse profissional, da sua importância e da sua formação, havendo freqüente confusão com o pessoal auxiliar ou com os médicos, o que tem gerado desestímulo e insatisfação no trabalho ao longo dos anos e que pode ser visto de acordo com os depoimentos:

[...] embora eu ache que não haja assim um reconhecimento por parte das outras categorias profissionais, eu não sei com relação à população [...], eles procuram muito o enfermeiro, agora eu não sei se eles têm a percepção da importância desse profissional, mas a partir do momento que ele procura, ele não vai procurar aquilo que ele não acha ou não julgue importante (Enfermeiro XVIII – EA).

[...] a visão que o paciente tem de nós é uma visão meio misturada; para ele todos são enfermeiros, e nós somos a chefe, às vezes tem um problema maior, aí chama a chefe, e as vezes é assim que o auxiliar nos apresenta para a população e diz: vá falar com a chefe! [...] eles não têm noção de que o enfermeiro é o profissional líder da equipe, que tem uma assistência diferenciada, não vou dizer melhor, mas é diferenciada do pessoal auxiliar, eles não têm muito assim essa noção. Eu acho até comum (Enfermeiro X - EP).

Embora exista essa conceituação sobre a visão da população a respeito do papel do enfermeiro, o trabalho desse profissional é reconhecido pelos usuários quando ele chega junto ao paciente, se identifica. E às vezes gera um sentimento de dependência por parte dos pacientes por conta das dificuldades do serviço e ser esse profissional o que se encontra mais vinculado a eles. Como pode ser visto a seguir:

[...] ele conhece, quando ele chega até um enfermeiro, você vê que o comportamento dele é diferente, ele respeita, ele entende, ele agradece, quando você se relaciona com a família, a forma como a gente chega e explica as coisas [...], do nada você vê uma pessoa que vem lhe agradecer por uma atenção que você dá (Enfermeiro III - EP).

[...] à medida que você conversa com cada paciente e acompanhante, e que eles percebem que há uma pessoa interessada por eles, então eles chegam muito para perto de você e muitas vezes a gente não tem como, por mais que você se desdobre não tem como, por que a demanda é excessiva. Então você não tem como abraçar tudo isso, você vai depender de outros, de terceiros e esses terceiros estão deixando a gente numa situação difícil de tentar solucionar as coisas, o não fazer tornou-se normal, o deixar para lá passou a ser normal. O que você acha de um profissional que atende um paciente com uma pressão arterial que não foi vista? O que você acha de um técnico de enfermagem que checa uma medicação que não foi feita? O que você acha de uma pessoa que está esperando realizar um exame quando o médico nem solicitou? Então isso é muito difícil, à medida que chega uma pessoa junto do paciente para escutá-lo já fica vinculado o plantão todo. Eles ficam me chamando o tempo todo para as pequenas e grandes coisas, isso é o que é o pior daqui, e eu não vejo como sair daqui, eu não sei, não achei ainda o caminho profissionalmente falando que me fizesse tirar desse serviço (Enfermeiro II - EA).

O trabalho desenvolvido pelo enfermeiro dentro do setor da Emergência encontra-se muito confuso, embora esteja claro na cabeça dos profissionais; esses se misturam à desorganização existente e acabam não direcionando a sua função ao que realmente interessa, o que torna difícil a sua evidência e valorização, como pode ser visto abaixo:

[...] a gente tem de assumir vários outros papéis que não são da enfermagem e que você vai fazendo porque alguém deixou de fazer ou porque você acha que deve fazer, às vezes porque você acha que é super, super, super poderoso [...] e tem condições de fazer tudo, quando na realidade você não tem e isso dificulta mais o trabalho aqui dentro, e chega uma hora que você diz que não é possível e que tem que parar, e quem é de direito assumo o seu papel, mas a gente não faz isso [...] Eu acho que existe um objeto definido, está bem claro o que a enfermagem tem que fazer, mas a gente mistura esse papel com vários outros papéis. Olha, eu acho que a assistência dentro da emergência, aquele primeiro contato que o paciente tem com o médico, deveria ter um enfermeiro fazendo os cuidados diretos [...], os procedimentos de sondagem, os procedimentos de punção, eu acho que esse é o papel do enfermeiro (Enfermeiro V- EA).

O enfermeiro considera que o seu papel tem importância tanto no gerenciamento quanto na harmonização com os outros trabalhadores, quando é ele que passa a maior parte do tempo dentro do setor pelas próprias características do seu trabalho, o que lhe permite a socialização maior com os outros profissionais que, às vezes, só passam para algum parecer ou conduta específica; torna-se, dessa forma, a pessoa que faz a ligação entre a equipe de trabalho. De acordo com esse pensamento, um dos entrevistados diz:

O enfermeiro é o mais solicitado e o que mais se desgasta pessoalmente, porque ele tenta harmonizar todos os profissionais, além de desenvolver as suas funções; então ele acaba absorvendo outras obrigações no desenvolvimento desse trabalho (Enfermeiro XVIII - EA).

A maioria demonstrou identificação com o trabalho em Emergência, o que é perceptível através das suas falas. Outra questão bastante ressaltada foi a falta de uma rotina definida ou um protocolo para os atendimentos, cabendo a cada profissional criar a sua maneira de trabalhar.

O objeto de trabalho é perceptível para todo o grupo entrevistado, que é o cuidado ao paciente. Porém, é ressaltada a importância da vocação para trabalhar em Emergência, pois é considerado que se o profissional não gostar do que faz, não vai conseguir realizar um bom trabalho. “[...] a gente tem que gostar do que faz. Ser enfermeiro, porque quer ser enfermeiro, ser assistencial porque quer ser assistencial. Agora tem também que se capacitar, tem que estudar, tem que ler, tem que se atualizar [...]” (Enfermeiro III – EP).

De acordo com os depoimentos, o enfermeiro é considerado um elo dentro da equipe na Emergência. É destacada a importância do seu trabalho junto ao paciente e enfatizado que quando ele se apresenta ao paciente gera uma relação de confiança e reconhecimento pelo trabalho realizado. Porém, é destacada também a dificuldade em realizar esse papel junto a grande maioria dos pacientes por conta da demanda excessiva. No entanto, se sente gratificado quando consegue fazê-lo, “o reconhecimento pelo trabalho realizado é a recompensa pelo esforço dado” (Enfermeiro III - EP).

Outra causa importante para o impedimento da realização das atividades, sob a responsabilidade do enfermeiro, de forma satisfatória é a dependência de outros profissionais para o desenvolvimento do seu trabalho, ou seja, para que a parte que lhe cabe seja plenamente desenvolvida, ele precisa de outros profissionais, e nem sempre esses estão disponíveis para a resolução do problema no momento em que são solicitados, causando certo desconforto pelo fato de o enfermeiro sempre estar, a procura de outros para a solução dos problemas existentes, problemas esses relacionados aos pacientes. Muitas vezes, ele não é bem visto por conta disso, às vezes é considerado intransigente ou aquele que só gosta de mandar, como se pode ver através do relato a seguir:

[...] eu gostaria de fazer mais pelo meu paciente, mas eu preciso do traumato, eu preciso de anestesista, eu preciso de endoscopista, eu preciso de cirurgião pediátrico, eu preciso de neurologista, eu preciso de auxiliar de enfermagem, preciso do maqueiro, então eu me vejo nadando, nadando e morrendo na praia” (Enfermeiro IV - EP).

Os próprios enfermeiros consideram que a sua importância é inquestionável dentro do serviço de Emergência, porém seu reconhecimento vai depender do conhecimento adquirido, da sua capacidade, da sua competência e da sua atualização. No entanto essa clareza da importância do seu trabalho, da sua real necessidade dentro do processo de trabalho não é evidente para todos. Alguns não reconhecem que a sua contribuição vai desde a admissão até o desfecho final do tratamento do paciente. “[...] o enfermeiro, dentro da Emergência, necessita demonstrar segurança na hora das condutas, e o seu reconhecimento vai depender dessa postura, e essa conduta não é igual para todos” (Enfermeiro VI - EA).

O desgaste dentro do serviço, que é considerado grande, é justificado tanto pela desorganização dentro do setor, falta de direcionamento, como pelo excesso de demanda, como é destacado nesta citação:

O processo de trabalho neste serviço sofre descontinuidade, tanto pelo grande volume de pacientes, como também pela falta de direcionamento do plantão, falta de entrosamento. Ficam muitas outras coisas para serem feitas e o enfermeiro acaba por assumir aquilo que não é o seu papel específico, e o que é seu fica nas mãos dos auxiliares (Enfermeiro V- EA).

Cada enfermeiro faz a sua própria rotina, não existindo nada por escrito. Cada um segue o plantão de acordo com o andamento do mesmo o que, na visão do grupo, acaba trazendo prejuízo ao profissional e, principalmente, aos pacientes, por prejudicar a continuidade da assistência.

[...] na emergência, funciona tudo sem uma rotina definida, sem protocolos, embora já tenha havido treinamentos neste aspecto com o objetivo de introduzir os protocolos do trauma no atendimento, no entanto cada um continua a desenvolver o seu trabalho de maneira totalmente individualizada. Isto valendo para todos os profissionais. O protocolo existe, embora não seja seguido (Enfermeiro VIII - EA).

É recorrente a queixa pela falta de rotinas dentro do setor da Emergência, o que dificulta quando chega alguém novato. Atualmente nessa Emergência,

O trabalho em grupo não é uma prioridade, não havendo preocupação com a continuidade, não há rendição na hora, o que era uma característica da Emergência, a pontualidade e assiduidade dos enfermeiros [...] capacidade do grupo em se inteirar de toda a Emergência, de tudo que acontecia, uma preocupação com a continuidade do serviço [...] (Enfermeiro XIII - EA).

É enfatizado ainda por um dos entrevistados que:

A gente não consegue trabalhar em equipe. Por que se houvesse uma coisa bem orquestrada você não precisava sair daqui para ir atrás do maqueiro para poder pegar o paciente da tomografia, ou alguém gritar porque o paciente estava tendo crise, porque estava morrendo lá precisando ser entubado na porta da tomografia [...] então esses passos não seguem aquela seqüência lógica do processo, têm quebras e a gente é como um elo nesse meio, querendo não deixar quebrar e tomando atitudes, ou deixando quebrar [...] (Enfermeiro V- EA).

Embora seja reconhecido pelo grupo que no setor de Emergência não pode ser tudo premeditado, pelo tipo dos pacientes que chegam, mesmo assim há necessidade de um direcionamento no plantão, de maneira que todos possam ter uma orientação do que vai ser realizado a partir de cada caso, como também do papel de cada um; no entanto, o processo de trabalho é seguido de forma individualizada, como se pode perceber no depoimento abaixo:

[...] amanhã ou depois eu estou escalada como responsável pelos pacientes que se encontram na UCI e pela metade dos pacientes que ficam em um dos grandes

corredores da unidade. Primeiro eu vou ver os pacientes que estão no corredor, vejo se tem algum exame, alguma coisa pendente, vejo os pacientes mais graves, porque eu sei que quando eu entrar na UCI eu não vou mais vê-los. Vou para UCI, vou ver paciente por paciente, vejo se tem algum exame pendente, aí fica fácil, vejo se tem algum procedimento, aquele que está entubado [...], mas isso é uma coisa que eu estabeleci [...] (Enfermeiro V- EA).

Dentro do processo de trabalho da Emergência, algo considerado pelos entrevistados como importante foi a decisão do grupo que, durante a visita dos pacientes, não só deveriam observar o que era necessário fazer para cada paciente, mas também escrever no prontuário as suas impressões sobre o estado do mesmo, e as condutas tomadas. Segundo um dos entrevistados, o resgate da assistência direta dá uma maior valorização ao trabalho do profissional. Ele passa a se preocupar apenas com o que for necessário para o paciente, embora seja enfatizado que ainda não é uma conduta uniforme, mas já está atingindo uma parte dos profissionais, o que pode ser constatado no relato a seguir:

[...] o resgate por parte do enfermeiro do registro da evolução do paciente no prontuário em todos os pacientes que se encontram dentro dos boxes e UCI, e a realização dos procedimentos invasivos, como as sondagens [...], deixando de lado algumas funções burocráticas e que não era de sua responsabilidade, pelo menos em parte mudou um pouco (Enfermeiro VIII - EA).

Há uma grande responsabilização do enfermeiro por tudo o que não ocorre como devido, ficando esse profissional penalizado por muitos procedimentos que não são da sua competência profissional, provavelmente devido à falta de planejamento do trabalho e definição clara do seu papel. A dificuldade para desenvolver o trabalho é considerada pior dentro da Unidade de Trauma, onde acontece o primeiro atendimento ao paciente politraumatizado e a pacientes graves, isso devido a não obediência a protocolos para a realização do trabalho, como pode ser visto através do relato da entrevistada:

Na Unidade de Trauma o trabalho é dificultado pela quantidade excessiva de estudantes de medicina, o que ocasiona tumulto no primeiro atendimento ao paciente, situação em que se observa com mais objetividade a falta de organização e condução do atendimento seguindo o protocolo do trauma (Enfermeiro IX - EA).

A condução do atendimento sem seguir um protocolo para a realização do trabalho traz prejuízo ao paciente, uma vez que a demanda é muito grande, não havendo a passagem do plantão paciente por paciente e não se consegue acompanhar o que ele precisa. Levando-se em consideração também o número insuficiente de enfermeiros, se torna impossível ele chegar perto de todos os pacientes. A demonstração da insuficiência fica patente quando é

explicado como a escala é feita na vigência dessa dificuldade, e é dado como exemplo o plantão onde há apenas quatro enfermeiros, quando existem oito setores a serem cobertos. “Vão ficar lacunas, por conta da impossibilidade de cobertura total de todos os pacientes” (Enfermeiro IX - EA). Segundo o entrevistado, normalmente, ficam escalados quatro a cinco enfermeiros por plantão na parte da Emergência de Adultos e 2 na de Pediatria.

Contrastando com a situação da Emergência de Adultos, se encontra a Emergência Pediátrica, onde a situação é considerada um pouco diferenciada. O enfermeiro também é considerado como de suma importância dentro da assistência. Criou o seu espaço e adquiriu respeito não só do paciente, mas também dos auxiliares e da equipe médica. “Há uma interação muito boa entre a equipe” (Enfermeiro X – EP).

Inicialmente quando cheguei aqui não tinha enfermeiro, [...] mas, quando nós chegamos a recepção não foi muito boa, mas o trabalho que nós enfermeiros conseguimos desenvolver aqui nos valorizou muito diante da equipe de enfermagem, que hoje não quer dar plantão sem enfermeiro, falta tudo e não falta enfermeiro, então eu vejo que nós conseguimos mudar a visão pelo menos aqui dentro que o auxiliar tinha do enfermeiro (Enfermeiro X - EP).

O trabalho realizado na Emergência Pediátrica segue uma rotina criada pelo próprio grupo, favorecendo o conhecimento das crianças, o melhor acompanhamento e um trabalho de qualidade, como pode ser percebido pelo depoimento a seguir:

A gente conseguiu instituir normas, temos até uma coisa simples, que é o centro de observação do paciente que todo mundo se baseia por ele. Os especialistas quando vêm, procuram logo o nosso mapinha, e temos um bom entrosamento com a equipe pediátrica que é uma equipe mais acessível, nosso relacionamento com ela é muito bom, então eu me vejo hiperimportante, no meu trabalho aqui, eu sou o elo, eu acho assim. Por que eu vejo que o pessoal do nível médio dá assistência para aquele paciente 12 horas e não pergunta o nome, diz assim: aquele menino! Que menino? ele cuidou durante as 12 horas, e nós sabemos de tudo que acontece aqui dentro, então todo mundo se reporta a nós, tanto o paciente, o paciente nem tanto, mas o próprio auxiliar, o médico, os especialistas. Porque a enfermeira tem noção de toda a assistência e tem assistência de qualidade (Enfermeiro X - EP).

Quando o enfermeiro chega ao setor da Emergência Pediátrica ele recebe o plantão e, a partir daí, são definidas as prioridades. Os procedimentos mais complexos, como: sondagens, grandes curativos, encaminhamentos para especialistas e exames complexos, um dos enfermeiros se responsabiliza, e o outro fica responsável pelas atividades mais administrativas, como escalas, pedido de material, entre outras.

Uma das entrevistadas que trabalha na Emergência Pediátrica demonstra bastante interação com a Emergência e satisfação em trabalhar com o setor. Acredita ser o melhor

setor dentro do hospital pela capacidade de integração da equipe e da valorização que o enfermeiro tem pelos outros profissionais, não só médicos, mas assistentes sociais, nutricionistas e os auxiliares/técnicos de enfermagem.

Na Emergência Pediátrica o enfermeiro é considerado, segundo os depoimentos, referência para o trabalho do auxiliar, e esse sempre solicita a sua presença para a tomada de decisões, fato não citado pelos enfermeiros da Emergência de Adultos.

Embora na Emergência de Pediatria exista o reconhecimento por parte dos profissionais do trabalho realizado pelo enfermeiro, ainda ocorre confusão por parte da população. Porém, foi ressaltado que, por conta da visita que o enfermeiro realiza a todos os pacientes e se apresenta ao acompanhante juntamente com o auxiliar, eles acabam diferenciando o papel de cada um. É considerado que todos os enfermeiros do setor têm claro qual o seu papel dentro do serviço pelo fato de todos participarem de reuniões com a supervisora e o seu papel ser parte das discussões, tendo ficado bastante clara por todo o grupo a responsabilidade de cada um, ou seja, pacientes graves são de responsabilidade do enfermeiro; a rotina é muito fechada e se acredita que o reconhecimento é por conta do trabalho ter essa característica. A rotina inicia-se pela visita e definição de prioridades, como pode ser observado através do depoimento a seguir:

A gente chega, recebe o plantão, e vai ver quem chegou do pessoal auxiliar, depois dá uma olhada rápida nos materiais, se precisa fazer algum pedido, depois a gente vai fazer a visita. A partir da visita, a gente vê os encaminhamentos, quem vai fazer exame, quem vai ser transferido, quem está grave, quem vai ser remanejado e naturalmente as demandas vão surgindo, procedimentos, transferência de paciente, evolução de pacientes mais graves, aí você estabiliza o plantão [...] (Enfermeiro XI – EP).

Contudo, mesmo existindo na Emergência Pediátrica essa diferenciação da Emergência de Adultos, a demanda excessiva também traz dificuldades para o reconhecimento desse profissional por parte de todos os usuários, como se pode inferir do depoimento abaixo:

A alta demanda de crianças é considerada o pior problema dentro da Emergência, porque é por conta desta alta demanda que o enfermeiro fica impossibilitado de chegar junto a todos os pacientes, uma vez que tem que priorizar o atendimento aos pacientes graves, o que tem prejudicado os outros pacientes e leva ao não reconhecimento do seu trabalho por parte dos pacientes menos graves (Enfermeiro XX - EP).

Mesmo assim, vale ressaltar que: “[...] geralmente é relatado por pessoas, após serem internadas na Emergência pediátrica, que tinham uma péssima impressão do hospital e que mudou, e têm um grande respeito pelo enfermeiro e equipe de enfermagem” (Enfermeiro X – EP).

Na avaliação geral do enfermeiro sobre o seu trabalho no setor da Emergência, ele considera importante a sua função e acredita que, com a implantação do Programa de Saúde da Família pelo Ministério da Saúde, houve uma maior visibilidade desse profissional, fato semelhante podendo acontecer com a implantação da classificação de risco na Emergência, que é o primeiro atendimento realizado pela equipe de emergência (médico, enfermeiro, entre outros), classificando os pacientes de acordo com a gravidade de cada caso, seguindo orientações protocolares predeterminadas. Fato que pode ser observado no seguinte depoimento:

[...] eu percebo que houve uma melhora na percepção das pessoas, da sociedade, com relação à enfermagem, depois do programa Saúde da Família, eu percebo que o profissional enfermeiro ele se mostrou mais perante a sociedade e a sociedade passou a vê-lo de uma forma melhor, e analisando também em relação ao trabalho da classificação de risco, eu percebo que a visão da sociedade melhora, é uma relação de respeito e de aceitação daquele profissional que estava ali desempenhando a função, e também em relação aos outros membros da equipe, que realmente valorizava, a assistente social, o médico (Enfermeiro XVIII – EA).

De uma maneira geral, a partir desses resultados, pode-se ter uma percepção de como o enfermeiro da Emergência se vê. Ele acredita ter importância dentro do processo de trabalho, reconhece qual o seu objeto de trabalho, no entanto se encontra bastante confuso, tanto pela desorganização geral do setor, quanto pela falta de rotinas e protocolos a serem seguidos e falta de articulação entre os outros setores. Quanto ao reconhecimento do seu trabalho pelos outros profissionais, acredita que isso vai depender da empatia e do próprio grupo de plantão, como também que o conhecimento adquirido por eles vai interferir nesse reconhecimento, sendo um pouco diferente na Emergência de Pediatria, onde esse profissional já se sente bastante valorizado. Quanto ao reconhecimento pelos usuários, percebe-se, em ambas as Emergências que a população não tem clareza do seu papel.

Os resultados a seguir são referentes às condições de trabalho percebidas pelos profissionais.

## 6.2.2 Segunda parte dos resultados das entrevistas, item d

Os resultados encontrados sobre as condições de trabalho dentro da Emergência serão apresentados de duas formas: **d.1** resultados encontrados através dos questionários fechados sobre as condições de trabalho, e **d.2** os resultados encontrados através das entrevistas abertas.

### *d.1 Resultados dos questionários fechados relacionados às condições de trabalho*

A partir dos dados coletados através dos questionários fechados, com a finalidade de analisar as condições de trabalho oferecidas pelo hospital no setor de Emergência para os enfermeiros desenvolverem o seu trabalho, foram avaliadas algumas variáveis consideradas prioritárias para essa análise, como: **a qualidade do ambiente para o profissional desenvolver o seu trabalho na Emergência; a quantidade e qualidade dos equipamentos e insumos; a quantidade de profissionais; o apoio dos serviços pelos meios diagnósticos e terapêuticos e o gerenciamento e organização do trabalho** (Tabela 2).

Quando se analisa a primeira variável **qualidade do ambiente para a realização do trabalho**, observa-se que a qualidade da refeição avaliada pelos profissionais foi considerada como Regular por 47,8% e Boa por 30,4% dos entrevistados. Para a maioria o conceito Regular obteve os maiores percentuais em relação as condições de repouso, tendo sido computado 52,2%. O conforto ficou com o maior percentual para o conceito Ruim (39,1%), seguido pela limpeza do ambiente (34,8%).

Para a variável **equipamentos e insumos**, os maiores percentuais se concentram no conceito Regular, com exceção da quantidade de materiais que fica com o maior percentual para o conceito Bom (56,5%), e nenhum conceito Péssimo ou Ótimo foram computados para essa variável. A disponibilidade de equipamentos na Emergência para o desenvolvimento do trabalho aparece com o segundo maior percentual (43,5%) para o conceito Regular. 30,4% consideram Ruim a manutenção dos equipamentos e 13% consideram péssimo. Chama a atenção nessa variável a não pontuação para o conceito Ótimo em nenhum dos itens.

Em relação à **quantidade de profissionais na Emergência como condição de trabalho**, há uma variação importante no resultado. Para a quantidade de médicos 50% do grupo pesquisado considera boa a quantidade desse profissional, e 13,6% consideram Ótimo. Já para o profissional enfermeiro, a maioria (36,4%) considera Regular, e 27,3% consideram

Ruim. Para o pessoal auxiliar, os conceitos dados foram equiparados em Bom, Regular e Ruim, com 30,4%. Não foi dado nenhum conceito Ótimo nessa variável.

Para avaliação dos **meios diagnósticos e terapêuticos** o pior conceito ficou com o serviço de imagem, com 40,9% para o conceito Ruim. Os três serviços obtiveram conceitos acima de 40% para o conceito Regular, tendo o serviço de laboratório ficado com 56,5% para esse conceito. O banco de sangue ficou com o maior percentual para o conceito Bom (43,5%). Na avaliação dessa variável não houve nenhum conceito Ótimo, e para o conceito Péssimo apenas o serviço de imagem foi pontuado (9,1%).

Para a variável **gerenciamento e organização do trabalho** o pior conceito foi para a segurança oferecida pelo hospital para o desenvolvimento dos trabalhos, ficando com um percentual de 56,5% de conceito Ruim, seguido pelo número de atendimentos por turno de trabalho (43,5%) e 39,1% para a organização do ambiente de trabalho. A carga horária foi o único item a receber alto percentual para o conceito Bom, ou seja, 43,5%. O número de atendimento por turno recebeu 21,7% para o conceito Péssimo. Não houve nenhum conceito ótimo nessa variável (Tabela 2 na página a seguir).

Tabela 2 Avaliação pelos enfermeiros das variáveis relacionadas às condições de trabalho no setor da Emergência do Hospital da Restauração

VARIÁVEIS	Ótimo		Bom		Regular		Ruim		Péssimo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Qualidade do ambiente para o profissional</b>												
Conforto	3	13	-	-	11	47,8	9	39,1	-	-	23	100
Limpeza	-	-	5	21,7	7	30,4	8	34,8	3	13	23	100
Condições de Repouso	1	4,3	5	21,7	12	52,2	4	17,4	1	4,3	23	100
Qualidade da refeição	-	-	7	30,4	11	47,8	5	21,7	-	-	23	100
<b>Equipamentos e insumos</b>												
Disponibilidade de Equipamentos	-	-	6	26,1	10	43,5	6	26,1	1	4,3	23	100
Manutenção dos Equipamentos	-	-	4	17,4	9	39,1	7	30,4	3	13	23	100
Quantidade de Materiais	-	-	13	56,5	7	30,4	3	13	-	-	23	100
<b>Quantidade de Profissionais</b>												
Quantidade de Médicos	3	14	11	50,1	4	18,2	3	13,6	1	4,5	22	100
Quantidade de Enfermeiros	1	4,5	5	22,7	8	36,4	6	27,3	2	9,1	22	100
Quantidade de Pessoal Auxiliar	-	-	7	30,4	7	30,4	7	30,4	2	8,7	23	100
<b>Meios Diagnósticos e Terapêuticos</b>												
Suporte do Laboratório	-	-	3	13	13	56,5	7	30,4	-	-	23	100
Suporte do Banco de Sangue	-	-	10	43,5	10	43,5	3	13	-	-	23	100
Suporte do Serviço de Imagem	-	-	1	4,5	10	45,5	9	40,9	2	9,1	22	100
<b>Gerenciamento e Organização do Trabalho</b>												
Organização do Ambiente	-	-	2	8,7	11	47,8	9	39,1	1	4,3	23	100
Número de Atendimento por Turno	-	-	3	13	5	21,7	10	43,5	5	21,7	23	100
Carga horária do Turno de Trabalho	-	-	10	43,5	9	39,1	2	8,7	2	8,7	23	100
Segurança do Hospital	-	-	3	13	4	17,4	13	56,5	3	13	23	100

Nota: No item quantidade de profissionais uma pessoa deixou de responder as questões: quantidade de médicos e enfermeiros; No item meios diagnósticos e terapêuticos uma pessoa deixou de responder a questão suporte do serviço de imagem.

## *d.2 Resultados das entrevistas abertas relacionadas às condições de trabalho*

As precárias condições de trabalho no setor da Emergência, a falta de recursos humanos, foram alguns itens enfatizados pelos entrevistados a partir da análise das entrevistas abertas. Eles consideraram que a equipe de auxiliares de enfermagem é insuficiente para o grau de complexidade dos atendimentos e a frequência de cuidados que são prestados. Ressaltaram também a falta de equipamentos, a baixa qualidade dos materiais adquiridos pelo serviço e a não existência de treinamento dos enfermeiros para o manuseio adequado dos equipamentos, como pode ser visto através dos depoimentos a seguir: “a gente corre muito, se estressa porque os equipamentos que temos são poucos e os que têm, não têm manutenção [...]” (Enfermeiro I – EA).

[...] é um caos total, porque não se concebe, você entrar para começar a trabalhar e se deparar com uma Emergência superlotada, falta de profissionais em todas as categorias, especialidades de categoria, a falta da infraestrutura para alguns cuidados básicos que a enfermagem não tem [...], falta treinamento para o pessoal de enfermagem, para os enfermeiros, falta um tipo de assistência psicológica para ele entender que não é a pessoa dele que está sendo agredida (Enfermeiro IV- EA).

“[...] com relação aos equipamentos, tem que rever material, tem luva que quando a gente vai ver está furada, então gera insegurança em relação a material, porque a gente não tem tudo adequado como deveria ter [...]” (Enfermeiro III-EP).

Foi ainda considerado por alguns entrevistados que o não planejamento das atividades gera uma completa desordem no andamento do serviço, o que leva ao desperdício de tempo e de recursos, sendo criado um ciclo de erros, em que todos têm uma parcela de responsabilidade, ou seja, não há interrelação entre os setores, cada um trabalha de forma isolada, não havendo a preocupação com o todo. Como consequência, tem-se a demora no atendimento e o desgaste do profissional, gerando desarmonia e insatisfações. Pode-se observar essa realidade através da seguinte fala:

[...] às vezes falta material num setor porque alguém deixou de pegar na farmácia, a farmácia deixou de pegar no depósito e assim vai e você vai se desgastando com isso, a gente anda demais procurando coisas que já deveriam estar lá e isso é um desgaste [...]. O desgaste maior está nessa desorganização (Enfermeiro V-EA).

Um dos temas que mais recebeu críticas do grupo foi a segurança do hospital, considerada por praticamente todos os enfermeiros como bastante falha, como se pode ver através da fala a seguir:

A segurança no trabalho é uma coisa que é completamente extinta aqui dentro, não sei se é como uma rotina dos hospitais abertos de uma maneira geral, mas aqui a gente sabe que a gente está muito receptiva a qualquer hora a um marginal. Eu já fui vítima há alguns anos atrás, um homem entrou aqui para acabar de matar um policial e me pegou praticamente de refém. [...] fora isso, as agressões dos próprios acompanhantes no contexto da situação de você não poder atender todo mundo na mesma hora, imediatamente, isso vai gerando um nível de estresse que quando chega lá você pode até levar um tapa, não só fisicamente como verbalmente (Enfermeiro VIII - EA).

Em relação à demanda de pacientes da Emergência, os entrevistados queixaram-se da falta de controle da quantidade de pacientes que adentram ao serviço, trazendo uma falta total de controle do que precisa ser feito, e impossibilidade de os enfermeiros realizarem o trabalho que está sob sua responsabilidade que é a supervisão da assistência e prestação de cuidados aos pacientes que requerem uma atenção mais complexa. Um dos grandes danos causados aos pacientes por essa falta de controle da situação é a inexistência de um atendimento continuado de forma rigorosa. Pode-se exemplificar essa situação através das passagens descritas pelos entrevistados:

Existe um dimensionamento de pacientes maior do que a estrutura é capaz de suportar, tanto estrutura física, como estrutura pessoal [...] É um equívoco aumentar o número de pessoas, adianta organizar a questão da quantidade de pacientes. A gente não tem um ambiente saudável nem para nós, muito menos ainda para os pacientes. É inadmissível que você tenha que passar uma sonda vesical num paciente no corredor na frente de homem e mulher, quem passa [...] (Enfermeiro V -EA).

[...] aqui você não tem condições de trabalho, no lugar que é para colocar 60 pacientes, você tem 150, eu já contei duzentos e tantos no meu plantão [...], e com isso acarreta o pessoal também, porque é para você ser direcionado para uma determinada quantidade de pacientes e você tem muito mais [...] (Enfermeiro XVII – EA).

Você tem a quantidade de profissionais suficientes para atender o que ela se propunha em torno de 70 ou 80 pacientes, quando você duplica isso, você vai duplicar o número de profissionais? Não vai ter efeito [...] a emergência ela trabalha precariamente não por falta de profissionais, nem de medicamentos, nem de consumo, de uma forma geral, porque a gente tem, ela trabalha mal por conta do espaço que você não tem. Um corredor não é para ficar paciente, recebe aquilo que é institucionalizado para os boxes, a condição é péssima não por conta do serviço, mas por conta do excesso (Enfermeiro XVI - EA).

Os enfermeiros ressaltaram ainda a discriminação que estão sofrendo nos últimos anos, relacionada aos aumentos de salários diferenciados entre os profissionais de saúde dentro da Instituição. Consideram que isso leva a um desestímulo e funciona como uma condição ruim para o desenvolvimento do trabalho. Informam que nem sempre foi assim, que já houve época em que havia diferenciação, mas com respeito às outras categorias. Isso foi relatado por quase todos os profissionais, devido aos aumentos de salários ou negociações em

separado que os últimos governantes vêm mantendo, exclusivamente, com a categoria dos médicos. O grupo sente-se desprestigiado e desestimulado a lutar por melhores condições de trabalho para a prestação de uma assistência digna, pois não sabe a quem recorrer. Pode-se sentir essa situação através do depoimento de alguns entrevistados:

Não foi sempre assim não, nós já passamos momentos em que realmente tinha um tipo de tratamento diferenciado, mas que você conseguia conquistar um espaço e que via aquela coisa da equipe querendo que você conquistasse, então era uma troca, existia um esforço maior pelo profissional, então existia a possibilidade de você brigar junto, de respeitar e querer para você também igual (Enfermeiro V – EA).

[...] o salário, ele não é um salário justo para o trabalho que é desenvolvido aqui dentro, uma vez que você tem que ter 2 ou 3 empregos para sobreviver, e a Emergência do HR não lhe dar chance de ter mais empregos porque ela consome muito, e além do mais, o que é mais revoltante em relação ao salário é a discriminação que você tem em relação aos profissionais de outras categorias [...] (Enfermeiro XIV – EA).

“O salário a gente sabe que é pequeno, mas se você tivesse uma maneira de conversar, de fazer alguma coisa para essas pessoas melhorarem a autoestima de quem trabalha aqui dentro [...]” (Enfermeiro XXI – EP).

Outro ponto importante a chamar a atenção foi a questão da dificuldade dos enfermeiros que trabalham com o ensino em relação à prática com os alunos, em um local tão desorganizado, causando certa angústia aos profissionais, já que a Instituição é um hospital de ensino e essa prática vai sempre existir. Considerando ser essa uma necessidade primordial, os entrevistados consideram as condições do ambiente na Emergência inadequadas para a prática do ensino da enfermagem, como pode ser visto a seguir:

[...] a gente tem até vergonha de passar para os estudantes acadêmicos que isso é a realidade nossa [...] eu já senti vergonha de passar as condições de trabalho para o aluno, porque a gente está ensinando aqui uma coisa totalmente errada, é lógico que isso aí não é saúde, [...] tem dia aqui que a gente não tem condições nenhuma de desenvolver um trabalho digno, para mostrar aos acadêmicos como na realidade funciona a enfermagem, a gente não tem [...] é tudo errado. [...] (Enfermeiro XVI - EA).

Dentre o grupo pesquisado, houve poucas pessoas a expressarem o seu desejo de sair da Emergência, um desejo misturado à decepção, à frustração, por ter sempre acreditado que um dia essa realidade mudaria e isso não ter se concretizado. Mesmo assim, no discurso passam a achar que na verdade nunca irão sair, além do apego pessoal, sentem que a hora já passou de tomarem uma decisão. Porém, um dos entrevistados coloca claramente a sua vontade de ser transferido do setor, e explica as razões, como pode ser visto a seguir:

[...] primeiro motivo é pela questão de eu valorizar meu trabalho em cima de 8 ou 10 pacientes graves, que é função do enfermeiro trabalhar com pacientes graves e poder planejar, coisa que na emergência é impossível. Pego 10 pacientes aqui, daqui a pouco tem 13, 14, 15 e nunca a gente vai poder fazer um trabalho direito [...] (Enfermeiro XIV – EA).

A maioria do grupo acredita que apesar de tudo ainda resta esperança de que um dia a emergência possa melhorar, e justifica que, provavelmente, essa é a razão da permanência no setor por tantos anos; comenta-se que os enfermeiros temem que se saírem e a Emergência melhorar, não poderão dizer que também fizeram parte da transformação. Relembra que anos atrás a visita era realizada por médicos, enfermeiros, assistentes sociais e o chefe de plantão, o que favorecia o andamento do trabalho e o entrosamento da equipe, e que essa prática há muito deixou de ser realizada, e isso traz certa melancolia no grupo e angústia de ver a realidade atual, o que pode ser constatado através dos depoimentos abaixo:

[...] agora com relação ao trabalho, às outras categorias profissionais, principalmente à médica, eu acho que houve um grande distanciamento com relação a esses profissionais no decorrer do tempo. Quando nós entramos aqui, havia uma integração muito grande entre as equipes, entre a equipe de enfermagem e a equipe médica, a começar pela forma de plantão que era um plantão fixo, e isso ajudava muito no entrosamento dos profissionais. Com o tempo isso foi desfeito e eu acho que muitas coisas aconteceram nesse meio tempo e se estabeleceu mesmo um distanciamento muito grande profissionalmente, entre o enfermeiro e a equipe medica, principalmente com relação à Unidade de Trauma, em que a gente não consegue um trabalho em conjunto, trabalho de equipe não tem, não tem [...] (Enfermeiro XVIII – EA).

Hoje funciona cada um por si, cada um vai de acordo com o que sua cabeça lhe disser como você deve proceder, não há prioridade do que deve ser feito, não há uma organização, a desorganização favorece, todos ficam iguais, nivelados por baixo. Então, permanecendo a desorganização para muitos é vantagem, e aquele que tentar, ele vai ser visto de uma forma diferente em relação aos seus colegas, se você não tiver um bom jogo de cintura você vai terminar se inviabilizando de exercer a menor tarefa que seja. Esse momento que a gente vive aqui, difícil, é necessário que tenha um bom relacionamento com as equipes médicas que trabalham hoje com essa desvinculação de plantão, você está lembrada, não sei se você estava aqui naquela época, os plantões foram casados para que as equipes pudessem melhor trabalhar, então esse desdobramento dos plantões causa esse prejuízo. Então o nosso contato com os demais profissionais tornou-se muito precário, com serviço social, nutrição, com os médicos de diversas clínicas. Hoje o que a gente vê é uma parte dos médicos para lá, a assistente social trancada na sala dela, a nutricionista que passa e não mantém contato com a gente, quando devia tudo fluir para um canto só e facilitar pra todo mundo. Eu acho que agora está totalmente perdido (Enfermeiro II- EA).

Uma das entrevistadas, quando questionada se queria dizer mais alguma coisa relacionada ao seu trabalho na Emergência, disse a seguinte frase, se referindo ao estudo ora realizado: “Acho que isso aqui faz a diferença, que isso vai chegar a algum lugar, e que um dia alguém vai ler e vai fazer alguma coisa” (Enfermeiro VIII - EA).

O pior problema dentro da Emergência segundo o grupo é a alta demanda de pacientes, porque é por conta dessa alta demanda que o enfermeiro fica impossibilitado de chegar junto a todos os pacientes, uma vez que necessita priorizar o atendimento aos pacientes graves, o que tem prejudicado os outros menos graves e dificultado o reconhecimento do seu trabalho por esses.

As condições de trabalho nesse ambiente são consideradas inadequadas para uma assistência digna ao paciente, desde um atendimento simples a um procedimento mais complexo, gerando estresse dos profissionais e conflito com os pacientes e acompanhantes, como pode ser visto pelo relato: “Às vezes, no início do plantão, se vê logo desentendimento entre os técnicos de enfermagem e o paciente, acompanhantes, eles se trocam no mesmo nível, aí chega um problema para o enfermeiro resolver [...]” (Enfermeiro II – EA).

É ressaltado que não há nenhum tipo de orientação e apoio psicológico para os funcionários, o que se faz necessário, pois são pessoas que trabalham muito na área de enfermagem e já chegam com cansaço que vem de outros trabalhos e eles chegam à Emergência sem a menor vontade e nem coragem para fazer nada. Um dos entrevistados observa, ainda, que se alguém sentar e observar, a maioria não realiza o trabalho a contento, vê a situação como triste e lamentável, não generaliza, mas considera ser a maioria.

Há compreensão por parte dos entrevistados de que “[...] os profissionais necessitam urgente de tratamento, ou seja, necessitam ser sensibilizados para o trabalho com o humano [...]” (Enfermeiro II – EA) e acreditam também que a maioria dos enfermeiros está na área pelo fato de ser mais fácil conseguir emprego, e não por vocação. Levanta-se a problemática da falta de supervisão por parte dos gestores, que não se fazem presentes na ponta para dar apoio às decisões tomadas e acompanhar as dificuldades de forma pessoal.

A precariedade das condições de trabalho não é uma questão localizada nesse hospital estudado, segundo um dos entrevistados, mas faz parte da realidade de outras localidades, onde podem ser encontradas situações iguais ou até piores. É considerado que as condições de trabalho no hospital em estudo são do conhecimento geral das autoridades, até pela forma como procuram algum paciente de seu interesse quando precisam, como relatado a seguir:

[...] quando chega algum parente, alguma pessoa indicada por qualquer órgão de fora, um político, ou alguém influente, eles sempre estão ligando para saber como está o paciente, se está sendo prescrita a assistência certa ao paciente, eles sabem da realidade. O sistema, a cada ano, eu acredito que está afundando mais ainda (Enfermeiro VII - EA).

É lembrado que o material para desenvolver as atividades não é de boa qualidade. Não são realizados treinamentos quando chega um novo equipamento, então não há um acompanhamento da tecnologia que é incorporada, o que gera quebra do material e desgaste precoce dos mesmos. Falta também uma melhor estrutura, como local adequado para desprezar secreções e objetos contaminados, mesmo na UCI e Unidade de Trauma não existem esses espaços. A entrevistada fica bastante comovida e diz:

A esperança em mudar a realidade atual continua sendo um ponto de equilíbrio para que se possa continuar a trabalhar aqui, embora seja reconhecido que o envolvimento com a Emergência não seja o mesmo de há anos atrás, pelo cansaço, pela luta por mudança e não se poder ver nenhuma transformação da realidade. Contudo, as esperanças continuam. O que faz com que me mantenha por mais de 18 anos trabalhando neste setor (Enfermeiro VIII – EA).

As condições de trabalho poderiam ser melhoradas, principalmente em relação à quantidade de equipamentos, diz um entrevistado e completa “[...] às vezes, num setor como a UCI, em que cabem 8 pacientes têm 16, e você precisa interligar aparelhos para 16, quando a capacidade são 8 [...]” (Enfermeiro IX – EA).

Os entrevistados se queixam que a falta de materiais considerados básicos é freqüente, como por exemplo: o que dificulta a higienização adequada tanto dos doentes quanto para a organização do espaço físico, com macas sem grades, rodas com defeitos, sem a menor manutenção, com riscos de quedas para os pacientes. A falta de privacidade para a realização de algum procedimento é uma rotina dentro do setor, pela excessiva quantidade de pacientes diuturnamente. Não há local adequado para o preparo das medicações, tudo é feito de maneira improvisada. As macas não são limpas com regularidade, e a desinfecção do colchão só é feita quando ocorre um óbito. Nos demais casos de alta ou transferência, só é trocado o lençol, quando tem. Realidade que pode ser sentida pelo depoimento:

[...] falta muita coisa, bacia, travesseiro, colcha, essa parte de conforto mesmo para o paciente, aqui não oferece esse conforto, eu vejo um banho aqui é um absurdo, homem e mulher ao mesmo tempo, as condições péssimas, uma falta de respeito, é só você se colocar no lugar, você chegar e vê o banheiro daqui, eu ficaria receosa sinceramente em tomar banho ali, ai você vai para um boxe, que você não tem privacidade dentro dos boxes, não tem cortina, pelo menos para você fazer uma higienização no paciente (Enfermeiro XIII – EA).

Pela sua complexidade, a Emergência é considerada:

[...] um local onde deveria existir uma equipe exclusiva para a administração deste setor por conta das suas peculiaridades, similar à que administra o hospital, inclusive

com a presença de pessoal treinado para o controle de infecção hospitalar com o propósito de prevenir as infecções (Enfermeiro XIII – EA).

Em relação à culpa pelo caos em que se encontra a Emergência, o primeiro a ser responsabilizado é o governo, nas várias instâncias, e depois a responsabilidade é jogada para os próprios profissionais, como se pode perceber a seguir:

[...] eu acho que a gente tem um código de ética, a gente deve trabalhar em um lugar decente, com condições de trabalho, então a gente também é errada porque a gente insiste nesse erro e persiste nesse erro, a gente é conivente, então a culpa do governo é de forma global e em seguida a culpa é da gente, profissional de saúde (Enfermeiro XVI – EA).

Uma das questões bastante referidas pelos entrevistados foi a dificuldade quanto à resolubilidade dos problemas dos pacientes na Emergência, a demora em realizar exames e transferências, contribuindo para o acúmulo de pacientes sem definição, como no caso abaixo:

[...] você vê paciente com mais de 30 dias esperando um exame, às vezes se coloca aguardando exame, aguardando exame, e ninguém procura ver se o pedido foi feito, se está incompleto, isso depende de muitos setores que também não têm muito interesse ou se têm interesse não dá para cobrir a demanda do hospital (Enfermeiro II - EA).

Outro problema importante relatado foi a falta de manutenção dos equipamentos, tanto equipamentos específicos da área, quanto a manutenção do ambiente de trabalho, como exemplo foi citada a falta de manutenção da rede de ar condicionado, não sendo observada também a limpeza do teto. É levantada a questão do adoecimento dentro do trabalho, “[...] a pessoa vem trabalhar bem e volta doente. Inclusive, o doente que chega com um problema, adquire outros” (Enfermeiro VI – EA).

A questão da demanda excessiva de pacientes é um problema de toda a Emergência, o que é aumentado pela não existência de vagas de enfermarias e na UTI para os pacientes graves, embora se reconheça que houve melhora na parte da pediatria, no sentido de que agora não entra qualquer tipo de paciente, mas segue melhor o perfil do Hospital, no entanto essa melhora é somente com as crianças. Como pode ser visto a seguir:

Uma das dificuldades que nós enfermeiras enfrentamos nas condições de trabalho se refere a vagas específicas, por exemplo, UTI, enfrentamos dificuldades nos boxes de urgência, com criança entubada, sem respiradores, porque a UTI não dispõe de vagas para elas (Enfermeiro XV- EP).

[...] porque às vezes você está com os leitos ocupados e você não está com paciente extra, mas você tem um paciente grave, viável, que muitas vezes você não tem para

onde encaminhar aquele paciente, você não tem vaga na UTI e você fica se estressando, tentando conduzir um paciente numa Emergência que é difícil, um paciente de UTI numa Emergência, você tem outros pacientes, eu acho que isso é o que mais estressa (Enfermeiro X - EP).

[...] a gente mudou muito o perfil. Há cinco anos atrás a gente tinha de tudo, desde infecções respiratórias até os casos mais complexos. Agora, com a triagem, a gente tem até recebido o perfil do hospital, mas ainda assim é a porta de entrada de Pernambuco, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular só tem aqui, então normalmente a gente trabalha com superlotação. A emergência tem capacidade para 28 leitos e geralmente tem 45 pacientes, deixando a qualidade da assistência prejudicada (Enfermeiro X – EP).

Isso é complicado para esse setor, por conta da inexistência de local para paciente grave; o que existe é apenas um box exclusivo chamado de urgência, onde ficam as crianças mais graves. E quando os problemas são levados à Diretoria, a entrevistada relata:

Eu acho que poderia ser melhor, principalmente porque no hospital tem duas Emergências, uma de problemas mil, que é a de adulto, e a nossa emergência por ser menor e mais organizada, os problemas dela são considerados poucos, entendeu? É tanto que a nossa chefe diz assim, eu tive uma reunião com a diretoria, e tenho vergonha de falar meus problemas diante dos problemas do outro lado, então assim a nossa Emergência é comum, não tem problema grave, então eles não estão preocupados, entendeu! [...] eles não visitam a gente, eu acho que isso é muito ruim, porque a gente tem menos problemas e é esquecido (Enfermeiro XX – EP).

Outra questão relevante que foi criticada foi a biossegurança, a falta de apoio dos órgãos estabelecidos, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), o não cumprimento de normas tanto em relação ao material de uso para o desempenho das atividades, quanto ao destino do lixo hospitalar, como o local adequado para acompanhante, como se pode ver abaixo:

A questão da biossegurança necessita ser melhorada, não há separação do lixo de forma adequada, há uma tentativa de ser implantada. É de grande importância a sua implantação tanto pela diminuição dos acidentes como pelo custo que é gerado com o recolhimento errado do lixo hospitalar (Enfermeiro XXI – EP).

Estamos desprotegidos, se para realizar o trabalho você precisar lidar com coisas ou equipamentos, seja o que for, não tem proteção física, nem no desempenho do trabalho. A gente vê o profissional saindo com uma seringa para cima, [...] falta um interesse, uma boa vontade, um querer trabalhar 100%. Se acontecer alguma coisa você será responsável por tudo aquilo que lhe acontecer, se afetar sua saúde, se afetar sua moral, ninguém vai tomar nenhuma providência a respeito disso (Enfermeiro II – EA).

[...] as condições físicas, a área física, teria que mexer na estrutura, a gente sente falta de um local adequado, um pouco mais reservado, a questão da medicação dessas crianças, as crianças que têm dieta, é aquela coisa, se tivesse um refeitório para essas mães, para não sair de perto dessas crianças; porque na fila, lá embaixo, as acompanhantes, às vezes elas não têm prioridade e aí demoram, e as crianças ficam sozinhas, às vezes tem queda, porque elas não colocam a grade. A gente chega

aqui com umas idéias, mexer em algumas coisas, material de reanimação, alguma coisa assim e é tão difícil de conseguir. A relação com a família das crianças às vezes é dificultada pelo falta de estrutura adequada para os acompanhantes, então gera situações desagradáveis quando algum pai ou mãe quer deitar nos berços ou camas junto com as crianças, tenta-se explicar, mas muitas vezes os conflitos existem (Enfermeiro XXI – EP).

Fazendo-se um resumo do que foi encontrado em relação às condições de trabalho oferecidas na Emergência, pode-se observar que essas condições são consideradas precárias. Não existe rotina de trabalho, treinamentos, apoio para aqueles profissionais que se encontram com problemas em decorrência do serviço, manutenção dos equipamentos. Há falta de segurança, tanto para desenvolver o trabalho em termos individuais, como também a segurança em relação à proteção durante a execução das técnicas. Material de qualidade inadequada, causando acidentes de trabalho, além de insuficiência do número de enfermeiros, considerando-se a demanda excessiva, tendo sido esse o item mais criticado. Foi colocada também a falta de apoio dos órgãos de classe e criticada a forma discriminatória como estão sendo tratados pelos últimos governantes, em relação ao salário. Os resultados das entrevistas em muitos pontos coincidiu com os resultados encontrados a partir do questionário das condições de trabalho.

A seguir serão apresentados os resultados referentes ao comprometimento e satisfação encontrados entre os enfermeiros em relação ao trabalho e à Instituição na qual trabalham.

### 6.2.3 Terceira parte das entrevistas, item e

#### *e. Comprometimento e Satisfação com a Instituição*

Outro ponto levantado durante as entrevistas foi o comprometimento dos entrevistados com a Instituição. O envolvimento forte com a Instituição existe, como também a esperança de que, um dia, as condições de trabalho possam melhorar para uma assistência mais digna aos usuários.

Os profissionais não consideram que haja reconhecimento por parte da Instituição do seu trabalho, uma vez que todos são equiparados da mesma forma, não havendo valorização do tempo de trabalho e/ou preparo individual. É destacada, também, a não existência de treinamentos para os profissionais por parte da Instituição e enfatizada a expectativa diante da

possibilidade da avaliação de desempenho por parte dessa, que pode surgir a partir do plano de cargos e carreiras, o que acreditam possa melhorar a valorização das individualidades.

A Instituição não estimula para capacitação ou qualquer outro de tipo de investimento. “Embora não haja esse tipo de envolvimento da Instituição, há um envolvimento por parte de alguns profissionais com a Instituição muito forte, de compromisso e amor” (Enfermeiro III – EP).

Os entrevistados referem que o comprometimento com a Organização não é o mesmo de anos atrás, provavelmente por conta do excesso de trabalho, de pacientes e péssimas condições de trabalho, o que já ocasionou adoecimentos e afastamentos do trabalho. Uma das entrevistadas demonstra que no momento atual tem uma preocupação maior com a sua qualidade de vida, por conta de já ter sofrido problemas de saúde pelo excesso de trabalho e grande exposição a doenças sem a devida proteção. Como pode ser confirmado através da citação:

[...] depois que eu fiquei doente, tento assim, trabalhar, a gente recebe o salário no final, são baixos mesmos, tem que se virar em mais dois ou três empregos, e com esse acúmulo de emprego a gente vai adoecendo, então depois que eu tive um problema muito sério devido ao excesso e ao estresse, tenho que pensar mais em mim (Enfermeiro XIII - EA).

Segundo os entrevistados, a administração do hospital conhece os problemas da Emergência, pois regularmente os mesmos são repassados à diretoria e ao nível central. Não sendo tomadas as providências necessárias, isso é colocado como um problema crônico, de difícil solução, de acordo com o que uma entrevistada relata

Em relação à Instituição tentar melhorar, as vezes você é ouvido, mas quem está lá em cima não consegue colocar isso para frente, não existe interesse maior, a gente sabe que não é aqui no hospital, que quando chega lá na Secretaria são engavetadas as propostas e tudo mais, a gente vê que cada gestão que chega, às vezes não leva adiante aquilo que foi bom na outra gestão, aí você volta a estaca zero, é muito difícil (Enfermeiro XIII – EA).

A Instituição não oferece capacitação para os funcionários, embora seja ressaltado que essa foi uma preocupação que existia no passado. Não há uma política de recursos humanos voltada para o serviço. No passado havia uma premiação dentro do serviço que não envolvia recursos financeiros e agradava, como uma carta de elogio por parte da diretoria que era dada aos profissionais que se destacavam; isso era considerado motivador e não existe mais no momento atual.

Embora existam muitos profissionais que se envolvem com a Instituição, mesmo diante das condições atuais, outros, porém, não se mostram tão envolvidos como antes, pois consideram que o tempo foi desgastando a relação com a mesma, tanto pela falta de valorização, a não participação dos mesmos no planejamento para o desenvolvimento institucional como pela deterioração das condições de trabalho, o que é demonstrado a partir dos seguintes depoimentos:

[...] anos atrás havia a responsabilidade compartilhada com a Instituição com o rumo que esta tomasse, embora considere que deveria continuar me envolvendo, não há mais vontade de lutar. O afeto pelo hospital continua, porém sem maiores envolvimento (Enfermeiro XVI – EA).

[...] eu hoje em dia, eu não luto não, sendo sincera, quando eu era do departamento de enfermagem, você via [...] da gente lutar, da gente querer um objetivo [...] eu sei que estou errada, mas estou cansada, eu venho para o plantão, cumpro com minhas obrigações, presto assistência ao paciente, mas eu não tenho mais vontade nenhuma, a não ser que [...] morreu! Dentro de mim, ver a Restauração bem é o que eu quero, mas eu não tenho mais força para lutar e você sabe, por que você é uma das batalhadoras daqui, que sempre pegou não mão da gente para lutar (Enfermeiro XVI - EA).

[...] ser enfermeira cansa, mas se ela tem uma diretriz, se ela tem um planejamento, se ela tem uma meta traçada [...] eu acho que o que está faltando é isso, a gente se unir e traçar, planejar, todos esses procedimentos, todas as atribuições da gente, a gente tem uma filosofia comum, então eu acho que tudo planejado, tudo corre, flui melhor, você se desgasta menos, você se cansa menos. Então, já que a gente não tem da parte dos gestores, da secretaria de saúde, do governo, que olhe e veja as condições de trabalho nossa, pelo menos que a gente tenha uma direção de trabalho, uma linha de trabalho, já que tem que estar aqui mesmo [...] (Enfermeiro XVI – EA).

[...] o que a gente vê nas pessoas que estão chegando, a falta de orientação, eles estão errando por falta de orientação, sem querer responsabilizar ninguém, ele não sabe definir as prioridades porque não existe em setor nenhum desta Emergência aquilo que já foi feito em determinada ocasião, atribuições de setor e isso é tão fácil fazer, não tem nada de difícil, as perguntas são as mais tolas possíveis: por onde é que eu começo? Então isso é falta de orientação (Enfermeiro II – EP).

Em relação à insatisfação no trabalho, a questão levantada com ênfase é a não diferenciação do salário de quem chega hoje e de quem já se encontra no serviço, após anos de experiência como também de capacitações. Não há na Organização nenhum tipo de estímulo relacionado à carreira e promoções. Por conta disso, o grupo demonstra inquietação em relação ao plano de carreira proposto pelo Governo, no qual estão preservadas as discriminações entre os profissionais, a classificação não acontece apenas por titularidade ou tempo de serviço, mas depende da profissão.

Embora constatadas tantas dificuldades dentro da Emergência para o desenvolvimento de um bom trabalho, há demonstração do grupo de um sentimento de satisfação em trabalhar no setor, como pode ser visto na descrição abaixo:

Eu tenho satisfação em trabalhar aqui, eu acho que a gente não trabalha nas condições ideais, eu acho que o comprometimento poderia ser maior se você tivesse outros retornos, não estou dizendo: ah não venho trabalhar por que ganho pouco! A gente poderia ganhar mais, mas a Instituição não ajuda você a ter esse comprometimento, como eu vou me comprometer mais se eu não estou tendo retorno. Eu acho que o comprometimento é médio, numa escala de 0 a 10 eu diria que seria 7 ou 8 meu envolvimento. A gente sempre está integrada, não tem falta, não tem dobra, apesar de tudo, todo mundo tem um comprometimento. Poucas pessoas aqui têm só um emprego, mas todos dão a mesma contribuição que dariam em outros, ninguém trabalha aqui menos, por que ganha menos (Enfermeiro XI - EP).

Em relação à permanência na Emergência por longos anos, são vários os motivos que fazem com que o profissional se mantenha nesse setor. Um deles é o fato de gostar de Emergência e a possibilidade de conciliar o horário melhor com outro vínculo. Apesar de toda a problemática, há um sentimento de satisfação quando o trabalho do enfermeiro contribui para o restabelecimento do paciente, e frustração quando tudo é feito em vão, ou seja, quando relacionado a não sobrevivência de uma vítima com reais possibilidades de sobrevivência. Há também aquelas pessoas que ainda não descobriram a verdadeira razão de ainda não terem saído do setor, como se pode ver através dos relatos a seguir:

Em algum momento você se sente realizada, o paciente sair bem, você investir nele; realizar todas as condutas, isso é gratificante, você até sente uma pontinha de realização, você pode contribuir para que essa pessoa tenha sobrevivido, tenha saído bem. E traz decepção quando você não consegue, quando você pega um paciente mais jovem que tinha todas as possibilidades de sair e não sai. Então essa realização pessoal traz uma satisfação quando você sabe que o paciente conseguiu sair daqui, uma vitória (Enfermeiro V- EA).

“Eu pretendo terminar meu tempo de serviço na Emergência, por que é uma coisa que eu gosto de fazer, eu gosto de trabalhar na urgência, nessa coisa assim, nessa loucura mesmo”  
[...] (Enfermeiro IX – EA).

Por mais que tenha que refletir o porquê que eu ainda estar aqui eu não consegui ainda fechar isso na minha cabeça. Eu já tive oportunidades melhores para sair daqui, lugares melhores para trabalhar. Eu já vi a Instituição investir mais nas pessoas aqui dentro, hoje eu não vejo, eu não sei se a gente se afastou ou se realmente não existe investimento nas pessoas aqui dentro, treinamento, capacitação, não vejo isso acontecer. Não existe nenhum programa com relação a treinamento. É o que eu digo, é necessário que você esteja motivado para fazer, você sozinho, mas não que eles venham a lhe promover, [...] Isso tira totalmente a motivação, ligação afetiva em relação à instituição. Quanto em relação aos colegas também não vejo

mais, o que eu vejo são as pessoas virem para o plantão e voltarem pra casa com os problemas do plantão e passarem suas 48 horas e só (Enfermeiro V- EA).

Eu agradeço a Deus por ter sido lotada aqui na Emergência, porque eu vejo como um setor diferenciado de todo hospital, eu não posso responder pelos outros setores, eu até não me atreveria, mas aqui pela Emergência eu sou grata, gosto de trabalhar aqui, eu gosto de ver lá na ponta o resultado desse trabalho, tem paciente que a gente perde, pacientes que não eram viáveis, mas a gente consegue tirar pacientes graves e ver o retorno daquele investimento é muito gratificante, eu gosto do relacionamento que eu tenho com os médicos, porque a gente tem plantão fixo, eu trabalho com aquele pediatra e a gente tem um relacionamento bom, a equipe de enfermagem, eu acho uma equipe compromissada, não todos, porque a gente nunca consegue 100% em canto nenhum, mas a maioria tem compromisso, a maioria é um pessoal que gosta de trabalhar com pediatria (Enfermeiro X - EP).

O grupo de enfermeiros considera que no conjunto dos trabalhadores, tanto enfermeiros quanto médicos, existem alguns mais envolvidos, outros menos, e alguns posicionamentos das chefias que consideram inadequados.

Muitos profissionais permanecem na Emergência pela falta de oportunidades fora. Acreditam que de qualquer forma tem que haver alguém disponível para desenvolver o trabalho nesse local e que, apesar de tudo, gostam do que fazem como pode ser visto pelas narrativas:

[...] gostaria de ter um ambiente mais adequado para dar a assistência aos pacientes, me sinto realizada em saber que mesmo nestas condições faço alguma coisa para aliviar o sofrimento de alguém (Enfermeiro VII – EA).

Já pensei em tentar trabalhar em outro local, já tentei sair do Hospital da Restauração, mas tudo isso por um momento [...], esses pensamentos me fizeram retornar e reafirmar minha presença aqui. Não que eu me ache em momento nenhum melhor nem pior do que ninguém, mas de haver uma necessidade de quando eu fui contratada pra o Hospital da Restauração. Eu acho que minha vida profissional é aqui dentro, embora tenha todos esses contratemplos, malfeito, não feito, tudo que lhe deixa dar um plantão de 12 horas e sair ainda com um peso de que você poderia ter feito muito mais e você não fez (Enfermeiro II - EA).

Segundo o Enfermeiro XXI (EP), a relação com a Emergência e com o hospital às vezes é considerada uma relação de amor mesmo, quando diz: “[...] eu tenho 21 anos aqui dentro, realmente minha relação de amor com o hospital é muito grande e eu tenho muita preocupação de querer melhorar”.

Quanto à relação do enfermeiro com os usuários, é patente a clareza como isso ocorre. A maneira como ela acontece vai depender da hora e do estresse existente no momento do atendimento, como se vê no depoimento a seguir:

Se o paciente chega calmo, mas chega num momento de grande estresse para o profissional, este muitas vezes o trata de forma inadequada, se acontece do

acompanhante chegar estressado pela situação, o enfermeiro procura acalmá-lo, porém muitas vezes essa relação não acontece [...] (Enfermeiro VIII – EA).

Na opinião de um dos enfermeiros o relacionamento entre os profissionais,

é considerado bom de acordo com cada plantão, da empatia entre a equipe, o que funciona como um facilitador no trabalho. Já com os pacientes, não é considerada fácil, é necessário muita paciência para evitar desgaste e desequilíbrio (Enfermeiro XIII - EA).

Quanto à relação com os acompanhantes e familiares:

Quando eles cobram a atenção da enfermagem tudo bem, é providenciado, mas quando a cobrança é pela presença do médico, aí fica mais difícil porque não está sob a responsabilidade da enfermagem. E esse é um grande problema dentro da emergência, porque há um descaso muito grande (Enfermeiro IX – EA).

Na parte da Pediatria, a relação com os usuários é considerada boa. A equipe conta com a participação presente do assistente social, que além das suas funções específicas, intermedeia as crises geradas pelos acompanhantes. Os profissionais trabalham muito expostos pela ineficiência do serviço de segurança.

É ressaltado que não há segurança adequada durante o trabalho, as pessoas ficam expostas a qualquer tipo de agressão; há os seguranças, porém eles não podem estar próximo aos profissionais em todos os momentos. A segurança dentro do setor é considerada precária, não é solicitada a identificação de quem entra. Basta colocar uma bata branca e a pessoa que chega entra. Falta a exigência do uso do crachá.

Outra questão que merece ser destacada é a falta de qualidade do atendimento, o que é também justificado pela excessiva quantidade de pacientes por profissional. Não há uma fiscalização por parte dos órgãos de classe para que isso seja cumprido, ou seja, o número de pacientes para cada profissional, de acordo com a complexidade.

Não há, também, uma política justa de recursos humanos para a Instituição e isso leva ao desencanto por parte dos profissionais. Há estímulo apenas para os profissionais médicos, enquanto os outros é como se não existissem. Na visão de um dos entrevistados, não é aceitável quando se tenta explicar essa posição, com base no discurso de que o problema é cultural.

[...] dizer que é o sistema que valoriza o médico, isso não é justificativa, afinal de contas, todo mundo é profissional de saúde e tem importância igual, a qualquer que seja desde o nível elementar até o nível superior. Na realidade o que se vê é um sistema formado por médicos, os gestores são médicos, então se o gestor é médico

ele vai valorizar a tendência natural da categoria médica, então isso poderia explicar em parte [...] (Enfermeiro XIV- EA).

O grau de estresse na Emergência está acima do limite suportável, os profissionais não encontram tempo e nem disposição para dar atenção adequada aos pacientes, tornando-se frios e dificultando a relação com os usuários. O enfermeiro ainda é um dos poucos profissionais que conseguem escutar os pacientes, de acordo com o relato abaixo:

[...] então o usuário quando ele chega desesperado porque a mãe está passando mal, é porque muitas vezes ele já procurou o médico e não conseguiu informação, então ele vai procurar o enfermeiro, mesmo sabendo que o enfermeiro não tem o poder de prescrever uma medicação, mas ele procura para tentar resolver aquilo ali [...] (Enfermeiro XVI – EA).

Pelas características do tipo de trabalho realizado em Emergência, é natural que se gere um pouco de insegurança na equipe, e isso é acentuado quando as condições não permitem que o trabalho seja desenvolvido com tranquilidade, causando insatisfações. Essa insegurança pode ser relacionada à segurança física e à biossegurança quanto ao risco a que os profissionais estão expostos. Observe-se o relato abaixo:

Ontem mesmo a residente teve que fazer profilaxia de meningite e a gente não tem aquelas máscaras específicas [...] Não existe nenhum estímulo por parte da Instituição para quem trabalha na emergência, um tempo limitado, para evitar riscos à saúde como o que vem ocorrendo com frequência, como faltas por motivo de doença, depressão, hipertensão, não há por parte da Instituição uma preocupação com o profissional de saúde de uma maneira geral (Enfermeiro XX – EP).

Um ponto positivo e relevante dentro da Instituição é a dedicação das pessoas, pois existe a possibilidade de “encontrar algumas pessoas, alguma boa vontade a mais, muito raro, algumas exceções que ajudam isso aqui a não afundar” (Enfermeiro II - EA), ou seja, embora existam tantos problemas, existem pessoas que se esforçam para que tudo funcione, superando as barreiras impostas pela realidade, fazendo o hospital manter a sua função primordial que é salvar vidas.

Em resumo, os enfermeiros, quando questionados sobre o seu comprometimento com a Instituição, declararam que não se sentem comprometidos como antes. Consideram que seja por conta do tempo que já trabalham nesse setor e, principalmente, pela falta de apoio dos gestores na resolução dos problemas desse local de trabalho, provocando um sentimento de frustração e perda de tempo. Apesar de todos os problemas vivenciados por eles no dia-a-dia, se consideram satisfeitos por estarem desempenhando uma atividade da qual gostam, que é de

alguma forma ajudar a quem está precisando. Foi ressaltado, também, pelos enfermeiros da Pediatria, o prazer em trabalhar com o presente grupo, pela amizade e solidariedade existente.

Já em relação à de Adultos foi colocado que no momento, não existe uma preocupação de grupo, não há rendição na hora; há tempos atrás havia apenas dois enfermeiros e praticamente se tinha uma noção do todo, o que não acontece hoje, pois não há um acompanhamento do trabalho realizado.

Serão a seguir apresentados os resultados referentes à Observação Sistemática.

### **6.3 Observação sistemática**

Foi constatada, através da observação realizada logo no primeiro dia, a existência de 173 pacientes na Emergência de Adultos e 45 na de Pediatria. Existiam pacientes em todos os locais, não havendo nenhum espaço vazio; locais destinados à circulação estavam completamente ocupados, atrapalhando a circulação de macas, pacientes e profissionais, até na porta do elevador havia pacientes. O relacionamento observado entre os profissionais enfermeiros e os familiares dos pacientes foi cordial e atencioso, tanto na Emergência de adultos como na Pediatria.

O enfermeiro é, frequentemente, solicitado pelos auxiliares/técnicos de enfermagem para resolver problemas administrativos, como também referentes à assistência a ser prestada. A relação entre eles parece ser bastante amistosa. As solicitações dizem respeito a procedimentos considerados da função específica do enfermeiro, como a passagem de sondas, grandes curativos, assistência aos pacientes graves, e nas intercorrências para que o mesmo possa tomar as providências necessárias.

Foram observados sete enfermeiros, um em cada plantão, ou seja, a cada dia da semana, tanto no horário noturno como no plantão diurno. Para facilitar, e não permitir a identificação, foram numerados de um a sete. Em toda a Emergência foi observado que há uma relação de amizade durante a passagem de plantão entre os próprios enfermeiros. Na Pediatria a passagem de plantão ocorre de paciente por paciente, sendo ressaltadas todas as providências que precisam ser tomadas. Já na Emergência de Adultos, o plantão é passado de forma superficial, sem detalhes sobre os pacientes e as pendências para serem resolvidas. A rendição é feita com atrasos de 10 a 20 minutos em ambos os locais. Em todos os plantões

observados, a relação entre os enfermeiros e os outros profissionais se mostrou tranqüila e amistosa, não tendo sido observado nenhum atrito.

Na Emergência de Adultos, após receber o plantão na sala do enfermeiro, cada um segue para o setor da Emergência onde se encontra escalado. São escalados de acordo com a quantidade de enfermeiros existentes no plantão, havendo oito setores para serem cobertos, que são: Unidade de Trauma, Triagem, UCI, Box A, Box B, Box C, Corredor Externo e Corredor Interno, além da Ortopedia e Enfermaria de Observação. Um enfermeiro faz os remanejamentos dos auxiliares/técnicos. Geralmente isso é feito pelo enfermeiro chefe de plantão, enquanto os outros já se dirigem aos seus setores. Todos ficam com mais de um setor, apenas o enfermeiro da Unidade de Trauma fica somente com esse setor, havendo exceções, o que vai depender do plantão.

O primeiro enfermeiro observado foi denominado de “enfermeiro 1”. Ele encontrava-se escalado em dois setores, UCI e Corredor Externo, demorou mais de 2 horas para sair do primeiro setor e ir ao segundo, por conta da quantidade e da gravidade dos pacientes que requeriam maior atenção, já que se tratava da UCI. Quando ele se dirigiu ao outro setor, Corredor externo, sob sua responsabilidade, apenas observou se havia algum exame de urgência, algum paciente grave e procurou explicar as dúvidas que foram solicitadas, como por exemplo, sobre a dieta de um paciente e como se encontrava o estado de saúde do mesmo, e sobre exames a serem realizados, retornando à UCI logo em seguida, onde sua presença era mais necessária. Durante o período observado na UCI, o mesmo falava com os auxiliares/técnicos de enfermagem sobre os exames a serem realizados dos pacientes já internados, atendia as solicitações desses profissionais, dava assistência aos pacientes que se encontravam em ventiladores mecânicos, realizando aspirações traqueobrônquicas e realizando o exame físico. Foi observado durante três horas (19 às 22). Ficou responsável em média por 39 pacientes.

As atividades observadas durante os plantões foram condizentes com as atividades descritas pelos enfermeiros durante as entrevistas. Após receberem o plantão e seguirem para os seus setores, começam a visita nos boxes, leem os prontuários para detectar se há algum exame para ser providenciado, ou alguma outra conduta. Dentre as atividades realizadas pelos enfermeiros observados, pôde-se identificar que eles providenciam medicamentos que estão em falta, exames solicitados, realizam assistência direta aos pacientes mais graves, providenciam transferências.

O segundo enfermeiro a ser observado, o “enfermeiro 2”, estava escalado no Box C e corredor Interno. Antes de ir para o seu setor fez a distribuição e remanejamentos dos

auxiliares/técnicos de enfermagem, e em seguida se dirigiu ao seu Box. Iniciou a visita nos boxes, paciente por paciente, porém foi interrompido frequentemente para resolver algum outro problema relacionado a outros pacientes, à falta de material, à falta de médico para atender nas intercorrências, sobre a transferência dos pacientes, para verificar a existência de leitos disponíveis no hospital, para providenciar um ventilador mecânico para um paciente que se agravou, dentre outras atividades relacionadas a pacientes de outros setores da Emergência, o que quebrava o andamento do que ele estava fazendo. Foi observado por três horas (7 às 10h). Encontravam-se nesses setores 33 pacientes.

O “enfermeiro 3” encontrava-se escalado na Unidade de Trauma. Além da sua responsabilidade pelo setor, estava responsável pelo acompanhamento conjunto de alguns alunos de nível técnico. Foi juntamente com dois alunos verificar os sinais vitais de um paciente gravíssimo. Enquanto se encontrava dando assistência ao paciente, foi chamado para atender a outro paciente grave trazido pelo Serviço Móvel de Urgência (SAMU). Imediatamente saiu e foi providenciar material para reanimação cardiopulmonar para o paciente que havia chegado. Esse paciente foi colocado entre outros dois para ser adaptado ao ventilador mecânico, em um espaço que praticamente não existia, porém, foi adaptada a conexão à rede de Oxigênio e colocou-se a maca desse paciente no local. Nesse setor não havia vagas, mesmo assim o paciente entrou e permaneceu. Após a estabilização do paciente que chegou, o enfermeiro retomou a visita dos outros que se encontravam internados, todos considerados graves. A capacidade do setor é para 12 pacientes e existiam 20. Encontravam-se escalados um enfermeiro e quatro auxiliares. Essa observação durou em média 5 horas (7 às 12h).

Chama à atenção a diferença da Emergência de Adultos para a de Pediatria. Nesta última, o plantão é passado muito organizado, enquanto uma enfermeira lê o relatório a outra já inicia o remanejamento dos auxiliares e o pedido de material para o plantão. Existem escaladas duas profissionais para esse setor.

Na Emergência de Adultos, quando os enfermeiros chegam, começam imediatamente as solicitações por parte dos acompanhantes. Não foi observado nenhum tipo de planejamento para o início das atividades, elas ocorrem de acordo com a demanda que vai surgindo, com exceção da redistribuição dos auxiliares.

Durante o plantão surgem problemas totalmente administrativos que o enfermeiro precisa resolver, como no caso em que o “enfermeiro 4”, observado, ficou sabendo no meio do plantão que ia ter problema com a rendição para o plantão noturno e alguém iria precisar dobrar o horário. Imediatamente, sai da atividade da assistência para ir telefonar e tentar

alguém para a substituição de quem ia faltar. Mesmo sendo durante o dia, e em dia útil, não havia ninguém a quem ele recorresse para resolver o problema. Quando inicia a visita dos pacientes nos boxes, é interrompido inúmeras vezes para resolver vários tipos de problemas administrativos, como falta de medicação, falta de equipamentos, falta de lençol. É cobrada dele a informação se há vagas nos setores do hospital para transferência dos pacientes e também é procurado para providenciar médicos para os pareceres solicitados. Essas solicitações partem dos auxiliares, dos médicos e dos acompanhantes. A dificuldade para concluir a visita é patente, principalmente por conta dessa descontinuidade. Essa observação durou em média três horas (13 às 16h). Nesse setor havia 38 pacientes.

Em um plantão de sexta-feira à noite, a Emergência Pediátrica encontrava-se com 39 crianças internadas, o “enfermeiro 5”, observado, chega e faz abordagem aos familiares cordialmente. Mantém uma relação amistosa com os auxiliares/técnicos de enfermagem. Durante o período observado não houve nenhuma intercorrência mais grave. O enfermeiro observado se direciona à sala do Serviço Social para falar sobre o acompanhante de uma das crianças, uma menina que estava sendo acompanhada por um homem que não era o pai, apenas tio, o que deixou a equipe um pouco preocupada. Segue o plantão fazendo a visita às crianças, algumas observações são feitas para os auxiliares sobre as condutas a serem tomadas (Essa observação durou 5 horas, de 19 às 24h).

Nos plantões noturnos observou-se que o tempo é mais exíguo para a assistência. Os enfermeiros realizam a visita, atendem as intercorrências, e às 21 horas fazem divisão de horário para a ceia noturna, oferecida pelo refeitório do Hospital para todos os profissionais do plantão. Quando retornam, retomam as atividades e à meia-noite novamente é dividido o horário para o repouso de três horas para cada grupo. Quando existem quatro no plantão se dividem dois a dois; quando são cinco, três ficam no primeiro horário por ser considerado mais agitado, retornando às três horas. O segundo grupo repousa de três às seis horas. Portanto, durante a noite há uma quebra constante da assistência. Na Emergência Pediátrica fica um enfermeiro em cada horário, por existir apenas dois.

Um dos problemas vivenciados pelos enfermeiros, principalmente pelos que trabalham à noite, é a falta de médico no horário dentro da Emergência; esses profissionais, geralmente, se encontram dentro do repouso, o que se pode ver através da observação do Enfermeiro 6. Esse enfermeiro encontra-se escalado no Box A, necessita de um médico para uma intercorrência, queixa-se dessa dificuldade, diz que os médicos mais antigos sempre trabalhavam mais em equipe, e os novatos não têm essa característica. É percebido o desconforto que é causado por essa necessidade de ficar indo atrás de médico, pois embora os

enfermeiros não gostem, continuam fazendo pelas circunstâncias dos pacientes. Vai e avisa ao chefe médico do plantão a necessidade do profissional na intercorrência. Faz a visita e anotações nos prontuários. Essa observação durou cerca de três horas (19 às 22h). Ele estava responsável por 16 pacientes.

Foi observado que os enfermeiros, após chegarem ao plantão, se dirigirem aos seus setores e retornam à sala de apoio várias vezes durante o turno para telefonar para as enfermarias, a fim saber se há vagas para as transferências, entrar em contato com setores como Endoscopia, Tomografia, Ultrassonografia, Banco de sangue, Laboratório, Bloco cirúrgico, Serviços gerais e Manutenção, dentre outros, com o objetivo de resolverem alguma demanda dos pacientes internados ou do setor pelo qual estão responsáveis. Retornam a essa sala também quando se encontram exaustos, para descansar.

Nos plantões diurnos a rotina é mais puxada e o enfermeiro é bastante solicitado. Há a divisão do horário para o almoço. Quando retornam do almoço ficam um tempo dentro da sala do enfermeiro de plantão conversando, descanso rapidamente interrompido por uma solicitação de um acompanhante. O que foi observado é que se o enfermeiro necessita parar por algum momento, durante o dia, não pode ser na sua sala, pois todos têm acesso fácil, desde os outros profissionais para chamá-lo, os acompanhantes ou até, para atender telefone. Observa-se certa ansiedade e agressividade por parte desses profissionais quando se encontram sentados na sala e alguém chega para chamá-los, nesses momentos considerados de descanso; no entanto; mesmo parecendo aborrecidos; saem para atender as solicitações. Essa observação não se aplica a todo o grupo.

Outro ponto observado é que, durante as visitas aos pacientes, alguns enfermeiros são mais atenciosos com o paciente e com a família. Outros apenas entram, observam o prontuário e poucas palavras são trocadas com o paciente ou família, somente respondem o que é solicitado. Nesses casos, a visita é fria e apenas burocrática. Não foi observada em nenhum plantão a visita em conjunto com o restante da equipe, nem com o auxiliar, nem com os médicos, nem com o assistente social.

O “enfermeiro 7” encontrava-se escalado na Triagem. Ausentou-se para ir à sala de apoio, quando imediatamente chega um auxiliar chamando-o por conta de um paciente grave que havia chegado ao consultório de Clínica Médica e que estava precisando verificar a pressão. É questionado à auxiliar se o consultório se encontra sem tensiômetro, ao que ela responde afirmativamente. O problema é a exigência do médico para que os auxiliares verifiquem a pressão dos pacientes no consultório, só que eles já têm muitas outras atividades e não podem assumir mais essa. O enfermeiro se desloca até lá para resolver o problema.

Outro auxiliar chama o mesmo enfermeiro para reclamar que está sozinho no corredor da Triagem, o qual tem 15 pacientes, todos com medicamentos para serem administrados, dietas, curativos e alguns encontram-se sem acompanhantes.

Após escutar os auxiliares e dar as orientações devidas, o profissional inicia a visita aos pacientes de forma rápida para detectar necessidades, abre alguns horários de medicamentos e vai providenciar medicamentos faltosos na farmácia. Essa observação durou três horas (13 às 16h). Esse profissional estava responsável em média por 38 pacientes, além dos que chegavam e saíam sem que ele tomasse conhecimento, por nesse local ficar a entrada do Hospital. É um setor bastante agitado, por onde passam os pacientes com risco de vida e que chegam em situação de emergência.

Uma grande parte dos pacientes, no setor da Triagem, não chegam a identificar o profissional enfermeiro, pelo simples fato de não conseguirem ser vistos por ele, pelo fluxo intenso do setor. Fica também nesse local a sala para administração de medicamentos aos pacientes considerados como menor comprometimento, mas que necessitam de medicação para alívio de algum sintoma que os trouxe até o hospital. Após esses procedimentos e aguardarem um tempo para observação e melhoria dos sintomas, são reavaliados pelo médico e, em seguida, admitidos ou liberados. Vale a pena salientar que esse local só tem espaço definido para observação de 13 pacientes em média. O restante fica de forma inadequada nos corredores. A situação é bastante difícil, pois ficam pacientes que necessitariam de macas ou camas, mas pela inexistência de vaga em local apropriado permanecem em cadeiras e quando há a necessidade de algum procedimento é feito mesmo com o paciente sentado, o que dificulta a execução da técnica e o conforto para o mesmo. Nesse setor ficam escalados quatro auxiliares/técnicos de enfermagem, dois para administração exclusiva de medicamentos nos pacientes que deverão retornar aos médicos, e dois responsáveis por aqueles que ficam nos corredores da Triagem.

Embora o espaço na Triagem para os pacientes que deveriam estar sob observação exista, é ocupado por aqueles que já estão com quadro definido e encontram-se internados, no entanto, não há local para o remanejamento dos mesmos, o que concorre para que esse setor se encontre quase sempre cheio.

O trabalho do enfermeiro é solitário. Após o término da visita, tanto durante o dia quanto à noite, o tempo é utilizado para a solução dos problemas detectados, e os que vão surgindo durante o plantão. Observou-se que esses profissionais se encontram muito estressados com a alta demanda dos problemas e a pouca resolubilidade dos mesmos. Passam praticamente todo o plantão correndo de um lado para outro, devido às muitas solicitações

que lhes são demandadas, não havendo um tempo para se dedicarem à supervisão da assistência prestada pelos auxiliares/técnicos, e prestar assistência direta aos pacientes graves.

A gerência da Emergência só funciona no turno da manhã, o que deixa esses profissionais responsáveis por todos os problemas que venham a ocorrer nos outros turnos. O maior responsável é o enfermeiro chefe de plantão, que fica localizado na Emergência de Adultos e é responsável, também, pelos problemas relacionados à enfermagem de todo o hospital, fora do horário convencional, ou seja, a partir das 14 horas, à noite e finais de semana. Existe um chefe de plantão nomeado em cada dia da semana.

#### **6.4 Resultados da Escala de Valores relativos ao Trabalho (EVT)**

Encontram-se na Tabela 3, abaixo, os resultados encontrados a partir da aplicação da EVT ao grupo de sete enfermeiros da Emergência, dentre o grupo da pesquisa, levando em consideração os valores dados por eles aos 45 itens que fazem parte da escala, valorando os Fatores **Realização Profissional, Relações Sociais, Estabilidade e Prestígio**.

Para o grupo de profissionais com 5 a 14 anos de trabalho na Emergência, o fator **Realização Profissional** foi considerado como Muito importante e Extremamente importante. Os com 15 anos ou mais de trabalho consideraram esse fator como Muito importante, com uma média de 3,53. No entanto, para essas pessoas, o fator com maior média foi a **Estabilidade** 4,07, recebendo conceitos como Muito importante a Extremamente importante. Os profissionais entre 5 a 14 anos na Emergência consideraram o fator Estabilidade apenas como muito importante, com uma média de 3,54. Tanto a **Estabilidade** quanto a **Realização Profissional** obtiveram o máximo da pontuação quando avaliadas de forma individual, ou seja, alcançaram a pontuação **5**. O fator **Relações Sociais** obteve a valoração de Muito importante a Extremamente importante para o grupo de 5 a 14 anos de trabalho; já para o grupo de 15 anos ou mais obteve a valoração única de Muito importante. O fator **Prestígio** obteve as menores médias, nenhuma pessoa considerou esse fator Extremamente importante e 60% do grupo de 5 a 14 anos de trabalho deram para esse fator os conceitos Nada importante e Pouco importante, e na avaliação do grupo de 15 anos ou mais, todos consideram o fator **Prestígio** como Pouco importante para as suas vidas, ou seja, trabalhar na Emergência não é considerado pelo grupo como um fator de muita importância.

O que chama a atenção é o fato de os fatores **Realização Profissional e Relações Sociais** não terem recebido nenhum conceito de Nada importante, e apenas uma pessoa considerou esse fator Pouco importante. Portanto, trabalhar na Emergência para esse grupo tem grande relevância e traz satisfação, uma vez que os fatores que foram mais valorizados relacionam-se diretamente com as atividades do trabalho, como ter prazer no que faz, achar o trabalho interessante, estimulante e criativo; manter amizade, ter bom relacionamento, ajudar os outros, e ter atitudes de preocupação com o bem-estar da sociedade e da própria pessoa. Não tendo apresentado variação entre os valores dados ao trabalho pelos enfermeiros da Emergência de Adultos e Pediatria.

**Tabela 3 - Valores dados pelos enfermeiros aos Fatores Relativos ao Trabalho**

Fatores	Tempo de trabalho	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	1 ≤ 2		2 ≤ 3		3 ≤ 4		> 4		Total
						N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Realização profissional</b>	Entre 5 e 14 anos	3,84	1,05	2,13	5,00	-	-	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5
	15 anos ou mais	3,53	0,38	3,27	3,80	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2
<b>Relações Sociais</b>	Entre 5 e 14 anos	3,78	0,86	2,50	4,58	-	-	1	20,0	2	40,0	2	40,0	5
	15 anos ou mais	3,21	0,18	3,08	3,33	-	-	-	-	2	100,0	-	-	2
<b>Estabilidade</b>	Entre 5 e 14 anos	3,54	1,20	1,71	5,00	1	20,0	-	-	3	60,0	1	20,0	5
	15 anos ou mais	4,07	0,30	3,86	4,29	-	-	-	-	1	50,0	1	50,0	2
<b>Prestígio</b>	Entre 5 e 14 anos	2,47	0,84	1,63	3,55	2	40,0	1	20,0	2	40,0	-	-	5
	15 anos ou mais	2,61	0,03	2,59	2,64	-	-	2	100,0	-	-	-	-	2

# *Discussão*

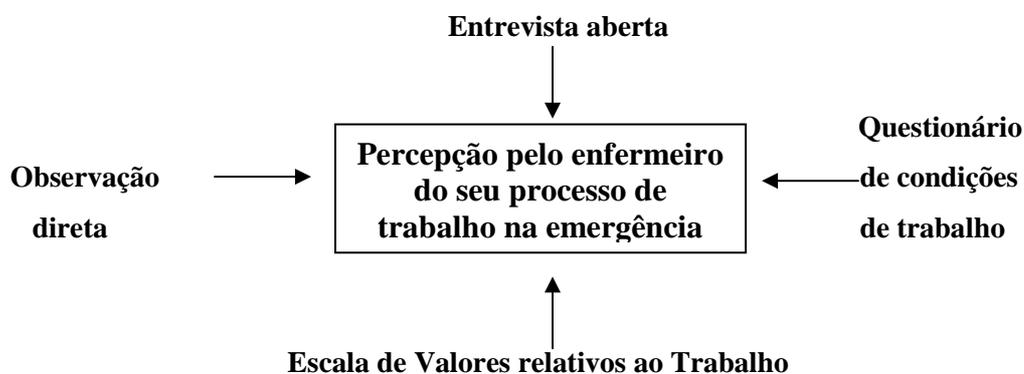
---

---

## 7 DISCUSSÃO

Neste capítulo serão discutidos os resultados desse estudo e confrontados com a literatura a respeito do mesmo tema, buscando-se estabelecer correlações com os objetivos e as questões norteadoras da pesquisa, ou seja, entender **como o enfermeiro percebe o seu processo de trabalho na emergência do Hospital da Restauração, a partir da representação da sua função, do comprometimento e satisfação com o trabalho e das condições de trabalho oferecidas.**

O estudo utilizou várias fontes de evidências com o fim de buscar convergências nos resultados e atingir os objetivos da pesquisa. Nessa concepção, lançou-se mão da triangulação de métodos, a qual se preocupa em fortalecer os resultados, tornando-os mais convincentes e acurados, uma vez que é sustentada por mais de uma simples fonte de dados, obedecendo assim a um estilo corroborativo de pesquisa. Na Figura 3 se pode ter uma melhor explicação dessa idéia (YIN, 2005).



**Figura 2b - Convergência de evidências (estudo único).**

Fonte: Yin (2005).

Algumas características dos enfermeiros entrevistados coincidiram com o encontrado em outros trabalhos, tais como sexo (COSTA; MADEIRA; ALVES, 1995; MEDEIROS *et al.*, 2006), e idade (MARZIALE, 2001), embora os resultados desses estudos não se refiram a serviço de emergência. Quando comparados com estudos específicos em emergência e relacionados tanto à faixa etária como ao tempo de permanência no setor, observa-se uma diferença grande, como por exemplo, no estudo realizado por Silva *et al.* (2006) foi encontrada a maior concentração dos enfermeiros numa faixa de idade inferior à do presente

estudo, ou seja, de 38 a 44 anos (40,9%), e em menor concentração na faixa de idade superior, de 45 a 50 anos, com 4,5% dos sujeitos. No presente estudo essa faixa representou 26,1%.

Quanto ao tempo de serviço dentro da Emergência, pode-se perceber através do estudo de Lautert, Chaves e Moura (1999) que a maioria dos enfermeiros permaneciam no mesmo setor por 5 a 7 anos de trabalho, após esse período trocavam de local ou saíam da Instituição. No estudo de Silva *et al.* (2006), a maior concentração de tempo ficou com os grupos que tinham entre 10 a 12 anos e 13 a 15 anos; e com mais de 15 anos encontraram, apenas, 4,5% da amostra estudada, diferença bastante significativa dos resultados do presente estudo, no qual foram encontrados 47,8% com esse período de trabalho (Tabela 1).

Praticamente, todos os profissionais entrevistados têm mais de um vínculo, o que, evidentemente, gera maior carga de cansaço e desgaste. Maria Helena Machado (1996) considera que a multiplicidade de vínculos, por opção ou por necessidade, acarreta condições diversas de trabalho, desgaste físico, emocional e falta de tempo e disposição para o lazer.

Em relação à qualificação, todos os enfermeiros têm especialização e apenas um enfermeiro tem pós-graduação no nível de mestrado, situação que pode ser justificada pela falta de tempo desses profissionais, pouca determinação pessoal ou falta de estímulo Institucional para o aprimoramento da carreira. Embora tenham especializações, não é na área de emergência. Diferente do estudo de Andrade, Caetano e Soares (2000) em que o perfil dos enfermeiros na unidade estudada apresentava-se semelhante ao preconizado pela Associação Americana dos Enfermeiros do Departamento de Emergência.

Quando os dados obtidos das entrevistas, dos questionários fechados sobre as condições de trabalho e da Escala de Valores relativos ao Trabalho são confrontados, se observa que os resultados são convergentes, confirmando o apego ao trabalho desses profissionais e a valorização da função que exercem.

A opinião do grupo relacionado ao número de pessoal auxiliar na Emergência encontra-se marcada pela incoerência, quando através dos resultados objetivos o grupo se encontra dividido igualmente entre os conceitos Bom, Regular e Ruim, e essa incompatibilidade é mantida pelas entrevistas abertas no momento em que alguns afirmam que o número de pessoal é insuficiente e outros, no entanto, não consideram que o problema esteja no número de pessoal e sim, na demanda excessiva, e na complexidade dos casos atendidos.

Durante a observação, essa dificuldade foi presenciada no acompanhamento do fluxo intenso da clientela e na realização das condutas de enfermagem, quando os auxiliares acabam realizando as condutas de forma automatizada, mantendo uma relação de superficialidade

com os usuários, trazendo, segundo Pinho e Kantorski (2006) sofrimento aos familiares por sentirem esse distanciamento entre os profissionais e seus parentes que necessitam de cuidados. Isso acontecendo, tanto pelo cansaço desses profissionais, como pela incapacidade deles realizarem os procedimentos necessários, como pela alta carga de trabalho em cada turno devido ao grande número de pacientes para cada funcionário. Batista e Bianchi (2006) e Simone Cruz Machado (1999) são enfáticos em relação a essa questão, quando consideram que a insuficiência de pessoal encontrada nos seus estudos acaba por desencadear um ritmo acelerado de trabalho, o que prejudica a finalidade do mesmo que é uma assistência de qualidade, quando os trabalhadores necessitam se desdobrar para o atendimento demandado.

Quando se analisam as condições de trabalho, essas são consideradas precárias. Essa realidade de trabalho na enfermagem é um problema de longa data, já tendo sido reconhecido desde a década de 1980, pela Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (DUARTE *et al.*, 2000), quando ocorreu uma evasão significativa dos estudantes das universidades e o abandono da profissão. Em outros países, isso também tem ocorrido (MARZIALE, 2001) e um dos motivos que contribuem para esse afastamento são as condições oferecidas pelas organizações para o trabalho ser realizado.

Essas condições precárias de trabalho presentes no estudo ora realizado foram percebidas pelos enfermeiros pesquisados, sendo levada em consideração a maneira como cada trabalhador recebe e interpreta as informações do meio ambiente, fato descrito também por Silva, Argolo e Borges (2005) em pesquisa realizada em Natal (RN). Fica mais claro o que esses profissionais sentem, quando se percebe como essa realidade é encarada quando os profissionais estudados citam a falta e a má qualidade do material, a falta de planejamento, de treinamento, a desarticulação entre os setores do hospital, a desorganização do ambiente e a superlotação como motivos de desgaste, incluindo também a falta de segurança. O que coincide com os resultados dos dados objetivos, em que as variáveis número de atendimentos por turno, a Segurança no Hospital e a Organização do ambiente ficaram com conceitos de Ruim a Péssimo (Tabela 2), o que foi confirmado também pela Observação Sistemática, quando foi observado durante as visitas à Emergência, como essa se encontrava sempre superlotada, e o trabalho seguindo sem nenhum tipo de planejamento.

Além da percepção pelo grupo estudado das precárias condições oferecidas para a realização do trabalho, eles se mostraram bastante preocupados por sentirem que a gestão não tem um plano definitivo para os problemas crônicos vivenciados por todos os profissionais no dia-a-dia do Hospital, fato mais gritante na Emergência de Adultos. Tudo é resolvido de maneira pontual, não existindo um plano de trabalho a longo prazo. As resoluções dos

problemas que surgem depende da habilidade individual de cada um, não existindo uma conduta uniforme a ser seguida frente aos problemas que acontecem na Unidade. Dificuldades semelhantes foram descritas por outros pesquisadores (ALMEIDA; PIRES, 2007; ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000; BATISTA; BIANCHI, 2006; NASCIMENTO, 2004).

A diferenciação da dimensão dos problemas entre os dois setores, Emergência de Adultos e de Pediatria, acaba causando um problema a mais para esta. Fato constatado quando um dos entrevistados declarou que pelas dificuldades apresentadas pela Emergência de Adultos, que são muitas, que quando a coordenação da Pediatria leva algum problema para ser debatido em alguma reunião da diretoria geral, se sente constrangida pela pouca importância que é dada a esses problemas, sempre justificados pela magnitude dos problemas da Emergência de Adultos. Isso deixa esses profissionais frustrados e desestimulados a lutar na busca de soluções para os seus problemas, pela pouca possibilidade de arguição na busca de soluções para a problemática desse setor que também não é pouca.

Assunção *et al.* (2007) enfatizam a necessidade de iniciativas institucionais na busca de conhecer os fatores técnico-organizacionais do ambiente e da segurança no trabalho nos serviços de saúde que esses trabalhadores enfrentam cotidianamente, o que já foi evidenciado por vários relatórios de conferências sobre o tema, e nenhuma providência compatível com a dimensão do problema é tomada pelas autoridades competentes.

Como os serviços de emergência são organizados a partir da demanda, eles não têm um controle do que chega e nem da gravidade do doente que vão receber, e tornando-se ainda mais difícil quando não existem protocolos rígidos de encaminhamentos e sistema de referência funcionando, como é o caso da Emergência onde o estudo foi realizado. Situação essa que tem trazido prejuízos na organização e na atuação dos profissionais. Outra peculiaridade dos serviços de saúde, e nesse caso específico dos serviços de emergência é a natureza da demanda, ela é irregular e imprevisível (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1998).

Os serviços existem como respostas a certas necessidades sentidas pela sociedade, não sendo um fim em si mesmos. A importância que assumem é consequência do valor socialmente atribuído à manutenção e à recuperação da saúde, portanto, como lida com o risco iminente de morte, o serviço de Emergência estudado encontra-se dentro dessas características, pois representa a principal alternativa para o atendimento da população quando essa se encontra em alguma situação de saúde que represente risco a sua vida; busca, dessa forma, o serviço que para ela é o mais preparado. Esse aspecto é corroborado por

Dussault e Souza (2000), quando dizem que no mundo existem duas formas de organização dos serviços de saúde, a partir da demanda e a partir das necessidades de saúde.

A demanda excessiva de pacientes na emergência estudada causa grande transtorno ao andamento do serviço. Não é através de aumento de pessoal que vai se conseguir resolver esse problema na Emergência. O que se faz necessário é a definição de uma rede de serviços, é a organização e financiamento do sistema de referência e contrarreferência, estratégias convergentes com o pensamento de Bittencourt e Hortale (2007). Estes autores, a partir dos resultados de trabalho realizado no Rio de Janeiro sobre a qualidade dos serviços de emergências nos hospitais públicos daquele Estado, consideram que essa problemática só poderá ser resolvida quando for superado o modelo vigente, que tem o médico e a doença como foco, e colocado o usuário como ponto central do sistema, com redefinições das vocações assistenciais, reorganização de fluxos e repactuação do processo de trabalho.

Os serviços de urgência e emergência hoje, contam com a característica peculiar da desorganização, da falta de uma atenção humanizada, tornando-se de domínio público o conhecimento desse problema, não só na Emergência em estudo, mas também por todo o Brasil e em alguns países do mundo de acordo com referencial estudado (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; NASCIMENTO, 2004; SCHAFERMEYER; ASPLIN, 2003; THOMPSON, 1992).

A elevada demanda de pacientes concorre para a inadequação tanto da estrutura física quanto do provimento de recursos humanos. Desse modo, a solução não se limita a microações articuladas dentro desse serviço, é um problema que remonta há muito tempo, já tendo sido abordado em estudo realizado por esta pesquisadora com outro foco (FURTADO; ARAÚJO; CAVALCANTI, 2004). Também contribui para essa persistência, a falta de continuidade dos projetos e programas que são implantados, como observado em depoimentos dos enfermeiros estudados; cada gestão age como se estivesse começando o trabalho do zero, desconsiderando as tentativas anteriores que foram consideradas bem sucedidas e de interesse da Instituição.

Em busca de soluções para essa situação, em 2004 o Ministério da Saúde lança o Programa QualiSUS, em 27 regiões metropolitanas das capitais brasileiras, com o objetivo de melhorar a qualidade da atenção dada aos usuários. De acordo com esse programa, a qualidade é entendida como a capacidade dos serviços de urgência/emergência em resolver os problemas dos seus usuários, que vão desde o acesso a esses serviços, a resolução do seu problema, sempre considerando esse usuário como o foco do atendimento e de maneira integral (BITTENCOURT; HORTALE, 2007; BRASIL, 2004).

Embora o QualiSUS esteja implantado na Emergência em estudo, ainda não se mostrou capaz de transformar a realidade. O ambiente é mantido sempre com superlotação e o usuário, não dispõe de uma atenção que leve em consideração as suas individualidades, que garanta o acompanhamento e resolução do seu problema de saúde. O que foi observado através dos depoimentos é que não há trabalho em equipe nesse serviço, e o centro desse programa enfatiza o trabalho dessa forma, portanto se torna impraticável a sua implantação sem de antemão ser realizado um trabalho que abranja todos os envolvidos, principalmente médicos, enfermeiros e assistentes sociais.

A superlotação da Emergência em estudo pode ser justificada pela urgência que os problemas de saúde requerem, mesmo que às vezes não sejam considerados de fato emergências na avaliação dos profissionais de saúde, como já abordado por Giglio-Jacquemot (2005). Porém na avaliação do usuário é sempre uma emergência, considerando que para ele o que está em risco é a sua saúde, a de sua família, um ente querido, o que não pode ser desconsiderado, uma vez que eles não dispõem de outros meios para chegar à solução dos seus problemas, e o próprio sistema de saúde não dispõe de serviço de triagem eficiente. Fato encontrado também em estudo de Garlet e Lima (2008) no qual é referido que a população não reconhece a organização da rede assistencial à saúde baseada na hierarquização e regionalização, utilizando essa rede de acordo com suas necessidades momentâneas; para eles, o importante é que sejam resolvidas.

As condições do local de trabalho no hospital representam nos serviços a essência do trabalho, pois segundo Foucault (1977) sem elas o processo não pode acontecer. E essas condições relacionadas ao ambiente, na Emergência estudada, foram consideradas de Regular para Ruim pelos resultados dos questionários, o que foi comprovado durante a observação do trabalho desses profissionais e confirmado pelas declarações durante as entrevistas.

O local de trabalho é considerado inadequado para a realização de uma assistência digna, com respeito ao ser humano e que permita a estabilização e tratamento dos pacientes atendidos, desde a disponibilidade dos materiais, a insalubridade do local, o acúmulo de pacientes em todos os espaços, o que prejudica a realização de procedimentos e a garantia da privacidade dos mesmos. Esse quadro contribui para o esgotamento físico e emocional dos profissionais, situação essa decorrente do ambiente de trabalho e não gerada por problemas decorrentes dos profissionais. Esse fato é igualmente destacado por alguns autores (ALMEIDA; PIRES, 2007; BATISTA; BIANCHI, 2006; SILVA; ARGOLO; BORGES, 2005).

Machado e Correa (2002) enfatizam que a forma como os serviços são organizados é diretamente proporcional ao sofrimento enfrentado pelos trabalhadores. Ou seja, como o serviço em estudo se encontra, na visão dos entrevistados, desorganizado, confuso, estressante, isso automaticamente vai contribuir para o adoecimento dessas pessoas, fato comprovado pelo depoimento de alguns profissionais que declararam que esse ambiente, como está, contribuiu para problemas de saúde vivenciados por eles.

Vale a pena salientar que, além do ambiente impróprio à prestação da assistência, os enfermeiros ainda sofrem agressões físicas e verbais, sendo tratados de forma hostil pelos usuários e, às vezes, pelos próprios colegas de trabalho. Essa hostilidade que o indivíduo encontra no ambiente da Emergência pode ser entendida como o acirramento de manifestações relacionadas à evolução da cultura hospitalar clássica de isolamento; à atitude impessoal, apoiada no tecnicismo ou cientificismo médico positivista; aos mecanismos de defesa, dadas as condições ultrajantes de trabalho; assim como à reação às condições de miserabilidade e violência social (DEJOURS, 1992b; MACHADO, M., 1997; SILVA; ARGOLO; BORGES, 2005).

Outro problema importante levantado pelos entrevistados foi a questão relacionada aos acompanhantes. Não existe nenhum trabalho voltado para essa clientela. É sentida a necessidade de um trabalho educativo com os acompanhantes para resolver situações que poderiam ser solucionadas facilmente; essas, no entanto tomam uma dimensão incontrolável, pelo tipo de relação existente e pelos problemas vivenciados, por envolverem momentos de fragilidade, o que requer sensibilidade na hora de lidar com eles. Esse trabalho teria o objetivo de que as relações se tornassem menos traumáticas, e que o profissional não considerasse as atitudes, que porventura viessem a acontecer, tanto por parte de pacientes como de acompanhantes como diretamente relacionadas a sua pessoa, mas decorrentes e indissociáveis do contexto.

Os resultados do presente estudo diferem dos outros trabalhos (DUARTE *et al.*, 2000; MARZIALE, 2001), quando relacionados à vontade dos profissionais em abandonarem a profissão. Não foi observado por parte de nenhum dos entrevistados a firme determinação em deixar a profissão ou o Hospital. Houve desabafos sobre a decepção da situação em que o Hospital se encontra. Apenas um profissional se mostrou claramente desejoso de sair do setor, mas não do Hospital. Ao contrário, o que chama atenção é a permanência por muito tempo dos enfermeiros nessa Emergência, mesmo considerando as condições de trabalho oferecidas.

O fato dos enfermeiros não demonstrarem vontade em sair do Hospital pode ser justificado pelos resultados colhidos através da Escala de Valores relativos ao Trabalho -

(EVT) aplicada a esses profissionais, pelos quais se constatou que eles demonstram grande valorização ao trabalho que realizam nesse ambiente, por considerar essa atividade desenvolvida no Hospital como de extrema ou muita importante para as suas vidas, o mesmo ocorrendo com as relações sociais construídas nesse local.

Outro fator considerado relevante para a permanência nesse setor por esses profissionais foi a Estabilidade, a garantia da aposentadoria, embora nem todas as características para esse fator se encontrem contempladas.

Embora faça parte do planejamento de entidades como, a Organização Mundial da Saúde, o treinamento de recursos humanos para o setor saúde não conta com recursos financeiros, definidos e claros para a cobertura dessa necessidade (PIERANTONI; VARELLA; FRANÇA, 2004). É comprovada essa lacuna, quando os enfermeiros estudados relatam a ausência de capacitação desses profissionais para o trabalho em emergência, tendo sido esse tema considerado como de grande relevância para o bom desenvolvimento do trabalho e que causa sérias conseqüências ao atendimento à população, como também alto nível de tensão aos enfermeiros, dificultando a eficiência e agilidade nas atuações frente às vítimas de trauma e emergências clínicas que chegam à Unidade.

Uma grande preocupação que fica a esse respeito é por esse problema não ser exclusivo do Hospital em estudo, mas parece ser de ordem mais geral, de acordo com trabalhos pesquisados (ANDRADE; CAETANO; SOARES, 2000; ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2007). Os investimentos são considerados ainda insuficientes na área e os profissionais que são capacitados, na maioria das vezes o fazem com investimentos próprios. Também é citada pelos entrevistados a falta de treinamentos, de forma específica, voltada para o manuseio de equipamentos adquiridos pela Instituição, pois não ocorre a contento, o que prejudica tanto a sua utilização quanto a manutenção, causando danos diretamente na assistência a pacientes graves.

Deve-se enfatizar que a capacitação e atualização dos trabalhadores dos serviços de saúde públicos é de responsabilidade governamental, uma vez que se trata de serviço de assistência à saúde, e essa é de caráter essencial, como afirma Maria Helena Machado (1996). Os enfermeiros que trabalham com emergências necessitam de conhecimento não só para realizar manobras de reanimação cardíaca, ou outro procedimento de urgência, mas também precisam conhecer e saber lidar com os vários problemas que acontecem de forma inesperada e adquirir a capacidade de planejamento, embora cientes da característica peculiar desses serviços. Porém, é necessária a realização de planejamentos estratégicos com vistas a muitas

intervenções que possam acontecer, independentemente das causas, para facilitar a tomada de decisões, evitando-se perda de tempo e contribuindo para o restabelecimento das vítimas.

Quando se observam os resultados referentes à percepção dos enfermeiros a respeito de si mesmos e do seu trabalho dentro da Emergência, pode-se ver com clareza que existe uma grande frustração pelo trabalho não ser desenvolvido como eles gostariam que fosse. Eles agem desordenadamente na Emergência, atuando em várias frentes e acabam por se desgastarem diante dessa forma de distribuição do trabalho, pela não objetividade das suas ações; trabalham muito, se cansam, porém não conseguem coordenar uma assistência segura, sem riscos tanto para eles como também para os usuários, tudo isso levando ao *stress*.

Esses resultados são diferentes dos encontrados no trabalho de Carvalho e Lopes (2006) que não detectaram desgaste físico e psicológico no grupo de enfermeiros que estudaram. Já em relação ao trabalho de Fernandes *et al.* (2002), os resultados são semelhantes, pois esses pesquisadores verificaram que o trabalho do enfermeiro, por sua natureza e conteúdo, envolve a esfera psicoafetiva, esforços mentais, demanda de maior esforço para concentração da atenção, duração da exposição e intensidade do ritmo de trabalho, resultando em desgaste físico e psíquico.

A partir da base teórica utilizada (MUSCOVICI, 2006) para o estudo da representação dos profissionais ora estudados, na busca de saber como eles percebem a sua profissão, o seu trabalho, pode-se constatar a convergência dos resultados da observação sistemática e dos questionários aplicados sobre as condições de trabalho, confirmando o que foi encontrado nas entrevistas abertas, sendo também, corroborados pelas motivações que eles encontram para a realização do trabalho, mostrada através dos resultados da aplicação da Escala de Valores relativos ao Trabalho.

A satisfação demonstrada pelos profissionais do presente estudo é patente em praticamente todas as suas declarações. De acordo com alguns autores (ANGERAMI; GOMES; MENDES, 2000; BATISTA *et al.*, 2005; CARVALHO; LOPES, 2006; PEREIRA; FÁVERO, 2001), o gostar do que faz, ter relacionamento satisfatório com a equipe multiprofissional e a possibilidade de obter crescimento profissional são considerados fatores de motivação no trabalho. Além disso, o trabalho em si, ou seja, a assistência ao paciente, também é apontado como o principal motivador do trabalho desse profissional. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo ora realizado em que, apesar das condições de trabalho existentes e de não se sentirem valorizados, os enfermeiros se sentem felizes em realizar o seu trabalho, pelo fato de acreditarem que estão fazendo algo por outras pessoas que precisam e estarem desempenhando a função para a qual foram preparados. Essa ambigüidade

pode ter origem na percepção comum dos profissionais de saúde de que o seu trabalho com os doentes é, ao mesmo tempo, compensador e pesado (GRAY-TOFT; ANDERSON, 1981).

Na análise da satisfação que os enfermeiros têm com o seu trabalho desenvolvido na Emergência, foram analisados: oportunidades de promoção dentro do serviço; desenvolvimento profissional, como treinamentos e atualizações, como também oportunidades para realização de cursos; reconhecimento pelo desempenho, realização e responsabilidade pessoal. O que se pode perceber é que a maioria se diz satisfeita com a realização do trabalho direto com o paciente, principalmente com aqueles que chegam com chances de sobrevivência e cujo restabelecimento se deve, em grande parte, à contribuição do trabalho desse profissional.

Segundo alguns depoimentos, esses são alguns dos momentos em que se sentem realizados profissionalmente. Mas, ao mesmo tempo, quando estão diante de um caso em que não podem fazer nada para ajudar no restabelecimento, se sentem extremamente frustrados. Isso demonstra, mais uma vez, a ambigüidade presente nesse local de trabalho. Em relação aos outros itens, como promoção, cursos e treinamentos, demonstraram grande frustração, não se mostrando satisfeitos. Como já mencionado, não há uma agenda por parte da Instituição voltada para treinamentos e cursos.

Em relação ao que traz insatisfação foram analisados a qualidade da supervisão, o salário, as políticas da empresa relacionada ao trabalho, relacionamento interpessoal e segurança no ambiente de trabalho. Pode-se ver, através não só das entrevistas, mas também dos dados objetivos colhidos a partir dos questionários sobre as condições de trabalho, que a Segurança é o item mais criticado, apresentando a maior concentração de respostas para o conceito Ruim.

Os profissionais se queixaram dos riscos a que estão submetidos durante o seu horário de trabalho, tanto a agressões verbais, físicas quanto à falta de segurança relacionada à biossegurança.

Não existem treinamentos direcionados para os profissionais da Emergência no manuseio de equipamentos novos, orientação adequada quanto a separação do lixo, transporte dos pacientes, entre outras necessidades, o que, evidentemente, causa dificuldade durante o trabalho e riscos ocupacionais não só para o enfermeiro mas também para todos os profissionais que trabalham no setor. Fato por si só considerado grave, pela importância que hoje é dada ao local de trabalho, aos cuidados na prevenção dos riscos a que os profissionais que trabalham em ambiente hospitalar estão submetidos, e ao tratamento de resíduos sólidos,

e em se tratando de lixo hospitalar requer um maior cuidado na sua destinação, o que se encontra relegado a um segundo plano.

Outro fator que traz insatisfação ao grupo é o salário, principalmente a forma de aumentos concedidos pelo governo, considerada discriminatória pelos profissionais não médicos, considerando que os últimos governos deram aumentos diferenciados apenas para a categoria médica, contribuindo assim, para a geração de conflitos entre as equipes, bem como para um sentimento de desvalorização no desenvolvimento do trabalho e danos no atendimento dos pacientes.

Maria Helena Machado (2000) considera que o profissional enfermeiro faz parte do núcleo essencial da assistência à saúde, e que Machado e Correa (2002) consideram que esse núcleo é formado pelo foco mais tradicional, médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, em cujo trabalho predomina a relação humana.

Maria Helena Machado (2000) faz, ainda, uma reflexão a respeito da importância dos profissionais da equipe de saúde e reconhece que, sem desmerecer profissionais como odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, técnicos e auxiliares das diversas áreas, sem médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem é impossível realizar assistência à saúde. Esses profissionais constituem o que é conhecido como equipe essencial de saúde. A autora adverte que não está advogando em favor da simplificação da equipe de saúde, mas afirmando que esses profissionais não podem ser negligenciados como mais um componente da equipe de saúde. Portanto, do ponto de vista da pesquisadora do presente estudo, precisam ser valorizados de forma equitativa.

Em relação aos resultados que confirmam a satisfação do enfermeiro com o trabalho realizado neste estudo, foram sustentados pela avaliação dos valores defendidos por Herzberg (1959) e pelos valores dados aos fatores motivacionais para o trabalho a partir da aplicação da Escala de Valores de Porto e Tamayo (2003). Quando se utilizaram os fatores de satisfação de Herzberg, que considera os fatores relacionados ao trabalho em si como de maior peso na hora do indivíduo demonstrar estar ou não satisfeito, percebe-se que esses sentimentos foram exaustivamente demonstrados de forma clara ao longo dos resultados, assim como os causadores de insatisfação, como os relacionados às condições de trabalho.

O gerenciamento e a organização do trabalho foram considerados pelo grupo como os fatores que causam maior desmotivação, coincidindo com alguns estudos (MACHADO, S., 1999; NASCIMENTO, 2004). Fato explicado pelas condições de trabalho que são oferecidas aos trabalhadores da saúde atualmente, precariedade das instalações, dos equipamentos e capacidade instalada, não sendo respeitadas quando são admitidos mais pacientes do que as

instalações suportam, tanto pela capacidade física do local quanto pela quantidade insuficiente de profissionais. É ressaltada, também, a falta de manutenção dos equipamentos como item de desorganização, pelo fato de gerar bastante desgaste devido ao risco de causar dano à assistência que é dada aos pacientes, principalmente em se tratando de emergência.

O trabalho nos serviços de saúde em emergência hospitalar pode ser satisfatório e fonte de prazer, mas, muitas vezes, cansativo e fonte de sofrimento (LUNARDI FILHO; WILSON, 1995). São consideradas fontes de sofrimento pelo acesso indiscriminado à urgência, pelas cargas elevadas de trabalho, e pelo espaço físico inadequado. Fontes de prazer, pela capacidade de o trabalhador ajudar o usuário, exercer a profissão na plenitude, pela dinâmica dos serviços e pouca existência de rotina e pela capacidade de sempre trabalhar com casos diferentes. È considerado, ainda, por Almeida e Pires (2007) como ambiente de sofrimento e prazer, e pela existência de uma relação dialética, contribuindo para o equilíbrio dos profissionais.

Compreende-se o discurso manifesto sob a perspectiva de que a retribuição que o indivíduo espera do trabalho está, antes de qualquer outra, no reconhecimento, o qual não é mero adorno presente no discurso dos trabalhadores, mas representa fator crucial para a constituição da sua saúde.

Os resultados neste trabalho mostraram com clareza a reação dos entrevistados à falta de reconhecimento do seu papel; demonstrou-se, dessa forma, o sofrimento causado ao profissional, o que é confirmado em estudo com abordagem sobre o tema (LANCMAN; SZNELWAR; JARDIM, 2006). Esses autores consideram que o reconhecimento do esforço para que o trabalho seja realizado funciona como um alicerce para a construção da saúde mental; se assim não for, pode ser desencadeado o sofrimento, e se esses trabalhadores permanecem por muito tempo sob situações que, na sua percepção, podem ser consideradas constrangedoras para o desempenho das suas funções. Isso pode levar a reflexos em outros recursos de igual importância para o desenvolvimento das atividades cotidianas e, em particular, os recursos cognitivos, favorecendo a diminuição da sua interação e distanciamento com o trabalho. Esse distanciamento favorece também o isolamento social, segundo Rego (1993).

Em trabalhos pesquisados sobre os profissionais de enfermagem (DAL PAI; LAUTERT, 2008; MEDEIROS *et al.*, 2006), os resultados encontrados apontam para a existência de um sentimento de vazio e fragilização dos laços afetivos com familiares; conflitos de valores referentes à relação ser/ter; vivência de ansiedade e estresse pelo sentimento de impotência vivenciado no cotidiano de trabalho.

Resultados similares aos descritos acima foram encontrados no presente estudo, no qual alguns entrevistados colocam de maneira clara a frustração e o sofrimento causado pela ansiedade do dia-a-dia, a falta de resolubilidade do trabalho e a impotência diante dos problemas apresentados pela clientela atendida, como pode ser visto nas declarações dos entrevistados, quando eles colocam que a esperança em mudar a realidade atual é o ponto de equilíbrio para que eles continuem a trabalhar nesse local. Enfatizam, também, a dificuldade em se desligar dos problemas vividos na Emergência durante o seu turno de trabalho, ao término do plantão, e que acabam levando para casa a preocupação por alguma coisa que deixou de ser feita. Contribui para isso, ainda, o fato de a maioria não ter outra atividade fora da esfera do trabalho, como atividades esportivas, religiosas, o que pode gerar mais ansiedade, conforme resultados da Tabela 1.

Outro ponto importante constatado no presente estudo foi a preocupação demonstrada pelos enfermeiros com a sua saúde individual, e a piora da saúde dos pacientes em decorrência do ambiente de trabalho, gerando esgotamento físico e emocional, o que é confirmado por Maslach e Leiter (1999), que consideram que esses não são problemas das pessoas, mas sim, do ambiente em que elas trabalham. Fato semelhante é encontrado por Tamayo, Argolo e Borges (2005).

Alguns enfermeiros descrevem a dificuldade de conciliar o trabalho na Emergência ora estudada com outros trabalhos e com sua vida pessoal, pela carga de trabalho presente nesse ambiente, tanto física quanto emocional. Contribuem para isso o somatório de problemas voltados para a gravidade dos casos atendidos, das condições em que acontecem os atendimentos, do envolvimento com os pacientes e seus familiares e a ansiedade gerada a partir dessas situações, cada profissional reagindo de forma diferenciada, o que pode levar à síndrome de *Burnout* (MASLACH, 1993; MASLACH; JACKSON, 1986).

A síndrome de *Burnout* pode ser desencadeada em virtude da existência de situações que levem o trabalhador a manter tensão permanente no ambiente de trabalho, cujo objeto seja o ser humano, que necessite de cuidados e que façam parte desse trabalho as relações entre pessoas, características marcantes no presente estudo. Coincide com resultados de estudo realizado por Feliciano, Kovacs e Sarinho (2005), que encontraram nos serviços estudados uma tendência à exaustão emocional, desânimo e sentimento de inadequação e fracasso.

Em relação ao comprometimento com a Instituição, os entrevistados referem não ser o mesmo que tinham antigamente. Consideram que o motivo dessa perda seja em decorrência da própria Instituição em não procurar envolver, estimular a mobilização e a participação dos funcionários no planejamento da gestão e em outros projetos da Instituição, o que

demonstraria a importância que a Organização confere a esses profissionais, o que já aconteceu em períodos anteriores. Monday, Porter e Steers (1982) afirmam que o comprometimento envolve vontade de participar, se doar, de pertencer.

Vale a pena salientar que a não participação no planejamento do trabalho pelos profissionais só favorece a alienação desses em relação ao seu trabalho desenvolvido, o que Rego (1993) chama de autoestranhamento, quando há ausência de envolvimento do trabalhador com o seu trabalho.

A administração do Hospital é criticada pela ausência dos gestores na ponta do sistema, dentro da Emergência, com o objetivo de sentir os problemas de perto e compartilhar soluções com o grupo que trabalha nesse local. Não há incentivo ao trabalho em equipe, como também não há reconhecimento do valor dos profissionais. Resultados que coincidem com os encontrados no estudo realizado por Dimenstein e Santos (2005). Os profissionais enfermeiros, mesmo diante das condições descritas, ainda assim se dizem comprometidos, não como antes, mas continuam com o compromisso da sua profissão que é o cuidar, não sabendo explicar ao certo porque continuam nesse setor; alguns justificam encarando como uma missão, outros acreditam que continuam por gostarem tanto de trabalhar com emergência como por gostarem do Hospital e outros justificam a permanência por terem a esperança de que um dia tudo se torne mais humano e melhor.

Para a análise do comprometimento foram levados em consideração os tipos de comprometimento citados por Tamayo (2004), ou seja, comprometimento normativo, instrumental e afetivo. Através dos resultados se observou que alguns trabalhadores apresentam características do comprometimento instrumental, em que o trabalhador apresenta disposição para continuar na organização, para não perder os investimentos pessoais já realizados na mesma; parece estar ligado à necessidade que o trabalhador tem da Organização, como percebido quando alguns entrevistados disseram claramente não sair da Instituição porque a hora já passou como se, no momento atual, precisassem da organização, não tivessem mais condições de competir lá fora. Demonstrando certo conformismo com a situação. Foram poucas as falas nessa direção.

Em relação ao comprometimento afetivo, aquele em que o trabalhador se identifica e há envolvimento com a organização, a maioria o demonstra, o que faz parte do pressuposto deste estudo, ou seja, a ligação dos enfermeiros com o seu trabalho e com a Organização é muito forte a ponto de não quererem deixá-la. O que, de certa forma, justifica a sua permanência e o prazer demonstrado em trabalhar nesse local, sendo confirmado o que Tett e

Meyer (1993) afirmam a respeito da forte correlação positiva entre as variáveis satisfação e comprometimento organizacional.

Muitas vezes os entrevistados demonstraram forte ligação com o grupo de trabalho, contribuindo para o não desejo de sair, confirmando o que estudos (BASTOS, 1996; MONDAY; PORTER; STEERS, 1982) relatam sobre o tema: que o comprometimento afetivo representa mais do que a simples lealdade passiva a uma organização. Há o envolvimento do trabalhador de forma ativa, com dedicação, aceitação dos princípios que norteiam a Organização e interesse em se manter membro da mesma, fato observado nas declarações dos enfermeiros entrevistados, com poucas contraditórias.

Foi abordado junto aos entrevistados a aceitação dos valores, normas e objetivos impostos pela Instituição Hospital da Restauração, a disposição em investir esforços em favor dessa Organização e o desejo de manter-se membro dela.

O que foi relatado pelo grupo foi a vontade de permanecer no setor, disposição de investir esforços, desde que para a melhoria da assistência aos pacientes, e conseguirem um ambiente mais seguro para o desenvolvimento do seu trabalho. Não foi observada em nenhum dos entrevistados revolta com a Instituição ou outro sentimento parecido, apenas alguns demonstraram constrangimento por aceitarem as condições em que se encontram trabalhando, e não haver por parte do Órgão fiscalizador da classe (Conselho Regional de Enfermagem - COREN) posicionamento firme no sentido da adequação do número de enfermeiros de acordo com a quantidade e gravidade dos pacientes na Emergência, fato que leva a um sentimento de desvalorização e demonstração do pouco prestígio da categoria.

O trabalho é considerado como fonte de busca dos indivíduos para suprir as suas necessidades, seus valores e os dos outros, envolvendo tanto elementos biológicos quanto psicossociais (MOWDAY; PORTER; STEERS, 1982), situação presenciada neste estudo, quando é percebido, de maneira convincente pelos resultados encontrados, como os enfermeiros se relacionam com o trabalho, demonstrando fortes sentimentos de envolvimento tanto com a Instituição como também com os problemas que vivenciam no dia-a-dia. Suas necessidades e valores vão desde as necessidades de se sustentarem, manterem um padrão de vida aceitável, à escala de trabalho vigente, por permitir melhor adequação com outras atividades, tendo sido inclusive a variável que recebeu melhor conceito, quando eles fazem a avaliação de forma objetiva do gerenciamento e da organização do trabalho na Emergência (Tabela 2).

Os enfermeiros buscam também, nesse trabalho, a oportunidade de serem úteis, servirem as pessoas; por serem portadores de crenças e valores individuais que consideram

como verdadeiros, o que foi corroborado pelos valores dados pelo grupo ao fator Relações sociais, que valoriza esses aspectos, através dos resultados da aplicação da EVT.

As relações no trabalho em saúde são consideradas difíceis pelo fato de o produto ser indissociável do processo que o produz (LEVI-STRAUSS, 2003). Também o fato de o profissional ser da mesma natureza do seu objeto de trabalho, causa uma situação confusa, quando os sentimentos se misturam, o que torna as relações ainda mais complexas. Isso é vivenciado pelos enfermeiros da Emergência, pela constante inter-relação entre os profissionais e os pacientes e familiares, tendo muitas vezes a cooperação desses para que o processo de trabalho possa acontecer. Machado e Correa (2002) consideram essa situação como característica do trabalho hospitalar, inclusive colocando o objeto de trabalho no Hospital, o paciente, como parte dos recursos humanos da Instituição, o que não deixa de ser uma consideração curiosa.

A coordenação de enfermagem da Emergência foi criticada pelos entrevistados não só em relação à parte referente à gestão do setor mas também pelo pouco envolvimento e resolubilidade dos problemas existentes, resultado semelhante encontrado no estudo de Batista e Bianchi (2006).

Não foi observado nenhum tipo de supervisão direta por parte da coordenação do setor, o que é reflexo da gestão maior do Hospital, quando os enfermeiros relatam que não há demonstração por parte dessa gestão em procurar o envolvimento com os trabalhadores na busca de resolver os problemas. Já em relação à supervisão que os próprios enfermeiros têm que exercer junto aos auxiliares/técnicos, essa é prejudicada pela excessiva demanda e pelo grande volume de problemas existentes. Os problemas são priorizados em função dos pacientes, ficando a parte da função do enfermeiro em acompanhar o trabalho da equipe sob sua responsabilidade quase anulada. Fato observado tanto nos depoimentos quanto na observação do desempenho desses profissionais durante os plantões.

A supervisão do enfermeiro em relação ao trabalho do auxiliar /técnico só ocorreu quando solicitadas por esses profissionais; não houve, portanto, uma supervisão planejada.

Quando se discute a relação entre o enfermeiro e os usuários, o que foi observado foi um relacionamento às vezes tranqüilo e às vezes tenso, dependendo do horário, do tipo de problema e da forma como acontecia o problema, confirmando o que foi dito durante as entrevistas. Os profissionais enfermeiros durante o turno de trabalho e durante o período em que se encontram nos boxes, ou corredores, não se incomodam em dar qualquer tipo de orientação que seja demandada pelos usuários, porém essa mesma disposição não foi observada quando os mesmos se encontram na sala de apoio, ou fazendo alguma anotação, ou

descansando, fato semelhante aos encontrados no estudo de Pinho e Kantorski (2000). Esses pesquisadores salientam a questão da demanda excessiva como fator limitador do relacionamento adequado dos profissionais e usuários.

Quanto ao envolvimento do enfermeiro com toda a equipe de trabalho, observa-se que a relação é mais forte entre o próprio grupo de enfermeiros. Já em se tratando da relação entre os enfermeiros e os outros profissionais, tanto nas entrevistas quanto na observação realizada, se percebe que essa relação ocorre de maneira civilizada, porém sem grandes aproximações. O relacionamento se mantém mais no âmbito profissional, na busca de algum esclarecimento sobre alguma conduta tomada ou a ser tomada. Schraiber *et al.* (1999), Silva *et al.* (2006) e Maria Helena Machado (1996) já enfatizavam a necessidade da complementaridade e interdependência no trabalho em equipe, e ressaltam que a divisão do trabalho na área da saúde gerou essa condição. O que se observa é que não há trabalho em equipe, apenas o trabalho é coletivo, envolvendo várias áreas do conhecimento, fato descrito também por Garlet e Lima (2008).

Como a equipe de saúde é composta por vários profissionais, e cada um possui a sua autoridade técnica, surge uma tensão dentro desse processo pela busca da autonomia, dificultando as intervenções. O trabalho em equipe dentro da Emergência, segundo os entrevistados, não ocorre como deveria, cada profissional desenvolve a sua função de forma independente, sem a preocupação com o todo. Não há uma integração ou participação democrática, como descreve Maria Helena Machado (1996), o que se torna mais um motivo da baixa qualidade da assistência prestada aos usuários dessa Emergência.

Por conta dessa falta de integração, cada vez que é necessário se submeterem a alguma conduta ou a um procedimento, os usuários são obrigados a relatarem toda a sua história novamente, o que gera desconfiança e dúvidas quanto ao trabalho realizado. Isso não é favorável ao tratamento, uma vez que a confiança que os pacientes depositam nos profissionais é primordial para que estes se sintam seguros e participem do processo de cura.

Em relação à autonomia, os enfermeiros sentem uma grande frustração em não definir situações que poderiam amenizar a longa estadia de pacientes dentro do setor, aumentando a superlotação por situações que poderiam ser resolvidas facilmente, como por exemplo, a definição da transferência dos pacientes para as enfermarias do próprio Hospital, ficando obrigado a aguardar a conduta de outro profissional para que tal procedimento seja efetivado. Fato que às vezes demanda dias para a solução, dentre outras situações corriqueiras existentes.

Alguns autores levantam a questão da autonomia do enfermeiro como um dos pontos da sua frustração com o trabalho, fato verificado também pelos pesquisadores Garlet, Lima

(2008) e Marques, Lima (2008), em cujos trabalhos essa autonomia é levantada como um dos problemas mais importantes para a profissão buscar alternativas, sem invadir os espaços de outras profissões já constituídas.

Enquanto o relacionamento entre os profissionais da Emergência de Adultos é considerado como superficial, quando comparado com o existente no passado, na Emergência Pediátrica foi relatado pelos entrevistados que há uma boa relação com toda a equipe de trabalho, desde os médicos aos auxiliares/técnicos de enfermagem. Na Emergência de Adultos, segundo alguns entrevistados, essa relação já foi de grande aproximação, colaboração e amizade; hoje, no entanto, a relação é marcada pelo distanciamento, levando-se em conta algumas exceções e dependendo também da afinidade dos profissionais de cada plantão. A percepção através das falas e expressões dos entrevistados foi de nostalgia e frustração quando o assunto foi abordado, considerando que a situação atual só compromete a assistência aos pacientes e contribui para o desapontamento em que se encontram os profissionais, contribuindo, por conseguinte, para a manutenção do *status quo*.

Os resultados do trabalho ora realizado confirmaram os pressupostos da pesquisa atual de que os enfermeiros dessa Emergência valorizam sua atuação como profissionais dentro do seu processo de trabalho. Quando questionados sobre a atuação na Emergência, demonstraram determinação no desempenho da sua função, valorização do seu trabalho, não manifestando interesse em mudar de setor, embora convivendo com precárias condições de trabalho, já descritas e apresentadas através das Entrevistas, Tabela 2, Observação Sistemática. Porém, não confirmam o pressuposto da falta de clareza do processo de trabalho e do objeto de trabalho pelos enfermeiros, como também os resultados não ratificam o pessimismo do grupo com relação ao futuro. O grupo não demonstra otimismo, mas há um sentimento de esperança de que um dia a situação possa vir a melhorar.

O processo de trabalho do enfermeiro na Emergência e o seu objeto de trabalho, que é o cuidado ao paciente, estão claros para todo o grupo, o que não está claro para o grupo; é a condução desse processo, o seu papel dentro dele. Os profissionais consideram como muito confuso, pela absorção de muitas atividades que não são da sua competência, ocasionando sobrecarga de trabalho e desviando-os para outras finalidades.

Trabalhar na Emergência para esses profissionais significa ter prazer no que fazem, considerarem o trabalho relevante para a sociedade, estarem satisfeitos com o trabalho que realizam. Valorizam também a amizade, a boa relação com os colegas e terem oportunidade de ajudarem os outros, e ainda dão valor à estabilidade, o que pode ser constatado através dos resultados da EVT, uma vez que esses valores se encontram dentro das características dos

fatores Realização Profissional, Relações Sociais e Estabilidade, que obtiveram as melhores pontuações.

# *Considerações finais*

---

---

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao se posicionar como um estudo que procurou conhecer como o profissional enfermeiro de uma grande emergência pública se vê dentro do processo de trabalho, este estudo tentou buscar subsídios para a melhoria da assistência de enfermagem prestada à população usuária e, a partir do conhecimento dessa realidade, das suas limitações e possibilidades, poder contribuir para estimular a intervenção dos gestores na a resolução dos problemas desse local de trabalho, que é também um local de grande atuação humana, quando lida de forma contínua e cotidianamente com vidas.

A originalidade desse estudo está no fato de colocar o enfermeiro como o foco do estudo, e a partir da sua percepção do seu processo de trabalho, avaliar como ele se vê dentro desse processo, como percebe a forma como os outros profissionais o veem, e como acredita ser visto pela população, ou seja, a sua representação a partir de várias dimensões desse olhar, além de conhecer as condições em que desenvolve o seu trabalho, o seu comprometimento com a instituição e a satisfação em realizar esse trabalho. E, ainda, ter procurado a busca desse conhecimento de uma maneira considerada consistente, quando utilizou várias fontes de dados e metodologias diversas para uma melhor validação dos resultados. Importante enfatizar, ainda, que não foi encontrado na literatura pesquisada nenhum trabalho que tenha utilizado essa dinâmica com essa finalidade, nem tampouco a abrangência que o presente estudo procurou alcançar.

Após a análise dos resultados, pôde-se comprovar que o estudo conseguiu alcançar os objetivos propostos. Ou seja, o primeiro objetivo específico foi atendido quando o processo de trabalho do enfermeiro na Emergência estudada foi caracterizado a partir das atividades desenvolvidas por esse profissional durante o seu turno de trabalho; o segundo objetivo foi contemplado quando se conheceu a maneira com o enfermeiro se vê, ou seja, a sua representação dentro desse processo de trabalho; o terceiro objetivo foi analisar as condições de trabalho a partir dos relatos dos profissionais estudados, o que foi atingido, pois foi descrito de forma clara como se encontram as condições de trabalho a que esses profissionais estão submetidos e, por último, foi conhecido como se encontra o comprometimento e a satisfação desses profissionais com a Instituição na qual trabalham e a satisfação com o trabalho desenvolvido.

Os enfermeiros estudados demonstraram reconhecer a importância do seu papel dentro do serviço de emergência, definindo essa importância como crucial para a assistência ao

paciente, admitindo a existência, algumas vezes, de um sentimento de dependência dos pacientes em relação ao seu trabalho, pela razão de serem os profissionais que, pela característica da sua função, são os que estão mais presentes no dia-a-dia dos mesmos e, além disso, manifestarem grande apego ao trabalho.

Quanto ao reconhecimento do seu trabalho por parte dos outros profissionais, acreditam que depende da empatia entre o grupo de trabalho, como também da sua atuação junto aos pacientes e do acúmulo de conhecimentos adquiridos, além da capacidade de gerenciar os problemas sob sua responsabilidade e que nem sempre esse reconhecimento acontece. Julgam ser da responsabilidade e competência do enfermeiro participar do primeiro atendimento ao paciente juntamente com a equipe de trabalho o que, na maioria das vezes, não é possível.

O seu objeto de trabalho está claro, porém o seu papel ainda se mostra bastante confuso, com atividades pulverizadas, não existindo um foco único, embora esses profissionais acreditem que sempre estejam em busca de uma melhor assistência aos usuários. A falta de clareza do papel pode ser creditada à desorganização do setor, o que acaba prejudicando o reconhecimento do seu trabalho pela população. Esse papel está mais bem definido na Emergência, na parte do atendimento da Pediatria, onde existe uma rotina de trabalho que é respeitada, maior envolvimento dos profissionais como um todo, e como consequência ele é a referência para os funcionários sob sua responsabilidade, o que não é igual na parte da Emergência de Adultos.

Embora constatada a situação real dos enfermeiros pesquisados nessa Emergência e as condições de trabalho a que estão submetidos, ainda assim esses profissionais sentem prazer em trabalhar nesse setor. Não deixam de expressar o seu sentimento em relação às insatisfações quanto ao salário, pouca participação dos gestores nos problemas do setor, a falta de segurança física para o desempenho do trabalho e o não reconhecimento tanto dentro da Instituição como também por parte da população a respeito do seu trabalho. Percebe-se que o comprometimento está prejudicado pela falta de estímulos da própria Instituição, a não participação dos profissionais na tomada de decisões e as precárias condições de trabalho, além da falta de treinamentos voltados para a área.

A partir da realidade descrita neste estudo, se torna claro como os enfermeiros da Emergência do Hospital da Restauração percebem a sua função dentro desse processo de trabalho, como acreditam serem vistos pelos outros profissionais e pela população; e as condições de trabalho a que estão submetidos, o que tem levado a desmotivação, insegurança e baixo rendimento; ao mesmo tempo em que demonstram valorizar o trabalho realizado,

considerando o mesmo como de extrema importância, o que tem contribuído para a existência de um sentimento de satisfação em trabalhar neste setor. Ou seja, este estudo permitiu visualizar a representação que o enfermeiro tem sobre si, e como ele se comporta frente à Instituição da qual faz parte e diante da sua profissão.

Embora esse estudo não tenha tido a intenção de aferir a presença da síndrome de *Burnout* entre os profissionais estudados, o que outros estudos já fazem, acabou por encontrar entre os enfermeiros sintomas semelhantes aos dessa síndrome, o que pode demonstrar a ocorrência desse problema entre esses profissionais ou a iminência da sua ocorrência, abrindo a possibilidade da realização de novos estudos serem realizados nesse campo, com esse fim. As características foram identificadas nos profissionais de ambos os setores, ou seja, tanto na parte da Emergência de Adultos com na Pediatria.

Outro achado importante foi a desvalorização com que são tratados os problemas da Emergência Pediátrica, uma vez que não são considerados de grande importância, quando comparados aos da Emergência de Adultos, pela pressão que esta sofre por estar constantemente na mídia e pela quantidade de pacientes que atende, o que faz com que exista um sentimento de privação dos direitos daqueles, em detrimento dos problemas do setor que representa a parte mais forte.

Acredita-se que esta pesquisa possa contribuir para o melhor conhecimento da profissão do enfermeiro dentro de um processo tão exaustivo como é o trabalho na Emergência do Hospital em estudo, que é um símbolo dentro do sistema de saúde de Pernambuco, como também dentro do sistema de saúde brasileiro, pela sua capacidade de já ter atendido a milhões de pessoas e salvo muitas vidas. E sendo o profissional enfermeiro essencial nesse processo, espera-se que o conhecimento da sua forma de pensar e do que ele espera desse serviço ajude as gestões a encontrarem mecanismos que favoreçam o seu engajamento ao processo de trabalho, considerando que o mesmo já é bastante motivado pelo trabalho que realiza e necessita de estímulos para aumentar o seu comprometimento.

Considerando que a equipe de enfermagem é o conjunto de trabalhadores da área da saúde que permanece mais tempo junto ao paciente dentro das organizações hospitalares e que o profissional enfermeiro é diretamente responsável pela atuação dessa equipe, acredita-se que esse profissional sendo mais valorizado e a partir daí, as suas ansiedades e solicitações sejam melhor trabalhadas na busca de um maior comprometimento com o trabalho e com a Instituição, isso possa vir a contribuir para um ambiente mais tranquilo, mais harmonioso e com maior participação de todos os trabalhadores, pois é provável que esse profissional se sentindo mais valorizado e com o seu trabalho reconhecido, busque a colaboração do restante

dos trabalhadores para o alcance dos projetos institucionais. Portanto, ele é considerado o elo que precisa ser trabalhado para que essa corrente não sofra descontinuidade.

A contribuição que este estudo deixa para a Emergência ora estudada é a clareza dos problemas presentes nesse local de trabalho relacionados aos profissionais enfermeiros, o que antes existia apenas no imaginário de todos e agora se apresenta de forma concreta.

Embora o campo do presente estudo tenha se limitado à emergência estudada, ele pode vir a contribuir de alguma forma para o conhecimento de outras realidades, na busca da melhoria da qualidade da assistência prestada às populações, por se tratar de um grande serviço de emergência, e por contar com problemas que são similares a outros serviços em todo o país e até do mundo.

*Sugestões*

---

---

## 9 SUGESTÕES

Para que o trabalho aconteça de uma forma mais fácil e prazerosa para todos, são necessárias algumas decisões como: o planejamento do trabalho, com definição das prioridades a serem tomadas; a construção de uma proposta de treinamentos periódicos de assuntos pertinentes ao trabalho desenvolvido pelo grupo, encaminhando-o aos gestores para a tomada de decisões; a busca de alternativas de trabalhos educativos para os acompanhantes, com o objetivo de melhorar a inter-relação entre os enfermeiros e os outros profissionais, procurando envolvê-los em todo o processo, desde o planejamento à execução; elaboração de critérios para a admissão dos enfermeiros no processo de trabalho da Emergência, e criação de forma de acompanhamento desses profissionais, procurando-se detectar o surgimento de algum distúrbio emocional que possa vir a prejudicar a sua saúde e o seu trabalho junto aos pacientes; definição de critérios para o tempo máximo de trabalho permitido dentro desse serviço, considerando as suas peculiaridades; busca de envolvimento de todos os profissionais no conhecimento da estratégia do QualiSUS, a fim de otimizar o que já foi implantado e discutir alternativas para o seu funcionamento.

Acredita-se que todas essas sugestões só terão validade se forem construídas em conjunto com os maiores interessados, que são os profissionais. Nenhuma solução vinda de fora terá continuidade se os profissionais não estiverem envolvidos.

# *Referências*

---

---

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. C. P. **Estudo do saber de enfermagem e sua prática**. 1984. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1984.

ALMEIDA, M. C. P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde de Ribeirão Preto**. 1991. Tese (Livre docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade do Estado de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ALMEIDA, M. C. P. *et al.* A situação da enfermagem nos anos 80. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 41., 1989, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem, 1989. p. 43-75.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P. O trabalho do enfermeiro em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 617-629, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a05.htm>>. Acesso em: 10 mar. 2009.

ALVES FILHO, A.; BORGES, L. O. Motivação no trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e o seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 199-222.

ANDRADE, J. D.; CAETANO, J. F.; SOARES, E. Percepção das enfermeiras sobre a unidade de emergência. **Revista RENE**, Fortaleza, v. 1, n. 1, p. 91-97, 2000.

ANGERAMI, E. L. S.; GOMES, D. L. S.; MENDES, I. J. M. Estudo da permanência dos enfermeiros no trabalho. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 52-57, out. 2000.

ANTUNES, A. V.; SANT ANNA, L. R.; RODRIGUES, L. Satisfação e motivação no trabalho do enfermeiro. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 49, n. 3, p. 425-434, 1996.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação a negação do trabalho. São Paulo: Bom Tempo, 1999.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Prevenção, monitoramento, capacitação e pesquisa. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) **Análise diagnóstica da política nacional para redução de acidentes e violências**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 193-218.

ASSUNÇÃO, A. A. et al . Recursos humanos e trabalho em saúde: os desafios de uma agenda de pesquisa. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 23, supl. 2, p. S193-S201, 2007.

BAGGIO, M. A.; CALLEGARO, G. D.; ERDMANN, A. L. Compreendendo as dimensões de cuidado em uma unidade de emergência hospitalar. **Revista brasileira enfermagem**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 552-557, set./out. 2008.

BARROS, A. R. O. **Comprometimento organizacional**: um estudo de suas relações com práticas de gestão de pessoas e intenção de permanência. 2007. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

BASTOS, A. V. **Comprometimento no trabalho**: alguns fundamentos teóricos. Salvador: Universidade Federal da Bahia, 1986.

BATISTA, A. A. V. *et al.* Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BATISTA, K. M.; BIANCHI, E. R. F. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, p. 534-539, 2006.

BECKER, H. S. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1994.

BITTENCOURT, R. J.; HORTALE, V. A. A qualidade nos serviços de emergência de hospitais públicos e algumas considerações sobre a conjuntura recente no município do Rio de Janeiro. **Ciências & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 929-934, ago. 2007.

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

BORGES, L. O. A estrutura fatorial dos atributos valorativos e descritivos do trabalho: um estudo empírico de aperfeiçoamento e validação de um questionário. **Estudos de psicologia (Natal)**, Natal, v. 4, n. 1, p. 107-158, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção às Urgências**. Brasília, DF, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Terminologia básica em saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Centro de Documentação, 1985.

BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Saúde da Família. Informes Técnicos Institucionais. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 34, n. 3, p. 316-319, 2000.

BRIEF, A. P.; ROBERSON, L. Job attitude organization: an exploratory study. **Journal of applied psychology**, Washington, v. 19, p. 717-727, 1989.

BRITO, P.; NOVICK, M.; MERCES, H. **Personal de salud y trabajo**: uma virada deste las instituciones. Rio de Janeiro: Ensp, Fiocruz, 1992. (Documento Clarhus).

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1994.

CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. **As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde**: notas introdutórias. Belo Horizonte: UFMG, 1998.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERRHY, E. E.; ONOCKO, R. T. (Org.). **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 226-266.

CARAMPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, G.; LOPES, S. Satisfação profissional do enfermeiro em uma unidade de emergência de hospital geral. **Arquivos de ciências da saúde**, São José do Rio Preto, v. 13, n. 4, p. 215-219, out./dez. 2006.

CASTRO, R. R. T. **Informação**: ferramenta de gestão para tomada de decisão em saúde. Uma proposta de revisão do processo de trabalho da Divisão de emergência do Hospital Geral de Bonsucesso. 2006. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CAVALCANTI, M. L. T.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Rede de serviços do SUS e de atendimento a vítimas de violências e acidentes. In: MINAYO, M. C. S. (Org.).

**Análise diagnóstica da política nacional para redução de acidentes e violências.** Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007. p. 109-137.

CHIAVENATO, I. **Introdução à teoria geral da administração.** 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.

COHN, A. **Trabalhar no serviço público de saúde: os agentes de saúde e a relação instituição/clientela.** São Paulo: Cedec, 1992. (Caderno Cedec, v. 25).

COLLET, N. S. *et al.* **Transformações no ensino das técnicas de enfermagem pediátrica.** Goiânia: AB, 1996.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Lei do exercício dos profissionais de enfermagem.** Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?SectionID=1&ParentID=4>>. Acesso em: 9 mar. 2009.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. *et al.* **Saber preparar a pesquisa.** 3. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.

COSTA, A. E.; MADEIRA, L. M.; ALVES, M. Os pré-juízos e a tradição na enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 29, n. 3, p. 261-266, 1995.

COSTA, H. O. G. **A prática da enfermagem nos diversos níveis do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro: [S. n.], 1990.

DAL PAI, D.; LAUTERT, L. O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem. **Revista latino americana de enfermagem**, Ribeiro Preto, v. 16, n. 3, 2008. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttextpid=S0104-11692008000300017&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttextpid=S0104-11692008000300017&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 18 jan. 2009.

DAROLT, C. F. **Concepções dos enfermeiros sobre integralidade em saúde no processo de trabalho em uma unidade de emergência.** 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Vale do Itajaí, Santa Catarina, 2007.

DAVIS, K.; NEWSTRONM, J. W. **Comportamento humano no trabalho: uma abordagem psicológica.** São Paulo: Pioneira, 1992.

DEJOURS, C. A carga psíquica no trabalho. In: DEJOURS, C. *et al.* **Psicodinâmica do trabalho**: contribuição da escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1992a. cap. 1.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez, 1992b.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais de emergência entre os danos da violência e recriação da vida. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

DIAS, S. M. *et al.* Fatores desmotivacionais ocasionados pelo estresse de enfermeiros em ambiente hospitalar. In: SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO – SEMEAD, 8., 2005, São Paulo. **[Trabalhos apresentados]**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/377.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2009.

DIMENSTEIN, M.; SANTOS, Y. F. Compromisso com o SUS entre as profissões de saúde na rede básica de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e o seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 91-108.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade**: o médico e seu mercado de trabalho. São Paulo: Pioneira, 1975.

DUARTE, G. G. *et al.* Vida média de labor dos enfermeiros egressos da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. USP-Brasil. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692000000600013&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600013&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 26 jan. 2007.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. Gestão de recursos humanos em saúde. In: WORKSHOP: MAPEAMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA E INTERVENÇÃO SOBRE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE, NO ÂMBITO NACIONAL, 2000. São Paulo. **[Trabalhos apresentados]**. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da USP, 2000.

FARIAS, L. O.; VASTSMAN, J. Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1229-1241, 2002.

FELICIANO, K. V. O.; KOVACS, M. H.; SARINHO, S. W. Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto socorro pediátrico: reflexões sobre o *burnout*. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, v. 5, n. 3, p. 319-328, jul./set. 2005.

FERNANDES, J. D. *et al.* Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 2, p. 199-206, 2002.

FERREIRA, A. B. H. Comprometimento. In: \_\_\_\_\_. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa - Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000a. 1 CD ROM.

FERREIRA, A. B. H. Satisfação. In: \_\_\_\_\_. **Novo Aurélio**: o dicionário da língua portuguesa - Século XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000b. 1 CD ROM.

FERREIRA, M. C.; ASSMAR, E. M. L. Cultura, satisfação e saúde nas organizações. In: TAMAYO, A. *et al.* **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. cap. 5, p. 102-126.

FOSTER, G. M.; ANDERSON, B. G. **Medical anthropology**. New York: Newbery Award Records, 1978.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1977.

FREIDSON, E. **Profession of medicine**: a study of the sociology of applied knowledge. Nova York: Harper & Row, 1970.

FRIED, Y.; FERRIS, G. H. The validity of the job characteristics model: a review and metanalysis. **Perssonel psychology**, Washington, v. 40, p. 240-322, 1987.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de sociologia do trabalho**. São Paulo: Cultrix, 1973.

FROM, E. **Conceito marxista do homem**. Rio de Janeiro: Zahar, 1983.

FURTADO, B. M. A. S.; ARAÚJO JR., J. L. C.; CAVALCANTI, P. O Perfil da emergência do Hospital da Restauração: uma análise sobre os possíveis impactos após a municipalização

dos serviços de saúde. **Revista brasileira de epidemiologia**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 279-289, set. 2004.

GAIVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, 2004. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692004000300004&lng=pt&nrm=iso](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 9 abr. 2009.

GALINDO, F. *et al.* Teorias de motivação: conceitos aceitos por líderes e a visão de Sievers. In: SEMEAD. Empreendimentos em organizações, 11., 2008, São Paulo. [**Trabalhos apresentados**]. São Paulo: USP, 2008. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/semead/11semead/resultado/trabalhosPDF/65.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2009.

GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES, E. D. (Org.). **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1983. p. 96-132.

GARLET, E. R.; LIMA, M. A. D. S. **O processo de trabalho da equipe de saúde de uma unidade de atendimento às urgências e emergências**. 2008. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

GASTALDO, D. M.; MEYER, D. E. A formação da enfermeira: ênfase na conduta em detrimento do conhecimento. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, ano 42, n. 1/4, p. 1-150, jan./dez. 1989.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.

GIDDENS, A. **A constituição da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e emergências em saúde: perspectivas de profissionais e usuários**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, A. L. **Emergência: planejamento e organização da unidade assistência de enfermagem**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1994.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C.; MARQUES, S. C. A representação social do trabalho do enfermeiro na programação em saúde. **Psicologia: teoria e prática**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2004. Número especial.

GRAY-TOFT, P.; ANDERSON, J. G. Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects. **Social science and medicine**, Oxford, v. 15, n. 5, p. 639-647, 1981.

GIANNOTTI, J. A. O ardil do trabalho. In: \_\_\_\_\_. **Trabalho e reflexão**. São Paulo: Brasiliense, 1983. p. 80-109.

HERZBERG, F. Novamente: como se faz para motivar funcionários? In: BERGAMINI, C.; CODA, R. (Org.). **Psicodinâmica da vida organizacional: motivação e liderança**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1997.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. B. **The motivation to work**. New York: John Wiley & Sons, 1959.

HORTA, W. A. Contribuição para uma teoria de enfermagem. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, ano 23, n. 3/6, p. 119-125, 1970.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: JODELET, D. (Org.) **As representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. p. 17-44.

KELLERMANN, A. L. Crisis in the emergency department. **The new england journal of medicine**, Boston, v. 355, n. 13, p. 1300-1302, Sep. 2006.

KOONTZ, H. **Administração de recursos humanos: desenvolvimento de administradores**. 14. ed. São Paulo: Pioneira, 1987.

KURCGANT, P. et al. Percepção dos enfermeiros sobre as atividades que desenvolvem em suas unidades de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 27, n. 2, p. 229-245, ago.1993.

KVALE, S. **Interviews: an introduction to qualitative research interviewing**. London: Sage, 1996.

LANA, F. C. F.; ROCHA, S. M. Organização do trabalho em hanseníase coma introdução da poliquimioterapia. In: ALMEIDA, M. C. T.; ROCHA, S. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. p. 113-50.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. I.; JARDIM, T. A. Sofrimento psíquico e envelhecimento no trabalho: um estudo com agentes de trânsito. **Revista de terapia ocupacional da USP**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 129-136, set./dez. 2006.

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

LAUTERT, L.; CHAVES, E. H. B.; MOURA, G. M. S. S. de. O estresse na atividade gerencial do enfermeiro. **Revista panamericana de salud publica**, Washington, DC, v. 6, n. 6, p. 415-425, dec. 1999.

LEVI-STRAUSS, C. Introdução à obra de Marcell Mauss. In: MAUSS, M. **Sociologia e antropologia**. São Paulo: Cosac & Naify, 2003. p. 11-46.

LÉVY-LEBOYER, C. A. **A crise das motivações**. São Paulo: Atlas, 1994.

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

LOWER, A. **O prazer**: uma abordagem criativa. São Paulo: Summus, 1984.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 1986.

LUNARDI, F.; WILSON, D. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições a organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Economia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1995.

MACHADO, J. M. H.; CORREA, M. V. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho em saúde e saúde no hospital. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, DF, v. 11, n. 3, p. 159-166, 2002.

MACHADO, M. H. As corporações profissionais: sindicalismo x corporativismo. In: GALLO, E.; RIVERA, J.; MACHADO, M. E. **Planejamento criativo**: novos desafios em políticas de saúde. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 93-114.

MACHADO, M. H. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulgação em saúde para debate**, Londrina, n. 14, p. 44-47, ago. 1996.

MACHADO, M. H. Gestão em saúde no contexto de mudanças. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-46, jul./ago. 2000.

MACHADO, M. H. *et al.* (Coord.). **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997.

MACHADO, M. H. (Org.). **Profissões de saúde**: uma abordagem sociológica. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1995.

MACHADO, R. *et al.* **Danação da norma**: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1995.

MACHADO, S. C. **O trabalho de enfermagem na emergência do hospital universitário Antônio Pedro**. 1999. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem Ana Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

MAGALHÃES, A. N. M.; JUCHEM, B. C. Primary nursing: adaptando um novo modelo de trabalho no serviço de enfermagem cirúrgica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, n. 21, p. 9-2, jun. 2000.

MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 1, p. 41-47, mar. 2008.

MARX, K. **O capital**. São Paulo: Abril Cultural, 1983. v. 1, tomo 1.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequações das condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, p. 1, maio 2001.

MASLACH, C. Burnout: a multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W. B.; MASLACH, C.; MAREK, T. (Org.). **Professional burnout**: recentes development in theory and research. Washington: Taylor & Francis, 1993. p. 19-32.

MASLACH, C.; LEITER, P. M. **Trabalho**: fonte de prazer ou desgaste? Guia para vencer o estresse na empresa. São Paulo: Papirus, 1999.

MASLACH, C.; JACKSON, S. **Maslach burnout inventory manual**. Palo Alto: Consulting Psychologist, 1986.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista eletrônica de enfermagem**, Goiânia, v. 8, n. 2, p. 233-240, 2006. Disponível em: <[http://www.fen.ufg.br/revista/revista8\\_2/v8n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm)>. Acesso em: 9 abr. 2009.

MELO, C. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. (Série saúde e sociedade).

MELO, C. M. M. **Reflexões sobre o processo de trabalho e força de trabalho da enfermagem**. Brasília, DF: Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem: Associação Brasileira de Enfermagem, 1987.

MENDES, A. M.; CRUZ, R. M. Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In: TAMAYO, A. *et al.* **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 39-55.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e história: raices sociales del trabajo médico**. México: Siglo Veintiuno, 1984.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde, Secretaria Municipal de Saúde, 1992.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Tecnologias e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MEYER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. **Marcas da diversidade: saberes e fazeres da enfermagem contemporânea**. Porto Alegre: Artmed, 1998.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J.; GELLATLY, I. R. Affective and continuance commitment to do organization: evaluation of measures and analysis of concurrent and time-lagged relations. **Journal of applied psychology**, Washington, v. 75, p. 710-720, 1990.

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

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004b.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagens de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

MOSCOVICI, S. **Representações sociais**: investigações em psicologia social. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2005.

MOTTA, F. C. P. **Teoria geral da administração**: uma introdução. 9. ed. São Paulo: Pioneira, 1981.

MOWDAY, R. T.; PORTER, L. W.; STEERS, R. M. **Employee-organizations linkages**: the psychology of commitment, absenteeism, and turnover. New York: Academic Press, 1982.

NASCIMENTO, V. S. **Os desafios do trabalhador de enfermagem no setor de emergência de um hospital público**. 2004. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

NAZÁRIO, N. O. **Fragmentos de uma construção do assistir em situações de emergência/urgência**. Florianópolis: Insular, 1999.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**: what it is, and what it is not. London: J. B. Lippincott, 1946.

NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde no contexto de reforma sanitária. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, p. 332-342, 1987.

OLIVEIRA, D. C. **A promoção da saúde da criança**: análise das práticas cotidianas através do estudo de representações sociais. 1996. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

PEREIRA, M. C. A.; FÁVERO, N. Motivation in nursing team work. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, p. 7-12, 2001. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n4/11476.pdf>>. Acesso em: 9 abr. 2009.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. Recursos Humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para prática. In: BARROS, A. F. G. *et al.* (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudo e análises**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série B. Textos Básicos de Saúde, v. 2).

PINHO, L. B.; KANTORSKI, L. P. Condições de atendimento na unidade de emergência: um estudo qualitativo com famílias de pacientes. **Família, saúde e desenvolvimento**, Curitiba, v. 8, n. 3, p. 223-232, set./dez. 2006.

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

PIRES, D. **O processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**. 1996. Tese (Doutorado) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1996.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 53, n. 2, p. 251-263, abr./jun. 2000.

PITTA, A. **Hospital dor e morte como ofício**. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

PONTES, Z. O trabalho noturno do enfermeiro: busca de significados sobre o repouso antes, durante e após o plantão. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, DF, v. 45, n. 1, p. 80-7, jan./mar. 1992.

PORTO, J. B. Mensuração de valores no Brasil. In: TAMAYO, A.; PORTO, J. B. (Org.). **Valores e comportamento nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 2005.

PORTO, J.; TAMAYO, A. Escala de valores relativos ao trabalho - EVT. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 145-152, maio/ago. 2003.

REGO, M. P. C. M. A. **Trabalho hospitalar e saúde mental: o caso de um hospital geral e público no município do Rio de Janeiro**. 1993. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1993.

REGO, S.; PALÁCIOS, M. A organização do trabalho hospitalar e a formação dos estudantes de medicina nas emergências. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 49/50, p. 95-100, dez. 1995/mar. 1996.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumento para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 438-446, 2004.

ROCHA, L. E. *et al.* **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 1993.

RODRIGUES, M. S. P. **Enfermagem**: representação social dos enfermeiros. 1998. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Porto Alegre, 1998.

SÁ, M. C. O mal-estar nas organizações de saúde: planejamento e gestão como problema ou soluções? **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 305-329, 1998.

SA, M. C.; CARRETEIRO, T. C.; FERNANDES, M. I. A. Limites do cuidado: representações e processos inconscientes sobre a população na porta de entrada de um hospital de emergência. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 1334-1343, jun. 2008.

SCHAFFERMEYER, R. W.; ASPLIN, B. R. Hospital and emergency department crowding in the United States. **Emergency medicine**, New York, v. 15, n. 1, p. 22-27, 2003.

SCHRAIBER, L. B. *et al.* Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, p. 221-242, 1999.

SCHRAIBER, L. B. **O trabalho médico e a clínica na medicina moderna**. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos CEFOR, Série Textos, n. 4).

SCHWARTZ, S. H. Valores humanos básicos: seu contexto e estrutura intercultural. In: TAMAYO, A.; PORTO, J. B. (Org.). **Valores e comportamentos nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 2005.

SILVA, A. C. C. *et al.* Médicos e enfermeiras: o relacionamento numa unidade de emergência (UE). In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO - ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza. [**Trabalhos apresentados**]. Fortaleza, 2006. Disponível em: <[http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR530360\\_7822.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR530360_7822.pdf)>. Acesso em: 19 jan. 2009.

SILVA JÚNIOR, N. A. Satisfação no trabalho: um estudo entre os funcionários dos hotéis de João Pessoa. **Psico USF**, Bragança Paulista, v. 6, n. 1, p. 47-57, jun. 2001.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. 1994. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1994.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, S. T.; GERMER, C. M. A qualificação para o trabalho em Marx. In: ENCONTRO DE ECONOMIA POLÍTICA, 13., 2008, João Pessoa, PB. **Anais...** João Pessoa: Sociedade Brasileira de Economia Política, 2008.

SILVA, V. R. **Motivação no trabalho**. João Pessoa: Ed. Universitária da UFPB, 2000.

SILVA, V. F.; ARGOLO, J. C. T.; BORGES, L. O. Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os profissionais de saúde e o seu trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 245-258.

SLONIAK, M. A. **A Importância da motivação nas atividades desenvolvidas pelos agentes penitenciários na penitenciária do Distrito Federal**. 2006. Monografia (Especialização em Recursos Humanos) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2006.

SOARES, S. B. *et al.* Percepção dos enfermeiros do serviço de urgência e emergência sobre acreditação hospitalar. **Enfermería global**, Murcia, n. 11, nov. 2007. Número especial. Disponível em: <<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/351/517>>. Acesso em: 19 abr. 2008.

SPINK, M. J. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 300-308, jul./set. 1993.

STAKE, R. Cases studies. In: DENZIN, R.; NORMAN, K. **Handbook of qualitative research**. 2nd ed. London: Sage Publications, 2000. cap. 16, p. 435-454.

TAMAYO, A. Impacto dos valores pessoais e organizacionais sobre o comprometimento organizacional. In: TAMAYO, A.; PORTO, J. B. (Org.). **Valores e comportamento nas organizações**. Petrópolis: Vozes, 2005. p. 160-186.

TAMAYO, A. **Cultura e saúde nas organizações**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAMAYO, M. R.; ARGOLO, J. C. T.; BORGES, L. O. Burnout em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. In: BORGES, L. O. (Org.). **Os**

**profissionais de saúde e o seu trabalho.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. cap. 8, p. 223-246.

TETT, R. P.; MEYER, J. P. Job satisfaction, organizational commitment, turnover intention and turnover: path analyses based on meta-analytic findings. **Personnel psychology**, Washington, v. 46, n. 2, p. 259-293, 1993.

THOMPSON, J. D. The speciality of emergency nursing. In: MOWARD, L.; RUHLE, D. **Handbook of emergency nursing: the process approach.** Norwalk: Appleton & Lange, 1992.

TURKIEWICZ, M. **História da enfermagem.** Curitiba: Etecla, 1995.

VELHO, G. (Org.). **O desafio da cidade: novas perspectivas da antropologia brasileira.** Rio de Janeiro: Campus, 1980.

VIANA, V. M. F. **Um estudo do saber em enfermagem.** 2005. Dissertação (Mestrado) - Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2005.

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

WEHBE, G.; GALVÃO, M. C. O enfermeiro de unidade de emergência de hospital privado: algumas considerações. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, p. 86-90, mar./abr. 2001.

WEISS, H. M. Deconstructing job satisfaction: separating evaluations, beliefs and affective experiences. **Human resource management review**, New Orleans, v. 12, n. 2, p. 173-194, 2002.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

# *Apêndices*

---

---

**APÊNDICE A - Roteiro para entrevista com o profissional.****ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM O PROFISSIONAL**

A entrevista será iniciada solicitando ao entrevistado (enfermeiro) que fale da sua experiência na emergência, enfatizando:

- a) a sua condição enquanto enfermeiro dentro da emergência do Hospital da Restauração; como ele se vê dentro do processo; como acha que é visto pelos outros profissionais e pela população.
- b) os momentos de trabalho na emergência, enfatizando a finalidade do trabalho e apreensão do objeto de trabalho;
- c) as atividades realizadas pelos enfermeiros durante o horário de trabalho (plantão);
- d) as condições em que estas atividades são desenvolvidas;
- e) envolvimento com a Instituição e o trabalho, levando em consideração o comprometimento e satisfação, sob a ótica de categorias como: comprometimento e satisfação.

Para analisar comprometimento, considerar (FOSTER; STEERS, 1982):

- aceitação dos valores, normas e objetivos da instituição;
- disposição de investir esforços em favor da Instituição; e
- desejo ou vontade de manter-se membro da Instituição.

Para analisar satisfação (HERZBERG, 1959):

- estimular o enfermeiro a falar sobre os fatores responsáveis pela satisfação, ou sentimentos de auto-realização, como:
  - oportunidades de promoção;
  - desenvolvimento pessoal;
  - reconhecimento pelo desempenho;
  - realização e responsabilidade pessoal.
- estimular o enfermeiro a falar sobre os fatores relacionados à insatisfação, ou seja aqueles relacionados ao ambiente de trabalho, como:
  - salário;
  - qualidade da supervisão;
  - políticas na empresa (relacionada com o trabalho);
  - relacionamento inter-pessoal (equipe e usuários);
  - segurança (ambiente de trabalho).



## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DE PARTICIPAÇÃO NA PESQUISA “O trabalho do enfermeiro em emergência: representação social, comprometimento, satisfação e condições de trabalho. O caso do Hospital da Restauração”.

Prezado Enfermeiro(a):

Você está sendo convidado para participar de uma pesquisa cujo objetivo é conhecer como o enfermeiro(a) entende o seu processo de trabalho na emergência do Hospital da Restauração, a partir da sua representação social, do comprometimento e satisfação com o trabalho e das condições de trabalho oferecidas.

Esta pesquisa será realizada por Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado, aluna do curso de Doutorado do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz, turma 2005/2009, localizado em Recife.

Participando, você contribuirá para compreender o desenvolvimento da sua profissão dentro de um serviço de emergência, conhecer a caracterização do seu processo de trabalho, e o significado do seu trabalho dentro deste processo, e quais as verdadeiras condições de trabalho oferecidas para o desempenho da função, buscando a relação entre satisfação no trabalho e o compromisso com a instituição, fornecendo assim dados que ajudem na formulação de políticas de recursos humanos mais adequados para o SUS.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em conceder uma entrevista a pesquisadora sobre o trabalho do enfermeiro(a) na emergência, a qual será gravada (voz), após a sua autorização.

#### É IMPORTANTE SABER QUE:

- Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento;
- Sua recusa em participar não trará nenhum prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição;
- Ao participar desta pesquisa não existe nenhum risco no sentido de prejudicar o seu trabalho neste hospital;
- As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e serão asseguradas o sigilo sobre sua participação.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato da pesquisadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Betise Mery Alencar Sousa Macau Furtado  
3421 5444-154

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. Recife, / /2007

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Enfermeiro entrevistado

**APÊNDICE C – Questionário.**

**I - IDENTIFICAÇÃO DO PROFISSIONAL**

<b>Sexo:</b> F ( ) M ( )		<b>Ano de nascimento:</b>	
<b>Estado Civil:</b> Casado ( ) Solteiro ( ) Viúvo ( ) Separado ( )			
<b>Em que cidade você mora?</b>			
<b>Ano de Formatura:</b>		<b>Universidade:</b>	
<b>Especialização:</b>			
Residência ou Especialização			
Mestrado ou Doutorado			
Nenhuma			
<b>Que tipo de vínculo possui com a unidade?</b>			
Contrato Temporário			
Estatutário			
CLT			
<b>A lotação Na emergência foi por opção sua? ( ) SIM ( ) NÃO</b>			
<b>Há quanto tempo trabalha do Hospital?</b>			
<b>Qual é o turno/regime semanal de trabalho?</b>			
<b>Trabalha em outra unidade de saúde? ( ) Sim ( ) Não</b>			
<b>É uma unidade pública ou privada? ( ) Pública ( ) Privada</b>			
<b>Em que tipo de unidade?</b>			
PSF		Universidade	
Emergência		Laboratório de Pesquisa	
Ambulatório		Outro	
Hospital			
<b>Qual a sua renda estimada total?</b>			
<b>Você desenvolve alguma outra atividade fora do trabalho? ( ) SIM ( ) NÃO</b>			
<b>Qual?</b>			
Político Partidária		Religiosas	

**II – QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO PELO PROFISSIONAL**

Como avalia as questões abaixo:

QUESTÕES	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
1. Conforto como condição de trabalho					
2. Limpeza do Ambiente;					
3. Disponibilidade dos equipamentos de trabalho;					
4. Manutenção dos equipamentos;					
5. Quantidade de materiais para desenvolver as atividades (medicamentos, descartáveis etc);					
6. Condições de repouso oferecida pelo hospital;					
7. Qualidade da refeição oferecida;					
QUESTÕES	Ótimo	Bom	Regular	Ruim	Péssimo
8. Organização do ambiente;					

9. Quantidade de médicos no serviço;					
10. Quantidade de enfermeiros no serviço;					
11. Quantidade de pessoal auxiliar no serviço;					
12. Quantidade de atendimento por turno;					
13. Carga horária do turno de trabalho.					
14. Segurança oferecida pelo hospital					
15. Avaliação do serviço de laboratório					
16. Avaliação do banco de sangue					
17. Avaliação do banco de sangue					

**APÊNDICE D** - Roteiro para observação sistemática.

**Roteiro para observação sistemática**

Observação dos enfermeiros da Emergência do Hospital da Restauração quanto a: maneira como é feito o atendimento ao público, a forma como eles abordam os familiares, a relação como os técnicos/auxiliares de enfermagem, com seus pares e como os outros profissionais, e a assistência aos pacientes.

**ENFERMEIRO 1**

Atendimento ao público	
Abordagem a familiares	
Relação com Téc/aux. Enfermagem	
Relação com os colegas enfermeiros	
Relação com os outros profissionais	
Assistência aos pacientes	

*Anexo*

---

---

## ANEXO A - Escala de Valores relativos ao Trabalho.

### Escala de Valores Relativo ao Trabalho (EVT)

A seguir, há uma lista de valores do trabalho. Pedimos sua colaboração para avaliar quão importante cada valor é para você como um princípio orientador em sua vida no trabalho, marcando o número, à direita de cada valor, que melhor indique a sua opinião. Use a escala de avaliação abaixo:

**Como Princípio Orientador em Minha Vida no Trabalho nesta Emergência, esse motivo é:**

1	2	3	4	5
Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante	Extremamente importante

Quanto maior o número (1, 2, 3, 4, 5), mais importante é o valor como um princípio orientador em sua vida no trabalho. Tente diferenciar, tanto quanto possível, os valores entre si, usando para isso todos os números. Evidentemente, você poderá repetir os números em suas respostas/avaliações.

	1	2	3	4	5
É importante para mim:	1	2	3	4	5
3. Estabilidade financeira	1	2	3	4	5
4. Ser independente financeiramente	1	2	3	4	5
5. Combater injustiças sociais	1	2	3	4	5
6. Realização profissional	1	2	3	4	5
7. Realizar um trabalho significativo para mim	1	2	3	4	5
8. Competitividade	1	2	3	4	5
9. Trabalho intelectualmente estimulante	1	2	3	4	5
10. Autonomia para estabelecer a forma de realização do trabalho	1	2	3	4	5
11. Poder me sustentar	1	2	3	4	5
12. Ter prazer no que faço	1	2	3	4	5
13. Conhecer pessoas	1	2	3	4	5
14. Satisfação pessoal	1	2	3	4	5
15. Trabalho interessante	1	2	3	4	5
16. Crescimento intelectual	1	2	3	4	5
17. Seguir a profissão da família	1	2	3	4	5
18. Gostar do que faço	1	2	3	4	5
19. Status no trabalho	1	2	3	4	5
20. Ganhar dinheiro	1	2	3	4	5
21. Ser útil para a sociedade	1	2	3	4	5
22. Auxiliar os colegas de trabalho	1	2	3	4	5
23. Preservar minha saúde	1	2	3	4	5
24. Ter prestígio	1	2	3	4	5
25. Bom relacionamento com colegas de trabalho	1	2	3	4	5
26. Identificar-me com o trabalho	1	2	3	4	5
27. Supervisionar outras pessoas	1	2	3	4	5
28. Amizade com colegas de trabalho	1	2	3	4	5
29. Competir com colegas de trabalho para alcançar as minhas metas profissionais	1	2	3	4	5
30. Ter compromisso social	1	2	3	4	5

É importante para mim:	1	2	3	4	5
31. Colaborar para o desenvolvimento da sociedade	1	2	3	4	5
32. Realização pessoal	1	2	3	4	5
33. Ter superioridade baseada no êxito do meu trabalho	1	2	3	4	5
34. Mudar o mundo	1	2	3	4	5
35. Ter fama	1	2	3	4	5
36. Ter notoriedade	1	2	3	4	5
37. Estabilidade no trabalho	1	2	3	4	5
38. Ajudar os outros	1	2	3	4	5
39. Suprir necessidades materiais	1	2	3	4	5
40. Enfrentar desafios	1	2	3	4	5
41. Ser feliz com o trabalho que realizo	1	2	3	4	5
42. Trabalho variado	1	2	3	4	5
43. Aprimorar conhecimentos da minha profissão	1	2	3	4	5
44. Obter posição de destaque	1	2	3	4	5
45. Ter melhores condições de vida	1	2	3	4	5
46. Trabalho que requer originalidade e criatividade	1	2	3	4	5
47. Colaborar com colegas de trabalho para alcançar as metas de trabalho do grupo.	1	2	3	4	5