

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS
CENTRO DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISAS EM ADMINISTRAÇÃO

IDENTIDADES PROFISSIONAIS E IDENTIFICAÇÃO
ORGANIZACIONAL: ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO DE BELO HORIZONTE

JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO

BELO HORIZONTE

2012

JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO

IDENTIDADES PROFISSIONAIS E IDENTIFICAÇÃO
ORGANIZACIONAL: ESTUDO COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL
PÚBLICO DE BELO HORIZONTE

Dissertação apresentada ao Centro de Pós Graduação e Pesquisas em Administração (CEPEAD) da Faculdade de Ciências Econômicas (FACE-UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração.

Área de concentração: Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional

Orientador: Prof. Antônio Luiz Marques, PhD

Belo Horizonte

2012

Ficha catalográfica

N244i
2012 Nascimento, Juliana Goulart Soares do.
Identidades profissionais e identificação organizacional : estudo com profissionais de saúde de um hospital público de Belo Horizonte/ Juliana Goulart Soares do Nascimento , 2012.
138f.: il., gráfs. e tabs.

Orientador: Antônio Luiz Marques.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
Inclui bibliografia (p. 129-133) e anexos.

1. Administração de pessoal – Teses. 2. Recursos humanos – Teses. 3. Pessoal da saúde pública – Belo Horizonte – Teses.
I. Marques, Antônio Luiz. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração.
III. Título.

CDD: 658.3

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG. – NMM/053/2012



Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **JULIANA GOULART SOARES DO NASCIMENTO**, REGISTRO Nº 502/2012. No dia 28 de junho de 2012, às 10:30 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Dissertação, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 13 de junho de 2012, para julgar o trabalho final intitulado "**Identities Profissionais e Identificação Organizacional: Estudo com Profissionais de Saúde de um Hospital Público de Belo Horizonte**", requisito para a obtenção do **Grau de Mestre em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Antônio Luiz Marques, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

APROVAÇÃO;

APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 28 de junho de 2012.

NOMES

ASSINATURAS

Prof. Dr. Antônio Luiz Marques
ORIENTADOR (CEPEAD/UFMG)

Prof. Dr. Allan Claudius Queiroz Barbosa
(CEPEAD/UFMG)

Prof^a. Dr^a. Maria Nivalda de Carvalho Freitas
(UFSJ/MG)

Aos meus pais e ao meu noivo.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, pelo amor incondicional, pela dedicação e por acreditarem neste sonho. À minha irmã e ao meu cunhado, pelo amor de irmão, nem sempre constante, mas sempre verdadeiro e eterno. E ao meu noivo, por me apoiar sempre e há tantos anos, por acreditar que é possível, pelo incentivo, por estar junto e pelo amor.

As amigas-irmãs, Olenice e Thaís, por acreditarem em mim antes que eu mesma o fizesse. A Olé, pela presença constante mesmo distante, pela ajuda prática e eficiente, por me fazer estar aqui hoje e pelo amor dispensado a mim. A Thaís, por me fazer sentir parte importante da sua vida e pelas conversas sempre carinhosas. Vocês estarão sempre presentes no meu coração.

Aos novos amigos. Mayana, minha mais nova amiga-irmã, por falar, ouvir, ligar, estar presente, aconselhar, compartilhar e demonstrar carinho e afeto. Levo nossa amizade para sempre. A Lurdinha, com seu jeito particular de mostrar carinho, sempre sincera, puxando minha orelha pra eu ficar esperta. Até que, enfim, funcionou. Minha sincera e enorme gratidão pela preocupação durante estes anos. A Marina, por compartilharmos tantas angústias na época das disciplinas, pelo apoio em tempos difíceis e, depois, por rirmos de tudo isso. Que possamos rir ainda muitas vezes juntas. A Ana Luiza, que nem me conhecia e já foi logo me dando conselhos de quantas matérias fazer por semestre, por seu jeito meigo de compartilhar e pelo carinho verdadeiro.

A preciosa ajuda vinda de pessoas que eu não esperava. Uma grata surpresa: Núbia e Thiago, pela preocupação na época da pesquisa, por tentarem solucionar os entraves com diversas possibilidades, até encontrarmos uma. Ao Professor Allan, pela ajuda sem medidas, no hospital e no Comitê de Ética, de forma rápida e assertiva, em meio a tantas exigências, documentos e assinaturas.

Às amigas de orientação. A Kelly, por confiar em mim, por compartilhar, por mostrar caminhos e pela amizade. A Flaviana, por suas palavras sempre certas, por ouvir e falar, por apontar maneiras e pelas conversas sinceras. E a Adriana, a quem não tenho como agradecer, por me acolher e por trazer o norte, tanto na época do projeto quanto na dissertação. Minha imensa gratidão a você.

Ao Professor Antônio Luiz, pelos inúmeros e valiosos ensinamentos, que me fizeram crescer e que levo comigo para sempre.

Aos colegas da turma de 2010, por tornarem esta etapa da minha vida especial e pelo aprendizado que, mesmo inconsciente, cada um me passou. Em especial, a Ana Paula, Raquel e Daniel, pela disponibilidade em ajudar em tempos difíceis; e a Marco, por seu carinho durante todo o mestrado.

Aos profissionais do Hospital. Ao Professor Coordenador do NEPE, por abrir o hospital para a pesquisa; à Assessora de Recursos Humanos, por organizar minha entrada; e a Analista de Recursos Humanos, que, eficientemente, fez arranjos e rearranjos para que conseguíssemos entrevistar o máximo de profissionais por dia, por correr atrás, pela competência e pela forma carinhosa como me recebeu. Em especial, aos entrevistados, que disponibilizaram horas de um tempo precioso, em meio a tantas atividades, tantas preocupações e tantos pacientes. Obrigada pela confiança demonstrada em suas falas, pelo carinho nos corredores, pela torcida para que o projeto desse certo. Desejo que os sonhos de cada um de vocês comigo compartilhados se realizem.

Aos bons professores que aqui tive. Àqueles que entram em sala de aula preparados para as horas que estarão ali ministrando, que têm respeito aos que estão aprendendo, que se doam à arte de ensinar e que nos fazem compreender porque estamos ali.

Aos meus alunos das duas turmas de estágio-docente, que me ensinaram muito, que me respeitaram tanto e que me fizeram ter certeza da minha escolha. Em especial, José Antônio, Maria Aparecida, Tânia, Vânia, Nelson, Edvaldo e Marli.

E à CAPES, pelo apoio financeiro, imprescindível à realização de todo o processo do mestrado.

“Quando recebemos um ensinamento, devemos receber como um valioso presente, e não como uma dura tarefa. Eis aqui a diferença que transcende.”

Albert Einstein

RESUMO

A organização exerce relativa importância na construção social da identidade dos indivíduos que nela trabalham. Esta pesquisa investigou o processo de identificação organizacional e as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que prestam serviços em um hospital de atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) localizado em Belo Horizonte. O estudo realizado foi de caráter descritivo e adotou-se uma abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o método de estudo de caso, apoiado em trinta entrevistas semiestruturadas, as quais foram submetidas a uma análise de conteúdo, que forneceu os resultados aqui discutidos. Constatou-se que os médicos entrevistados constroem sua identidade profissional com base em elementos como *status*, idealismo, responsabilidade, dedicação, competência, longas jornadas de trabalho, ajuda aos pacientes e vínculo com o ensino e a pesquisa; os enfermeiros, a partir de vontade de cuidar das pessoas, ética, humanidade, responsabilidade, assistência em si e processos gerenciais; e os técnicos, considerando o cuidar, o servir, a dedicação e a responsabilidade. Essas construções de identidades profissionais interferem nos níveis de identificação que apresentam com a organização. Assim, enquanto médicos e enfermeiros exibem baixos níveis de identificação com a organização e altos níveis de identificação com suas carreiras, os técnicos apresentam nível de identificação organizacional mais elevado, apresentando, inclusive, fatores de superidentificação. Dessa forma, a partir da compreensão do compromisso com o SUS, depreende-se que interdisciplinaridade do trabalho, responsabilidade social, ensino e pesquisa, e assistência são fatores que favorecem a identificação organizacional e que desvalorização do trabalho e falta de transparência na gestão são fatores de desidentificação. Tal conclusão fornece ricos elementos que confirmam que a gestão de recursos humanos do hospital pode avaliar as percepções dos funcionários e programar as mudanças que entenderem necessárias para uma maior e melhor identificação destes profissionais com ela.

Palavras-chave: Identidade profissional, Identificação organizacional, Médicos, Enfermeiros e Técnicos de enfermagem

ABSTRACT

The Organization exerts a relevant significance to the social construction of the identity of individuals who work in it, for this reason. This research investigated the process of organizational identification and the professional identities of doctors, nurses and medical technicians services in a full service hospital by Sistema Único de Saúde (SUS) – the Brazilian single health system – located in Belo Horizonte. The study was descriptive character and a qualitative approach was adopted, in which it was used the case study method, that by means of thirty semi-structured interviews later submitted to a content analysis provided the results here discussed. It was observed that interviewed doctors build their professional identities through elements such as status, idealism, responsibility, dedication, competence, long working hours, help to patients and link with education and research; nurses build their professional identities from the desire to take care of people, ethics, humanity, responsibility, care and management processes; the technicians have as fundamental identity traits the care, serve, dedication and responsibility. These constructions of their professional identities interfere with levels of identification with the organization. Thus, while doctors and nurses display low levels of identification with the organization and high levels of identification with their careers, the technicians present higher level of organizational identification, including superidentification factors. In this way, through the understanding that the commitment to SUS, the interdisciplinarity of work, social responsibility, education and research, as well as the assistance are factors that promote the organizational identification; and that the devaluation of labour and the lack of transparency in management are factors of disidentification, offers rich elements to the hospital human resource management so they can assess employee perceptions and schedule changes that they understand as needed to a bigger and better identification of these professionals with the same.

Keywords: Professional identity; Organizational identification; Doctors, Nurses and Medical technicians

LISTA DE SIGLAS

- CAAE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
- CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
- CCIH – Comissão de Controle de Infecções Hospitalares
- COEP – Comitê de Ética em Pesquisa
- COREN-MG – Conselho Regional de Enfermagem de Minas Gerais
- CRM-MG – Conselho Regional de Medicina de Minas Gerais
- CTI – Centro de Tratamento Intensivo
- FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais
- FUNDEP – Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa
- HS – Hospital Sigma
- MEC – Ministério da Educação
- NEPE – Núcleo de Ensino, Pesquisa e Extensão
- PSF – Programa de Saúde da Família
- SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
- SCT – Teoria da Categorização do Self
- SES – Secretaria de Estado da Saúde
- SESMT – Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho
- SIT – Teoria da Identidade Social
- SUS – Sistema Único de Saúde
- TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Extensão da definição funcionalista para o termo <i>profissão</i>	18
Quadro 2: Categorias de análise da identidade.....	33
Quadro 3: Distinção entre níveis de estudo da identidade.....	38
Quadro 4: Paradigma da socialização das profissões	40
Quadro 5: Conceituações acerca da identificação organizacional.....	46
Quadro 6: Caracterização da pesquisa.....	49
Quadro 7: Correlação entre as perguntas do questionário e as identidades	54
Quadro 8: Correlação entre as perguntas do questionário e as identificações	55
Quadro 9: Comparação entre os elementos constituintes das identidades profissionais.....	95
Quadro 10: Considerações a cerca das respostas ao questionamento “Quem é você?”	96
Quadro 11: Processo biográfico <i>versus</i> processo relacional dos entrevistados.....	96
Quadro 12: Alegrias e tristezas na relação médico <i>versus</i> HS	103
Quadro 13: Nível de identificação dos médicos com o HS.....	105
Quadro 14: Alegrias e tristezas na relação enfermeiro <i>versus</i> HS	111
Quadro 15: Nível de identificação dos enfermeiros com o HS	114
Quadro 16: Alegrias e tristezas na relação técnico de enfermagem <i>versus</i> HS.....	118
Quadro 17: Nível de identificação dos técnicos de enfermagem com o HS	119

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por faixa etária.....	60
Tabela 2: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por nível de escolaridade.....	60
Tabela 3: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por tempo de formado. ...	61
Tabela 4: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS	61
Tabela 5: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por tempo de trabalho no HS.....	62
Tabela 6: Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente	62
Tabela 7: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por faixa etária	63
Tabela 8: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por nível de escolaridade	63
Tabela 9: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por tempo de formado	63
Tabela 10: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS	64
Tabela 11: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por tempo de trabalho no HS	64
Tabela 12: Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente.....	64
Tabela 13: Distribuição dos médicos entrevistados, por faixa etária	65
Tabela 14: Distribuição dos médicos entrevistados, por nível de escolaridade	65
Tabela 15: Distribuição dos médicos entrevistados, por tempo de formado.....	65

Tabela 16: Distribuição dos médicos, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS.....	66
Tabela 17: Distribuição dos médicos, por tempo de trabalho no HS	66
Tabela 18: Distribuição dos médicos entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente.....	67

LISTA DE GRÁFICOS E FIGURAS

Gráfico 1: Serviços de saúde prestados por estabelecimentos privados e públicos de Belo Horizonte.....	24
Figura 1: Quadro conceitual sobre identidade.....	35
Figura 2: Profissionais entrevistados, por setor de atuação e/ou especialidade	51
Figura 3: Categorias de análise.....	57
Figura 4: Responsabilidades dos participantes do convênio de gestão do HS	58
Figura 5: Ocorrência de respostas dos médicos à pergunta n. 20 do roteiro de entrevista.....	72
Figura 6: Prazeres e desprazeres da profissão médica.....	75
Figura 7: Ocorrência de respostas dos enfermeiros à pergunta n. 20 do roteiro de entrevista.....	81
Figura 8: Prazeres e desprazeres da profissão de enfermagem	84
Figura 9: Ocorrência de respostas dos técnicos de enfermagem a pergunta nº 20 do roteiro de entrevista.....	89
Figura 10: Prazeres e desprazeres da profissão de técnico de enfermagem	93

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
1.1 Problemática e objetivos	22
1.1.1 Objetivo geral	22
1.1.2 Objetivos específicos	22
1.2 Justificativas	22
2 REFERENCIAL TEÓRICO	26
2.1 Identidade e socialização: considerações iniciais	26
2.2 Construções e reconstruções identitárias	32
2.3 Múltiplas identidades: possibilidades de estudo	34
2.3.1 Identidade profissional	39
2.3.2 Identidade organizacional	43
2.4 Identificação	45
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	48
3.1 Caracterização da pesquisa	48
3.2 Universo, unidades de análise e seleção dos sujeitos de pesquisa	50
3.3 Coleta de dados	52
3.4 Tratamento dos dados	55
3.5 Hospital Sigma: caracterização da instituição	57
3.6 Descrição dos sujeitos entrevistados	59
3.6.1 Perfil dos técnicos de enfermagem	59
3.6.2 Perfil dos enfermeiros	62

3.6.3 Perfil dos médicos	65
4 A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA PROFISSIONAL.....	68
4.1 O ser médicos	68
4.1.1 O médico indivíduo <i>versus</i> o indivíduo médico.....	68
4.1.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais.....	72
4.1.3 Prazeres e desprazeres da profissão.....	74
4.2 O ser enfermeiro	78
4.2.1 O enfermeiro indivíduo <i>versus</i> o indivíduo enfermeiro	78
4.2.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais.....	82
4.2.3 Prazeres e desprazeres da profissão.....	84
4.3 O ser técnico de enfermagem.....	87
4.3.1 O técnico de enfermagem indivíduo <i>versus</i> o indivíduo técnico de enfermagem...	87
4.3.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais.....	91
4.3.3 Prazeres e desprazeres da profissão.....	92
4.4 Identidades profissionais comparadas.....	94
5 A IDENTIFICAÇÃO ORGANIZACIONAL NO HS	99
5.1 O ser médico no HS	99
5.2 O ser enfermeiro no HS.....	106
5.3 O ser técnico de enfermagem no HS	114
5.4 Fatores relevantes a identificação organizacional no HS.....	120
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	124
REFERÊNCIAS	129
ANEXO A.....	134

ANEXO B	136
ANEXO C	137
ANEXO D	138

1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação investiga o processo de identificação e as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem que prestam serviços em um hospital de atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS) localizado em Belo Horizonte. A junção desses dois *locus* complexos – identidade e ambiente hospitalar – carregaram em si variáveis construídas pelos indivíduos e por suas relações com os demais. As identidades sofrem a influência de múltiplos aspectos em sua própria conceituação e o ambiente hospitalar apresenta-se impregnado de histórias e de aspectos apresentados pela cultura das profissões ali instaladas e pelas fortes relações de poder e de gênero entre eles. A conjunção desses fatores revela, tem-se já a princípio, um panorama do emaranhado de fatores que foram considerados durante a construção desta investigação.

Por meio de um estudo de caso realizado no hospital aqui designado de Hospital Sigma (HS) para preservar sua identificação e a dos trabalhadores que participaram desta pesquisa, envolvendo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, propõe-se a analisar a configuração da identificação organizacional e da identidade profissional desses atores (pesquisa aprovada pelo COEP-UFMG, sob o CAAE nº 01579912.6.0000.5149).

Ferreira (2001) esclarece que os hospitais se inserem, assim como as demais organizações, no contexto de competitividade estabelecido na sociedade e contam com diferentes recursos humanos para que possam completar a cadeia de atendimento e realização dos processos de trabalho em saúde. São os recursos humanos que em um ambiente de competitividade, segundo Minotto (2003), asseguram vantagem competitiva única para a organização.

A definição dos profissionais de medicina e de enfermagem, incluindo os técnicos, como o universo para esta pesquisa, fez-se necessário compreender o que se entende por profissão. Dubar (2005, p. 175), ao explicitar a abordagem funcionalista sobre o termo *profissão*, declara que “os profissionais formam comunidades unidas em torno dos mesmos valores e da mesma ‘ética de serviço’” e “seu status profissional apoia-se em um saber ‘científico’, e não somente prático”. O autor expõe duas extensões de alcance para o termo *profissão* (Quadro 1), descritas por Maurice e Chapoulié.

Dubar (2005, p. 182) aponta, ainda, ao citar Hugher, a “fabricação de um médico”. No contexto de socialização profissional, observando como um modelo em que esta é “concebida

tanto como uma iniciação, no sentido etnológico, à cultura profissional (nesse caso médica), quanto como uma conversação, no sentido religioso, do indivíduo a uma nova concepção de si e do mundo, em suma, uma nova identidade”.

Quadro 1 – Extensão da definição funcionalista para o termo *profissão*

Maurice (1972)	Chapoulie (1973)
Saber formalizado e ideal de serviço, podendo-se incluir um amplo conjunto de grupos profissionais, procurando ser reconhecidos como tais.	Deve-se restringir seu uso a algumas categorias intelectuais que fizeram cursos superiores e que estão organizadas para manter e consolidar seu monopólio sobre um público.
Dá-se ênfase ao reconhecimento de uma competência (saber legitimado).	É um grupo social específico, organizado e reconhecido, que ocupa uma posição elevada fundada em uma formação prolongada.
Inclui todos os especialistas altamente qualificados e assalariados a quem se reconhece um saber legítimo.	Limita sua quantidade e exclui os membros de todas as “semiprofissões”, “quase profissões” ou “pseudoprofissões”, que estão quando muito em processo de profissionalização.

FONTE: Elaborado pela autora a partir de Dubar (2005, p. 175)

Trata-se aqui de três profissões que têm em si diferentes saberes legitimados, definidos, em muito, pela etapa da assistência ao paciente da qual fazem parte. Soma-se como fator relevante a análise não só as três diferentes profissões, que trazem três diferentes identidades ao ambiente hospitalar, mas também das diversas concepções acerca da identidade. Identidade é um conceito plural e com vários níveis de análise distintos, o que dificulta, por vezes, seu desenvolvimento (CALDAS e WOOD JR., 1997).

Entres essas tantas concepções, segue-se neste trabalho a de Dubar (2005, p. 140), na qual se entende que “a construção das identidades se realiza, pois, na articulação entre os sistemas de ação, que propõem identidades virtuais, e as ‘trajetórias vividas’, no interior das quais se forjam as identidades ‘reais’ às quais os indivíduos aderem”. Assim, o autor reforça a ideia de que as relações com o outro constitui fator essencial para construção das identidades, sendo as organizações um espaço privilegiado de construção de identificações e de definições de si e dos outros (SAINSAULIEU, 1997).

A organização exerce relativa importância para a construção social da identidade dos indivíduos que nela trabalham. Adotando uma perspectiva sociológica nos estudos,

Sainsaulieu (1997) concluiu que a organização, além de motivar os trabalhadores para a função que nela executam, deve também compreender que é parte de um sistema social, do qual seus trabalhadores são componentes das representações coletivas que se formam tanto dentro como fora dela. Assim, ao estabelecerem relações com os outros participantes desse sistema, eles interiorizam as categorias que compreende como importantes, a partir de processos de identificação, formando sua própria identidade.

Os profissionais de saúde passam por processos de identificação quando ainda estão em formação acadêmica. Ao ingressarem no ambiente de trabalho dos hospitais, vivenciam novas formas de identificação, por meio de processos de socialização, situações de trabalho e interações com os outros, o que acaba por reconfigurar sua identidade profissional. Estabelecendo relações com os demais profissionais envolvidos na elaboração de suas atividades, os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem formam uma cadeia de atuação interdependente, na qual todos os atores influenciam e são influenciados – talvez não na mesma proporção, mas em alguma proporção – seus processos de trabalho e em suas vivências sociais nesse ambiente.

Nogueira (2007) salienta que o desenvolvimento do indivíduo humano em uma pessoa, em sentido mais amplo, não se basearia apenas na aquisição das atitudes de outros indivíduos para com ele e entre si, mas contemplaria as amplas atividades do todo social, ou da sociedade organizada (o outro generalizado). Somente quando o indivíduo adota as atitudes do grupo social organizado a que pertence, no sentido de atividade social e cooperativa, é que se tornará pessoa completa. “Pessoa é personalidade, porque pertence à comunidade”, porque incorpora as instituições da comunidade, fundada na natureza cognitiva da consciência de si (MEAD, 2010, p. 135).

As identidades são em verdade, parte de um processo mais amplo. Por isso, tratou-se de estabelecer neste trabalho uma linha de raciocínio que explicitasse desde onde começa o processo de formação das identidades até o ponto de análise e elucidação do problema de pesquisa aqui proposto. Para tanto, percebe-se que a socialização é um dos pontos necessariamente iniciais a ser estudado, já que é por meio dela – partindo da socialização primária – que o indivíduo interioriza as instituições estabelecidas em um primeiro momento pelos seus outros significativos – ou seja, suas pessoas mais próximas, como sua mãe e seu pai – e estabelece assim vínculo com a realidade objetiva.

É somente a partir daí que esse indivíduo tem a possibilidade de participar de socializações secundárias e de conseguir tomar para si a realidade subjetiva. Ou seja, consegue entender um mundo em que, apesar de tomá-lo como dado, como posto, vê a possibilidade de intervir em suas construções. Esses caminhos, descritos por Berger e Luckmann (2011), mostram que, desde o início, vários fatores influenciam as construções de realidade pelo indivíduo, da mesma forma que todas as realidades, ou todos os grupos dos quais fazemos parte, também trazem elementos para que suas identidades sejam construídas.

Na tentativa de tornar o estudo da identidade neste trabalho mais claro e de reconhecer os elementos utilizados para a construção da identidade profissional, podem-se distinguir quatro níveis de análise de estudo para a identidade, segundo Machado (2003), de forma que as diversas variáveis presentes nesse conceito possam ser mais bem explicitadas e compreendidas: identidade pessoal, identidade social, identidade no trabalho e identidade organizacional. A definição desses níveis ajudou na medida em que, compreendendo suas especificidades, foi possível distingui-las e trazer o foco de estudo para o objetivo primeiro.

Os estudos da temática “Identidade organizacional”, ao contrário das “Identidade pessoal” e “Identidade social”, são relativamente novos e há de se ter atenção para a superficialidade com que o termo vem sendo utilizado. Machado (2003) descreve que a identidade organizacional parece estar centrada nas organizações, mas somente pode ser explicada a partir do comportamento humano nas organizações.

Identidade pessoal é um processo interno do indivíduo, mas que é influenciado pela cultura. É um modo de expressão do *self* do indivíduo, que lhe permite ser reconhecido como diferente dos demais e, ao mesmo tempo, como similar aos membros de uma categoria ou classe (LYRA, 1997). Identidade pessoal diz respeito à obtenção pelo sujeito das qualidades do outro, no sentido de elevar a sua autoestima (FERNANDES, 2008). Já a identidade social se refere ao entrelaçamento psicológico do sujeito com o destino de um grupo ou uma categoria social. É a forma como o sujeito se classifica, localiza e se define no ambiente social (FERNANDES, 2008).

A identidade no trabalho compreende a formação do *self* do indivíduo a partir das relações que ele vivencia com as outras pessoas com a qual trabalha e com a atividade que exerce. Para Machado (2003, p. 58), “o tipo de relações de trabalho e de poder que é mantido no universo empresarial influencia sobremaneira a construção de identidades”. Essa construção está

diretamente relacionada com os interesses pessoais e coletivos, os quais são experimentados não só, mas também dentro das organizações.

Pode-se então, delimitar o campo de estudo de cada um desses níveis de análise com base na definição do objeto de estudo que Machado (2003) apresenta. Assim, identidade pessoal é a construção do eu a partir das experiências acumuladas ao longo da vida, a identidade social é a construção do autoconceito a partir do momento em que o indivíduo se vincula e desvincula de grupos sociais, construindo afinidades e divergências, a identidade no trabalho é a construção do eu por meio do trabalho – a atividade em si e as pessoas que fazem parte dela – e dos grupos profissionais aos quais passa a fazer parte ou tem relação, e por fim, a identidade organizacional que é a construção do autoconceito, por meio da organização em que trabalha – podendo ser por meio múltiplas organizações.

Além das contribuições de Machado (2003), utilizam-se também dois outros conceitos, que se revelam centrais para o alcance dos objetivos aqui propostos, sendo eles a identidade profissional e a identificação organizacional. O primeiro refere-se à construção que o indivíduo produz desde o momento em que sai da escola e entra no mercado de trabalho, quando, com base em uma socialização secundária, toma para si características presentes no universo simbólico da profissão escolhida. Já o segundo trata da ligação que o indivíduo realiza, da assimilação que faz, entre sua identidade pessoal e a identidade da organização.

Dubar (2005) afirma que a divisão da identidade deve ser esclarecida pela própria dualidade de sua definição: não há como separar a identidade para si e a identidade para o outro, sendo essas ligadas de maneira problemática. São inseparáveis, uma vez que a identidade para si é correlata ao outro e ao seu reconhecimento: nunca sei quem sou a não ser no olhar do outro.

A partir dessas considerações, algumas questões instigaram esta pesquisa: Quais serão as construções estabelecidas durante a formação dos profissionais de saúde para sua identidade? Qual é a influência do *status* estabelecido na sociedade para as três profissões em questão quando da formação de sua identidade profissional? Qual é a influência da cultura dominante na organização em que trabalham para a formação de identidade destes profissionais? Qual é a relação entre o estabelecimento da identificação organizacional e o número de organizações que estes profissionais trabalham de forma simultânea?

1.1 Problemática e objetivos

A partir destas proposições iniciais, delimitou-se o problema de pesquisa, com enfoque nas profissões e na organização, na busca por responder à seguinte questão:

Como se configuram as identidades profissionais e a identificação organizacional dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS?

Para responder a esta questão, delimitaram-se os objetivos que orientaram as leituras dos autores a serem considerados e dos materiais internos fornecidos pela organização, bem como as idas ao campo e, por fim, a análise dos dados obtidos.

1.1.1 Objetivo geral

Explicitar como se configuram as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS, bem como a identificação deles com a organização.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar como os médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados constroem suas identidades profissionais;
- b) Comparar as identidades profissionais dos três grupos;
- c) Depreender o nível de identificação dos profissionais entrevistados com a organização em que trabalham; e
- d) Listar os fatores considerados relevantes para esses profissionais no que se refere à identificação com a organização.

1.2 Justificativas

Tem-se hoje, moldado pelos rumos tomados pelas novas formas de trabalho, mais flexibilizadas, individualizadas e instáveis, o conflito entre globalização e identidade, segundo Castells (2007). Para o autor, ocorre uma modificação nas bases de tempo e espaço, o que interfere diretamente na construção das identidades dos indivíduos.

Dentre os diversos grupos profissionais que poderiam ser alvo deste estudo, escolheram-se as três categorias de profissionais da saúde que interagem cotidianamente e de forma interligada e dependente no ambiente hospitalar. Tal escolha justifica-se por entender-se aqui que estudar apenas uma destas categorias seria estratificar um tema que em sua própria definição pressupõe a interação com os demais grupos sociais dos quais o indivíduo faz parte, para, assim, ser possível entendê-lo em sua individualidade.

Freitas, ao escrever o prefácio de Carrieri (org.) et al. (2010, p. 13) define que “a identidade é uma produção psíquica complexa e que assume numerosas dimensões e estratos, em virtude das nossas experiências pessoais e dos grupos de que fazemos parte”. O grupo que as três categorias profissionais aqui estudadas – médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem – constituem no hospital, assume importante dimensão na construção de suas identidades pessoais, no trabalho e organizacional, em razão de vários fatores, como: carga emocional envolvida no trabalho de assistência à saúde, relações de poder que se formam, diferentes estruturas de formação pelas quais estes profissionais passam, etapa da assistência ao paciente da qual fazem parte e suas atribuições.

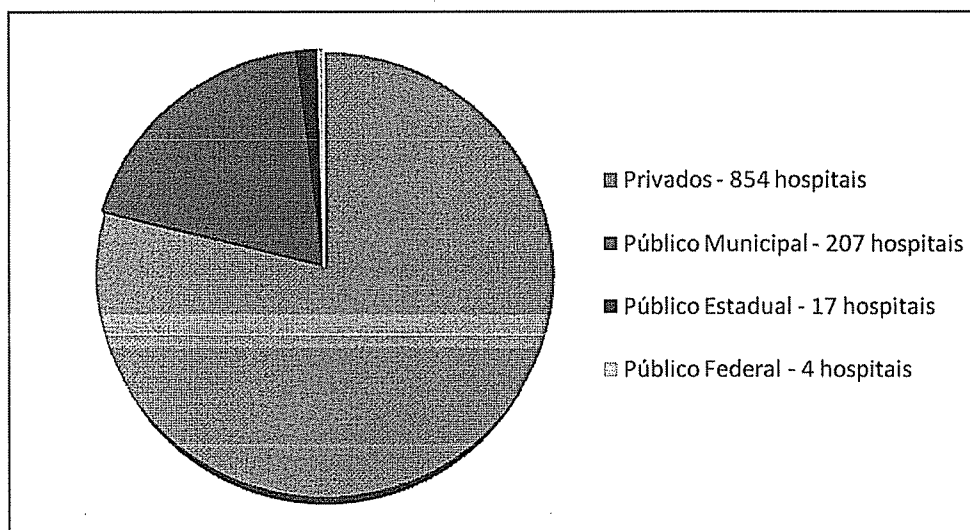
Diante disso, Freitas (apud Carrieri org. et al., 2010, p. 13) conclui que:

Então, não podemos falar em identidade como uma mera produção individual, mas como uma construção complexa, resultante de nossas incessantes interações sociais e das nossas diversas filiações, que nos estimulam determinados comportamentos e que fornecem ancoragem ou referências que desenvolvemos ao longo de toda a nossa vida.

É diante do exposto que este trabalho justifica-se do ponto de vista acadêmico, na medida em que apresenta o tema “Identidade”, em seus desdobramentos conceituais até então apresentados pela literatura referente, de forma a organizar a base para a análise que será realizada no caso proposto. Justifica-se também por não ter sido encontrado até a presente data outro estudo que relacione as três categorias profissionais expostas neste trabalho em pesquisa realizada em anais e periódicos nacionais (*Qualis A e B*). Na literatura nacional sobre o tema, tem sido dado maior atenção aos estudos sobre a identidade dos enfermeiros e, em menor número, dos médicos e dos técnicos de enfermagem. Assim, ao acreditar-se que a inter-relação deles no ambiente hospitalar influencia suas construções identitárias, destaca-se a importância de tal estudo.

Ao realizar-se este estudo em uma organização de atendimento integral pelo SUS (ou seja, não realiza atendimento via convênios ou particular), está-se atento também à função social envolvida neste atendimento, que influencia diretamente a identidade organizacional. Como mostra o Gráfico 1, 79% dos serviços de saúde são prestados por estabelecimentos privados, mas os 21% restantes atendem a uma demanda de pacientes que trazem, em sua maioria, problemas socioeconômicos associados à demanda de saúde. São idosos negligenciados pela família, adultos e adolescentes envolvidos com o tráfico e uso de drogas e mulheres que sofrem abusos sexuais e maus tratos em casa. Muitas vezes, é nestes profissionais de saúde, no tempo em que passam internados no hospital, que esses pacientes encontram consolo e ajuda para seus problemas.

Gráfico 1 – Serviços de saúde prestados por estabelecimentos privados e públicos de Belo Horizonte



FONTE: Elaborado pela autora a partir de IBGE – Banco de Dados Cidades@ (2009)

Assim, do ponto de vista da organização, este trabalho justifica-se ao realizar a investigação dos elementos constituintes do processo identificatório profissional e organizacional. Ao trabalhar fatores como culturas, relações de poder, cadeias de trabalho interna e hierarquia, tais elementos viabilizam as análises necessárias para um possível processo de mudança organizacional. Isso porque, na busca pela excelência no atendimento a seus clientes, os hospitais estão, assim como qualquer outra organização, inseridos em processos de mudança de suas estruturas internas, alterações de papéis entre seus funcionários e incorporação de novas atribuições a eles, o que se torna de mais fácil implementação e interiorização se a organização conhecer as identidades nela existentes e compartilhadas por seus funcionários.

Essa dissertação está estruturada em seis capítulos, incluindo essa introdução. No segundo capítulo descreve-se o referencial teórico que embasa o processo de pesquisa e a análise dos dados obtidos. No terceiro capítulo, desenvolvem-se os aspectos metodológicos, consistindo na caracterização da pesquisa, na definição do universo e da amostra e na fixação dos procedimentos e instrumentos utilizados para obtenção e análise de dados, além de uma breve caracterização da organização, exposta de forma a esclarecer sobre os aspectos relevantes, sem comprometer o sigilo da organização. No quarto capítulo realiza-se a apresentação e análise dos dados referentes às identidades profissionais. No quinto capítulo faz-se por sua vez, a apresentação e análise dos dados referentes às identificações organizacionais. E por fim, no sexto capítulo, formulam-se as considerações finais.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Para elucidar os estudos sobre a identidade, é preciso realizar uma abordagem, ao menos introdutória, sobre seu ponto de partida, valendo-se, fundamentalmente, do trabalho de Berger e Lukmann. Desenvolve-se a seguir um preâmbulo sobre identidade, processos identificatórios e socializações. Posteriormente, abordam-se as múltiplas conceituações no campo de estudo da identidade, apontando perspectivas teóricas de análise do tema. Expõem-se as particularidades da identidade profissional – em face das demais identidades do indivíduo – e da identificação dos trabalhadores com a organização.

2.1 Identidade e socialização: considerações iniciais

O conceito de identidade é tão familiar ao pensamento humano que faz parte não só da linguagem comum como do vocabulário teórico de quase todas as ciências. Da Lógica, com a distinção entre identidade numérica e identidade específica, à Matemática, com a distinção entre identidade e equação, passando, naturalmente, pelas Ciências Humanas: identidade pessoal (Psicologia), identidade jurídica (Direito), identidade cultural e identidade nacional (Antropologia, Sociologia e História), identidade social (Psicologia Social) e identidade profissional (Sociologia) (CARVALHO, 1991, DUBAR, 2005).

A primeira definição que vem à mente de uma pessoa quando pensa em identidade é a definição da palavra e do verbo que dela se forma. Segundo Ferreira (1988, p. 738), *identidade* significa um “conjunto de caracteres próprios e exclusivos de uma pessoa: nome, idade, estado, profissão, sexo, defeitos físicos, impressões digitais” e *identificar-se* significa o “reconhecimento de uma coisa ou de um indivíduo como os próprios”. O autor parte do conceito de que identidade é aquilo que difere uma pessoa das demais, a partir de características que lhe são próprias, mas que, ao percebê-las como particular, aproximam de outras que também a possuem.

Ao mesmo tempo em que se aproximam por semelhanças contidas em suas individualidades, as pessoas criam particularidades a partir dessa troca com o outro, trazendo para si características externas e tornando-as suas por essência. Erikson (1976) argumenta que a formação da identidade compreende o processo essencial no cerne do indivíduo e a inserção na cultura coletiva. Para ele a formação da identidade é inseparável da evolução sócio-genética, uma vez que somente em um grupo definido ela pode existir. O autor vislumbra,

contudo, que o indivíduo pode transcender sua identidade e tornar-se, verdadeiramente, individual e, ao mesmo tempo, situar-se além da individualidade.

Assumindo que o indivíduo absorva e externa fatores tidos, a princípio, como únicos, entende-se que há um processo de troca com o ambiente em que ele vive e com as experiências que ele experimenta. Entende-se também que este é um processo infundável, já que a todo momento este indivíduo entrará em contato com estímulos diferentes, somando e diminuindo novas características, num processo cíclico.

Erikson (1976) acrescenta o aspecto histórico-temporal à construção da identidade, de modo que em cada etapa da vida o indivíduo constrói e reconstrói sua identidade a partir dos novos elementos ou das novas combinações de elementos que se apresentam. Observa, ainda, que nesta busca por uma identidade, que se apresenta de forma clara, é que se estabelece a “crise de identidade”.

Da mesma forma, a identidade para a psicossociologia envolve a construção do tempo, não apresentando, dessa forma, características que estejam relacionadas à constância e à permanência, como observa Ésther (2007), privilegiando o estudo do indivíduo em situações cotidianas dos grupos de que faz parte, como a família, os amigos e a organização em que trabalha.

A compreensão dessa inevitável dinâmica de interação na formação da identidade pessoal permite revelar a necessidade do outro para tanto, que se apresenta para o indivíduo a partir de grupos sociais. Com base nesse conceito, Strauss (1999) expõe a ideia de identidade como algo dinâmico e interativo. Com isso, compreende que, ao se analisar a identidade de um indivíduo, deve-se analisar de forma conjunta a identidade coletiva, considerando-se necessariamente a identidade do outro para a construção da identidade do eu. É dessa forma que as relações sociais podem cristalizar, manter, modificar e remodelar a identidade, como afirmam Berger e Luckmann (2011).

Logo, pode-se observar que tais relações sociais dependem em grande parte do modo como os indivíduos presentes as constroem, o que, por sua vez, dependerá da cultura estabelecida para eles. Assim, adiciona-se a esta análise a cultura na qual este indivíduo foi criado, pontuando ser notório que hoje tem-se acesso e, por certo, interferências de diversas culturas em sua formação. Porém, há uma predominância de influência da cultura local. São comportamentos

esperados, normas e valores apreendidos que o indivíduo resgatará sempre que se deparar com uma realidade subjetiva, antes de modificá-la.

A vida cotidiana, segundo Berger e Luckmann (2011, p. 35), “apresenta-se como uma realidade interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente”. Assim, formam-se, segundo os autores, as instituições, que nada mais são do que as partes desse mundo coerente, as quais, ao serem feitas e refeitas em acordo por todos, tornam-se preceitos estabelecidos.

Essas instituições se formam “sempre que há uma tipificação recíproca de ações habituais por diferentes atores”, como descrito por Berger e Luckmann (2011, p. 77). E serão, dessa forma, partilhadas pelos demais e tidas como realidade objetiva. Para compreendê-las, é preciso que tomá-las como realidade exterior, sair do próprio eu e observá-las da maneira como são dadas. Porém, há de se notar que desde que são instituídas por ações humanas repetidas tantas vezes ao ponto de terem sido entendidas como dadas *a priori*, o mundo institucional nada mais é do que “a atividade humana objetivada, e isso em cada instituição particular”, como afirmam Berger e Luckmann (2011, p. 84). Ou seja, apesar de formarem uma realidade objetiva, foram construídas pela ação humana.

Com essas instituições formadas, no surgimento de uma nova geração ocorrerá o processo de interiorização, por meio do qual, segundo Berger e Luckmann (2011, p. 85) “o mundo social objetivado é reintroduzido na consciência no curso da socialização”, explicitando que “a sociedade é um produto humano [...] uma realidade objetiva” e que “o homem é um produto social”. Essa tomada de consciência do mundo social objetivado se dá mediante a reificação, que, segundo Berger e Luckmann (2011, p. 118), “é a apreensão dos produtos da atividade humana *como se* fossem algo diferente de produtos humanos, como se fossem fatos da natureza”. Assim, o homem admite esquecer que as instituições apenas são passíveis de formação por sua própria ação.

Tomando como referência tais autores, Ésther (2007, p. 71) observa que a realidade apresenta-se em duas dimensões: a objetiva e a subjetiva. A primeira compreende “a realidade da vida diária como uma realidade ordenada – padrões que parecem independentes da percepção que se tem deles – e objetivada”, com objetos designados como tal antes da chegada do indivíduo. Já a realidade subjetiva compreende o processo de interiorização, que se constitui a partir da premissa de um mundo já instituído antes de sua chegada, mas que, a

partir da interiorização, pode ser modificado. Berger e Luckmann (2002, p. 175) afirmam que essa interiorização acontece a partir da socialização, definidas por eles como “a ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela, por exemplo, uma organização”.

É possível, então, compreender que a realidade objetiva é ordenada com base no homem, de forma que este entende que tudo que ali se encontra foi designado antes da sua chegada. Logo, não é passível de sua intervenção. Já a realidade subjetiva é internalizada com uma visão de construção social. Ou seja, é possível intervir no mundo encontrado, mesmo sendo este já dotado de sentido.

As duas realidades participam da vida do homem, que não nasce membro da sociedade. Segundo Berger e Luckmann (2011, p. 167), nasce sim, “com a predisposição para a sociabilidade e torna-se membro da sociedade”. Para que isso aconteça, como ponto de partida, ocorre o processo de interiorização, que se dá por meio da socialização, compreendida por Berger e Luckmann (2011, p. 169) como “a ampla e consistente introdução de um indivíduo no mundo objetivo de uma sociedade ou de um setor dela”.

Inicialmente, ocorre a socialização primária, durante a infância, quando o indivíduo toma para si o mundo significativo do outro, a estrutura social objetiva repassada por outros, que, por sua vez, também lhe são impostos. É quando, em situações carregadas de emoções, o indivíduo, antes isolado, apreende valores, símbolos e sentidos. Também é neste momento que ele fará a apropriação subjetiva da sua identidade, segundo Berger e Luckmann (2011).

A partir dos papéis e das atitudes que estes outros significativos impostos passam à criança, ainda segundo os autores, é que ocorrem a interiorização e a identificação, em um processo multilateral. Logo após se dá a ligação com o outro generalizado, que é quando os papéis e as atitudes do outro individual passam a ser estendidos para os demais, para a sociedade, trazendo, a partir da identificação geral, a estabilidade e a continuidade de sua própria identificação. Pode-se ver claramente este processo com base na observação feita por Vygotsky (1984, p. 33):

Desde os primeiros dias do desenvolvimento da criança, suas atividades adquirem um significado próprio num sistema de comportamento social e, sendo dirigidas a objetivos definidos, são refratadas através do prisma do ambiente da criança. O caminho do objeto até a criança e desta até o objeto passa através de outra pessoa. Essa estrutura humana complexa é o produto

de um processo de desenvolvimento profundamente enraizado nas ligações entre história individual e história social.

Descrevem assim, Berger e Luckmann (2011, p.173) que “o indivíduo apreende a si próprio como um ser ao mesmo tempo interior e exterior à sociedade”, a partir da identidade até então formada por um conjunto de significação escolhidas e impostas por outrem, sem a possibilidade ainda de escolha e reordenação, até porque neste momento estas são para o indivíduo a única possibilidade, dado que para ele só há um mundo, um único arranjo de significados. É por este motivo que, segundo Berger e Luckmann (2011, p. 174) “o mundo interiorizado na socialização primária torna-se muito mais firmemente entrincheirado na consciência do que os mundos interiorizados nas socializações secundárias”, o que significa que é o que se absorve na socialização primária que irá definir o que e como se darão as demais socializações para este indivíduo.

Dessa forma, chega-se à socialização secundária, que “é a interiorização de ‘submundos’ institucionais ou baseados em instituições”, como disposto por Berger e Luckmann (2011, p. 178). Assim, o indivíduo passa a interiorizar essas realidades exteriores à sua família, as quais trarão uma extensão compatível com a distribuição social do conhecimento realizado na sociedade em que vive. Porém, as interiorizações realizadas na socialização primárias constituem para indivíduo uma base extensa de significados, os quais, na socialização secundária, serão obtidos como realidades parciais, de acordo com os submundos que se farão presentes para este indivíduo, conservando, por este motivo, dois mundos interiores: de um lado, seu eu total e sua realidade; de outro, a realidade, que estará sempre ligada a um contexto institucional específico, não sendo este o seu mundo, e sim um dos mundos que complementam seu mundo principal. Tal fato cria, por vezes, um conflito de coerência entre essas duas realidades, que será solucionado mais facilmente ou não de acordo com a discrepância encontrada e a importância para o indivíduo da instituição analisada.

Para que esse conflito seja ao menos minimizado, as técnicas para a interiorização desses novos papéis sociais, que envolverão rituais, componentes valorativos e cognitivos, bem como afetivos, estes em menor intensidade que na socialização primária, deverão tentar se aproximar dos aspectos contidos na socialização primária deste indivíduo. Por este motivo, Berger e Luckmann (2011, p.185) afirmam que “quanto mais estas técnicas tornam subjetivamente plausível a continuidade entre os elementos originais do conhecimento e os

novos, tanto mais facilmente adquirem o tom da realidade”, facilitando a interiorização destes elementos como sendo pertencentes ou correlacionados ao seu mundo primeiro.

O que se intenta com isso é fazer com que a socialização secundária traga processos que consigam se deslocar com menos suscetibilidade na consciência do indivíduo, já que, segundo Berger e Luckmann (2011, p.190), “o caráter mais ‘artificial’ da socialização secundária torna a realidade subjetiva da interiorização dela ainda mais vulnerável às definições desafiadoras da realidade”, já que não são entendidas pelo indivíduo como a realidade e sim como uma possibilidade, que, como toda possibilidade, pode ser descartada.

Para que seja, então, uma socialização que, de fato, consiga ter suas instituições interiorizadas, deve-se também levar em consideração o quão importante ou relevante essa é considerada pelo indivíduo, pois, como descrito por Berger e Luckmann (2011, p.180), “o caráter desta socialização secundária depende do *status* do corpo de conhecimento em questão no interior do universo simbólico em totalidade”. Isso se torna claro quando se analisa, por exemplo, o processo de socialização secundária em um indivíduo que está se formando médico, que é carregado de símbolos e construções de *status* e poder pelos outros significativos ou não para ele.

Partilhando dessas concepções, Castells (2001, p. 22-23) observa que a identidade é um “processo de construção de significado com base em um atributo cultural ou, ainda, um conjunto de atributos culturais inter-relacionados, o(s) qual(ais) prevalece(m) sobre outras fontes de significado”. O autor deixa claro que não se está aqui analisando papéis “por exemplo, ser trabalhador, mãe, vizinho, militante socialista, jogador de basquete, frequentador de uma determinada igreja e fumante”, que “são definidos por normas estruturadas pelas instituições e organizações da sociedade”, já que estes são funções exercidas pelo indivíduo.

O que se discute neste momento são os processo de autoconstrução e de individualização presentes na formação da identidade, já que “constituem fontes de significado para os próprios atores, por eles originadas, e construídas por meio de um processo de individualização”, segundo Castells (2001, p. 22-23). Ou seja, trazem-se para este debate os fatores que constituem a construção individual que cada pessoa elabora, e não os lugares que ela ocupa na estrutura social. Porém, o fator que ocupa parte mais relevante na construção aqui esboçada, é como este indivíduo, a partir de suas individualizações, põe a identidade que

construiu com base em sua profissão em ação, quando da vinculação a uma organização na qual passa a trabalhar.

2.2 Construções e reconstruções identitárias

Quando da ocorrência do processo de identificação, descrito anteriormente, os indivíduos podem ser identificados pelos outros de determinada forma e se autodefinirem de outra. Um ou outro utilizaram para assim o fazerem as “categorias socialmente disponíveis”, que são, por exemplo, as denominações étnicas ou profissionais. A identidade que se expõe para o outro é chamada de “atos de atribuições” e a identidade que o indivíduo toma para si é denominada “atos de pertencimento” (DUBAR, 2005).

Segundo o autor, quando o indivíduo utiliza essas categorias criam-se dois tipos de identidades sociais: as “reais” e as “virtuais”. Nas identidades virtuais, há a atribuição da identidade pelas instituições e pelos outros presentes no sistema de ação do qual o indivíduo faz parte. Nas identidades reais, ao realizar suas trajetórias sociais, há a incorporação da identidade pelo próprio indivíduo. Quando estas duas identidades sociais estão em desacordo, ocorrem as “estratégias identitárias”, que, visando diminuir essa dissonância, formam as transações objetivas e as subjetivas.

Nas “transações objetivas”, o indivíduo tenta estabelecer um acordo entre a identidade que tem para si e aquela que os outros lhe dão. Nas “transações subjetivas”, o indivíduo tenta organizar sua identidade consigo mesmo, estabelecendo para este fim as “identidades herdadas”, que tentam manter vínculos com suas identificações anteriores e as “identidades visadas”, que expressam a vontade de estabelecer novas identidades no futuro. O que se deve observar é que em cada etapa da vida do indivíduo haverá determinado grupo de categorias legítimas, que sofreram mudanças com a mesma intensidade com que os indivíduos passam por novas socializações secundárias e que, por mudarem tais categorias, não deixam, por si sós, de serem legítimas para o processo de construção das identidades (DUBAR, 2005).

Tais categorizações influenciam os dois processos de construção das identidades, definidos por Dubar (2005) como “processo biográfico” e “processo relacional, sistêmico ou comunicativo”. Tais processos são descritos no Quadro 2, que esclarece sobre a relação dos conceitos tratados anteriormente, quais sejam, atos de atribuição e pertencimento, identidade social virtual e real, além das transações objetiva e subjetiva.

Outros conceitos que se fazem importante para a teoria da identidade é o de autoconceito e o de grupos sociais, descritos por Tajfel (1978) ao tratar da identidade social. O autor observa que a formação da identidade se dá mediante a interação de construtos organizados pelos sujeitos e dos processos e contextos sociais dos quais ele faz parte. Assim, a identidade social, para Tajfel (1981, p.63), envolve: “aquela parte do autoconceito do indivíduo que se deriva do reconhecimento de filiação a um (ou vários) grupo social, juntamente com o significado emocional e de valor ligado àquela filiação”.

Quadro 2 – Categorias de análise da identidade

Processo relacional	Processo biográfico
Identidade para o outro	Identidade para si
Atos de atribuição “Que tipo de homem ou de mulher você é” = dizem que você é	Atos de pertencimento “Que tipo de homem ou de mulher você que ser” = você diz que você é
Identidade – numérica (nome atribuído) – genérica (gênero atribuído)	Identidade predicativa de Si (pertencimento reivindicativo)
Identidade social “virtual”	Identidade social “real”
Transação objetiva entre – identidades atribuídas/propostas – identidades assumidas/incorporadas	Transação subjetiva entre – identidades herdadas – identidades visadas
Alternativa entre – cooperação – reconhecimento – conflitos – não reconhecimento	Alternativa entre – Continuidades - reprodução – Rupturas - produção
“Experiência relacional e social do PODER”	“Experiência de estratificações, discriminações e desigualdades sociais”
Identificação com instituições consideradas estruturantes ou legítimas	Identificação com categorias consideradas atraentes ou protetoras
Identidade social marcada pela dualidade	

FONTE: Dubar (2005, p.142)

Para Turner (1981, p.24), tal identidade compreende “a soma total das identificações sociais da pessoa, onde as últimas representam categorizações sociais específicas internalizadas, tornando-se um componente cognitivo de autoconceito”, estabelecendo uma relação entre as categorizações e o autoconceito. Pode-se observar que o indivíduo só consegue estabelecer o autoconceito com base nas experiências sociais que vive, quando consegue fundamentar a

forma como os outros significativos dos grupos sociais aos quais se filiou o enxergam. A partir do processo de identificação, ele interioriza as categorias provenientes destes grupos e consegue estabelecer seu autoconceito.

Da mesma forma, a partir dessa identificação com determinado grupo, o indivíduo toma para si os protótipos (modelos ou padrões) e estereótipos (impressões sólidas ou pressupostos) que tal grupo apresenta. Ao analisar o trabalho desses dois autores, Fernandes (2008, p.49) observa que “a prototipificação consiste no processo pelo qual a pessoa se considera ou é considerada um típico exemplar de determinado grupo ou categoria”, sendo esta última “as características prototípicas abstraídas dos membros de um determinado grupo”.

Esclarecidos os aspectos que envolvem e precedem a formação das identidades, pode-se, a partir deste ponto, trazer para a discussão as conceituações de identidade tomadas como relevantes para este trabalho.

2.3 Múltiplas identidades: possibilidades de estudo

Existem várias possibilidades de conceituações e linhas de análise sobre a identidade. Por esse motivo, faz-se conveniente elucidá-las, de forma a pontuar o caminho escolhido para este estudo. Para tanto, utilizam-se os estudos de Caldas e Wood Jr. (1997), que, objetivando reunir as diversas abordagens já explicitadas sobre o tema, formulam um quadro conceitual (Figura 1), no qual distribuem os conceitos a partir de duas dimensões: dimensão do objeto e dimensão da observação.

Na dimensão do objeto, os autores expõem o elemento que será o alvo do conceito – identidade de quem? –, deixando claro que estes objetos não existem de forma separada como um todo, já que sempre há entre eles pontos de ligação. Assim, o indivíduo, o grupo, a organização e a humanidade estão em constante interação, no sentido de permear suas definições. Na dimensão da observação, apresenta-se sobre quais pontos de vista é possível analisar cada um dos objetos – identidade observada a partir de quê? –, trazendo as possibilidades de observação do *self*, do comportamento, da autopercepção e da imagem.

Para o entendimento da Figura 1, faz-se necessário explicitar a diferença sutil entre os termos *identidade*, *self* e *ego*. Identidade, segundo Caldas e Wood Jr. (1997, p.9), deriva dos vocabulários latinos *idem* e *entitas*, que, juntos, significam “a mesma entidade”, ou, ainda, de

identidem, significando “repetidamente”, já o *self* seria originário do prenômio indo-europeu *se-*, significando “o eu de cada um”. Assim, o *self* seria a “entidade” que incorpora o “conteúdo”, ou seja, a identidade. Por fim, o *ego*, que é um vocábulo latino equivalente a “eu”, representa a “definição que a pessoa faz de si mesma”.

Esses autores repassam a evolução dos estudos de identidade a partir de seis agrupamentos demarcados na figura em questão.

No agrupamento de número 1, têm-se os estudos iniciais sobre o assunto, trazidos por Erikson (1976). A identidade contida é a do indivíduo, observada a partir do *self* e do comportamento. Ou seja, compreende a identidade individual e a identidade individual expressa, com o enfoque no que a pessoa constrói e propaga sobre si mesma.

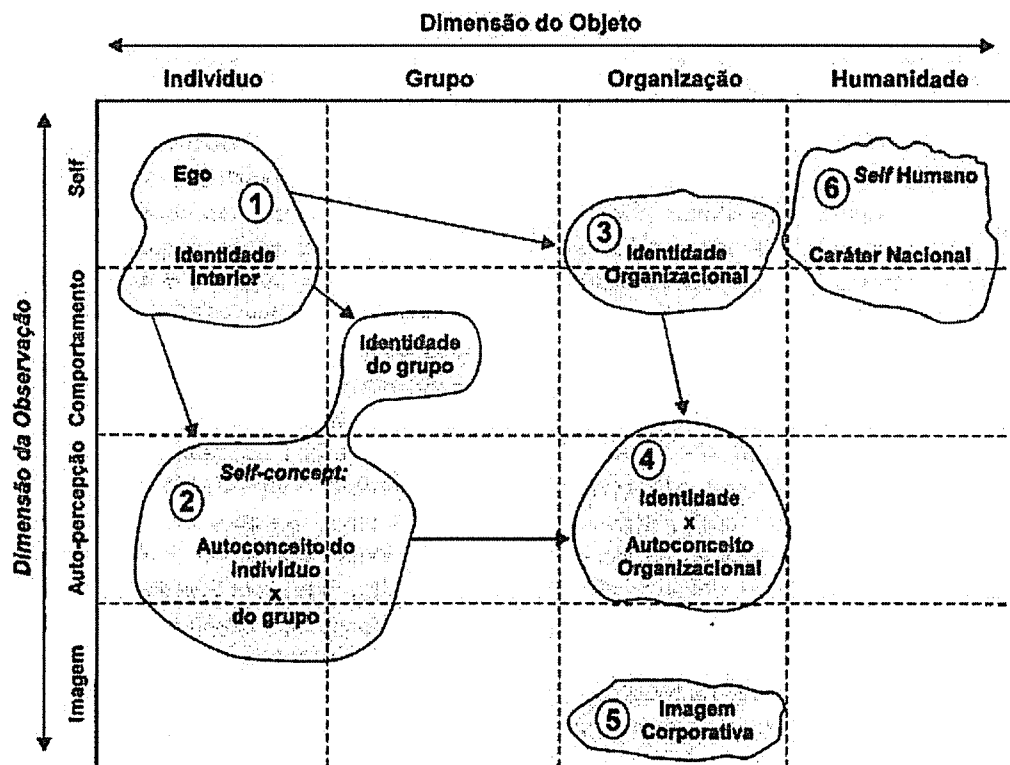


Figura 1 – Quadro conceitual sobre identidade
 FONTE: Caldas e Wood Jr. (1997, p. 11)

Apresentando uma referência dos estudos clássicos e contemporâneos da Psicologia Social, o agrupamento de número 2, trata de dois objetos em observação: o indivíduo e o grupo, perspectiva que se tornou uma das mais influentes no estudo de identidade, pois percebe o grupo como objeto focal. Ou seja, entende que o grupo participa da reflexão do indivíduo

sobre o seu próprio eu, oferecendo e absorvendo características dele. Neste agrupamento, trata-se o indivíduo com base em seu “autoconceito”; ou seja, o conceito que ele faz de si mesmo, somando a identificação aos estudos pela primeira vez e correlacionando a identidade individual com a identidade grupal.

Fazendo menção ao trabalho de Albert e Whetten (1985), o qual traz novos elementos baseados do trabalho de Erikson (1976), com influências ainda das primeiras noções de cultura e simbolismo organizacional, exhibe-se o agrupamento de número 3. Há, aqui, o objeto organização, observado por meio do *self* e do comportamento. Esses autores inserem no debate a noção de identidade organizacional como sendo um “caráter central” da organização. Tal identidade é construída, segundo eles, por crenças partilhadas pelos membros da organização sobre o que é central (a essência da organização), distintivo (elementos que as distinguem de organizações semelhantes) e duradouro (características estáveis ao longo do tempo).

As influências da Psicologia Social (em uma forte ligação ao agrupamento número dois) dos anos 80 e início de 90 sobre a identidade organizacional são exibidas no agrupamento de número 4. O que há de novo aqui é a ideia de se compreender a identidade organizacional sobre a observação da autopercepção. Ou seja, é a forma como a organização percebe a si mesma. Deste agrupamento surgiu a possibilidade de se estudar a relação entre “identificação organizacional e autoconceito individual”, bem como entre a “imagem do grupo ou da organização com a identificação do indivíduo no grupo”, estabelecendo, de forma clara, a impossibilidade de estudar as dimensões do objeto separadamente, já que um interfere no resultado apreendido pelo outro.

No agrupamento de número 5, tem-se o objeto organização sobre a observação da imagem, trazendo discussões sobre como as organizações projetam sua imagem externamente e como isso interfere em si mesma. Há, aqui, uma análise crítica, trazida pelas ideias teóricas pós-modernistas, que sofre a manipulação que as organizações fazem de sua imagem e sua identidade.

Por fim, no agrupamento número 6, também sob influência pós-modernista, o objeto humanidade é observado a partir do *self*, trazendo para a identidade questionamentos macros sobre a existência ou não de um “*self* humano”.

Em uma análise geral, Caldas e Wood Jr. (1997) observam uma configuração do caminho tomado pelos estudos acerca da identidade, em que se partiu de uma análise particularmente individual e interna – por meio do objeto indivíduo sob observação do *self* –, passando por uma construção de apreciação do grupo sob a observação do comportamento, até uma análise coletiva e externa – por meio do objeto organização, sob a observação da imagem, chegando, por fim, ao exame do *self* humano.

Atentando para uma sistematização da evolução dos estudos sobre identidade, Fernandes (2008, p.3) argumenta que passou-se a reconhecer que há uma transformação na identidade, baseada no papel ativo do sujeito. Este, ao ser “submetido a diferentes e discordantes realidades presentes no ambiente cultural globalizado, estaria exposto a diferentes processos identificatórios, que poderiam conviver simultaneamente, em harmonia ou em conflito”. Dessa forma, a autora incorpora ao debate a perspectiva temporal, plural e fragmentada da identidade, que apresenta dois vieses: “a possibilidade de libertação do sujeito, de um lado, e de reforço à dominação das instituições, de outro lado”. Assim, “as organizações passam a ser percebidas como determinantes na trajetória socioprofissional das pessoas e na construção das suas identidades, assim também, como detentoras de uma suposta identidade, numa alusão ao *self* individual”.

Nesta mesma perspectiva de compreensão das possibilidades de estudo das identidades, Machado (2003) apresenta uma sistematização ao apontar quatro perspectivas de análise: pessoal, social, no trabalho e organizacional.

Machado (2003) conseguiu em seu estudo criar unidades conceituais com características individualizadas para as formas estruturadas de compreender a identidade. Apesar de discutida neste trabalho a impossibilidade de se realizar a análise dos objetos – como o indivíduo, o grupo e a organização – de forma separada, pois estes se interligam e interferem em suas construções internas e externas, vê-se no Quadro 3 uma possibilidade de explicação didática do tema, quando da compreensão das diferenças entre as identidades: pessoal, o conceito de si mesmo que orienta a ação individual; social, em que se tem a percepção de si mesmo em um ou vários grupos, direcionando os movimentos e refletindo a ação grupal; identidade no trabalho, em que se constrói o eu pela atividade que se realiza e pelas pessoas com quem se tem contado neste ambiente; e organizacional, que constrói o conceito de si a partir da organização em que se trabalha.

Faz-se importante observar neste momento que é utilizado neste trabalho o termo *identidade organizacional* como uma metáfora, já que a organização não é um ente em si. Ela é, sim, formada por pessoas e são as pessoas que formam o grupo dominante que determinam os processos, formais de socialização e os valores institucionais que devem ser internalizados pelos sujeitos. Porém, aqui foi denominada de tal forma por se entender tal denominação como mais palpável para a compreensão da definição durante o trabalho.

Quadro 3 – Distinção entre níveis de estudo da identidade

Tipo de identidade	Objeto de estudo	Meios de construção	Período de ocorrência	Espaços de construção	Finalidades
Identidade pessoal	A construção do autoconceito ao longo da vida do indivíduo	Diversos relacionamentos sociais, em diferentes esferas, bem como desempenho de papéis	Permanente, ocorrendo em todas as fases da vida	Múltiplos relacionamentos e papéis	Conformação do eu, em direção ao processo de individualização
Identidade social	A construção do autoconceito pela vinculação a grupos sociais	Interação a grupos sociais com finalidades diversas	Permanente na vida do indivíduo	Múltiplos grupos	Orientar e legitimar a ação, por meio do reconhecimento e da vinculação social
Identidade no trabalho	A construção do eu pela atividade que realiza e pelas pessoas com as quais tem contato no trabalho	Interação com a atividade e com as pessoas no trabalho	Na juventude, na idade adulta até a aposentadoria	Múltiplas atividades e grupos profissionais	Contribuir para a formação da identidade pessoal e atuar como fator motivacional
Identidade organizacional	A construção do conceito de si vinculado à organização na qual trabalha	Interação com uma instituição (com seus valores, objetivos, missão e práticas)	A partir da juventude, enquanto estiver vinculado a alguma instituição	Pode ocorrer em uma ou em múltiplas organizações	Incorporar as instituições no imaginário, de forma a orientar a ação nessas organizações

FONTE: Machado (2003, p.64)

O que se pode observar a partir dessas concepções acerca do conceito de identidade é que há várias possibilidades de formulação dos estudos sobre o tema, mas que, ao se estabelecer um contínuo neles, percebe-se que caminham do nível individual de análise para o nível social, no qual, como já exposto, entende-se que para a construção da identidade pessoal faz-se necessário observar os grupos ao qual o indivíduo se vincula.

Tomando como referência a necessária vinculação do indivíduo em grupos social, de trabalho e em organizações para a construção de sua identidade individual, dá-se enfoque daqui por diante à identidade profissional e à identidade organizacional.

2.3.1 Identidade profissional

A confrontação do indivíduo quando da saída da escola e de sua entrada no mercado de trabalho é, para Dubar (2005), o momento mais importante para a formação de sua identidade. É dessa confrontação que, segundo Dubar (2005, p.149), dependerá o modo como será construída uma “identidade ‘profissional’ básica que constitua não somente uma identidade no trabalho mas também e sobretudo uma projeção de si no futuro”.

A diferença – porém com correlações – entre a identidade no trabalho e a identidade profissional também é observada em Ghisleni (2010, p.55) quando fundamenta que “uma vez que a identidade profissional é construída pelo indivíduo no confronto com as relações de trabalho, no processo de identificação com os sujeitos inseridos nas relações”. Ou seja, há uma relação tênue entre as duas identidades, na medida em que para a formação da profissional é necessário observar o indivíduo estabelecendo relações de trabalho, “traduz-se que ao analisar a identidade no trabalho, seja possível desvendar o processo de construção do profissional”.

Para compreender a identidade profissional, é necessário compreender primeiro alguns aspectos relacionados ao conceito de profissão. Ghisleni (2010) sistematiza alguns destes conceitos principais (Quadro 4).

Pode-se observar que todos os autores – com exceção de Wilensky (1964) – acreditam que o conhecimento é compartilhado durante a formação em um ensino superior capaz de caracterizar o profissional como tal. Assim, toma-se para este estudo a definição de Wilensky (1964) como a mais adequada.

Isso porque trata-se aqui de duas profissões que têm o conhecimento científico universitário – médicos e enfermeiros – em sua formação, mas também se trata de profissionais que assim o são com o conhecimento que adquiriram para exercer a profissão em escolas técnicas de formação profissional – técnicos de enfermagem –, mas que, utilizando os outros construtos estabelecidos por Wilensky (1964), entende-se aqui como profissão. Todas as três profissões

cumprem os demais requisitos, apresentando: controle sobre a formação, utilidade social, associação profissional e proteção legal (quais sejam, COREN-MG para os enfermeiros e técnicos de enfermagem e CRM-MG para os médicos), além do Código de Ética.

A definição de profissão é importante para reconhecer os indivíduos pertencentes a ela como tais. A partir daí é que eles poderão formar suas identidades profissionais. A construção pessoal de uma estratégia identitária é posta por Dubar (2005) como a conjunção para o indivíduo da imagem de si, da avaliação de suas capacidades, da realização de seus desejos, da escolha da profissão, da obtenção de diplomas e da criação de estratégias pelas quais o indivíduo consiga vender a si como um profissional.

Quadro 4 – Paradigma da sociologia das profissões

Sociologia das profissões	Paradigma	Autores (início das publicações)	Conceito de profissão
	Funcionalista	Parsons (1939)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento científico universitário; • Utilidade social; • Reciprocidade assimétrica com cliente; • Código de Ética e Conduta.
	Interacionista	Hughes (1958)	<ul style="list-style-type: none"> • Monopólio do conhecimento científico universitário; • As interações no trabalho como definidoras da construção do profissional; • Percepção de si como profissional; • Juízo de valor e prestígio; • Licença e mandato.
	Funcionalista e Interacionista	Wilensky (1964)	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecimento técnico; • Controle sobre a formação; • Utilidade social; • Associação profissional e proteção legal; • Código de Ética.
	Poder das profissões	Freidson (1970)	<ul style="list-style-type: none"> • Autonomia no conteúdo e avaliação técnica – status; • Monopólio sobre o campo de conhecimento científico universitário; • Percepção de si como profissional; • Credenciais – controle sobre o mercado de trabalho pelo conhecimento.
	Abordagem sistêmica	Abbott (1988)	<ul style="list-style-type: none"> • Jurisdição da profissão sobre o trabalho; • Diagnóstico, inferência e tratamento; • Conhecimento abstrato acadêmico universitário; • Sistema de interdependência entre os grupos profissionais; • Monopólio da prática profissional; • Controle sobre a formação e o recrutamento.

FONTE: Ghisleni (2010, p.36)

Construir uma identidade profissional se baseia no que Berger e Luckmann (2011) chamam de "socialização secundária": a incorporação de conhecimento especializado (conhecimento profissional). Esse conhecimento inclui: vocabulário especializado, padronização de ações (fórmulas, proposições ou procedimentos), programa e "universo simbólico", que transmite uma visão de mundo. Ao contrário do conhecimento adquirido na socialização primária, são definidos e construídos a partir de uma área específica de atividade profissional.

A partir desses fatores, o indivíduo cria, segundo o autor, uma identidade profissional para si, que sofrerá ajustes e transformações ao longo da carreira, que ocorrerão para cada novo fator que se fizer presente neste caminho e que o indivíduo tomar como significativo.

A fim de realizar uma construção biográfica – ou seja, a identidade para si – de uma identidade profissional, segundo Dubar (2005, p.151), "os indivíduos devem entrar em relações de trabalho, participar de alguma forma das atividades coletivas em organizações, intervir de uma maneira ou de outra em representações", tornando-se, assim, ator desta construção de si.

Enxergando o indivíduo como ator deste processo, o autor destaca ainda, a importância deste fato para a construção das identidades virtuais deste profissional ao afirmar que é no espaço da organização no qual este indivíduo trabalha que é possível ocorrer a transação objetiva.

Pode-se assim tomar aqui duas definições complementares de identidade profissional. A primeira, descrita por Ghisleni (2010, p.51), entende que a identidade profissional que o indivíduo carrega "tem seu início a partir da saída do curso de formação e que ao confrontar a herança da imagem profissional de sua formação com a realidade das relações de trabalho, passa a projetar-se profissionalmente conforme suas expectativas e desejos do que quer para si". A segunda, definida por Schein (1996), entende que o indivíduo toma para a construção da sua identidade profissional alguns pontos de referência na área, ao determinar competências, objetivos e valores da profissão que exerce. Assim, para Schein (1996), o indivíduo forma seu autoconceito à medida que experimenta diversas experiências no seu trabalho, utilizando-se de suas aptidões, interesses e habilidades.

Ao realizar-se um apanhado da maioria das pesquisas brasileiras que investigaram a identidade dos profissionais de saúde nos últimos cinco anos, dando-se destaque aos três grupos pesquisados, apesar de terem sido focadas apenas as pesquisas mais recentes, pode-se

perceber que no período compreendido entre 1998 e 2006 esteve voltada para a identidade das enfermeiras.

Em estudo recente sobre como se configuram as identidades profissionais de enfermeiros que trabalham em um Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), Avelar e Paiva (2010) reconhecem um sujeito diferenciado, experiente, solitário, mais próximo das atividades assistenciais, em busca de capacitação e reconhecimento, envolto em relações de trabalho complexas. As autoras também constataram que o contato com a realidade e a aprendizagem construída diariamente no trabalho exerceram papel fundamental na construção identitária daqueles enfermeiros.

Ao tratar especificadamente dos traços identitários da enfermeira gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brito et al. (2008) evidenciaram os seguintes aspectos: preservação e reforço de identidade social da enfermeira; trajetória profissional como uma evolução da prática da assistência para o exercício da gerência; valorização da experiência prática e permanência em atividades ligadas à prestação da assistência direta ao paciente; identificação com a organização; e questões relativas à vida privada e à auto imagem positiva expressa pelas gerentes. Segundo as autoras, foi reforçada a importância da qualificação profissional do grupo na configuração da identidade social e profissional da enfermeira.

Borges e Silva (2010) constataram que a definição da identidade profissional dos enfermeiros fica prejudicada pela falta de clareza acerca do objeto de seu trabalho: o cuidar. Este fato é agravado, segundo as autoras, por pacientes e familiares que alegam não saber qual é o "real papel e o valor do trabalho da enfermagem". Para os enfermeiros, a "representação de cuidar guarda uma relação estreita com a ética, a promoção da vida e a humanização dos cuidados de saúde, remetendo a uma forma complexa e integral na produção do serviço de enfermagem" (BORGES e Silva, 2010, p. 828). Já o médico está ligado ao tratar, em que as especialidades médicas privilegiam a atenção à doença e resultam numa tarefa parcelada, que nem sempre tem significado e sentido para o paciente e os familiares.

No caso dos médicos, de acordo com Sabino e Luz (2011), que realizaram uma pesquisa com 12 médicos de ambulatório em dois hospitais do Rio de Janeiro, o local surge como instância negativa e monótona, que, de certa forma, dificulta o diagnóstico de novas patologias, pode tornar mais lenta a ascensão profissional e é visto como espécie de rito de passagem na construção da identidade profissional do médico. Neste sentido, os autores complementam

que “o ambulatório dos hospitais e postos de saúde, que são públicos e atendem as camadas mais baixas da população, são instância de provação para o médico novo” (SABINO e LUZ, 2011, p. 356).

Romano (2008), ao investigar a identidade profissional do médico de família, revelou a importância das habilidades relacionais desses profissionais e do tempo de escuta ao paciente contrapostas por impaciência, pressa em atender as pessoas, cobranças por produtividade e condições de trabalho precárias. Também pesquisando os médicos de família, Feliciano, Kovacs e Sarinho (2011) destacaram que o grupo entrevistado revelou significativa discrepância entre as expectativas e a realidade do trabalho, apresentou rejeição à priorização institucional da consulta e à cobrança de produtividade e considerou que está sofrendo uma perda da identidade profissional realizando atribuições tidas como dos enfermeiros. Esses elementos acabaram por favorecer, no grupo, o desenvolvimento de esgotamento e ineficácia profissional.

Em suma, considerando o trabalho como um elemento estrutural da identidade dos indivíduos, a identidade profissional consiste na forma como esses indivíduos apresentam-se e definem-se com base em suas atividades profissionais e sua participação em grupos profissionais, inseridos em relações de trabalho. Em uma organização, os profissionais partilham formas de fazer as coisas, mas também formas de “pensar” reconhecidas e validadas no local de trabalho. Essas formas de associação baseiam-se na “identidade organizacional” socializada naquele ambiente.

2.3.2 Identidade organizacional

A identidade de uma organização é constituída com base no conjunto de representações que seus integrantes formulam sobre o significado dessa organização, em um contexto social. Isto é, quem é uma organização "depende de como seus integrantes compreendem a si mesmos como uma organização" (WHETTEN e GODFREY, 1998, p. 33).

Segundo Fernandes *et al.* (2009), a identidade organizacional é entendida como uma “metáfora que exprime as percepções das pessoas acerca da essência de ‘quem somos nós como organização’ [...]”. Segundo esses autores, a análise dos estudos sobre esse tema remete à compreensão do significado que os indivíduos atribuem às organizações, ao modo como internalizam os valores e os atributos organizacionais e se categorizam como integrantes de

uma mesma organização e à relevância das organizações na sua autodefinição e autoestima.

Compreendendo-se então, a partir das definições apresentadas, que a identidade organizacional só pode ser vista como tal considerando o modo como os indivíduos que a constituem a enxergam, percebe-se que todas as ações de uma organização afirmam sua identidade, já que cada ação diferente fornecerá um novo elemento de análise da organização pelo indivíduo. Nesse sentido, o modo de agir, de expandir-se, de comunicar-se, de operacionalizar suas ações, além de outros aspectos, como estrutura física, localização, produtos e serviços, pode contribuir para a composição da identidade organizacional, afirma Machado (2001). A interpretação, ou a compreensão de si mesma, deve ainda estar apoiada na observação do ambiente em que a pessoa está inserida.

Um novo elemento acrescentado à definição de identidade organizacional por Gioia, Schultz e Corley (2000) é a característica de mudança constante. Para os autores, a maioria dos estudos define a identidade organizacional como sendo a percepção coletiva dos membros da organização das características presumidas como centrais, duráveis e que as distingue das demais, apresentando uma estreita relação com a imagem organizacional. Mas, segundo eles, a identidade organizacional é, em verdade, relativamente dinâmica e a aparente durabilidade é algo ilusório, que está contido apenas nos artefatos usados pelos membros das organizações.

Para distinguir a estreita relação entre imagem e identidade organizacional, pode-se observar que para Albert e Whetten (1985) “identidade” é aquilo que é central, durável e distinto na organização. Já a “imagem organizacional”, segundo Dutton e Dukerick (1991), envolve as formas que os membros da organização acreditam que os outros veem a organização.

Assim, correlacionando os elementos encontrados nas definições até aqui apresentadas, como a necessária presença dos indivíduos para a formação da identidade organizacional, o ambiente no qual se insere e sua característica dinâmica, Asforth e Mael (1996), estabelecem que a identidade organizacional é o julgamento dos indivíduos sobre os diferentes aspectos, centrais e duradouros da organização. Para esses autores, tais aspectos centrais, estão ligados ao sistema de crenças, valores e normas da empresa. Já os aspectos distintos estão relacionados à exclusividade da organização, referência para garantir a identificação organizacional e definir as fronteiras da organização. O último elemento, o duradouro, é que garante a continuidade da empresa e sua constante transformação. A identidade é socialmente

construída no âmbito organizacional, em torno das percepções dos indivíduos sobre a essência ou a “alma” da organização.

É com base nessas percepções que se estabelece a representação da organização, sendo essa expressa por seus membros por meio de comportamentos, comunicação e simbolismo. A idealização e a fantasia também fazem parte desse processo e explicam a tendência de as pessoas se identificarem com as organizações, principalmente quando elas representam uma possibilidade de conexão com seus atributos e desejos pessoais. Esses elementos compartilhados na organização “delineiam a percepção das pessoas sobre a essência da organização, sobre sua identidade organizacional” (FERNANDES *et al.*, 2009), o que contribui para as pessoas encontrarem resposta para a questão “quem somos nós como organização”, construindo os sentidos sobre “o que é a organização”.

Nesse sentido, a identificação com a organização tem uma associação linear e positiva com a realização de desejos (MAEL e ASHFORTH, 1992). Entretanto os objetivos, a missão, as práticas e os valores presentes na organização também contribuem para dar forma às identidades organizacionais, diferenciando uma da outra, aos olhos dos seus integrantes (SCOTT e LANE, 2000).

2.4 Identificação

O estudo das identidades pessoal e profissional permite concluir que é a partir das pessoas envolvidas com a organização que a identidade desta se forma. Tal fato ocorre por meio de sucessivas identificações entre o indivíduo e a organização.

Diante de duas conceituações sobre o termo *identificação*, uma advinda da psicanálise e outra da sociologia, Fernandes (2008) observa que para a psicanálise a identificação é um conceito central, entendido como “processo psicológico pelo qual o sujeito assimila um aspecto, uma propriedade, um atributo do outro, e se transforma, total ou parcialmente, segundo o modelo dessa pessoa” (LAPLANCHE; PONTALIS, 1985, p. 295).

Fernandes (2008, p.44), compreende que “a personalidade, entendida como ação e ato de se identificar, de reconhecer-se como idêntico e de tornar-se idêntico ao outro, seria constituída e diferenciada por uma série de identificações”, inferindo que é a partir dos processos identificatórios que se constrói a identidade.

Adicionando a perspectiva sociológica, Fernandes (2008, p. 45) ressalta que “além de o sujeito incorporar a maneira de sentir, pensar, ser e agir de um grupo, incorporaria também a sua visão de mundo, sua relação com o futuro, suas possibilidades, além de interiorizar os seus valores, normas e códigos simbólicos”. A autora oferece um resumo das contribuições mais relevantes para sistematizar as conceituações acerca da identificação organizacional com as contribuições dos principais autores sobre o tema (Quadro 5).

Quadro 5 – Conceituações acerca da identificação organizacional

Autor	Conceituação
Aronson (1992)	Resposta à influência social produzida pelo desejo de o sujeito ser como o influenciador.
Ashforth e Mael (1989)	Estabelecimento de um vínculo psicológico do sujeito com a organização, o que afetaria a sua autodefinição, auto-estima, ganhos ou perdas psíquicas.
Cheney (1983)	Processo social ativo pelo qual os sujeitos vinculam-se a outros elementos no cenário social.
Dutton, Dukerich e Harquail (1994)	Vinculação cognitiva pela qual o sujeito se autoconceitua com os mesmos atributos percebidos na identidade organizacional.

FONTE: Fernandes (2008)

Duas teorias contribuíram e são ainda referência sobre o processo de identificação organizacional: teoria da identidade social (SIT) e teoria da categorização do *self* (SCT), propostas por Tajfel (1978; 1981) e Tajfel e Turner (1979; 1985), em que descrevem que a identificação e o senso de pertencimento com grupos sociais são parte importante da constituição do autoconceito. Para estabelecer esta identificação os autores, apontam três componentes: o cognitivo, o afetivo e o valorativo.

No componente cognitivo entende-se que o indivíduo, ao se sentir parte de um grupo, assume os protótipos e estereótipos deste, como forma de distinção e caracterização do grupo a que pertence dos demais, ligando este componente à autocategorização e à autodefinição do indivíduo.

No componente afetivo há a ligação entre os grupos ao qual o indivíduo pertence e os sentimentos trazidos por eles. Assim, os grupos que trazem uma autodefinição positiva para o

indivíduo levam a uma aproximação deste com aquele. Já os grupos que trazem uma autodefinição negativa para o indivíduo levam a um afastamento.

Por fim, no componente valorativo ocorre uma relação entre a percepção do indivíduo do valor do grupo do qual faz parte em relação aos outros. Assim, o indivíduo teria maior tendência a compartilhar valores, normas e crenças de grupos percebidos com prestígio, o que afetaria sua autodefinição.

Dependendo da forma como os indivíduos pertencentes a uma organização estabelecem seus vínculos com estes três componentes, pode-se compreender o quanto e como se identificam com a mesma.

Essa identificação é ressaltada, segundo Fernandes (2008), por seus aspectos benéficos para as pessoas, que, ao se identificarem com a organização, podem afetar sua autoestima por meio de uma estabilidade durante seu processo de autodefinição; e para a organização, por meio dos “engajamentos cognitivo e afetivo das pessoas e à vinculação dos objetivos pessoais e organizacionais, promovendo a prevalência de comportamentos voltados para os interesses coletivos”, como descrito por Fernandes (2008, p.63).

O que concorre para desestabilizar essa correlação positiva são os processos extremos de identificação das pessoas com as organizações, aqui designados de “superidentificação” e “desidentificação”. Fernandes (2008, p.64) conceitua superidentificação como sendo “os processos identificatórios nos quais existe uma relação de dependência psicológica do sujeito com a organização no seu processo de autodefinição” e desidentificação como o distanciamento e a falta de conexão entre indivíduo e organização.

Esclarecidos os aspectos teóricos que serviram de base para a realização da pesquisa e a análise dos seus resultados, realiza-se na seção seguinte o detalhamento dos procedimentos metodológicos utilizados.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Dentre as diversas possibilidades para a construção do percurso a ser seguido quando do início de uma pesquisa, necessita-se estabelecer de forma clara o método de pesquisa, já que, segundo Lakatos e Marconi (2006), é este que permite traçar o caminho a ser seguido, por meio do delineamento de atividades sistemáticas e racionais. Assim, tendo sido feita a revisão de literatura pertinente aos objetivos traçados nesta pesquisa, apresentam-se a seguir os procedimentos metodológicos utilizados, bem como a caracterização do hospital onde as entrevistas foram realizadas.

3.1 Caracterização da pesquisa

A metodologia de pesquisa deve conseguir guiar o pesquisador para o atingimento dos objetivos propostos. Este trabalho caracteriza-se como um estudo qualitativo, já que, como explicitado por Lakatos e Marconi (2006), a metodologia qualitativa, ao contrário da quantitativa, não utiliza amplas amostras, pois seu objetivo é buscar uma análise mais detalhada sobre as investigações realizadas, preocupando-se com o conteúdo psicossocial dos dados obtidos. Haverá aqui a preocupação com a complexidade do tema, aliado à complexidade do objeto que, por suas características intrínsecas, dão sustentação à escolha metodológica, pois como explicita Chizzotti (1991, p.79):

A abordagem qualitativa parte do fundamento de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito.

Sendo a Administração uma ciência social, tal metodologia se adequa a este trabalho na medida em que, segundo Minayo (2007), as Ciências Sociais preocupam-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, apresentando seus significados, motivos e atitudes, utilizando-se, assim, da pesquisa qualitativa para responder a questões particulares.

Como argumenta Chizzotti (1991), a pesquisa qualitativa se volta para a análise do fato em sua complexidade e contradições, observando-se os aspectos de imprevisibilidade e originalidade existentes nas construções interpessoais e sociais.

Esta pesquisa caracteriza-se também como sendo do tipo descritiva. Isso porque ela “observa, registra, analisa e correlaciona fatos ou fenômenos (variáveis) sem manipulá-los”, como observado por Cervo e Bervian (2002, p.66).

O valor deste tipo de pesquisa, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006), está no fato de ao escolher uma questão base, o pesquisador coleta as informações que especificam propriedades e características importantes do fenômeno em questão.

Por fim, trata-se de um estudo de caso, que, segundo Yin (2005, p. 20), “permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos acontecimentos da vida real”, como “processos organizacionais e administrativos”, e “representa a estratégia preferida quando se colocam questões do tipo ‘como’ e ‘por que’”, casos em que “o foco se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real”.

Tais características podem ser encontradas quando se analisa o conteúdo do objetivo geral e dos objetivos específicos desta pesquisa (Quadro 6).

Quadro 6 – Caracterização da pesquisa

Característica da pesquisa	Autor referência	Propriedade da característica	Conteúdo do objetivo geral e específicos
Estudo Qualitativo	Lakatos e Marconi (2006)	a) Não utiliza amplas amostras; b) Busca uma análise mais detalhada sobre as investigações realizadas.	a) Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS (seleção de 10 profissionais de cada grupo); b) Configuração das identidades profissionais e da identificação organizacional.
Tipo Descritivo	Cervo e Bervian (2002)	Correlaciona fatos ou fenômenos sem manipulá-los.	Verbos do objetivo específico: identificar, comparar, depreender, listar.
Método de Estudo de Caso	Yin (2005)	a) Adequado para responder questões do tipo ‘como’ e ‘por que’; b) Foco em fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real.	a) Verbo encontrado no objetivo geral: “Compreender como se configuram [...]”; b) Fenômenos: identidade e identificação; Contexto: Hospital Sigma.

FONTE: Elaborado pela autora

Confirmada a adequação das características ao estudo apresentado, expõem-se a seguir as informações referentes ao universo, à amostra e à seleção dos sujeitos.

3.2 Universo, unidades de análise e seleção dos sujeitos de pesquisa

O universo desta pesquisa se caracteriza por considerar médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem que trabalhavam no HS no momento da pesquisa. Ao todo, tem-se um universo de 1.059 profissionais (dados obtidos no mês de abril de 2012), estando distribuídos entre as profissões, contabilizam: 385 médicos, 148 enfermeiros e 526 técnicos de enfermagem.

Para efeito de seleção de uma quantidade de sujeitos capaz de expressar em manifestações – ditas e ocultas – a identidade profissional e organizacional deste universo, utilizou-se a técnica de amostragem não probabilística, também chamada “amostragem por conveniência”, que, segundo Sampieri, Collado e Lucio (2006, p.272) é de grande valor para as pesquisas com enfoque qualitativo, por conseguir “proceder cuidadosamente e com uma profunda imersão inicial no campo – obter os casos (pessoas, contextos, situações) que interessam ao pesquisador e que oferecem uma grande riqueza para a coleta e a análise dos dados”.

Por fim, utilizou-se o tipo de amostragem definido como “amostra variada”, que, como observam Sampieri, Collado e Lucio (2006, p.274) tem por objetivo “documentar diversidade para buscar diferenças e coincidências, padrões e particularidades”. Por este motivo, não foram estabelecidos critérios como tempo de exercício da profissão ou tempo de trabalho no HS. Preocupou-se apenas em trazer para a pesquisa indivíduos dos mais diferentes setores do hospital tanto quanto fosse possível, retirando assim um possível viés de identificação de alguns setores da organização em específico.

Como as entrevistas foram realizadas no próprio hospital, algumas vezes até dentro do setor em que os indivíduos trabalhavam, foi preciso contar com o fator disponibilidade. Por várias vezes, os profissionais não podiam comparecer à entrevista no horário marcado por estarem fazendo o atendimento de algum paciente que teve complicações ou que chegou em urgência, bem como pelo fato de seu setor estar com elevado número de pacientes para serem atendidos.

Assim, estabeleceu-se uma rotina para a seleção dos sujeitos, que contou com a coordenação de uma analista de recursos humanos do hospital. Conhecendo os profissionais por manter maior proximidade com eles, ela pré-selecionava aqueles que teriam mais disponibilidade em participar das entrevistas (que chegaram a ter duração máxima de duas horas e mínima de 22 minutos), fazia contato por telefone ou ia pessoalmente ao setor de trabalho do profissional,

agendando dia e hora convenientes para eles. Tendo ocorrido que alguns entrevistados não compareceram nos horários agendados, percebeu-se que se fazia necessário lembrá-los com algumas horas de antecedência e relembrá-los pouco antes da realização da entrevista, para que conseguissem se organizar diante das demandas não previstas.

Depois de alguns dias de realização das entrevistas, houve algumas demandas voluntárias de participação da pesquisa (principalmente por parte dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem), por terem estes indivíduos tomado conhecimento pelos colegas como eram as entrevistas e por, segundo eles mesmos, estarem tendo a oportunidade de falar sobre si, sua profissão e a organização. Todavia não houve tempo hábil para que um número maior de entrevistas fosse feito. Assim, estabeleceu-se um quadro de dez entrevistados para cada uma das profissões, ficando por fim dispostos como pode ser visto na Figura 2.

Setor de Trabalho e/ou Especialidade	M	E	TE
Ambulatório			■
Bloco Cirúrgico		■	■
CCIH	■	■	
Cirurgia Geral	■		
Clínica Cirúrgica		■	■
Clínica Médica	■	■	■
CME		■	■
CTI	■	■	■
Maternidade	■	■	■
Ortopedia	■		
Pediatria	■		
Poli 09			■
Poli 10			■
Pronto Socorro		■	
Radiologia	■		
SESMT	■	■	
Terapia Nutricional	■	■	
Tomografia			■

■ Médico entrevistado

■ Enfermeiro entrevistado

■ Técnico de enfermagem entrevistado

Figura 2 – Profissionais entrevistados, por setor de atuação e/ou especialidade

FONTE: Elaborado pela autora

3.3 Coleta de dados

Ao tratar-se de um objeto de estudo repleto de possibilidades em seu interior e em suas relações sociais, é necessário compreender que “os dados não são coisas isoladas, acontecimentos fixos, captados em um instante de observação. Eles se dão em um contexto fluente de relações” (CHIZZOTTI, 1991, p. 84).

Objetivando abarcar o maior número de representações sobre o fenômeno a ser estudado quanto aos procedimentos utilizados para a obtenção de dados, adotaram-se a pesquisa bibliográfica, a análise documental, a observação e a entrevista semiestruturada.

A pesquisa bibliográfica foi realizada a partir da reunião de dados secundários, o que mostra a vantagem deste tipo de pesquisa, na medida em que possibilita ao pesquisador o acesso a diferentes autores (nacionais e estrangeiros), apresentando, assim um, apanhado sobre o assunto tratado, qual seja, identidade. Para tanto, buscou-se apoio nos principais autores sobre o tema. Dessa seleção resultou a elaboração do referencial teórico deste trabalho, auxiliando a contextualização do problema de pesquisa proposto.

A pesquisa documental compreendeu a análise de documentos do HS, como os utilizados no treinamento introdutório de novos funcionários (em que vários elementos identitários são encontrados). Segundo Yin (2005), os documentos são importantes para confirmar evidências apreendidas de outras fontes e para verificar com exatidão nomes, cargos e detalhes de eventos citados nas entrevistas. A compreensão dos elementos presentes nestes documentos proporciona a formalidade das relações estabelecidas e ajudou na busca pelas relações de fato constituídas no hospital.

A observação foi realizada com o objetivo de explicitar processos que se estabelecem no hospital, bem como a inter-relação entre as pessoas e suas situações ou circunstâncias vivenciadas na organização capazes de interferir na construção de sua identidade, bem como em sua identificação, alcançando, assim, o objetivo de uma observação como descrito por Jorgensen (1989).

Durante o mesmo período da observação, ocorreram as entrevistas semiestruturadas com profissionais de cada uma das três categorias pesquisadas, realizadas neste ano em um intervalo de tempo de um mês. A entrevista, segundo Yin (2005, p. 279), tem por objetivo

“compreender as perspectivas e experiências dos entrevistados”, possibilitando “conhecer o significado que o entrevistado dá aos fenômenos e eventos de sua vida cotidiana, utilizando seus próprios termos”, e que permitindo ao pesquisador conduzi-la de forma a ter dados que levem a uma análise mais bem estruturada.

Para esta etapa de entrevista, foi elaborado um roteiro semiestruturado, que serviu de guia (Anexo A). Porém, nem sempre todas as questões foram feitas aos profissionais. Isso aconteceu porque esperava-se uma resistência deles em falar de questões tão particulares como seus sentimentos, fatores que formam suas identidades e de relações, por vezes, complexas entre as três categorias profissionais. Porém, a maioria dos entrevistados tomou a entrevista como uma conversa com alguém já conhecido, contando elementos de suas vidas particulares que não eram esperados com tanta riqueza de detalhes, respondendo às questões antes mesmo que fossem feitas.

As perguntas foram construídas de forma a contemplar os dois elementos principais contidos no problema de pesquisa: compreender como se configuram as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS (Quadro 7) e compreender como se configura a identificação de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com o HS (Quadro 8).

No final de cada entrevista, foi apresentada aos entrevistados uma representação gráfica (Anexo B) de Shamir e Kark (2004), adaptada por Fernandes (2008), que traz o vínculo psicológico dos trabalhadores com a organização. Ela contém dois círculos, um branco e um azul (representando o indivíduo e a organização), em sete configurações de identificação, desde a desidentificação até a superidentificação, trazendo a possibilidade de reconhecer qual o vínculo que o profissional entende ter com a organização e os motivos para isso.

Conforme recomendação do COEP-UFMG, todos os entrevistados receberam duas vias do TCLE (Anexo C), uma que foi assinada e entregue ao pesquisador no momento da entrevista e outra que ficou sob a posse deles. Todas as entrevistas foram gravadas com o consentimento dos profissionais, totalizando 28 horas de gravação, distribuídos em 11 horas de entrevistas com os técnicos de enfermagem, 9 horas com os enfermeiros e 8 horas com os médicos.

Quadro 7 – Correspondência entre as perguntas do questionário e as identidades

Objetivo a ser alcançado	Nível de Análise	Pergunta referente
Explicitar como se configuram as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS	Identidade no Trabalho	Quais são as principais dificuldades do seu trabalho?
	Identidade Profissional	Quais foram os principais motivos para a escolha da sua profissão?
	Identidade no Trabalho	Como é sua relação com os pacientes/pares/subordinados/médicos/enfermeiros/ técnicos de enfermagem?
	Identidade Profissional	Enquanto você estava estudando, como imaginava que seria seu trabalho? Por quê?
	Identidade Profissional	Quais elementos da sua vida acadêmica ainda estão presentes na sua atuação profissional?
	Identidade Profissional	Você já teve vontade de mudar de profissão? Por quê?
	Identidade Pessoal/ Profissional/ no Trabalho/ Organizacional	Quem é você? Quem é você enquanto técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a)? Quem é você enquanto técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) do HS?
	Identidade Profissional	Fale um pouco mais sobre sua trajetória profissional, desde o início, se possível.
	Identidade Profissional	Como é o seu dia a dia de técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a)?
	Identidade Profissional/ Organizacional	Para quem você trabalha?
	Identidade Profissional	Do que você mais gosta na sua profissão? O que lhe causa mais prazer, satisfação e alegria? O que mais detesta na sua profissão? O que lhe causa mal-estar, angústia?
	Identidade Pessoal	Como e onde você se vê no futuro?
	Identidade Pessoal/ Profissional/ Organizacional	Como você é reconhecido pelo seu trabalho dentro e fora do hospital?
Identidade Pessoal/Social/ Profissional/	Hipoteticamente falando, se você pudesse fazer três pedidos ao gênio da lâmpada mágica, o que pediria? Por quê?	

FONTE: Elaborado pela autora

Quadro 8 – Correspondência entre as perguntas do questionário e as identificações

Objetivo a ser alcançado	Nível de Análise	Pergunta referente
Explicitar como se configuram as a identificação dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem com o HS	Identificação Organizacional	O que é ser técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) no HS?
	Identificação Organizacional	Quais são suas funções aqui?
	Identificação Organizacional/ Profissional	O que é para você trabalhar no HS?
	Identificação Organizacional	O que te faz mais feliz de trabalhar aqui? O que te faz triste por trabalhar aqui? O que acontece que te faz ter vontade de sair do hospital?
	Socialização	Quando você entrou no HS, você passou por algum treinamento? Acontecem treinamentos periódicos? Se sim, de que tipo? Acontecem comemorações no hospital, como festas de fim de ano?
	Identificação Organizacional/ Profissional	O que facilita sua ação como técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) do HS? O que dificulta?
	Identificação Profissional/ Organizacional	Como você é reconhecido pelo seu trabalho dentro e fora do hospital?
	Identificação Organizacional	Representação gráfica. Explique a representação que você marcou. Por que você se sente assim?

FONTE: Elaborado pela autora

O que se pretendeu ao final da obtenção destes dados, utilizando-se dos métodos, procedimentos e instrumentos acima citados, foi “entender o significado do sistema próprio dos entrevistados”, já que “não se podem antecipar os aspectos do sistema significativo, nem o contexto do funcionamento da totalidade que só é possível conhecer posteriormente” (LAKATOS e MARCONI, 2006, p.274).

3.4 Tratamento dos dados

As entrevistas foram transcritas em sua íntegra e tabuladas de forma quantitativa, em um primeiro momento. Realizada a análise de cada uma das perguntas, por entrevistado,

procedeu-se à construção das tabelas, agrupando-se os elementos das respostas, separando-se também, os estratos mais significativos das entrevistas.

Em um segundo momento, as entrevistas foram submetidas a análise de conteúdo. De acordo com Bardin (2004), este procedimento tem por objetivo captar a inferência, isto é, apurar a dedução lógica de conhecimentos, que é precedida pela descrição das características pesquisadas, a serem organizadas por meio de categorias. A interpretação sucede a inferência. É a etapa em que se atribui sentido às características, com base no referencial teórico. Vergara (2008, p. 16) ensina que a análise de conteúdo “presta-se tanto aos fins exploratórios, ou seja, de descoberta, quanto aos de verificação, confirmando ou não hipóteses ou suposições preestabelecidas”.

A categorização, segundo Bardin (2004), consiste em classificar os elementos característicos de um conjunto, baseados na diferenciação. Desse modo, as categorias agrupam elementos constitutivos com particularidades em comum sob um título genérico.

Ao compreender que muitos aspectos relacionados ao objeto de estudo podem ser silenciados, mas que nem por isso deixam de estar presentes e de se fazer relevantes à análise dos dados, corrobora-se nesta pesquisa com Chizzotti (1991, p. 84) quando ressalta:

Na pesquisa qualitativa todos os fenômenos são igualmente importantes e preciosos: a constância das manifestações e sua ocasionalidade, a frequência e a interrupção, a fala e o silêncio. É necessário encontrar o significado manifesto e o que permaneceu oculto.

Por esse motivo, foi utilizada a grade aberta de análise, na qual, segundo Vergara (2008), as categorias não são definidas de forma preliminar, e sim à medida que vão surgindo durante a pesquisa, o que possibilita, ainda, o rearranjo delas durante o processo de análise.

Entende-se que não há possibilidade de separação entre os conteúdos de análise em se tratando de identidade e de identificação. Como pode ser observado na Figura 3, estabeleceram-se duas categorias, reconhecendo-se que há uma forte conexão entre elas. Foram definidos dois grupos principais de categorias: o ser profissional de saúde; e o ser profissional de saúde no HS.

O grupo *o ser profissional de saúde* abarca as categorias: *o profissional indivíduo versus o indivíduo profissional*; *prazeres e desprazeres da profissão*; e *expectativas para a profissão e a realidade encontrada pelos profissionais*. Todas estão voltadas para identificar como os

médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem entrevistados constroem suas identidades profissionais e para comparar as identidades profissionais dos três grupos.

O grupo *o ser profissional de saúde no HS* abarca as categorias: *o ser médico no HS*; *o ser enfermeiro no HS*; e *o ser técnico de enfermagem no HS*. Todas estão voltadas para apreender o nível de identificação dos profissionais entrevistados com a organização em que trabalham e para listar os fatores considerados relevantes para esses profissionais no que se refere à identificação com a organização.

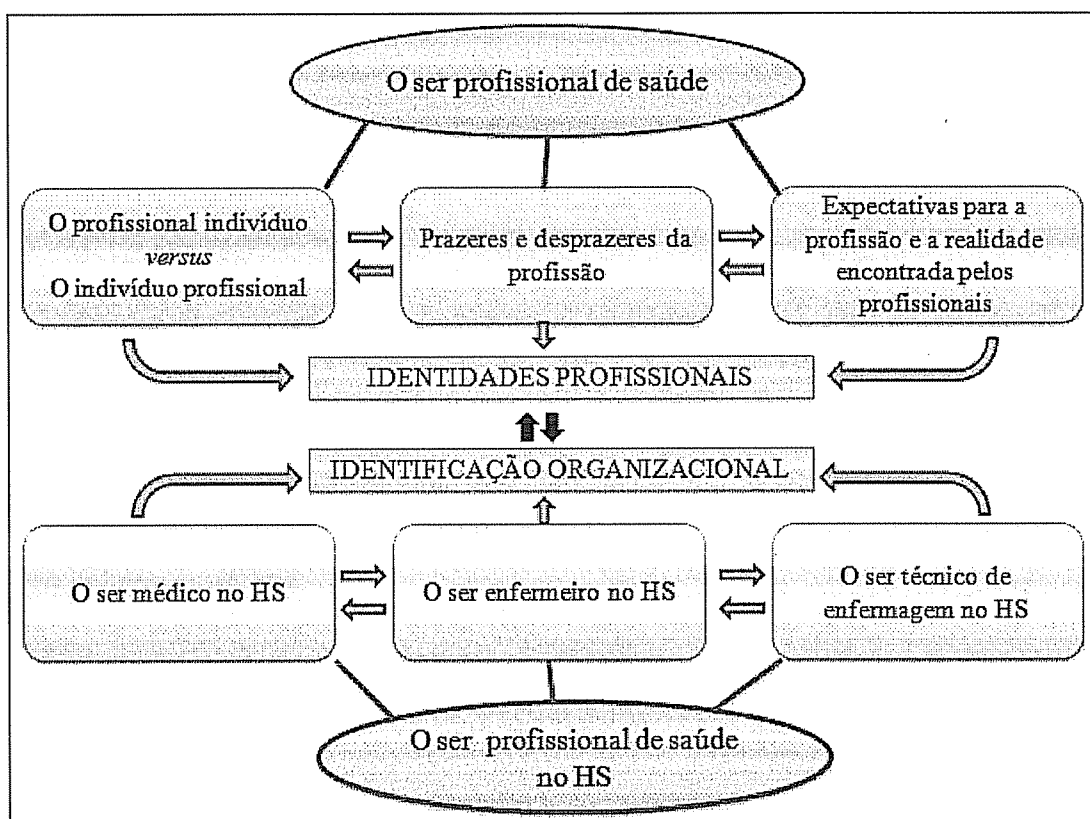


Figura 3 – Categorias de análise

FONTE: Elaborada pela autora

Tendo-se explicitado a metodologia a ser adotada, procede-se no item a seguir à caracterização da organização em que os estudos foram desenvolvidos.

3.5 Hospital Sigma: caracterização da instituição

O HS foi inaugurado na década de 1990, com recursos advindos dos governos Estadual e Federal. Tinha por objetivo atender a uma demanda da região Norte de Belo Horizonte, que

até então precisava se deslocar até a região hospitalar da cidade para obter atendimento de saúde.

A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) gerenciou o hospital até maio de 2006, quando a Fundação de Desenvolvimento da Pesquisa (FUNDEP) passou a exercer este papel. Isso ocorreu para reorganizar a forma de gestão do hospital. As metas iniciais eram: abertura de leitos da Clínica Médica e Cirúrgica; ativação do Centro Cirúrgico; e ampliação dos leitos de cuidado intensivo de adultos. Assim, mediante convênio firmado entre FHEMIG, FUNDEP, UFMG e SES, todos os participantes tornaram-se responsáveis por cooperar na gestão do HS, tendo cada um deles suas referidas responsabilidades (Figura 4).

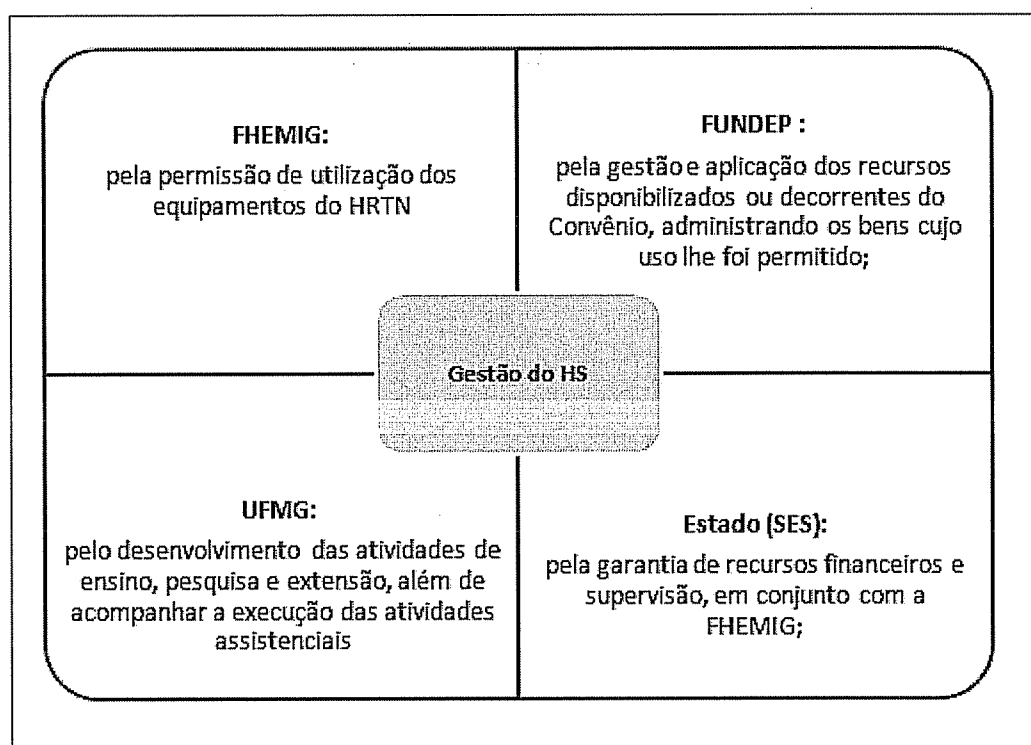


Figura 4 – Responsabilidades dos participantes do convênio de gestão do HS

FONTE: Elaborado pela autora

Em 2009, o hospital obteve a certificação como Hospital de Ensino, conferida pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério da Educação. Isso viabilizou a inserção de residentes, alunos e docentes de diversas áreas na dinâmica do hospital, trazendo uma nova referência para as pesquisas relacionadas à assistência de urgência e emergência traumatológica em adultos e crianças.

Hoje, o hospital define seu perfil como um hospital de ensino, com atendimento integral pelo Sistema Único de Saúde, que atende a uma população estimada em 1,1 milhão de pessoas, residentes no eixo Norte da Região Metropolitana de Belo Horizonte (que engloba os municípios de Ribeirão das Neves, Vespasiano, Santa Luzia, Pedro Leopoldo, Matozinhos, Confins, Esmeraldas, Jaboticatubas, Contagem e São José da Lapa), atingindo uma média de 11 mil atendimentos realizados por mês, possibilitados pelos 1.700 profissionais que compõem o quadro do HS.

Assim como previsto, houve a abertura de leitos que hoje totalizam 392, distribuídos entre: 96 na Clínica Médica, 84 na Clínica Cirúrgica, 30 no CTI adulto, 5 no Poli 10, 26 na Maternidade, 5 no Berçário e 146 no Pronto-Socorro, havendo, ainda, 6 salas cirúrgicas à disposição para o atendimento.

O HS apresenta um modelo de assistência centrado no paciente. As Linhas de Cuidados, responsáveis por descrever o caminho que o paciente irá percorrer dentro do hospital, conta com os setores Clínico, Cirúrgico, Intensivo e Materno-Infantil, estando sob a coordenação de médicos e enfermeiros. Estes também coordenam as Linhas de Apoio Diagnóstico, compostas por Laboratório, Radiologia, Tomografia, Ecografia e Endoscopia. Há ainda, a presença das Linhas de Apoio Administrativo, ao Ensino e a Pesquisa, que, sob a responsabilidade de profissionais especialistas, abrangem os setores de Recursos Humanos, Financeiro, Suprimentos, Infra Estrutura e o NEPE.

3.6 Descrição dos sujeitos pesquisados

Para que um perfil dos entrevistados fosse traçado, antes do início de cada entrevistas, alguns dados foram colhidos a partir de um pequeno questionário (anexo D). As respostas obtidas levaram à construção deste item. A descrição será feita em separado para cada uma das categorias, para permitir a compreensão das especificidades de cada uma delas. Os entrevistados serão identificados por letras, de A até J.

3.6.1 Perfil dos técnicos de enfermagem

No que diz respeito à faixa etária, a Tabela 1 mostra que 60% dos entrevistados têm de 36 a 45 anos. Este dado revela que para muitos a profissão de técnico de enfermagem surgiu como uma possibilidade de, por meio de um curso técnico, tornarem-se qualificados e conseguirem

um emprego, já que para a maioria destes profissionais fazer um curso superior não é a primeira opção de continuidade dos estudos ao final do ensino médio, seja por falta de recursos para pagar uma faculdade particular, por falta de tempo para se dedicar a um curso superior ou por não ter condições de fazer um cursinho para entrar em uma universidade pública.

Tabela 1 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por faixa etária

Faixa etária	Número de entrevistados
De 25 a 30 anos	2
De 31 a 35 anos	0
De 36 a 40 anos	3
De 41 a 45 anos	3
De 46 a 50 anos	1
De 51 a 55 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quanto à escolaridade, há um dado interessante a ser considerado: apesar de 60% possuírem apenas o nível técnico, 40% cursaram ou estão cursando um curso superior. (Tabela 2)

Tabela 2 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Número de entrevistados
Técnico	6
Superior em andamento	3
Superior completo	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

A entrevistada que já possui superior completo em enfermagem não trabalha como enfermeira porque não queria sair do HS. Apesar de, segundo a mesma, ter sido aprovada em um processo seletivo interno, não foi chamada para ocupar o cargo. Em sua fala, mostra como é para ela difícil não conseguir trabalhar como enfermeira após ter concluído o curso:

[...] hoje, o que tá me deixando triste é isso, eles não me chamarem pra enfermeira. Tá me deixando triste demais. Dói tanto! Porque eles falaram assim: “Vocês vão participar do processo seletivo mais não tem vaga”. Mais, com o surgimento, a gente vai chamando, *né*, beleza. Mais, a partir do momento que chama o fulano de fora [silêncio], se o fulano passou na minha frente, tudo bem, mais do que justo. Mais nem isso eu sei. (Técnico E)

Dois dos três entrevistados que estão cursando uma faculdade não fazem o superior em enfermagem, porque, segundo eles, o valor de remuneração acrescido por ter ensino superior na área não compensa o investimento. Além disso, acreditam que como técnicos eles têm maior mobilidade entre as organizações de saúde do que os enfermeiros, tendo escolhido seus cursos superiores nas áreas que acreditam ter vocação e que serão mais felizes ao exercer a profissão.

Quanto ao tempo de formado no curso técnico, não houve nenhum entrevistado com menos de cinco anos de formado. Quando se relaciona este fato com a Tabela 1, percebe-se que estes indivíduos ou terminaram o ensino médio mais tarde ou demoraram a entrar no curso técnico após a formação nesse. Isso corrobora com a análise feita, quando da exposição da Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por tempo de formado

Tempo de formado no curso técnico	Número de entrevistados
De 5 a 10 anos	6
De 10 a 15 anos	4

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

A Tabela 4 mostra que 80% dos entrevistados já trabalharam em alguma instituição antes de entrar no HS. A maioria afirmou ou que saíram dessas instituições por incompatibilidade de horários com outros trabalhos que realizavam, por insatisfação com o contrato de trabalho ou por insatisfação com no modo como as rotinas de trabalhado deviam ser executadas.

Tabela 4 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS

Trabalhou em outra instituição	Número de entrevistados
Sim	8
Não	2

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quando se adicionar a esta análise a Tabela 5, percebe-se que a maioria dos entrevistados em alguma época de suas carreiras já conciliou o trabalho em duas ou mais instituições diferentes, mas aqueles que entram no HS preferem trabalhar nele por questões como as expostas pelo técnico H:

Trabalho bem menos [no outro emprego que tem]. Só que o ambiente pra trabalhar eu prefiro aqui. Lá, eu tenho meu ar-condicionado [...]

mais a instituição não é uma instituição harmoniosa; é uma instituição que visa completamente o capitalismo, que visa completamente o lucro, dinheiro. Então, assim, é um lugar carregado; é um lugar muito mais pesado pra você trabalhar. São extremamente inflexíveis. Você não consegue nada com a sua chefia imediata [...] Aí, te deixa extremamente desmotivado, desarticulado [...] Porque antes você ganhar menos num lugar, mais você conseguir ter muito mais, um contato mais próximo com as suas lideranças [...], igual aqui [...] É uma pessoa que você para ela no corredor, ela te pergunta, ela sabe quando você tá de mau humor, quando você tá bem humorado, quando você tá acontecendo alguma coisa. Ela te pergunta: “o que tá acontecendo? Que cara é essa? Por que disso? Por que daquilo? Vão lá na minha sala. Vão conversar”. Te dá uma abertura pra isso. Eu acho que isso é muito importante, e coisa que lá a gente não tem.

Tabela 5 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por tempo de trabalho no HS

Tempo em que trabalham no HS	Número de entrevistados
De 1 mês até 11 meses	2
De 1 ano até 5 anos	2
De 6 anos até 10 anos	4
De 10 anos até 15 anos	2

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

A Tabela 6 mostra que 40% dos entrevistados trabalham em dois ou mais empregos. Esta é uma prática comum entre os profissionais de saúde, que se repete nas três categorias estudadas. Tal fato ocorre por vários motivos, mas o mais recorrentemente citado prende-se à necessidade de aumentar a remuneração final, já que, segundo eles, se ficarem em apenas um emprego não terão condições de pagar suas contas no final do mês.

Tabela 6 – Distribuição dos técnicos de enfermagem entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente

Número de instituições em que trabalha atualmente	Número de entrevistados
Apenas no HS	6
Duas ou mais	4

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

3.6.2 Perfil dos enfermeiros

Observando a faixa etária dos enfermeiros (Tabela 7) entrevistados, pode-se perceber a discrepância em relação aos técnicos entrevistados. Aqui, 80% têm menos de 36 anos. Isso

mostra a entrada no curso superior logo após a saída do ensino médio, o que, talvez, pode ocasionar menor maturidade no perfil de trabalhador.

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por faixa etária

Faixa etária	Número de entrevistados
De 25 a 30 anos	6
De 31 a 35 anos	2
De 36 a 40 anos	1
De 41 a 45 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Percebe-se também que, além de terem iniciado sua formação superior cedo, 40% continuaram seus estudos após a conclusão da graduação em enfermagem (Tabela 8) e expressaram desejo em realizar um mestrado na área, mas o tempo dedicado ao trabalho (e, por vezes, os plantões noturnos) impedem que esse desejo se concretize.

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Número de entrevistados
Superior	5
Superior em enfermagem como segundo curso	1
Pós-graduação	4

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quanto ao tempo de formado na graduação em enfermagem, a Tabela 9 traz a informação de que 90% se formaram há menos de dez anos. Deste, 70% a menos de cinco. Somando às análises das Tabelas 7 e 8, pode-se inferir que, ao contrário dos técnicos de enfermagem, há uma linha de continuidade nos estudos destes profissionais, que entendem ser importante para a construção de uma carreira e o alcance de cargos de coordenação em instituições de saúde, almejados por grande parte deles.

Tabela 9 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por tempo de formado

Tempo de formado em enfermagem	Número de entrevistados
De 1 a 5 anos	7
De 6 a 10 anos	2
De 11 a 15 anos	0
De 16 a 20 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Assim como ocorreu com alguns técnicos em enfermagem, pode-se observar na Tabela 10 que 90% dos enfermeiros participantes da pesquisa também já trabalharam em outras instituições além do HS, mostrando a instabilidade (por opção de saída ou não) destes profissionais em seus empregos.

Tabela 10 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS

Trabalhou em outra instituição	Número de entrevistados
Sim	9
Não	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quanto ao tempo em que trabalham na instituição, também apurou-se uma enorme diferença com relação ao perfil dos técnicos em enfermagem. Como mostra a Tabela 11, 80% entraram na instituição há menos de dois anos, podendo indicar uma rotatividade maior do que dos primeiros.

Tabela 11 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por tempo de trabalho no HS

Tempo em que trabalham no HS	Número de entrevistados
De 1 mês até 11 meses	2
De 1 ano até 2 anos	6
De 3 anos até 4 anos	1
De 5 anos até 6 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Se forem correlacionadas as informações de que estes profissionais estão no HS, em média, há dois anos, que se formaram há cinco anos e que já trabalharam em outras instituições além do HS, constata-se que, apesar de hoje (Tabela 12) 80% trabalharem apenas no HS, em algum momento de suas carreiras, assim como os técnicos, já conciliaram mais de um emprego ao mesmo tempo.

Tabela 12 – Distribuição dos enfermeiros entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente

Número de instituições em que trabalha atualmente	Número de entrevistados
Apenas no HS	8
Duas ou mais	2

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

3.6.3 Perfil dos médicos

Quanto à faixa etária dos médicos que participaram da pesquisa (Tabela 13), observa-se que 80% têm entre 30 e 35 anos. Essa faixa etária pode ser explicada pela percepção dos médicos iniciantes de que os hospitais públicos são como um rito de passagem, já que é neste local que formaram sua maturidade profissional para um posterior atendimento em consultório.

Tabela 13 – Distribuição dos médicos entrevistados, por faixa etária

Faixa etária	Número de entrevistados
De 30 a 35 anos	8
De 36 a 40 anos	1
De 41 a 45 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Assim como visto no perfil dos enfermeiros, percebe-se pela Tabela 14 que todos os médicos têm ao menos uma especialização, sendo que um deles possui uma especialização, mestrado e está com o doutorado em andamento. A maioria expressa vontade de realizar o mestrado para seguir também a carreira acadêmica, em grande parte pelo prestígio daí advindo aos olhos dos colegas de profissão.

Tabela 14 – Distribuição dos médicos entrevistados, por nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Número de entrevistados
Uma especialização	5
Duas ou mais especializações	5
Mestrado completo	2
Doutorado em andamento	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

A Tabela 15 mostra que há também nos médicos entrevistados, assim como nos enfermeiros, uma continuidade nos estudos, porém em maior intensidade, dado que, além de o curso de medicina ter uma duração mais longa, a maioria dos médicos possui mais de uma especialização e/ou mestrado.

Tabela 15 – Distribuição dos médicos entrevistados, por tempo de formado

Tempo de formado em medicina	Número de entrevistados
De 6 a 10 anos	5
De 11 a 15 anos	4
De 16 a 25 anos	1

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quanto ao fato de os médicos terem ou não trabalhado em outras instituições de saúde, 100% responderam que sim (Tabela 16). Isso pode ser reflexo da grande procura por estes profissionais e da possibilidade de eles escolherem as instituições que desejam trabalhar. Alguns afirmaram já ter entrado e saído de uma mesma instituição mais de uma vez e que isso ocorre por incompatibilidade de horários de trabalho ou devido a alguma insatisfação quando do momento da saída.

Tabela 16 – Distribuição dos médicos entrevistados, por ter ou não trabalhado em outra instituição antes de ingressar no HS

Trabalhou em outra instituição	Número de entrevistados
Sim	10
Não	0

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Ao contrário do que pode ser percebido no perfil dos enfermeiros, a fixação dos médicos no HS é maior: 30% estão há mais de seis anos na organização (Tabela 17).

Tal fato pode ser explicado pelo vínculo da instituição com o ensino e com a pesquisa, aspecto visto com bons olhos por estes profissionais, pelo fato tanto de, segundo eles, estando em contato com os estudantes renovarem seus conhecimentos constantemente, como de que a carreira acadêmica é também pretendida por muitos deles.

Tabela 17 – Distribuição dos médicos entrevistados, por tempo de trabalho no HS

Tempo em que trabalham no HS	Número de entrevistados
De 1 mês até 11 meses	1
De 1 ano até 5 anos	6
De 6 até 10 anos	3

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Quanto ao número de instituições em que os médicos trabalham simultaneamente, percebe-se que 60% trabalham em três ou mais instituições. Isso se dá pela facilidade que encontram em transitar por elas, que buscam estes profissionais para completar seus quadros, o que pode ser comprovado na Tabela 18.

Tabela 18 – Distribuição dos médicos entrevistados, por número de instituições em que trabalha atualmente

Número de Instituições em que Trabalha Atualmente	Número de Entrevistados
Apenas no HS	1
Duas	3
Três ou mais	6

FONTE: Elaborada pela autora, com base nos dados obtidos através do questionário de perfil

Tendo-se descrito a partir de quais preceitos foram tratados os dados obtidos nesta pesquisa, e conhecendo-se os sujeitos participantes, procede-se no capítulo seguinte à apresentação e análise destes dados.

4 A CONFIGURAÇÃO IDENTITÁRIA PROFISSIONAL

Neste capítulo, trata-se das identidades profissionais dos sujeitos de pesquisa, identificando como cada um constrói sua identidade profissional, para que as particularidades possam ser explicitadas, e comparando os achados dos três grupos. Assim, analisam-se o ser profissional *versus* o ser indivíduo, o que os entrevistados imaginavam de sua profissão antes de exercê-la e os prazeres e desprazeres encontrados em cada uma, de acordo com sua percepção.

4.1 O ser médico

4.1.1 O médico indivíduo *versus* o indivíduo médico

O ser médico se torna para o indivíduo algo muito além de uma profissão, que está presente no seu eu e que dita suas regras de vida, posturas diante das pessoas e sonhos, presentes e futuros, fortemente ligados ao passado. Neste tópico, mostram-se alguns elementos de análise para a compreensão deste indivíduo médico, que, na maior parte de sua trajetória, é um médico indivíduo.

O início do vínculo entre o indivíduo e o ser médico se dá no momento da escolha da profissão, como observado em Dubar (2011). Quando perguntados sobre os motivos que os levaram a escolher a profissão, muitos pararam para refletir sobre a resposta que dariam. Após o silêncio inicial, “Gostar de matérias biológicas”, “Ser um trabalho não rotineiro”, “Gostar de ajudar as pessoas” e “Conselho materno pelo retorno financeiro da profissão” foram algumas das respostas, percebidas como uma busca por um bom motivo para a escolha de uma profissão tida como sacrificante. Mesmo depois de responder, muitos continuaram refletindo sobre a pergunta, como uma busca interna de significados.

Entre as respostas observadas como mais precisas, ou dadas com mais veemência, apontam-se:

- a) “Ter um pai ou avô que já era médico” – isso propiciou as condições para estudos em bons colégios e a entrada em boas universidades. Ainda na graduação, teriam maior facilidade de contato com bons profissionais e entrada para residência. Após a formatura, teriam a possibilidade de absorver os pacientes do pai ou avô e, ainda, de dividir o consultório com amigos do pai ou avô, trazendo maior facilidade de fixação de consultório.

- b) “Sempre quis ser médico” – esta frase foi repetida por dois dos entrevistados, com a certeza de que ser médico não foi uma escolha, mas uma consequência de suas vidas, como algo estabelecido sem a interferência de sua opinião, algo divino. Pôde-se perceber isso na fala do Médico F: “Igual o direito. Você tá estudando lei inventada por homem, né, cheia de falha. Corpo humano, não. É uma coisa divina. Você não sabe como funciona”.
- c) “Status da profissão” – opinião citada por três entrevistados. Trata-se da interiorização da significação estabelecida para a carreira por outros significantes para estes indivíduos. Aqui, a escolha por ser médico vai além de uma profissão; estava sendo escolhida a posição que se queria alcançar perante a sociedade e outros significantes (amigos e familiares).
- d) “Idealismo” – quatro entrevistados apontaram esse motivo como o Médico I: “Eu, particularmente, acho que eu escolhi meio que no idealismo, sabe, achando que ia fazer a diferença, e tudo”. Eles entendem a medicina como uma profissão que dá ao indivíduo o poder de fazer algo pelos demais, um poder conferido após uma enorme dedicação aos estudos e anos de prática na residência. É algo entendido como um poder legítimo.

Carreira escolhida, o que estes indivíduos entendem hoje que é ser médico? Esta pergunta provocou respostas como ser *paciente*, *competente*, *interessado* e *fazer caridade*. Porém, os itens com maiores frequências de respostas foram: *ser responsável* (20%) e *fazer o que gosta* (40%). Esse fazer aquilo de que se gosta vem, para muitos, acompanhado de outros sentimentos, como abdicar, já que, segundo os entrevistados, para que possam exercer a medicina, eles precisam abdicar de uma rotina de vida que concentra o horário de trabalho durante o dia, que permite o final de semana livre e que oferece a chance de ganhar muito dinheiro com pouco sacrifício. Ser médico é fazer aquilo de que se gosta, mas, para isso, como dito pelo Médico G, “você sacrifica demais a sua vida pessoal. Eu não tenho fim de semana livre igual à maioria das pessoas [...] Eu acho uma profissão muito sacrificante né, assim, a nível pessoal”. Estes médicos entendem que, por várias vezes, as pessoas que estão de fora não conseguem compreender o que é ser médico “porque antes de ser médico você não sabe o que é ser médico” (Médico G).

Prossiguiu-se com um conjunto de perguntas, em que os entrevistados foram convidados a pensar: Quem é você?, Quem é você enquanto médico? e Quem é você enquanto médico do HS?. Neste conjunto de perguntas, captaram-se várias unidades de análise, como a identidade pessoal (Caldas e Wood Jr. 1997; Berger e Luckmann, 2011), a realidade objetiva e subjetiva (Dubar, 2005), a identidade profissional (Dubar, 2005) e a identificação organizacional (Tajfel e Turner, 1979; 1985). Podem-se destacar vários aspectos desse conjunto de perguntas.

O primeiro deles prende-se à dificuldade de conseguir se definir quando perguntado “Quem é você?”. Pôde-se observar que 80% dos médicos expressaram dificuldade em responder à pergunta, como o Médico I: “Essa pergunta é muito difícil. É quase impossível de responder, eu acho!”. Ou o Médico C: “Você quer uma resposta?”. O silêncio reinou por mais de um minuto em algumas entrevistas. Era uma busca que estava sendo feita, uma busca que para 20% dos entrevistados refletiu no médico indivíduo. Ou seja, não falaram de aspectos pessoais, da família, dos amigos, de conquistas ou realizações; falaram apenas de quem eles eram enquanto médicos. Como aconteceu com o Médico G, que, ao tentar se definir, após algum tempo refletindo, disse: “Eu sou o [primeiro nome]. Como médico, eu sou médico. Me interessa pelos doentes. Eu gosto do que faço”. Nesta pergunta percebeu-se claramente o quanto a identidade profissional e a identidade pessoal estão fortemente ligadas para estes indivíduos. Foi preciso buscar em suas mentes o que estava fora do ser médico, o que era intrínseco ao ser destes indivíduos, o que absorveram em sua socialização primária (Berger e Luckmann, 2011).

À medida que as perguntas eram feitas, os indivíduos expressavam como aquele processo era confuso para eles, até onde eram apenas o indivíduo e até onde começava a construção do médico, como disse o Médico D, após um silêncio: “Ai, meu Deus! Só complica!”. Enquanto médicos, os indivíduos se definem como: *tranquilo, realizado, dedicado, exigente, humano, ter humildade. Gostar do que faz* é o que define ser médico para 20% dos entrevistados e *ser responsável*, para 30% deles.

Em análises feitas em tópicos mais a diante, vê-se que os médicos entrevistados percebem a profissão como não valorizada, que há um excesso na carga de trabalho e uma remuneração que não condiz com o tanto que trabalham. Este fato é levantado neste momento para que se possa compreender a influência na definição que fazem de si mesmos. Há um sofrimento no rumo que suas vidas tomam por causa da escolha profissional, mostrando que o indivíduo fica por vezes esquecido diante do ser médico. A Médica E afirmou: “Estou jogada de lado. Estou

sem fazer unha, essas coisas assim. Realmente, nessa fase da vida, estou um pouco jogada de lado mesmo [...] Eu ainda não consegui alcançar esse equilíbrio, não”. Situação como essa influencia até no casamento, como mostrado pela Médica I: “Resumindo, eu acho que eu sou uma pessoa, assim, muito apaixonada com o que eu faço, mas que tá um pouco desiludida com as coisas. E por causa de tudo isso, eu não tenho vontade, por exemplo, de ter filho agora, nem nada”.

Encontra-se nessas falas o sofrimento causado por não conseguirem conciliar a vida pessoal e a profissional ou por não conseguirem alcançar sucesso nas duas. Isso reflete nas respostas obtidas quando perguntados sobre como e onde se veem no futuro, tendo 20% declarado que *não gosta nem de pensar sobre isso*, para que não haja desilusão. Outros elementos surgiram nas respostas, como: *do mesmo jeito, não precisando trabalhar tanto, aposentado, viajando muito, morando em uma praia, com residência em Belo Horizonte*.

Com maior número de frequência apareceram *dando aulas e no HS*, numa clara relação com alguns dos elementos acima. A linha de raciocínio é que no futuro estes indivíduos querem trabalhar menos e ter uma renda confortável. Isso é vislumbrando por eles na carreira acadêmica.

Como o HS é hoje um hospital de ensino, este processo se torna menos complicado e, ainda, traz a possibilidade de continuarem atuando no hospital enquanto preceptores e horizontais. A preceptoria inclui, segundo Botti e Rego (2008, p. 365), “orientar, dar suporte, ensinar e compartilhar experiências que melhorem a competência clínica e ajudem o graduando e o recém-graduado a se adaptar ao exercício da profissão”.

A continuidade dessa vinculação entre o médico indivíduo e o indivíduo médico pôde ser claramente vista quando foi oferecida aos interessados a possibilidade de fazerem três desejos ao gênio da lâmpada mágica (Figura 5). Das 27 ocorrências de respostas, 12 fazem referência à profissão.

Uma última constatação interessante foi que, ao responderem sobre para quem eles trabalham, 50% dos entrevistados disseram *trabalhar para eles mesmos*. Os outros 50% dividiram-se entre *para o paciente, Deus, a instituição e a família*, mostrando, mais uma vez, a forte relação entre o ser médico e o indivíduo.

Primeiro Pedido	Segundo Pedido	Terceiro Pedido
Aumentar a equipe de trabalho	Conseguir dar uma boa educação para a filha	Felicidade
Conseguir pagar as dívidas	Dobrar o salário	Fazer um trabalho bem feito
Felicidade Plena	Errar o mínimo possível na profissão	Morrer de velhice
Saúde para a filha que vai nascer	Estabilidade financeira	Não precisar preocupar com dinheiro
Tempo para a família	Ganhar na loteria	Saúde para a família
Ter mais um filho	Que Belo Horizonte tivesse mais qualidade de vida	Servir a Deus
Ter saúde	Ter carteira assinada	Ter tempo para estudar
Trabalhar durante o dia	Trabalhar só como professor e preceptor	Um emprego melhor para o marido
Um ar condicionado no setor que trabalha		Um jatinho para chegar no outro trabalho
Um hospital de primeiro mundo		

Respostas relacionadas com a profissão

Figura 5 – Ocorrência de respostas dos médicos à pergunta n. 20 do roteiro de entrevista
 FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Observando o quanto os médicos estão fortemente ligados a sua profissão, trata-se no item a seguir de explicitar o que eles esperavam desta profissão quando a escolheram, como foram as expectativas geradas durante a graduação, se os objetivos estão sendo alcançados e se a profissão é como eles esperavam que fosse.

4.1.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais

A *visão romântica* que tinham da profissão foi revelada por 60% dos entrevistados, como disse o Médico F: “A gente imagina que é tipo um hospital de televisão [de seriados americanos]: aquele hospital maravilhoso, aquela sala cheia de equipamentos. Ou, então, aquele consultório bacana”. Essa visão só foi desmanchada quando estavam na residência e se depararam com a realidade das obrigações e da carga horária de trabalho. Outras ilusões foram desmanchadas, como: “Imaginava ser bem remunerado, ser médico de PSF no interior, resolver seus problemas financeiros”.

Entre os entrevistados, há também a *surpresa* pela relação comercial que se estabeleceu entre médicos e pacientes, como dito pelo Médico A: “O paciente deixou de ser paciente e virou cliente. Então, eles entendem aquilo como um negócio”. Ou pelo Médico B: “Não tinha essa questão comercial, por exemplo. Na faculdade, era muito sonhador e os professores passavam para gente que tinha que ser totalmente isso”, além da *surpresa* pela dificuldade que encontram de receber informações precisas dos pacientes quanto ao histórico de saúde, como dito pelo Médico F: “Eu acho que na medicina o que choca a gente um pouco é lidar com o paciente [...] A gente não sabe o quanto é difícil. Eu nunca imaginei que um paciente ia chegar pra mim e não ia saber falar nada de histórico”.

A maioria dos entrevistados tem a mesma percepção que a expressada pelo Médico A: “Eu imaginava que ia ser muito melhor do que é hoje”. Apenas o Médico B diz “Eu acho que me surpreendeu um pouco. Eu acho que foi melhor [do que ele esperava]”. Mas ressalta-se que essa é uma opinião de um médico que já construiu uma carreira, que já tem experiência e que pode escolher onde e quanto trabalhar, reconhecendo que esta não era a opinião dele logo que começou a trabalhar.

Quando levados a pensar sobre o que tinham vivenciado durante a academia como algo que se repetia em suas vidas profissionais, houve quase unanimidade em dizer: “Na verdade, eu acho que não se repete quase nada”, como dito pelo Médico B. Apenas 30% lembraram de um elemento que se repetia, a *continuidade do estudo*, já que, segundo eles, é preciso estudar quase todos os dias, ainda mais porque trabalhando em um hospital porta-aberta, muitas vezes, atendem-se casos que não são corriqueiros, que demandam uma atenção maior, tendo, até mesmo de recorrer a amigos e antigos professores para buscar ajuda para encontrar uma solução, como mostrado pelo Médico G: “O que se repete é a continuidade do estudo. Médico estuda a vida inteira. O mesmo que a gente estudava na faculdade, a gente continua estudando até hoje”.

A *quebra da visão romântica* foi observada por 40% dos entrevistados, como dito pelo Médico C: “A minha visão era muito romântica de medicina. Ainda é. Agora, a coisa ‘assentou’ mais [...] Eu tive esse choque ‘Nossa! O que é isso?!’”. Apareceram vários depoimentos mostrando a *inversão de valores atualmente* no exercício da profissão. Eles salientam que nem sempre o médico que é comprometido é o que é valorizado pelos pacientes, como se pode ver na fala do médico A:

Hoje, muitas vezes, você trabalha por essas funções do processo, essas coisas, com medo do paciente. Então, muitas vezes, você não trabalha do jeito que você quer. Você tem que deixar de ser você, fingir que você é uma outra pessoa pra não desagradar o paciente. E na faculdade é tudo muito bonito [...] Hoje, o importante é o marketing [...] Jaleco bonito, com uma gravata, falando bonito [...] Eu acreditava que dava-se bem quem fosse bom de serviço [...] Hoje, não. Eu acho que você ser bom de serviço não vale nada, na verdade.

O *vínculo com a UFMG* é tido como importante, muito em vista do já explicado desejo de construir uma carreira acadêmica. Infere-se neste item que o status que a instituição de ensino tem perante a sociedade também contribui para esta percepção de importância. Para 30% dos entrevistados, *a teoria e a prática* não são casadas, como observado pelo Médico E: “Quando a gente estuda, a gente estuda muito a parte teórica. Por mais que tenha a prática, não é muito bem casado”. Assim, quando chegam a um hospital para assumir um paciente, os médicos encontram muitas dificuldades, que eles entendem que não era preciso existir se teoria e prática fossem bem correlacionados. Porém, deve-se atentar para o fato de que o processo de socialização escolar centra-se na referência teórica, com o objetivo de educar para a futura profissão. O processo de socialização profissional é centrado em referências pragmáticas na maioria das profissões. No caso dos médicos, visa-se tratar e diagnosticar os pacientes. Em geral, existe uma descontinuidade entre esses processos de socialização, mas no caso dos médicos existe a residência, que faz com que ocorra essa transição de forma mais branda.

4.1.3 Prazeres e desprazeres da profissão

O ser médico envolve muitas expectativas, desde o momento da escolha da profissão. Ao lado de tantas expectativas vêm as decepções e os desprazeres, que, muitas vezes, são recompensados pelos prazeres; outras vezes, não.

Entre as principais dificuldades encontradas no exercício da profissão, citam-se: *trabalhar em vários locais, conciliar vida profissional com vida pessoal, trabalhar como autônomo em outros hospitais e sentir-se explorado*. Esses fatores podem relacionar-se às duas categorias já descritas aqui. Os médicos entram na faculdade esperando uma profissão bonita de se executar, que ajudará ao próximo e trará *status* aos pertencentes da classe. Todavia, ao encontrarem uma profissão que exige uma quase abdicção de suas vidas pessoais durante o período de construção de um nome, encontram as frustrações, em grande parte, relacionadas

às suas vidas particulares (deixadas em segundo plano), a enorme carga horária de trabalho e a remuneração abaixo do esperado.

A Figura 6 exhibe os elementos citados como causadores de prazer e alegria na profissão e aqueles que causam mal-estar e angústia.

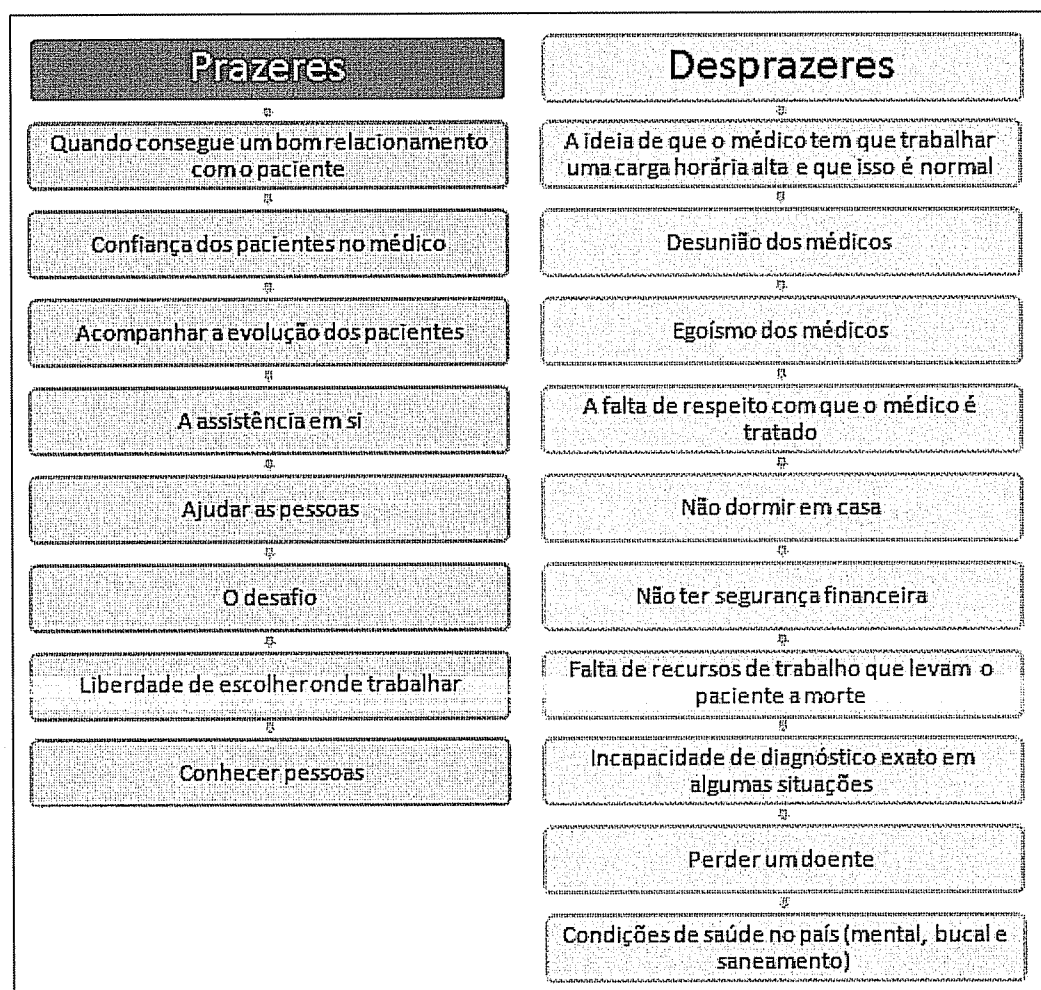


Figura 6 – Prazeres e desprazeres da profissão médica

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Alguns elementos merecem destaque:

- a) *Incapacidade de diagnóstico exato e perder um paciente* – Cria-se, segundo os entrevistados, uma ilusão de que o médico é sempre capaz de salvar a vida de seu paciente e que se isso não ocorre é porque ele não se dedicou o suficiente ou foi negligente em algum ponto do tratamento, como mostra o Médico I: “então, às vezes, você faz tudo que tá na literatura de melhor pro paciente, e ele não vive, ele não se recupera [...] Nem sempre o desfecho vai ser aquele que você acha que é o melhor”.

Ou o Médico H: “você sabe que ‘olha, daqui pra frente você não precisa fazer mais nada que não vai [...] Aí, passa semana, dez dias, aí vamos voltar a fazer [...] outro morre tempos depois”. Isso causa um sentimento de impotência em alguns casos e a sensação de que se tivessem feito de outra maneira poderiam ter obtido um resultado melhor.

- b) *Falta de respeito com que o médico é tratado* – O status que alguns médicos esperavam ter quando escolheram a profissão não é encontrado no dia a dia, tanto que 30% contaram histórias muito parecidas com a da Médica D: “Não porque eu acho que tem que ter o *glamour* de antigamente, mas eu acho que respeito é fundamental com qualquer pessoal”. Ser chamado de “menino”, “você aí de jaleco”, “ô de azul” é rotineiro segundo eles, como disse a Médica D: “Hoje, um paciente me chamou de menina. Ai, eu falei: ‘Meu nome é [primeiro nome]’. Ele disse: ‘Tá bom, menina’”. Isso acontece hoje em dia porque grande parte da população tem fácil acesso à internet e lê sobre as doenças que tem. Quando chegam ao hospital, querem confrontar os médicos.
- c) *A liberdade* – Este é um ponto retomado por vezes durante as entrevistas. A liberdade a que se referem aqui é a de escolher o quanto ganhar (aceitando mais plantões quando precisam de mais dinheiro), o quanto trabalhar, em qual lugar trabalhar, quais dias e horários da semana trabalhar. Como relatou o Médico B: “A gente tem um certo conforto da gente poder escolher onde vai trabalhar. Nem todo mundo pode [...] escolher o ambiente que eu quero trabalhar, a forma que eu quero trabalhar e a questão financeira [...]”.
- d) *Falta de recursos no SUS* – A angústia de saber o que fazer e não poder fazer, como dito pelo Médico F: “Você tá com o paciente grave, você sabe o que que tem que fazer, você sabe como fazer, e não tem aquilo na sua mão. E, assim, é você que tem que virar para família e dar a notícia depois [...] e você vai dar a notícia consciente de que se tivesse o recurso você teria salvo”.

Revelaram que já tiveram vontade de mudar de profissão 80% dos entrevistados, por motivos como: *o sonho acabou* (30%), *ganância dos médicos*, *vaidade extrema dos médicos*, *equipe puxando o tapete*, *carga horária de trabalho alta* (30%), *não consegue conciliar a vida pessoal e o trabalho e ambiente muito pesado* (20%). Neste último caso, a resposta da Médica

F mostra o sentimento: “Dá vontade de trabalhar com coisa bonita assim, sabe, um lugar cheiroso, um lugar tranquilo, onde você pode colocar uma roupinha mais bonita o dia que você tá a fim”. Quando perguntados sobre que outro trabalho gostariam de executar, o Médico A deu uma resposta que reflete exatamente o sentimento de *o sonho acabou*: “Qualquer coisa que não tivesse tanta responsabilidade com tão pouca coisa. Mais ou menos isso. Apertar parafuso numa fábrica, sei lá, bater o cartão. Você vai embora pra casa, acabou”.

Quanto ao reconhecimento que estes médicos recebem da sociedade, *falta de respeito* foi observada por 50% deles, em situações tidas como descaso, desprezo, questionamento da capacidade e inimigo do paciente. Quanto ao fato de a responsabilidade do médico perante a vida das pessoas não ser compreendida, o Médico C declarou:

Eu acho que eles não têm noção do perigo que eles estão correndo, a vida delas. Elas não sabem o risco que elas correm. Então, às vezes chega um paciente acidentado, com sangramento, hemorragia craniana. Aí, vai pra cirurgia. Aí você explica pro paciente: “Olha, fraturou o crânio, perfurou o coração, estourou o fígado, perfurou o pulmão”. No final, eles falam: “E aí, doutor, mas tem risco? Se você vai fazer uma cirurgia de apendicite, aí eles perguntam: e aí doutor, tem risco?”. O cara pode morrer naquele minuto ou ter uma reação alérgica ao anestésico, pode cortar algo errado. Tudo tem risco. E é aquilo em especial, é a vida da pessoa. Então, elas não têm essa noção de que o médico lida com a vida. Então, eu acho que eles não têm essa noção.

O Médico A afirmou que não pede reconhecimento: “Tanto que eu não ando de branco. Eu, não. Pelo contrário. Quanto mais eu puder ser normal, assim, pra visão do povo, melhor”. Mas alguns admitem que ainda há certo status na profissão, como o Médico J: “Eu acho que o médico é um profissional elitizado. Eu acho. Todo mundo respeita muito o médico. Na hora que você chega em algum lugar e você fala que é médico, o povo fica ‘Oh! Médico! Doutor, né!’”. O Médico G apoia tal opinião: “A sociedade ainda tem uma visão mítica do médico como uma profissão bonita, um sacerdote [...]”. Assim, na hora que se deparam com pacientes e outros profissionais no ambiente das instituições de saúde que não mostram este tratamento superior ou esta idolatria, para estes médicos é como se um dos objetivos construídos ainda na

escolha da profissão – o *status* – não estivesse sendo alcançado, trazendo um sentimento de frustração.

Desta forma, compreende-se que os médicos entrevistados constroem suas identidades profissionais através de elementos como *status*, idealismo, responsabilidade, dedicação, competência, longas jornadas de trabalho, ajuda aos pacientes e vínculo com ensino e pesquisa, dentre outros fatores aqui mencionados.

4.2 O ser enfermeiro

4.2.1 O enfermeiro indivíduo *versus* o indivíduo enfermeiro

Neste tópico expõe-se o modo como os enfermeiros entendem sua relação com a profissão, o quanto há de vinculação entre o indivíduo e sua profissão e até que ponto a profissão passa a determinar o indivíduo. É importante ressaltar que, apesar de a alta feminização da enfermagem ser um aspecto real, isso não foi considerado como fator de análise.

A primeira etapa constituiu na escolha da profissão. Assim, ao buscar entender os motivos para esta escolha ou os outros significativos envolvidos nesta escolha, obtiveram-se respostas como: “Gostava de matérias biológicas”, “Escolha aleatória”, “Sempre quis trabalhar em hospital”, “Mudança de profissão” e “Mãe ou prima enfermeira”.

Entre as respostas obtidas com maior frequência estiveram: *pensou em fazer medicina*, com 40% de frequência, mas desistiram por achar que ficariam tentando várias vezes antes de passar no vestibular (e não queriam perder este tempo) ou porque entender que a carreira médica demanda uma maior abdicção da vida pessoal do que a enfermagem, como dito pela Enfermeira G: “Eu não queria tá 24h de sobreaviso [...] não ter vida social [...] Eu acreditei que enfermagem ia ser o meio-termo, pra tá num hospital, mas eu achava que eu ia ter uma vida mais regrada”. Esta resposta permite refletir sobre as relações de poder entre os grupos aqui entrevistados, porque estes enfermeiros pensaram primeiro em medicina, e não em enfermagem, talvez porque mesmo, inconscientemente, estavam buscando a profissão que dariam a eles maior prestígio e poder dentro das instituições de saúde. Dentre as outras respostas, com 50% de frequência como motivo para escolha da profissão esteve no fato de *sempre ter gostado de cuidar*, explicitando o caráter assistencialista da profissão, como dito pela Enfermeira A: “Essa parte do cuidar, ela é do enfermeiro, entendeu [...] o dom que você

tem de cuidar de outra pessoa, ele tem que ser seu”. Ou pela Enfermeira B: “Gosto de cuidar, gosto de acolher [...]”.

Entre os elementos que para as enfermeiras as definem enquanto tais estão: *compromisso, humanidade, ética, fazer o que gosta e um sonho*. *Ser responsável* apareceu em 30% das respostas. Essa característica será por muitas vezes repetida durante as entrevistas da equipe de enfermagem (e não só dos enfermeiros). A *responsabilidade*, segundo os enfermeiros, é quase uma definição da carreira, porque, para eles, a culpa sempre recai sobre a equipe de enfermagem quando algo dá errado, e a responsabilidade pelos técnicos de enfermagem é dos enfermeiros, estando inclusive disposto em lei (Brasil, Lei 7.498), que regulamenta o exercício da profissão de enfermagem.

Outro fator importante para a definição é a função de *gerenciar*, que como será visto mais a frente, está enraizada na profissão, trazendo apelidos como “enfermesa”, já que na visão de muitas pessoas estas profissionais saíram da assistência e assumiram uma função de controle de pessoal e tarefas, além de resoluções burocráticas. Hoje, segundo os entrevistados, alguns hospitais, como o próprio HS, estão trazendo as enfermeiras de volta para o cuidado. Tal fato já está ocorrendo no CTI, onde as enfermeiras formam uma dupla de cuidados com um técnico de enfermagem, passando a ser mais assistencialistas, participando até do banho dos pacientes que estão sob sua responsabilidade.

Quando perguntados sobre quem eles eram, 50% expressaram achar difícil responder a essa pergunta. Em alguns casos, como no da Enfermeira H, é como se ela nunca tivesse pensado nesta definição: “Ai, que pergunta difícil! Ai, meu Deus! Nó! Como que eu vou responder isso? Ai, eu não sei responder isso, não. É tão difícil falar da gente, né! Nossa Senhora!”. Por várias vezes o silêncio foi o início prolongado e o meio pensativo de muitas respostas. Em 90% das respostas a definição surgiu relacionada a características pessoais e familiares. Mesmo assim, o indivíduo enfermeiro surgiu em 80% das respostas como um fator de definição e explicação de vários traços de personalidade (como ser dedicada, respeitar as pessoas, gostar de cuidar e querer sempre fazer o bem para as outras pessoas) e rumos que a vida tomou, como a explicação para a falta de tempo para o marido, quando a Enfermeira D diz que trabalha muito e que quando chega segunda-feira o seu marido diz: “Até final de semana”, porque, muitas vezes, durante a semana, quando ela sai, ele está dormindo e quando ela chega ele já foi dormir, porque ele trabalha em horário comercial.

Quando questionadas sobre quem eram enquanto enfermeiras, não souberam o que responder de imediato. O silêncio novamente se estabeleceu por alguns segundos. Percebia-se que durante o silêncio elas se perguntavam sobre a diferença entre essa pergunta e a anterior, já que só se entendem enquanto indivíduos se estiverem atrelados ao ser enfermeira. Muitas esboçaram um sorriso enquanto pensavam, como se estivessem ali, naquele momento, percebendo esse espaço que a enfermagem ocupa em suas definições pessoais. Quando a resposta veio, alguns itens foram levantados, como: *sabe o valor que tem o trabalho que executa, respeito à hierarquia, não tenta passar a perna em ninguém, é boa no que faz, busca a fidedignidade das informações que presta, está se encontrando na profissão, respeito pelo paciente, ainda deixa a desejar, desilusão com a profissão, ética, humildade de reconhecer as incapacidades, ser séria e respeito às pessoas.*

Entre os itens que apareceram com maior frequência entre as respostas estão: com 20% de frequência, *gosta do que faz, responsável, dedicado, tenta fazer o serviço bem feito, trabalhar em equipe, está sempre tentando melhorar e humanidade*; e com 30%, o *comprometimento*. A Enfermeira E disse *não saber ainda quem é* enquanto enfermeira: “Eu acho que eu estou me encontrando. Eu acho que eu ainda não achei o meu lugar, né, dentro da profissão assim”. Outro fator relevante e que aparece incorporado em definições como *tenta fazer o serviço bem feito, está sempre tentando melhorar e ainda deixa a desejar, é a angústia*, em uma referência à falta de preparo com que chegam da faculdade, como expressado pela Enfermeira E: “Porque são dúvidas básicas, e você se sente perdido, e você vê que as pessoas comentam, né”.

Ao serem perguntados sobre os três pedidos que fariam ao gênio da lâmpada, das 21 ocorrências de respostas, 8 estão diretamente relacionadas com o ser enfermeira, como pode ser observado na Figura 7, em que a *saúde* e o *dinheiro* aparecem nas três colunas de pedidos. Em relação à saúde, pôde-se compreender durante as entrevistas que, pelo contato direto com os pacientes em 12 horas de plantão, as enfermeiras conseguem ter uma visão muito ampla da doença; conseguem perceber a relação dela com a condição social e de estrutura familiar do paciente; e percebem também que nem sempre tudo pode ser feito para trazer a cura. Assim, há um enorme receio em ficar doente ou ter uma pessoa querida doente, para que não tenham que passar por todo o processo de dor que elas conhecem com tanta intensidade.

Essa relação de proximidade com o paciente pôde ser vista também quando foi perguntado para quem elas trabalhavam. Com 50% de frequência apareceu a resposta *para o paciente*;

para o setor que trabalha dentro do hospital, 30% de frequência; para a instituição, 40%; e para mim, 60%. Isso mostra que o envolvimento com o paciente, com o setor e com a instituição é grande, por estarem muito envolvidas com todo o caminho percorrido pelo paciente dentro do hospital.

Primeiro Pedido	Segundo Pedido	Terceiro Pedido
Ganhar na loteria	Casa própria	Não ter nenhum problema
Poder ser mãe	Casar e ter filhos	Saúde
Que eu pudesse ajudar o máximo de pessoas possível	Ganhar na loteria	Ter força para trabalhar
Salário bom	Muita benção para a minha família	Ter mais um filho
Saúde para a família	Paz	Ter um emprego só que pagasse bem
Um sítio	Saúde	Ter um trabalho que eu tivesse muito gosto
Voltar no tempo para se dedicar menos ao trabalho e mais aos filhos	Ser uma professora bem conceituada	Voltar para o horário do dia


 Respostas relacionadas com a profissão

Figura 7 – Ocorrência de respostas dos enfermeiros à pergunta n. 20 do roteiro de entrevista

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

As mudanças citadas na forma de trabalho das enfermeiras e as poucas vagas no mercado de trabalho hoje foram altamente reconhecidas quando as entrevistadas foram perguntadas como e onde elas se veem no futuro. Como dito pela Enfermeira E: “A gente sabe que o mercado pra enfermagem tá muito restrito. Então, assim, seu emprego você agarra com tudo, né. Mais acaba que a gente fica assim, dependente”. A maioria das respostas reflete este fator: *mais estável, no HS, dando aulas, aposentada, ter se encontrado na enfermagem, concursada e em um negócio próprio.*

A resposta com 50% de ocorrência foi *como enfermeira*, expressando uma relação direta com o motivo de ter escolhido a profissão e o que entendem como ser enfermeira. A segunda maior ocorrência foi a resposta *não gosta de pensar sobre isso*, em uma clara referência ao medo de se frustrar com os planos que podem ser feitos para a carreira e não alcançados.

4.2.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais

Ao escolherem a profissão, em sua maioria por gostarem do cuidar, motivo vinculado à nobreza em despendar sua vida para cuidar do próximo, muitos enfermeiros entram para a profissão com muitas esperanças e idealizações. Neste item, tenta-se perceber se estas perspectivas foram alcançadas ou não.

Quando perguntadas sobre como imaginavam que seria o trabalho de um enfermeiro quando ainda estavam na graduação, a *visão folclórica*, que *faria o que o técnico faz*, que *seria enfermeira de PSF*, *não imaginava*, a *visão romântica* e *se conseguiria um emprego* estiveram entre as respostas. Outras duas respostas, que juntas somam 50% de ocorrência, estão ligadas ao despreparo com que as enfermeiras dizem chegar da graduação para o trabalho, expressas por *se daria conta* e *não associação da teoria com a prática*. Por várias vezes, histórias de quão desesperador é chegar para trabalhar de fato e não saber o que fazer foram contadas durante as entrevistas, como a da Enfermeira D, que ilustra claramente estas histórias:

Dá pânico de você tá assim numa parada ai ele [o médico] fala assim com você: “Faz a amarração do tubo”. Aí você pensa: o que que é amarração do tubo”. Eu ficava olhando, e os técnicos ficam te esperando você responder. Eles acham que você como, é o supervisor, você é obrigada a saber, porque eles sabem. Por que que você não sabe? Aí eu falei com uma técnica, já mais né... “Eu não sei fazer amarração”. “Não sei nem o que que ele tá falando. Você sabe fazer?” Ela falou: “Eu sei. Eu vou fazer, depois eu te ensino”. “[Primeiro nome] faz tanto de adrenalina”, e eu pensando “Dilui?” É umas coisa assim que, nossa, era desesperador.

Outra angústia que as enfermeiras carregam é a dualidade de trabalho que se espera delas: entre ser assistencialista e exercer funções gerenciais, como dito pela Enfermeira I: “[...] porque, além da dificuldade da gerência, eu ainda tinha dificuldade da técnica propriamente dita, de uma punção de acesso, de uma sondagem. Então, eu ficava com muito medo, assim, sabe. Muito medo mesmo”.

Declarou a Enfermeira J:

No SUS, assim, o enfermeiro ele é mais assistencial, ele tá mais junto com o funcionário, ele tá ali fazendo as coisas, entendeu, colocando a mão na massa, né. E no hospital particular, normalmente, você é mais gerencial, mais gestor, você fica mais com aquela função, né, de

papel, de gerenciar, de correr atrás, e você não tem esse contato direto com o, o, o cliente, né. No caso, o paciente.

Ao observar-se o histórico de formação acadêmica deste grupo, percebe-se que há uma considerável ampliação da parte teórica ministrada no curso técnico em relação ao passado. O principal efeito dessa alteração reside na recomposição do conhecimento do grupo que se afasta da categoria do prático (adquirido pela experiência) para a categoria de analítico compatível, favorável ao desempenho de tarefas mais complexas. Por este motivo, a volta à função mais assistencialista traz para grande parte das enfermeiras esta angústia.

Quando perguntados sobre o que viram durante a graduação que estava presente na atuação profissional apurou-se apenas 30% de ocorrências de respostas que abarcaram a *assistência* e a *hierarquia médica*, observando que os professores enfatizavam que a hierarquia médica estaria presente no ambiente hospitalar e que era algo a ser tomado como rotineiro. A Enfermeira I, como tantas outras, contaram histórias de acontecimentos ligados a essa questão:

Essa questão da hierarquia com o médico, sabe, os professores deixaram a gente bem alerta pro que pudesse ocorrer mesmo: que alguns iam trabalhar em equipe e outros não. E a gente vê que isso se repete assim. O que a gente vê que eles falavam, como que eles falam, os erros. Alguns erros a gente ainda vê. [...] um médico vem e prescreve errado para um paciente. Acontece de prescrever tudo no nome de um paciente errado, entrar no sistema e jogar o nome de outro. Acontece, acontece. Do jeitinho que eles falavam a gente vê. É desse jeito. E se a gente fizer errado [seguindo o que eles prescreveram], a gente ainda tá errado. A gente só leva ferro. Vamos dizer assim: se você for parar pra analisar, tem que ser muito louco pra fazer um curso desse [enfermagem]. Se for parar pra analisar, é muita responsabilidade que você tem. As pessoas não entendem e não reconhecem o seu trabalho. Eles reconhecem na hora que alguma coisa dá errado. “Ah o enfermeiro é que tinha que olhar isso”.

Mas a grande maioria das respostas para a pergunta do que foi visto na graduação e que estava presente na rotina de trabalho relaciona-se ao que não se repetia, ou seja, o que acontece na

prática e que não foi visto na graduação. Das entrevistadas, 50% dizem *que nada se repete* entre os elementos da prática e os que foram aprendidos na faculdade; e 30%, que *a teoria e a prática não são casadas*.

4.2.3 Prazeres e desprazeres da profissão

Correspondendo ou não às expectativas iniciais das enfermeiras, a profissão é fonte de prazeres e desprazeres. Quando perguntadas sobre quais aspectos lhes davam mais satisfação e alegria e quais lhes causavam mal-estar e angústia, vários foram os pontos abordados, como pode ser visto na Figura 8.

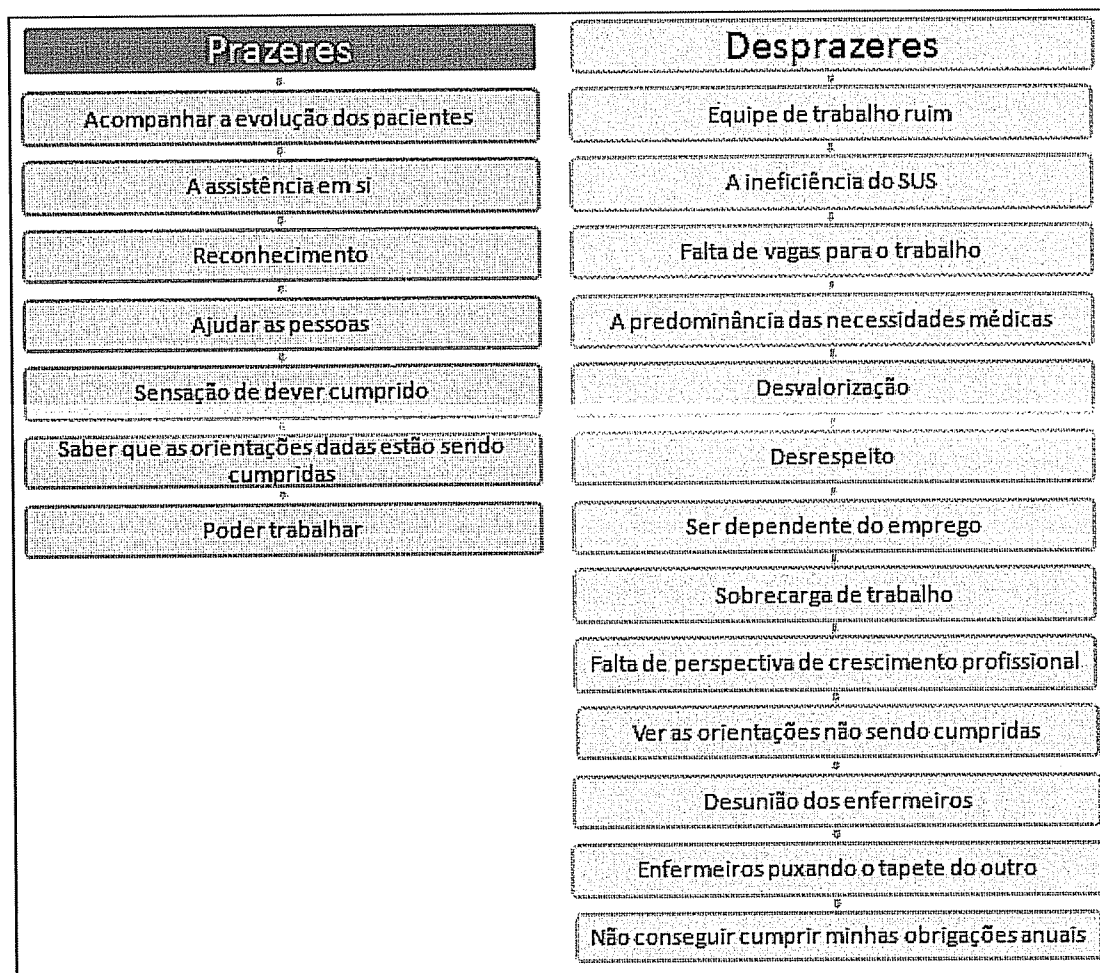


Figura 8 – Prazeres e desprazeres da profissão de enfermagem

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Entre as fontes de prazer, foram citados: *assistência em si*, *reconhecimento* (vindo de alguns pacientes), *sensação de dever cumprido* (quando conseguem passar o plantão sem

pendências), *saber que as orientações passadas estão sendo seguidas* (relacionado às orientações de controle de infecções no hospital) e *poder trabalhar* (relacionada, mais uma vez, à falta de vagas para trabalho no mercado). Já entre as fontes de desprazer estiveram: *equipe de trabalho ruim* (que atrapalha o andamento do plantão e pioram a qualidade do atendimento), *falta de vagas para trabalho, sobrecarga de trabalho* (em uma referência ao acúmulo de funções gerenciais e assistenciais e também ao elevado número de leitos sob responsabilidade delas), *ver as orientações não sendo cumpridas* (levando ao aumento dos casos de infecção hospitalar) e *desunião dos enfermeiros, enfermeiro puxando o tapete do outro, não conseguir fechar os relatórios anuais* (porque muitos médicos não comparecem aos exames periódicos no SESMT).

Algumas respostas apareceram com maior destaque:

- a) *Acompanhar a evolução dos pacientes* – com frequência de ocorrência entre as respostas de 30%, está relacionada ao fato de ver que conseguem fazer um trabalho bem feito e que este é importante na vida dos pacientes, como dito pela Enfermeira B: “É ver o reestabelecimento do outro, né. Do paciente. Isso é muito prazeroso. Você vê aquele paciente bem, uma ferida fechada, né, curado, tratado. Nossa! É muito bom”.
- b) *Ajudar as pessoas* – foi a maior frequência de ocorrência entre as respostas relacionadas ao prazer, com 40%. Está muito relacionado à escolha da profissão, ao que elas acreditam ser a enfermagem e à recompensa advinda desta ação de ajudar. Como expressado pela Enfermeira G: “A sensação de ter ajudado mesmo alguém, assim, que é muito gratificante, quando você faz, às vezes, uma coisa superpequena, que não é mais que sua obrigação [...] o paciente te agradece [...] ganho muito rocambole, bombom, sabe”. Ou pela Enfermeira F: “Pode ser demagogia, mas [...] se fez a diferença pra alguém, que seja um curativo, uma orientação, uma consulta que você consegue marcar”.
- c) *A ineficiência do SUS* – esta questão apareceu em 20% das respostas sobre as fontes de desprazer e está muito relacionada a não conseguir, por vezes, ajudar ou salvar a vida de um paciente porque o sistema não corresponde as necessidades deles, como dito pela Enfermeira H: “É você saber que aquele paciente tem chance, mas que, muitas vezes, a demanda do SUS é muito grande. E, aí, ele precisa de uma tomografia, mas, muitas vezes, ele pode morrer antes de chegar o dia [de fazer o exame]”.

- d) *A predominância das necessidades médicas* – este item se refere ao fato de hospitais terem, em grande parte, no seu corpo diretivo apenas médicos como representantes dos profissionais de saúde. Com isso, as especificidades das necessidades da equipe de enfermagem não são observadas em sua integralidade, como mostrado pela Enfermeira G: “Você vê que o diretor do hospital é médico, os assessores são médicos. Então, os problemas da enfermagem acaba que, às vezes, não é nem porque não quer, é porque não consegue mesmo entender certas coisas ou valorizar certas coisas”.
- e) *A desvalorização e o desrespeito* – neste item, as enfermeiras demonstraram que os pacientes, os acompanhantes e os demais profissionais dos hospitais bem como a sociedade, não conhecem as responsabilidades que o enfermeiro tem, não conhecem todas as demandas que são supridas por eles, o que gera uma falsa imagem de que eles são irresponsáveis ou que não querem fazer o trabalho direito, como dito pela Enfermeira F: “A questão de valorização mesmo [...] a identidade profissional, a referência que a gente tem, o que a gente escuta na televisão, as pessoas olharem pra você com [...] olhar pejorativo mesmo da profissão, isso me deixa muito frustrada”. Ou pela Enfermeira B: “O não reconhecimento [...] a falta de informação das pessoas, não sabe realmente o que é o seu papel, o que é o seu serviço”.

Como dito pelos entrevistados, as pessoas que estão de fora não conseguem enxergar o que faz um profissional de enfermagem. Perguntou-se como elas achavam que o trabalho delas é visto pelas outras pessoas. Para elas, as pessoas que estão dentro do hospital veem como: *importante mais sem valorização, bem visto, com desrespeito, não botam muita fé, alguém que não trabalha tanto quanto o médico e o técnico, alguém que veio pra dar mais trabalho para os técnicos, alguém que está ali para ser os olhos do coordenador*. Já as pessoas de fora do hospital veem como: a que *resolve os problemas de saúde dos amigos* (referindo-se ao ato de pedir receita médica e conseguir remédios de graça), *médico frustrado* (como se os enfermeiros quisessem, na verdade, fazer medicina mas não foram capazes), *auxiliar de médico, desvalorizado e enfermesa* (referindo-se a um apelido dado às enfermeiras, pelo caráter gerencial que a profissão assumiu). Porém, a característica que teve 60% de frequência de ocorrência nas respostas foi *não conseguem diferenciar o enfermeiro do técnico de enfermagem*, uma referência ao desconhecimento da população em geral de que o enfermeiro passou por um curso no ensino superior.

Pelos caminhos que a profissão vem tomando nos últimos tempos 60% das entrevistadas disseram que *já pensaram em mudar de profissão*. Entre os motivos estão *baixa remuneração, carga horária excessiva, aquisição de novas responsabilidades, desvalorização da profissão, falta de perspectivas* de crescimento e progressão salarial e a *falta de reconhecimento*. Entre os motivos para não mudar estão: *gostar do que faz e não consegue se ver fazendo outra coisa*, mas são enfáticas em dizer que não recomendam a profissão para quem está começando uma carreira. Entre as possibilidades pensadas para seguir outras carreiras estiveram: *psicologia, profissão mais valorizada, ciências contábeis, um concurso público e abrir o próprio negócio*.

As entrevistadas afirmam que as *incertezas sobre o futuro da profissão* são a maior dificuldade enfrentada por elas, tanto pela nova demanda de setores como o CTI, que estão inserindo estas profissionais em funções como banho, trocas e mudanças de posição (antes desempenhadas apenas por técnicos de enfermagem), além da tendência de superlotação na oferta de profissionais que só tende a crescer até o momento. Pesquisa realizada no site do MEC (2012) sobre Instituição de Educação Superior e Cursos Cadastrados de Enfermagem encontrou 18 faculdades em Belo Horizonte e 109 em Minas Gerais, enquanto para Medicina foram encontradas 6 faculdades em Belo Horizonte e 28 em Minas Gerais. Ou seja, há um elevado número de profissionais se graduando em enfermagem, mas as instituições de saúde não comportam esse número.

Assim, observou-se que os enfermeiros constroem suas identidades principalmente através de constructos como a da vontade de cuidar das pessoas, a ética, a humanidade, a responsabilidade, a assistência em si e os processos gerenciais.

4.3 O ser técnico de enfermagem

4.3.1 O técnico de enfermagem indivíduo *versus* o indivíduo técnico de enfermagem

A relação dos técnicos de enfermagem com os pacientes é muito direta e muito forte. Eles estão presentes em todas as etapas da assistência, acompanham o dia a dia, escutam as histórias de maneira informal e se relacionam com os acompanhantes por estarem presentes nos leitos várias vezes durante o plantão. Quando perguntados sobre o que era ser técnico de enfermagem, obtiveram-se como respostas: *ser responsável, um sonho, gratificante, ser dedicado, servir, prestar assistência* (no sentido de dar banho, fazer as trocas, trocar

curativos, ajudar na hora das refeições), *ter respeito ao paciente e aprimorar os conhecimentos a cada dia*. Porém, a resposta com maior frequência de ocorrência foi *ajudar as pessoas*, com 40%, como dito pelo Técnico H: “Técnico, pra mim, aqui, é poder contribuir um pouquinho pra poder melhorar aquele momento, aquele estágio de fragilidade do outro”. Percebe-se aqui, como em vários outros pontos que há uma relação muito forte com a dor, com o sofrimento dos pacientes, porque são os técnicos que estão mais próximos destes momentos ou, pelo menos, estão nestes momentos com maior frequência.

Entre os motivos para a escolha da profissão, obtiveram-se como resposta: “Ter mãe/irmã/prima/cunhada técnica de enfermagem”, “Por acaso” e “Mudança de emprego”. A relação com os pacientes aparece fortemente, mais uma vez, com 50% de frequência em “Sempre gostei de cuidar”, como dito pelo Técnico C: “Eu já vi tanto sofrimento que eu achei que eu podia ser útil em alguma coisa”. Ou pelo Técnico I: “Eu fico pensando no outro lado. E se fosse eu? E se fosse alguém da minha família?”. Essa posição de se colocar no lugar do outro se repete por várias vezes durante as entrevistas. A resposta “Porque não tinha dinheiro para fazer curso superior” aparece, como dito pelo Técnico D: “Eu tinha que procurar um curso técnico. Pelo menos em técnico do que ficar procurando emprego. Emprego que eu falo, assim, qualquer tipo de atividade, Tinha que me estabelecer num curso técnico”. Isso mostra que a opção pelo técnico, na maior parte das vezes, foi por falta de condições financeiras de fazer um curso superior em uma faculdade particular, já que fazer em uma universidade pública não era uma possibilidade, pela dedicação integral necessária em muitos cursos e por não ter tido um ensino médio de qualidade.

Quanto à pergunta “Quem é você?”, não houve silêncio, não houve dúvidas. As respostas saíram naturalmente. Em 80% das respostas, os entrevistados falaram de *si e da família*, contaram como é a estrutura da família (alguns entrevistados com famílias muito unidas, outros com famílias desestruturadas e até um caso de abandono de uma das entrevistadas pela mãe, que veio a se reaproximar depois de muitos anos), falaram de seus casamentos e dos divórcios, falaram de amor e de decepções, contaram histórias de seus filhos, viagens que já fizeram, bens que compraram, doenças graves na família, casos de distúrbios psicológicos. Enfim, falaram de si. Apenas 40% acharam que seria *difícil se definir em poucas palavras* e somente 20% falaram também de *ser técnico de enfermagem*. Um dado muito interessante é que 50% dos técnicos começaram a se definir falando *seu primeiro nome*, fato este ocorrido com esta frequência somente entre estes profissionais.

Ao serem indagados sobre quem eram enquanto enfermeiros, apareceram os seguintes itens entre as respostas: *responsável, dedicado, está sempre tentando melhorar, sério, trabalha com carinho e amor, é reservado, odeia fofoca, cobro muito de mim, gosto de ajudar as pessoas, muito atencioso, tento ser muito profissional, eu sou danado* (no sentido de ser muito ágil na execução das tarefas e sempre exigir atenção dos médicos para os pacientes) e *exigente*. Duas respostas chamaram a atenção. Primeira: “Tento fazer o serviço bem feito”, como explicitado pelo Técnico H, “Dentro das condições que a instituição me preconiza, dentro daquilo que eu tenho em mãos, eu tento tá fazendo o melhor pro meu paciente, seja com óleo de girassol ou com creme hidratante do melhor possível”. A resposta com maior frequência de ocorrência, com 40%, foi colocar-se no lugar do paciente como dito pelo Técnico D: “Eu vejo muito o lado do paciente. Eu sou aquela pessoa que, assim, eu me ponho no lugar dela ou de uma pessoa querida minha, porque não é fácil. E tem paciente que é chato mesmo, que pinica você o dia inteirinho, mas a gente tem que respirar fundo”. Mais uma vez, isso mostra a intensa preocupação destes profissionais com os pacientes e o sofrimento deles.

Quando foi dada a possibilidade aos profissionais de fazerem três pedidos ao gênio da lâmpada, das 23 ocorrências de respostas 7 estavam relacionadas a profissão, como pode ser visto da Figura 9.

Primeiro Pedido	Segundo Pedido	Terceiro Pedido
Ganhar na loteria	Me dar bem na profissão	Conseguir pagar as dívidas
Muitos anos de vida	Ser promovida a enfermeira	Ganhar na loteria
Paz	Ser mais alegre	Fazer uma viagem bacana com a filha
Saúde	Ser reconhecido	Saúde
Ser valorizado	Ter estabilidade financeira	Ter um emprego sempre
Ter um hospital	Ter uma casa própria	Ter um filho
Um homem lindo	Terminar de arrumar a casa própria	Ter uma fazenda
	Ter carteira assinada sempre	Ver os filhos realizados


 Respostas relacionadas com a profissão

Figura 9 – Ocorrência de respostas dos técnicos de enfermagem a pergunta n. 20 do roteiro de entrevista

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Algumas das respostas que mais se fizeram interessantes para a análise foram:

- a) *Saúde* – com uma frequência de ocorrência nas respostas de 40%, a vontade de ter saúde está sempre atrelada a não querer passar pelo sofrimento que veem os pacientes passando e não querer depender de hospitais públicos (pela demora na realização de alguns procedimentos que estes profissionais sabem que interfere na vida ou morte dos pacientes).
- b) *Ter um hospital* – quando esta resposta foi dada, veio uma segunda pergunta: Pra você ficar rico? A resposta foi “não”. O vínculo com os pacientes e com o sofrimento, mais uma vez, apareceu. O Técnico G contou que antes de trabalhar no HS, trabalhava na pediatria de outro hospital, com pacientes oncológicos. Segundo ele, desde então tem vontade de fazer um hospital para este tipo de paciente, onde tudo seria como em um conto de fadas: os leitos, os brinquedos, a mesa do lanche, as atividades de fisioterapia. O motivo, segundo ele, é porque a dor e sofrimento que aquelas crianças e suas famílias passam é enorme, e o hospital é a última casa de muitos deles. Assim, transformando em um conto de fadas, tudo ficaria mais bonito, eles se sentiriam especiais e morreriam com mais paz de espírito.
- c) *Ser reconhecido* – entre os pedidos relacionados ao trabalho, é o que teve maior ocorrência: 40%. O reconhecimento que se deseja, em muitos casos, é não só da sociedade, pela importância do trabalho exercido, mas também dos coordenadores, que, segundo os entrevistados, não recompensam os profissionais que são mais sérios e dedicados, o que os desestimula.

Quando perguntados sobre como e onde se viam no futuro, estiveram entre as respostas: *como enfermeiro, concursado, no HS, com curso superior, aposentado, trabalhando menos, promovida a enfermeira, fazendo plantão particular, tendo um negócio próprio, morando em casa própria e voltando para o interior*. Há sempre nas respostas uma alusão à insatisfação com a condição atual por não ser valorizado, ter uma carga horária de trabalho muito grande e pouco retorno financeiro.

O forte vínculo com os pacientes aparece novamente quando os técnicos responderam pra quem eles trabalham: 70% disseram trabalhar para os pacientes. Entre as demais respostas (30%) estiveram: para a instituição, para mim e para o governo.

4.3.2 Expectativas para a profissão e realidade encontrada pelos profissionais

Ser técnico de enfermagem, em muitos casos, aconteceu em uma relação inversa de escolha. A oportunidade de ter um curso técnico surgiu, e os entrevistados a agarraram, seja por meio de cursos oferecidos pelo governo, por incentivo financeiro de ex-patrões ou, ainda, por ajuda da família.

Como essa escolha não ocorreu, em muitos casos, por conhecer a profissão ou entender seus preceitos e atribuições, os entrevistados, enquanto estavam estudando, imaginavam que o trabalho de técnico seria diferente. Entre as respostas encontram-se: *não imaginava*, que seria *mais tranquilo*, que teria *menos cobrança*, *mais valorizada*, tinham uma *visão romântica* da profissão, que teriam *menos responsabilidades* e que *teoria e prática não seriam tão diferentes*. A resposta *não teria tanto trabalho* aparece com uma frequência de 50%, como expressado pelo Técnico E: “Eu achava, assim, que a gente não ia ter tanto trabalho igual a gente tem, né. Eu achava que a gente ia ficar mais, assim, bonitinha. Aí, vai lá, pegar aqueles pacientes mais bonzinhos, fazer uma medicação”.

O item que seria *mais respeitado* aparece em observações como as do Técnico D quando diz: “Respeitado a gente é muito mais pelos humildes”. Isso porque, segundo ele, estas pessoas não entendem que essa é a obrigação do SUS, que os profissionais são pagos para cumprir suas obrigações e, também, porque estes pacientes não conseguem entender a diferença entre os técnicos de enfermagem e os enfermeiros, acreditando que todos eles são enfermeiros. A submissão aos médicos e aos enfermeiros é entendida como uma afronta aos conhecimentos adquiridos durante o curso técnico, como apontado pelo Técnico F:

[...] nem sempre os médicos entendem de ferida [...] porque a própria faculdade [em referência ao curso técnico] passa isso, de abaixar a cabeça. A gente sabe administrar medicação, fazer uma cobertura. O enfermeiro não sabe. Ele não aprende isso na faculdade. Eles veem aprender isso aqui, com os técnicos.

Entre os elementos que estavam presentes durante o curso técnico e que estes profissionais observam ainda encontrar na vida profissional estão: *pacientes complicado*, *hierarquia médica* e *pouco reconhecimento*. Segundo eles, os professores avisaram sobre todos estes itens e, de fato, acontece como eles falaram. Dois itens aparecem interligados: *hoje tem mais tecnologia* e *a teoria e a prática não são casadas*. Isso porque alguns deles fizeram o curso técnico há mais de dez anos ou fizeram em cidades do interior.

Por isso, a realidade de materiais, instrumentos e técnicas de manuseio que encontram nos hospitais hoje não reflete o que aprenderam. A *técnica* aprendida é, para 50% dos entrevistados, o que realmente se repete, como dito pelo Técnico B: “A técnica, né, que a gente estudou é a mesma que tem que ser seguida. A teoria. Porque não adianta você aprender que pra você puncionar um acesso você tem que fazer assepsia da pele, aí, chega aqui, você não vai fazer. O que aprendeu lá, é o que tem que fazer aqui”.

4.3.3 Prazeres e desprazeres da profissão

O prazer que estes profissionais mostram por deterem um conhecimento técnico de saúde é inegável, mas neste item mostra-se o que estes indivíduos carregam para si dos prazeres e desprazeres da profissão.

Entre as maiores dificuldades encontradas na profissão estão: *lidar com as famílias* e o *desgaste físico* (por ter que manusear muitos pacientes). A *responsabilidade com a vida dos pacientes* é fonte de grande preocupação, como dito pelo Técnico F: “Porque quando cê chega em casa, que cê bota a cabeça no travesseiro, não é o seu colega, não é seu chefe nem ninguém; é a sua consciência que vai te cobrar.” A *relação com os médicos e com os enfermeiros* também é apontado como uma dificuldade, como expressou o Técnico G:

Ah, eu acho que a gente não é muito respeitado, sabem. Acho que isso que é mais difícil, tanto em relação [...] aos outros enfermeiros, a alguns médicos também, sabe, que a gente vê assim de um outro lado, como se a gente fosse empregada deles. Eu mesma já cansei de falar assim: “Eu não sou empregada de vocês. A gente trabalha junto. Eu trabalho pra instituição. Não trabalho pra eles, não. Eu canso de falar isso pra eles sabe.

Diante destas dificuldades, ao serem perguntados se já tiveram vontade de mudar de profissão, 70% responderam que sim. Entre os motivos estão: *baixa remuneração, carga horária excessiva, desvalorização, trabalhar em setor que não gosta* (eles sempre expressam preferência por algum setor de modo específico, seja pelo tipo de paciente atendido, seja pela forma como a assistência é prestada). Entre os motivos para não mudar estão: *não tem dinheiro para fazer faculdade, não vale a pena investir em uma faculdade, tem família pra cuidar* (e não pode se dar ao luxo de ficar tentando outros empregos). Se pudessem mudar de profissão fariam: *concurso público, advocacia, serviço social, nutrição, gastronomia,*

fisioterapia ou *administração*. Interessante perceber que o curso superior em enfermagem não foi citado. O motivo é que os técnicos acreditam que o investimento em uma faculdade não compensa a diferença salarial entre as profissões e o conhecimento a ser adquirido não mudaria muito o que já sabem.

Os fatores responsáveis pelos maiores prazeres e maiores angústias estão listados na Figura 10.

Prazeres	Desprazeres
Ajudar na cura de um doente	Desvalorização
A assistência em si	Desrespeito
Reconhecimento dos pacientes	Não conseguir ajudar um paciente
Ajudar as pessoas	Ingratidão
Ser útil	Falta de reconhecimento da chefia
Conversar com os pacientes	O óbito
Cuidar de pacientes idosos	A baixa remuneração
	Fingimento de colegas de trabalho
	Fofoca
	Abandono dos familiares dos pacientes

Figura 10 – Prazeres e desprazeres da profissão de técnico em enfermagem

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

A Figura 10 mostra que as maiores fontes de prazer para estes profissionais estão relacionadas ao paciente. O cuidado em si é causa de muita satisfação, como dito pelo Técnico G: “Eu gosto de ver todo mundo cheiroso, limpinho, sabe. Me dá prazer de olhar e falar assim: ‘Foi eu que fiz’, sabe. ‘Foi eu que dei banho’. ‘Eu que penteei o cabelinho’. ‘Eu que fiz a barba de um vozinho’ ou de alguém que tá lá barbudo há muito tempo e ninguém fez. Aí, eu gosto.” Já as maiores fontes de desprazer podem ser divididas em dois grupos principais: o descaso com que a profissão é vista, incluindo *desvalorização*, *desrespeito*, *falta de reconhecimento da*

chefia e baixa remuneração; e questões relativas aos pacientes, incluindo não conseguir ajudar um paciente, ingratidão, o óbito e o abandono dos familiares.

Quando perguntados sobre o reconhecimento que eles têm dentro e fora do hospital, 70% afirmaram que são *desvalorizados*, citando ainda o *desrespeito* e que para muitas pessoas eles são *invisíveis*. Neste item, muitos deles tentaram, por meio de várias histórias, mostrar a importância dos técnicos de enfermagem, como o Técnico E: “Agora, eles [os diretores, os médicos e os enfermeiros] têm que saber que eles [os técnicos] é um corpo muito importante no hospital. Se para médico, funciona; se para enfermeiro, funciona; agora se para técnico, não funciona. E é verdade. É verdade”. Ou o Técnico B: “Acham que é uma profissão como outra qualquer. Mas quem precisa, quem necessita, sabe que não é bem assim, né. Que é uma profissão muito importante, muito bonita, e que também você se dedica à vida do outro”.

Tendo sido feitas as considerações relativas à identidade profissional de cada um dos grupos de sujeitos pesquisados, realiza-se a seguir, uma análise comparativa entre essas profissões.

4.4 Identidades profissionais comparadas

A análise comparada feita neste item segue os preceitos da construção das identidades. Como visto, há uma interatividade e uma dinamicidade nas identidades, pois a todo momento sofremos novas influências de outros significativos e, ao interiorizarmos os novos fatos, reconstruímos nossas identidades.

O que se realiza aqui é o que foi observado por Strauss (1999) quando mostra que para analisar a identidade de um indivíduo é preciso analisar de forma conjunta a identidade coletiva. Com os sujeitos desta análise, pôde-se perceber este fato de maneira muito clara.

A identidade médica aparece neste estudo como aquela capaz de influenciar em maior grau as identidades dos enfermeiros e dos técnicos. Por vezes, estes profissionais recorrem a falas médicas, a atitudes, a comportamentos e a elementos de carreira dos médicos para referenciar suas identidades. Pode-se inferir que isso ocorre devido ao forte processo de socialização experimentado pelos médicos quando de sua formação superior, além da hierarquia médica em instituições de saúde, em relação às equipes de enfermagem.

Ao serem introduzidos em um mundo objetivo da sociedade, qual seja, suas profissões relacionadas à saúde, como descrito por Berger e Luckmann (2002), estes interiorizaram novas premissas e modificaram suas identidades.

Isso pode ser visto quando se comparam os motivos da escolha da profissão e a forma como eles a definem após saírem dos cursos de formação (Quadro 9).

Quadro 9 – Comparação entre os elementos constituintes das identidades profissionais

	Principais motivos para escolha da profissão	Elementos que definem o profissional hoje	Elementos comuns às profissões
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Gostar de ajudar as pessoas • Status da profissão • Idealismo 	<ul style="list-style-type: none"> • Paciência • Competência • Fazer caridade • Responsabilidade • Fazer o que gosta 	<p>Médico/Enfermeiro:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade • Fazer o que gosta <p>Enfermeiro/Técnico de Enfermagem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidade • Um sonho
Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Gostar de cuidar das pessoas • Vontade de trabalhar em hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Compromisso • Humanidade • Ética • Responsabilidade • Fazer o que gosta • Um sonho 	
Técnicos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Gostar de cuidar das pessoas • Falta de recursos financeiros para fazer um curso superior • Por incentivo de familiares e amigos 	<ul style="list-style-type: none"> • Servir • Dedicção • Gratificação • Respeito ao paciente • Um sonho • Responsabilidade 	

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Antes de entrarem nos cursos de formação, havia uma sutil, porém importante, diferença ao se referirem aos motivos para escolherem o curso. Os futuros médicos pretendiam *ajudar as pessoas* (em um sentido de conseguir por meio de seu conhecimento modificar um estado de saúde, ajudando em sua melhora). Já os profissionais da enfermagem – tanto os futuros enfermeiros quanto os futuros técnicos – queriam cuidar das pessoas (em uma clara predisposição assistencialista). A *responsabilidade* foi interiorizada de forma muito arraigada nestes profissionais, em grande parte, por lidarem com a vida e a morte e por, ao vivenciarem um ambiente hospitalar, passarem por um processo de tomada de consciência de que atitudes muito pequenas determinam o estado de saúde futuro do paciente sob sua responsabilidade, ocorrendo, assim, para cada um destes indivíduos, como descrito por Berger e Luckmann (2011), a apropriação subjetiva de sua identidade.

A identidade profissional contribui de maneira tão expressiva para a construção da identidade pessoal destes indivíduos que seu eu e seu eu profissional se tornam um só. Essa relação é percebida com menor intensidade entre os técnicos de enfermagem (Quadro 10).

Quadro 10 – Considerações acerca das respostas ao questionamento “Quem é você?”

	Dificuldade em se definirem	O indivíduo profissional	O indivíduo
Médicos	80% Exemplo de reação: “você quer uma resposta?”	100% (sendo que 20% fala somente do indivíduo profissional)	80%
Enfermeiros	50% Exemplo de reação: “Ai que pergunta difícil?”	80% (sendo que 20% fala somente do indivíduo profissional)	90%
Técnicos de Enfermagem	40% Exemplo de reação: “Tem que ser em poucas palavras?”	20%	100%

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

A partir dessas análises, pode-se inferir que a socialização secundária sofrida pelos médicos resultante dessa construção de identidade é tão forte que modifica significativamente suas individualizações. Isso ocorre porque, como descrito por Berger e Luckmann (2011), o status do corpo de conhecimento e o universo simbólico oferecido pelos cursos de medicina se apresentam com um forte caráter.

Os processos de construção das identidades, descritos por Dubar (2005) como “processo biográfico” e “processo relacional”, apresentam-se conforme disposto no Quadro 11.

Quadro 11 – Processo biográfico *versus* processo relacional dos entrevistados

	Atos de atribuição	Atos de pertencimento
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Só quer levar vantagem • Trabalha pouco • Pouco confiável 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicado • Humano • Exigente • Responsável
Enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermesa • Auxiliar de médico • Trabalha pouco 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicado • Humano • Ético • Responsável
Técnicos de Enfermagem	<ul style="list-style-type: none"> • Aquele que dá banho • Pouca qualificação • Trabalha pouco 	<ul style="list-style-type: none"> • Dedicado • Atencioso • Sério • Carinhoso • Responsável

FONTE: Elaborada pela autora, com base nas entrevistas

Percebe-se que o autoconceito é estabelecido pelos indivíduos entrevistados a partir das relações experimentadas nos cursos de formação e nas instituições de saúde. Há uma forte preocupação em contradizer as informações de ‘quem dizem que eu sou’, estas, muitas vezes, expressas por notícias da mídia com relação a erros médicos ou da equipe de enfermagem que causaram algum dano à saúde de pacientes ou levaram a óbito.

É por meio da correlação entre estes dois processos que ocorre a formação da identidade profissional como descrita por Ghisleni (2010), com elementos do curso de formação, da imagem profissional e da realidade das relações de trabalho que encontra nas instituições de saúde.

A relação que as três categorias profissionais têm com o paciente é também um interessante fator de análise. Dos enfermeiros entrevistados, 50% dizem trabalhar para o paciente, fala compartilhada por 70% dos técnicos de enfermagem. Essa relação ocorre, em grande parte, pelo tempo que estes profissionais ficam à disposição e em contato direto com os pacientes, estabelecendo um forte vínculo.

Apesar de o *gostar de cuidar ou ajudar* os pacientes estar presente na fala de todas as categorias profissionais, apenas os técnicos em enfermagem utilizaram as palavras *carinho* e *amor* ao se referirem aos cuidados com eles.

Enfermeiros, médicos e técnicos enfrentam muitas situações em que suas decisões envolvem alto nível de complexidade, incerteza e instabilidade que podem custar a vida dos pacientes em poucos segundos. Essa atmosfera de tensão está diretamente vinculada ao sofrimento e à dor destes profissionais (desprazeres), sendo fonte de estresse. Mesmo considerando que o *óbito* só aparece como causa de angústia nas respostas dos técnicos de enfermagem, casos de dor relacionados a este fato foram expressados por todos. O médico E pediu demissão após perder um paciente que não chegou em estado grave mas faleceu por insuficiência de profissionais para o atendimento. O enfermeiro F pensou em abandonar a profissão após um dos técnicos que estavam sob sua responsabilidade em um plantão aplicar um remédio errado em um paciente que já estava de alta, advindo daí o seu falecimento. O Técnico H ficou em estado de choque após ver uma mãe ninando seu filho por horas após ele ter falecido, porque não teve o atendimento correto.

A desvalorização está presente também nas três categorias profissionais, mas de maneiras diferentes. Os médicos entendem que não se dá o devido valor (no sentido de status) à profissão e dizem ser tratados com desrespeito pelos pacientes. Os enfermeiros veem a desvalorização por estarem retomando funções assistenciais básicas (antes desempenhadas somente pelos técnicos) e por não serem vistos como profissionais que têm uma formação superior e conhecimentos diferenciados em relação aos técnicos. Já os técnicos veem a desvalorização pela baixa remuneração e por não serem reconhecidos como fundamentais para o funcionamento das instituições de saúde.

Em suma, as identidades profissionais foram construídas por meio dos sucessivos processos de socialização que afetam as relações sociais nos diferentes tipos de organização (DUBAR, 2005; BERGER e LUCKMANN, 2011). As instituições de ensino e a organização onde a atividade profissional ocorre – no caso dos entrevistados, o Hospital Sigma – assumiram particular relevância nessas situações. Cumulativamente, os projetos individuais e coletivos dos entrevistados e suas histórias de vida também fizeram parte da dinâmica da construção e reconstrução das identidades desses sujeitos em permanente estado de transformação. Portanto, as identidades profissionais dos grupos não podem ser consideradas produtos acabados, mas sim construções relativamente estáveis no âmbito de um contínuo processo de interações sociais.

Acrescenta-se que a construção das identidades profissionais dos grupos pesquisados só pode ser compreendida quando considerados os processos identificatórios desses indivíduos com a organização na qual trabalham. No próximo item, aborda-se o grau de identificação organizacional dos entrevistados com o HS.

5 A IDENTIFICAÇÃO ORGANIZACIONAL NO HS

Neste capítulo, primeiramente, realiza-se a análise do grau de identificação dos médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem entrevistados no HS. Posteriormente, relacionam-se os fatores considerados relevantes para que tal identificação ocorra, a partir dos relatos dos entrevistados.

5.1 O ser médico no HS

A identidade organizacional e a identificação dos profissionais com a organização se dão a partir do modo como os indivíduos a veem (GIOIA, SCHULTZ e CORLEY, 2000). Nesta dissertação, adotou-se a perspectiva do estudo da identificação organizacional desenvolvida por Dutton, Dukerich e Harquail (1994). Esses autores definem a identificação organizacional como o grau em que um membro define a si próprio pelos mesmos atributos que ele acredita que definem a organização. Portanto, os membros do HS podem se dizer identificados quando incorporam as características atribuídas a esta organização em seu autoconceito. Nesta perspectiva, no mais alto grau de identificação (superidentificação) ocorre a despersonalização, definida como um processo por meio do qual o *self* passa a ser percebido como categoricamente intercambiável com outros membros do grupo.

Dutton Dukerich e Harquail (1994) propõem três formas de avaliar o grau de identificação: (a) diretamente, por meio de escala baseadas em medidas; (b), pedindo aos membros da organização que avaliem um conjunto de identidades e indiquem o grau de relação entre essas identidades e se descrevam como indivíduos; e (c) pelo o grau de sobreposição entre as características por meio das quais um indivíduo descreve a si mesmo e as características que ele acredita que tipificam a organização. Nesta pesquisa, utilizou-se a representação gráfica como escala de medida. Solicitou-se aos entrevistados que se descrevessem como profissionais, concomitantemente com os atributos que mais tipificavam o HS.

Ao serem indagados sobre as características do HS que o tornavam diferente dos outros hospitais em que trabalhavam, a maioria considerou que ser médico no HS engloba três grupos de atributos: o social, o ser um hospital geral, e a gestão do trabalho. Trabalhar em um hospital que atende integralmente pacientes do SUS, segundo os entrevistados, traz um aspecto *social* para a forma como se definem, por meio de elementos como: *fazer a diferença*, já que atendem pacientes que, em geral, não fazem tratamentos preventivos ou não teriam

condições de pagar por uma assistência, no caso dos que chegam vítimas de acidentes; *gratificante*, pois eles dão mais valor ao trabalho de toda a equipe envolvida com o atendimento; e *trabalhar com população carente*, tendo 30% dos entrevistados, afirmado que, além de a satisfação ser maior, estes pacientes levantam menos dúvidas com relação aos conhecimentos que o médico possui.

Trabalhar em um *hospital geral* também apresenta atributos únicos para a identidade destes médicos, já que, segundo eles, *trabalhar com traumas complexos e assistir pacientes críticos* possibilita a aquisição de novos conhecimentos a cada novo atendimento, pois em hospitais da rede particular não se tem o atendimento para tanta variedade de doenças. E a forma como ocorre a *gestão do trabalho* também interfere, pois a *autonomia* e a *liberdade de trabalho* oferecida são atributos determinantes para que continuem trabalhando no HS, além de o contrato ser com *carteira assinada*, o que traz mais estabilidade a estes profissionais, que dizem trabalhar a maior parte das vezes como prestador de serviço. Sendo assim, em caso de doenças, ou mesmo, de férias, se não trabalham não recebem.

Ao explanarem sobre esses atributos, também surgiram aspectos negativos, que podem ser considerados como os desprazeres citados no capítulo anterior. Quanto às principais dificuldades de se trabalhar no HS, salienta o *lugar de descanso médico*. Declarou o Médico C:

É bem precário aqui também. Então, você dorme em uma situação bem precária. Eles usam o sistema de áudio pra chamar o médico. É feito até de madrugada. Eles não chamam só o médico; chamam funcionário da limpeza, chamam a fisioterapeuta... Então, de noite, eles estão chamando. Toda vez você fica naquele estado de alerta.

Segundo os médicos, este é um fator que interfere na dignidade de exercer a profissão, porque não existe cama para todos. Então, eles deitam em colchões no chão, e mulher e homens dormem junto. Este último fator, considerado constrangedor, é citado como um acontecimento que não contam para seus maridos e esposas, para que não seja criado um desgaste.

Além da *carga horária grande*, como dito pelo Médico G, “o hospital cresceria muito mais se eles me pagassem bem e me exigissem dedicação exclusiva do que me deixar trabalhar 16 horas por dia eu estou aqui hoje depois de 24 horas de plantão de ‘saco cheio’, louco pra ir embora, louco pra tocar o serviço e ir”. A *falta de recursos* também foi citada, mas percebeu-se, ao longo das entrevistas, que é uma questão mais do SUS do que do HS, já que a maioria

dos entrevistados declarou que é um dos hospitais públicos em que já trabalharam que mais apresenta recursos materiais aos funcionários. Quando falta, em verdade, é mais por uma questão do hospital atender a uma demanda maior do que suporta.

Outro fator listado foi conseguir *transferência para os pacientes*, que acabam ocupando uma vaga que poderia ser usada por outros pacientes e ficam sem o atendimento correto, como dito pelo Médico F:

É, às vezes, a gente fica meio que de mãos atadas. A gente tá num serviço que não tem determinado especialista. Pra gente conseguir uma transferência, é muito difícil. Aí, o paciente fica lá com você. Aí você começa a ficar agoniada. Você não tá fazendo nada por ele. O tratamento que ele podia receber é num outro serviço que você não consegue transferência. Aí, você tem que ir atrás de serviço social, diretoria. Então, o fluxo, às vezes, também é meio falho.

Falta de treinamento de enfermeiros, ter poucos profissionais, espaço físico inadequado à demanda de atendimentos, trabalhar em vários locais e conciliar a vida profissional com a pessoal também são fatores relevantes. Por atenderem um leque de casos muito diferentes, *não ter outro médico da mesma especialidade no plantão e a pequena discussão de casos com médicos assistentes* também são fatores de dificuldade.

Percebido que trabalhar no HS tem muitas particularidades, inclusive em relação às dificuldades encontradas na própria execução da atividade médica, buscou-se captar entre os entrevistados o que significava para eles trabalhar no HS. Obtiveram-se os seguintes itens: *ter liberdade e autonomia de trabalho, bom relacionamento com a equipe multidisciplinar, oportunidade de desenvolvimento, um privilégio, trabalhar com amor, estar em um lugar especial, dominar o processo de trabalho que é complexo, trabalhar em um lugar difícil pela gama de pacientes atendidos, ter carteira assinada, o que traz tranquilidade, estar em contato com estudantes, o que possibilita continuação de vínculo com a UFMG e atualização de informações.*

Essas particularidades do HS interferem também nas relações estabelecidas com os pacientes, com os enfermeiros, com os técnicos de enfermagem e com os outros médicos. A relação com os pacientes é tida para 60% dos entrevistados como *boa*, ressaltando que, por vezes, ela é *limitada*, já que não acompanha o paciente à medida que ele vai trocando de setor e que a *empatia* entre médico, paciente e acompanhante é fundamental para a evolução dos pacientes, o que se torna complicado, muitas vezes, porque estes não vão ao HS para ser atendidos por

um determinado médico, pois não tem referência; apenas querem ser atendidos. Então, iniciar uma relação de confiança em casos, muitas vezes, graves em apenas alguns minutos é bastante complicado e causam trâmites desnecessários, o que por sua vez, eleva o custo de cada atendimento, como expressado pela Médica F: “É essa dificuldade de lidar com a falta de informação do próprio paciente. Então, às vezes, você pede um tanto de exame, faz um monte de coisa com essa informação que podia ter te dado, mas que ele não tem”. Assim, eles destacam que nesta relação eles *fazem o melhor possível*. Outra fonte de dificuldade na relação com os pacientes é que alguns são criminosos, que entram baleados, esfaqueados ou, mesmo, com o acompanhamento de agentes penitenciários, o que causa grande receio para os profissionais, que contam casos de agressão verbal e tentativa de favorecimento por intimidação. Como uma forma de se prevenirem, estes profissionais acabam limitando o contato, como dito pela Médica F:

Na verdade, eu não pergunto muito. Eu não pergunto: “Ah, como que você foi baleado?” Eu nem entro muito nesse assunto que, às vezes, eu nem gosto de saber o que está por trás, às vezes, sabe. E já aconteceu de eu ficar sabendo do que tá por trás, e aí muda, muda um pouco. Você pensa: “Poxa, esse cara é bandido. Então, eu não gosto de ficar sabendo não.

A relação com os outros médicos é para 80% dos entrevistados *boa*, explicitada por meio de fatores como: *tranquilo*, bom *trabalho em equipe*, *crece junto* com outros profissionais por fazerem discussões de caso. Mas ressaltam que alguns são *complicados*, por possuírem egos elevados e se recusarem a fazer algumas atividades, como exames requeridos pelo SESMT, preenchimento de formulário de notificação necessários para a CCIH e elaboração da evolução médica feita com detalhes.

A relação com os enfermeiros é tida como *boa* para 70% dos entrevistados, que relacionaram fatores como: *nunca tive problemas* com ninguém, *ótimo*, *bem tranquilo*, *confia muito* nos enfermeiros, *nunca deixaram de fazer nada* que foi pedido, *não ficam olhando de cara feia* e que existe *respeito*. Porém, ressaltam que a hierarquia médica existe e interfere em algumas relações. Alguns médicos confirmam isso, como o Médico A, que declarou “Prefiro entrar mudo e sair calado”. Há aqueles que lidam com esta questão tomando atitudes que diminuem aos olhos da equipe de enfermagem essa distância de poder, como afirmou o Médico D: “Fazendo isso, ele consegue que seus pedidos sejam atendidos com mais boa vontade e na hora que são feitos”.

A relação com os técnicos é tida como *boa* apenas por 50% dos entrevistados, porque, segundo eles, *falta entrosamento*. A equipe é vista como *despreparada* em alguns setores, o que atrapalha principalmente a agilidade necessária em atendimentos de urgência que requerem que todos saibam seus lugares e o que devem fazer. Eles afirmaram que sabem que “é quem coloca a mão na massa”, como dito pelo Médico E, mas que é preciso ser *sério*, porque este é o jeito mais fácil de *exigir que o trabalho seja bem feito*.

A identificação com a organização é também afetada por tristezas e alegrias experimentadas por estes indivíduos quando de seu trabalho. O Quadro 12 mostra os fatores relacionados a estes sentimento para os médicos. Entre os aspectos de felicidades, *estar com os acadêmicos* foi citado por 50% dos entrevistados, mostrando, mais um vez, a importância deste fator. Conseguir *exercer bem a profissão* e a *constante melhoria do hospital* são dois fatores que estão relacionados e que são fruto de esperança de que o hospital pode se tornar uma referência em alguns tipos de doença e ter uma grande procura por residências no futuro, o que, por sua vez, melhoraria o atendimento prestado aos pacientes.

Quadro 12 – Alegrias e tristezas na relação médico *versus* HS

Alegrias	Tristezas
Fazer o que gosta	Limitações do SUS
Forma de assistência	Burocracia
Constante melhoria do hospital	Colegas que não executam o serviço
Conduzir os casos	Remuneração
Estar em contato com os acadêmicos	Limitações do espaço físico
Bom relacionamento	Não ter plano de carreira
Carteira assinada	Falta de suporte integral para o paciente
Conseguir exercer bem a profissão	Falta de equipe suficiente para atendimento
Ambiente de trabalho	Drogas no hospital
Liberdade no processo de trabalho	Perder um paciente

FONTE: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

Entre as tristezas, 90% dos médicos demonstraram alguma relação com os *problemas socioeconômicos do Brasil*, que podem ser percebidos nos pacientes atendidos e que interferem não só na identificação organizacional como também na própria construção da identidade profissional. Vários foram as falas relacionadas a este item. Na fala do Médico J, tem-se quase um resumo destas questões:

[..] pela localização do hospital, a gente tem aqui uma população de viciados, de traficantes, que é muito grande. Isso até deixa a gente com um certo medo de trabalhar [...] A gente vê as coisas acontecendo, né. A gente vê [...] jovens aqui paraplégicos. Vai ficar, às vezes, tetraplégico, às vezes, por um acidente, por imprudência, moto... Isso entristece, porque é uma situação que vai além da condição da gente de resolver. Então, não é só a doença. Então, por exemplo, tem o sexto andar aqui no hospital que é um lugar deprimente: velhinhos que, às vezes, fica aqui meses. A família não quer. Larga aí.

Perder um paciente – como dito pelo Médico G, “errar é humano, mas na medicina errar é desumano, então quando a gente erra o preço é alto” – é tido não só como uma tristeza, mas também como um dos fatores que causam vontade de sair do hospital, como dito pelo Médico I, que viveu uma situação deste tipo e ficou fora do hospital durante um tempo:

Eu já peguei duas crianças aqui paradas, e...deu estar sozinha, de não ter uma outra pessoa pra me ajudar [...] Então, assim, foi uma parada que o atendimento foi... não foi o ideal, né, porque é difícil você também ser capaz de tá coordenando tudo, lembrando de tudo. Então...foi o dia também que eu não só pensei como falei, e não voltei mesmo. Pedi demissão. Morreu [a criança]. E depois que ele morreu eu ainda tive que atender a noite inteira um tanto de bobagens. Aí isso pra mim foi a hora que eu falei. Não, não quero. Foi quando eu resolvi sair. Eu fiquei péssima.

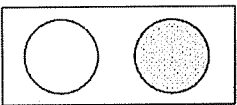
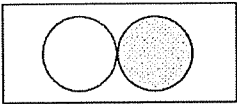
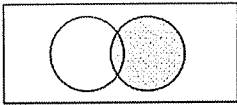
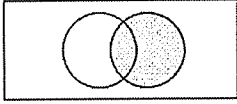
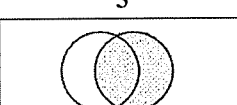
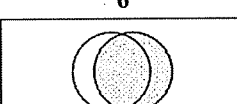
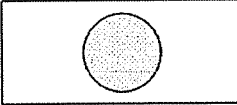
Entre outras causas de vontade de sair do hospital estiveram: *sobrecarga muito grande, falta de incentivo de carreira, ser maltratado por pacientes e falta de estrutura física*, como dito pelo Médico F: “Porque vem chegando paciente, você não tem mais monitor, você não tem mais bomba, sabe. Você é treinado pra tratar o paciente e você não consegue tratar o paciente, porque você não tem material. Isso dá uma agonia assim, tremenda”.

Na sequência, aparecem as perguntas de identidade profissional, “Quem é você” e “Quem é você enquanto médico?” Fez-se a pergunta “Quem é você enquanto médico do HS?” como componente de análise da identificação organizacional. Entre as respostas, obtiveram-se: *professor, pacientes mais gratos, atende as expectativas do hospital, veste a camisa, tem o*

reconhecimento de outros médicos por trabalhar no HS (e lidar com pacientes complexos), horizontal e plantonistas (em referencias claras a função apenas), lidar com problemas sociais, compromisso, privilégio e responsabilidade.

Observando-se todos estes fatores apresentados, percebe-se pelos resultados obtidos pela representação gráfica o nível de identificação dos médicos com o HS (Quadro 13). Observou-se que o tempo que trabalham na organização não é um fator que está relacionado à maior ou à menor identificação, sendo relevantes para a análise os motivos apresentados no Quadro 13.

Quadro 13 – Nível de identificação dos médicos com o HS

Representação gráfica	Quantidade de médicos que percebem a identificação	Motivos apresentados
1 	0	_____
2 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Havia propostas de expansão do setor, e tal fato não ocorreu. Por isso, trabalhar sem conseguir dar continuidade no fluxo do paciente e ter que enviá-lo para outro hospital é muito desmotivante.
3 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Passa pouco tempo no hospital, porque tem outros empregos. • Considera a gestão hospitalar fraquíssima, porque não há valorização do fator humano.
4 	3	<ul style="list-style-type: none"> • Passa muito tempo no hospital, mas tem a vida social também. • O hospital tem informatização e ênfase acadêmica, mas a gestão está à mercê da política. • Tem a mesma filosofia da empresa, mas tem a vida social também.
5 	3	<ul style="list-style-type: none"> • Relação de dependência entre as partes: nem o médico pode abrir mão do hospital, nem o hospital pode abrir mão do médico. • Médico ainda não se sente 100% alinhado com o HS. • O hospital disponibiliza recursos e está sempre tentando melhorar a assistência.
6 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentiria na representação gráfica n. 7 se não houvesse tantas falhas de comunicação entre a diretoria e os funcionários
7 	0	_____

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

Pode-se observar que as identificações com a organização ocorrem, em verdade, porque ela possibilita que estes médicos atinjam seus objetivos de carreira, o que pode ser comprovado pelos motivos expressos quando da explicação da representação gráfica que escolheram. O que ocorre para estes profissionais é o comprometimento com a organização. E com as demais organizações em que trabalham, pois todas são veículos para as metas da própria carreira, estabelecendo múltiplas identificações, pois existem múltiplos vínculos de trabalho.

Corroborando com esta análise o fato de que ocorre algum tipo de perda psíquica ao deixarem a organização (Ashforth e Mael, 1989), o que não pode ser percebido nas entrevistas destes profissionais, que podem trocar a organização por outra a qualquer momento, desde que suas metas possam ser mais bem preenchidas pela outra organização. Assim, a baixa identificação do grupo com o HS pode ser explicada, além do fato de eles trabalharem ao mesmo tempo em várias organizações e de estarem mais identificados com a própria carreira, pelo fato de que o grau de identificação organizacional também depende da imagem e da reputação da organização para o grupo (Dutton, Dukerich e Harquail, 1994). No caso do HS, por ser um hospital público (que ainda não é referência em nenhum procedimento) e estar localizado na periferia de Belo Horizonte, atendendo pacientes “perigosos”, pode não gozar de “boa imagem” perante a comunidade médica, o que dificultaria o maior grau de identificação.

Procede-se a seguir à análise das questões consideradas relevantes para que ocorra a identificação dos enfermeiros com a organização estudada.

5.2 O ser enfermeiro no HS

Quando solicitados a se descreverem como profissionais concomitantemente com os atributos que mais tipificavam o ser enfermeiro no HS, a maioria dos entrevistados enfatizou que ser enfermeiro no HS é ser *assistencial*. Declarou o *Enfermeiro C*: “*Nosso objetivo aqui é prestar assistência aos pacientes da melhor forma que conseguirmos; é cuidar mesmo*”. Este atributo destacou-se na identidade profissional. Também foi observado que ser enfermeiro no HS é: “Lidar com médicos e técnicos”, intermediando relações; “Uma realização por ter um emprego em um bom hospital”; “É lidar com impasses”, “É trabalhar com urgência”, “Ter autonomia e liberdade em sua função”; e “sentir-se como se estivesse em casa”. Como dito pelo *Enfermeiro I*: “*Aqui pra mim é minha casa. Não tem diferença. Me sinto à vontade. Faço tudo como faço lá*”.

Entre os atributos que particularizam o HS, foi destacada uma série de dificuldades no trabalho: *faltam recursos humanos adequados*, pois os setores que têm pacientes muito específicos, como a Maternidade e a Pediatria, e têm na equipe pessoas que não gostam de fato de lidar com esse tipo de paciente atrapalha não só o andamento das atividades diárias como a qualidade da assistência prestada ao paciente; há *pouco profissionais*, havendo com isso sobrecarga de trabalho e atraso no andamento das atividades diárias, sendo que se houvesse profissionais específicos para ir na farmácia ou levar os pacientes para fazer exames, melhoraria este gargalo; e *atendem um número maior de pacientes do que o hospital comporta*, o que gera superlotação, diminuição da qualidade no atendimento e riscos de infecção para pacientes que ficam mal alocados. Quanto a este último, pode-se dizer que, apesar de ser apresentado pelos entrevistados como um atributo do HS, sabe-se que é encontrado em vários hospitais públicos, que não têm estrutura condizente com o tamanho da população que atendem. Percebe-se também que esta dificuldade é apontada também pelos médicos, segundo os quais interfere não só na qualidade do atendimento como também no bem-estar dos profissionais quando do exercício da função.

Afirmam ainda que: há *muito serviço burocrático*, o que faz com que os enfermeiros gastem mais tempo com este tipo de serviço do que com o atendimento direto ao paciente; os médicos *não realizam a evolução de forma adequada*, copiando o que escreveram no dia anterior, levando à baixa qualidade da informação, o que prejudica uma análise criteriosa por parte da Comissão de Controle de Infecções Hospitalares (CCIH); a *relação de confiança entre médico e enfermeiros* é muito pequena, a ponto de os médicos não lerem a evolução feita pela enfermagem e preferirem colher os dados com os pacientes, acompanhantes ou fisioterapeutas; *médicos pouco disponíveis*, aspectos que pode ser percebido quando os enfermeiros precisam de uma prescrição para dor, por exemplo, e os médicos não fazem e pedem para outros colegas fazerem; e a *falta de colaboração* entre os setores do hospital, já que não conseguem enxergar a importância do trabalho da equipe de enfermagem.

A forma como os entrevistados tipificam a organização está diretamente vinculada ao significado do HS para eles. Quando perguntados sobre o que significava para eles trabalhar no HS, obtiveram-se como respostas: *ter liberdade e autonomia*; *ter bom relacionamento com a equipe*; *ter oportunidade de desenvolvimento*; *um privilégio*; *dominar o processo de trabalho*; *lugar difícil de trabalhar*; *ter carteira assinada*; *estar em contato com estudantes*; *ser apaixonada pelo hospital*; *ter apoio da coordenação*; *ser respeitada pelos técnicos*; *ser desrespeitada pelos médicos*; *muito bom*; *ver que o hospital tá sempre querendo melhorar*;

realização de um sonho; ter material a vontade; trabalhar com pessoas competentes; conseguir fazer a diferença; não ter perspectivas de evolução na carreira; se sentir valorizada pelo hospital e trabalhar com pacientes do SUS.

Dentre estes aspectos, merece destaque *ter material à vontade*, o que traz tranquilidade para os profissionais, por saberem que, independente de haver ou não atendimento a uma demanda maior do que a comportada pelo espaço físico ou pelos funcionários, material para atendimento não falta. Afirmou a Enfermeira E “Aqui não falta nada. Não tem aquela coisa que muita gente passa em outros hospitais. “Ah vou passar uma sonda e não tem sonda”. Tem tudo, e assim não falta nada. Acho que aqui a fatura é tão grande que o pessoal até abusa”.

O desrespeito dos médicos com relação aos enfermeiros, que de acordo com os entrevistados, têm atitudes desnecessárias, como o tom com que mandam fazer as coisas ou chamar a atenção na frente dos pacientes é visto como um aspecto negativo para a relação com a instituição, já que muitos médicos são assim, como dito pela Enfermeira D: “A única coisa ruim são as estrelinhas”. Em contrapartida, todos consideram ter um grande apoio da coordenação, como expressado pela Enfermeira A: “Não tem nada que eu tenho que resolver sozinha. Não tem nada que eu não consiga resolver ou que não seja resolvido, né [...] porque, como eu já trabalhei em outros hospitais [...]. E outra coisa é quando você caminha junto com as pessoas”. A expressão “caminhar junto” foi repetida dezenas de vezes pela equipe de enfermagem, levando à percepção de que deva ter sido preconizada pelos coordenadores.

Trabalhar com pacientes do SUS é dos fatores mais fortes neste item, repetido por 70% dos entrevistados. É visto como uma recompensa, pois, segundo eles, os pacientes reconhecem o trabalho que realizam, trazem lembrancinhas para agradecer, colocam faixas na frente do hospital ou, ainda, voltam meses depois para trazer um bolo ou um doce de presente para a equipe. Segundo os enfermeiros, este é um fator de grande relevância até na hora de escolherem um dos trabalhos para ficar (para os que trabalham em mais de um lugar), pois nos hospitais particulares eles sentem que não há essa relação de gratidão, não há demonstração de reconhecimento quando o trabalho é bem feito, o que os desmotiva.

Essa relação que se observa entre enfermeiros e os outros profissionais mostra-se como grande influenciadora não só da construção da identidade profissional como também da identificação organizacional. Relacionam-se a seguir alguns desses aspectos tidos como relevantes na relação dos enfermeiros com os pacientes do HS: *limitada*, havendo pouco

contato, devido à grande demanda de funções gerenciais; *rotineira*; *resolver demandas sociais*; *amigável e amistosa*; *ter paciência para lidar com médicos, técnicos e pacientes* exigindo providências todos ao mesmo tempo; e tem *amor* por essa relações, vendo como algo precioso.

Alguns entrevistados ainda fazem uma observação quanto ao fato de o relacionamento ser apenas para *atender às demandas dos pacientes*, num contexto assistencial, nunca esquecendo que *tem um próximo esperando por eles*. Assim, observam que o envolvimento emocional só ocorre em casos em que há algum aspecto específico em relação ao pacientes, como abandono da família, internação prolongada, pacientes psiquiátricos que sempre voltam para outro atendimento, idosos que estão muito debilitados ou crianças e mães em situações de violência doméstica.

A relação com os médicos é vista como *tranquila* pela metade dos entrevistados, mas quatro dizem que estes são *rápidos* e que se “acham os melhores”, como dito pela Enfermeira F. Consideram ainda itens como: *trazem respaldo para o trabalho da enfermagem*; *é um relacionamento dinâmico*; e *paciência para lidar com eles, é restrito*. Os entrevistados afirmam ainda que é uma relação apenas de *seguir ordens* e *implorar ajuda* quando acham que é necessária a presença dos médicos. Mas eles não veem, exemplificando com longos casos, onde pacientes já perderam um membro por negligencia ou, ainda, alguns que quase morreram por falta de atenção. Para tentar acalmar “os mais nervosos e stressados”, como disse a Enfermeira J, separam-se sempre as melhores salas do bloco cirúrgico ou nos andares, providenciam-se todos os materiais que eles talvez venham a precisar, porque se eles chegarem e não tiver o material, eles demoram várias horas para passar no mesmo paciente novamente.

Essa relação de subordinação dos enfermeiros aos médicos é tradicionalmente fonte de conflito entre as categorias. O campo de atuação dos enfermeiros é limitado ao trabalho manual de assistir o paciente enquanto os médicos, em posição hierarquizada superior, ficam envolvidos com um trabalho mais intelectualizado. Trata-se da “hegemonia do saber e poder médico no contexto da assistência à saúde com enfoque no curar/tratar em detrimento do cuidar” (BORGES e SILVA, 2010, p. 824). Contudo, o próprio cuidar destinado aos enfermeiros é limitado por essas relações de poder existentes nos hospitais.

A relação com os outros enfermeiros é vista por 60% dos entrevistados como *boa, ótima* ou *super tranquila*. Enfatizam ainda que a classe é *superdesunida* e que estabelecesse *poucas relações de amizade*, mas que as maiores afinidades são com colegas de setor ou de plantão.

A relação com os técnicos é também *conflituosa*, principalmente com os técnicos mais velhos de casa, porque, por já conhecerem a maior parte dos funcionários e dos trâmites do hospital, estes técnicos passam por cima das relações hierárquicas. Neste caso, as relações de poder e hierarquia se invertem, pois os técnicos de enfermagem é que são subordinados ao trabalho dos enfermeiros.

Os entrevistados dizem ainda que os técnicos gostam de *questionar e criam resistência* aos novos enfermeiros que entram ou trocam de setor. Porém, a grande dificuldade está relacionada ao papel de gerenciar. Metade tem dificuldades relacionadas a esta questão, como dito pela Enfermeira F:

Eu não sei. Eu não nasci pra dá ordem. Eu não sei. Eu nasci pra obedecer. E isso é um grande dificuldade minha e uma das minhas frustrações como enfermeira, porque a ideia que se tem da supervisão de enfermagem é a enfermeira que só dita ordem, que anda com um saltinho, com uma pastinha na mão, com chaves trancando tudo e dando ordem, e as meninas executando. E é uma grande dificuldade, uma grande frustração minha. Eu não sei fazer isso. Eu não sei...Eu já chorei aqui. Já...já tive problemas no outro hospital que eu trabalhei por isso, por não ter essa imposição no setor.

Para Brito et al. (2008, p.49), a realização de atividades gerenciais juntamente com as assistenciais pode representar para alguns enfermeiros um conflito de papéis “dado que, em muitos casos, assume-se um vasto leque de atividades cuja priorização e conciliação tornam-se praticamente inviáveis”. A maioria dos entrevistados afirmou que tenta amenizar os problemas gerenciais fazendo a equipe “andar junto” para “somar”. As *relações hierárquicas* aparecem novamente entre os itens (Quadro 14) quando questionados sobre o que faz os enfermeiros felizes e tristes em trabalhar no HS.

Destaca-se o item *exercer a profissão*, porque, como observado na construção da identidade profissional, o momento vivido pelos enfermeiros é de falta de vagas de emprego, como dito pela Enfermeira A: “Eu sempre falo com as meninas quando elas tão reclamando: ‘Gente, bate o joelho no chão e agradece. Tem muito enfermeiro desempregado’”.

Quadro 14 – Alegrias e tristezas na relação enfermeiros versus HS

Alegrias	Tristezas
A equipe	Limitações do SUS
Exercer a profissão	Estresse emocional
Flexibilidade	Cansaço físico
Realização	Não ter um plano de carreira
Almoçar no hospital	Pressão do coordenador e dos médicos
Fazer o trabalho bem feito	Alta demanda de pacientes do hospital
Salário	Relações hierárquicas
Investimento da instituição nas pessoas	Remuneração
Reconhecimento	Não continuidade do serviço
Respaldo do hospital	Colegas querendo passar a perna
Ter recursos necessários	Distância e trânsito para chegar ao hospital
Coordenadora compreensiva	
Gratidão dos pacientes	
Atender o paciente que é notícia	

FONTE: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

Estresse emocional tem forte ligação com a *pressão da coordenação e dos médicos*, como dito pela Enfermeira D: “A pressão da minha coordenadora comigo. Ela pressiona muito a gente. Ela cobra muito, muito, cobra, muito, muito”. Ou pela Enfermeira I, que conta um fato em que uma criança chegou trazida pela mãe porque tinha engolido uma tampinha de alguma embalagem. A enfermeira entendeu que não era um caso de alto risco porque a criança estava respirando, porém, após o atendimento, o médico “me xingou toda, que eu não toquei a campainha [sinal de emergência] pra criança. Eu fui pra casa com aquilo na cabeça”. Mas, além desta questão, vale lembrar que maioria da equipe de enfermagem é composta por mulheres que tentam conciliar as atividades profissionais com seus inúmeros afazeres domésticos. Essas mulheres tentam lidar com a sobrecarga de trabalho, jornadas duplas ou triplas, além das pressões no ambiente de trabalho, o que agrava o estresse emocional.

Descontinuidade do serviço é outro elemento que aparece como fator de tristeza. Isso porque, segundo os entrevistados, não há padronização de como se deve comandar a assistência no hospital. Assim, cada enfermeiro faz da maneira que prefere trabalhar e que acha que traz mais resultado. Só que com isso não há continuidade na assistência prestada, cada equipe. Cada plantão faz de uma forma, e essa falta de regularidade, muitas vezes, atrasa a recuperação do paciente.

Como fatores que levam os entrevistados a ter vontade de ir embora do hospital, apontam-se: ver um *paciente prejudicado*; *relacionamento ruim com outros enfermeiros*; *ficar de sobreaviso nos feriados*; *regras pouco claras para seleção interna*; e *falta de respeito por parte dos médicos*.

Além da *sobrecarga muito grande*, que, por vezes, prejudica a qualidade do atendimento. Os enfermeiros vão para casa com a sensação de dever não cumprido e ficam ligando para o outro plantão, na tentativa de resolver as pendências. Há *profissionais que não cumprem todas as suas obrigações*, como os técnicos que fazem corpo mole quando o plantão está chegando no fim, o que acaba prejudicando o paciente e irritando a supervisora. A *responsabilidade pela triagem*, é elemento muito angustiante, segundo os entrevistados: decidir o acesso ao atendimento médico, saber quem deve entrar e quem deve ir para casa, e os médicos, “muitas vezes, não concordam com a triagem feita e acham ruim que colocamos tantas pessoas para dentro”, como dito pela Enfermeira C.

Porém, um dos fatores que mais contribuem para a vontade de deixar o hospital é *atender a pacientes perigosos*. Como dito pela Enfermeira H: “Me incomoda. Assim, me incomoda muito a questão da gente lidar com paciente muito perigoso, assim, que mexe com droga, presidiário, então, assim, pacientes muito difíceis de lidar. Aí, você fala: “Aí meu Deus, será que eu preciso disso”. A falta de acompanhamento direto destes casos pelo hospital interfere também nesta preocupação, como expressado pela Enfermeira G: “Quando eu tava no andar, recebia, às vezes, agressão de paciente, agressão verbal, ameaça. E aí você vê que o hospital não te dá nenhum respaldo em relação a isso [...] Poxa, qualquer hora dessa eu vou apanhar lá fora, e o hospital não vai fazer nada”.

Entre os fatores que definem estes profissionais enquanto enfermeiros do HS, demonstrando os traços relacionados à identificação organizacional de forma muito direta estão: *veste a camisa*; *está no hospital para somar*; *tenta melhorar o serviço*; *feliz*; *realizada*; *responsabilidade de estar sempre estudando*; *precisa melhorar*; *vínculo afetivo com a equipe*; *confia no trabalho dos demais profissionais*; *gosta de trabalhar no HS especificamente* e *é muito respeitada dentro do hospital* (porque já trabalha no HS há muito tempo).

Os enfermeiros dizem que passaram por *treinamento* ao entrar no hospital, sendo que 80% dos entrevistados disseram ter tido treinamento para aprender rotinas ou o treinamento

introdutório do hospital (em que todas as áreas se apresentam e mostram qual é a sua responsabilidade). Todos afirmam que realizam treinamentos periódicos.

Entre os elementos que facilitam a ação dos enfermeiros no HS foram citados: *rotina, trabalhar em equipe; bom relacionamento; liberdade de trabalho; sistema informatizado; respaldo da coordenação; material disponível e facilidade de acesso ao HS*. Já como elementos que dificultam o trabalho dos enfermeiros no HS, encontram-se: *falta de pessoal; falta de material; equipe desunida; desvalorização do trabalho; burocracia; questão salarial; e coordenadores estrelas* (que se impõem de forma desrespeitosa).

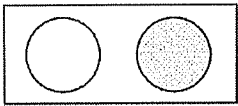
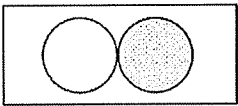
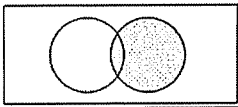
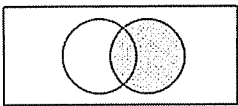
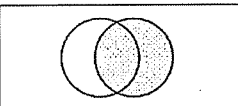
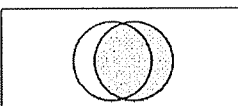
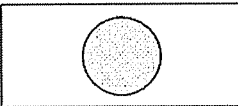
Três elementos apresentaram-se em destaque como dificultadores: a) *rotinas que mudaram* – como o plano de cuidados agora é do médico, isso, segundo os entrevistados, atrasa a equipe de enfermagem, porque eles têm que ficar esperando o médico prescrever curativos, óleo mineral, coisas que elas já sabem que têm que fazer, porque sempre fizeram; b) *descontinuidade no fluxo de atendimento* – fator que gera atrasos, pois menos pacientes são atendidos e têm menos possibilidade de melhoras do que se fosse atendido na hora certa; e c) *excesso de pacientes* – não é possível supervisionar o trabalho de todos os técnicos (já que são muitos pacientes) e não adianta aumentar a quantidade de técnicos se não aumentar a quantidade de supervisores.

Observando-se todos estes fatores apresentados, mostra-se, por meio dos resultados obtidos pela representação gráfica, o nível de identificação dos enfermeiros com o HS (Quadro 15).

Observa-se, a partir dessas representações, que os enfermeiros apresentam níveis de identificação superiores aos dos médicos. Pode-se relacionar-se isso ao fato de eles exercem uma carreira com saturação de profissionais no mercado. Assim, ter um emprego já faz com que estes enfermeiros criem vínculos de gratidão com a organização.

Além disso, a satisfação por realizarem um trabalho que lhes possibilita cuidar do próximo segundo os preceitos que consideram importantes é também fonte de identificação. Porém, deve-se atentar para o fato de que há ainda nestes profissionais forte identificação com a carreira e comprometimento com a organização, como se pôde perceber. Apenas para um deles o desligamento da empresa seria fonte de sofrimento psíquico.

Quadro 15 – Nível de identificação dos enfermeiros com o HS

Representação gráfica	Enfermeiros que percebem a identificação	Motivos apresentados
1 		_____
2 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Porque o hospital não segue as indicações de melhoras indicadas pelos enfermeiros.
3 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Leva muitas preocupações para casa, mas diz não se identificar tanto com o hospital.
4 	4	<ul style="list-style-type: none"> • Porque tem outros trabalhos, a família e a vida social também; • Porque leva muitas preocupações para casa e porque a maioria dos amigos trabalham no HS. • Porque ainda está se encontrando dentro do HS. • Está rompendo os laços, porque não há perspectivas de crescimento no HS.
5 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Porque tem a vida pessoal também; • Porque ama o que faz, mas tem a vida pessoal também. Não concorda com a postura do hospital mas obedece.
6 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Porque eu escolhi estar aqui.
7 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Porque gosta muito do HS, diz que ele e o HS são um só, é a realização de um sonho, o que o motiva a acordar todos os dias.

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

Procede-se a seguir à análise dos fatores presentes na identificação dos técnicos de enfermagem com a organização.

5.3 O ser técnico de enfermagem no HS

A equipe de enfermagem, composta por enfermeiros e técnicos, está voltada para o “cuidar”. Muitos tópicos abordados pelos enfermeiros repetem-se nas falas dos técnicos de enfermagem, pois estão diretamente vinculados aos cuidados. Dessa forma, priorizaram-se na análise apenas aqueles elementos que foram mais destacados nas falas dos entrevistados.

Ser técnico de enfermagem no HS é *gostar de cuidar, prestar assistência* com rapidez e qualidade; poder *ajudar as pessoas*; um *sonho*; é ter *carteira assinada*; *ter condições* de fazer um bom serviço. Ou seja, novamente, os atributos pelos quais os entrevistados tipificam a organização não a diferem de qualquer outra organização hospitalar, estando muito mais ligados aos aspectos da profissão em si do que a uma forte identificação organizacional. Todavia, quando foi medida pela representação gráfica, neste grupo especificamente foram encontrados níveis mais altos de identificação do que com os grupos anteriores, como se verá adiante.

No que se refere aos principais atributos que dificultariam o processo de identificação dos técnicos com o HS destacam-se: *demora em chegar medicação* para os pacientes que estão sendo admitidos nos andares; *absenteísmo* dos técnicos (fazendo com que os que estão trabalhando tenham que fazer rodízio entre os setores); *relacionamênto* com a equipe; *demora em buscar e levar os pacientes* para fazer exames ou operar; *baixa remuneração*; *sobrecarga de trabalho*; *condições sociais dos pacientes*; *desrespeito dos médicos*; e *espaço físico*, como dito pelo Técnico H: “Eu falo que isso aqui é um verdadeiro treinamento para o Vietnã. A gente pode ficar entrincheirado meses lá na guerra que a gente vai conseguir se sair bem [...] porque a parte física é péssima”. Estes fatores, novamente, referem-se às próprias condições de trabalho, fator comum à maioria dos hospitais públicos no Brasil, não se limitando ao caso específico do HS.

Trabalhar no HS, para estes profissionais, significa: *quebra de tabus*, como declarou o Técnico H: “Você convive com todo tipo de pessoas. Você conhece desde os mais simples até pessoas em condições sociofinanceiras-culturais [...] que acha que só porque estudou um pouquinho mais se julgam, às vezes, melhores do que todo mundo”; uma *realização*, “daqui eu só saio se me mandarem embora”, segundo a Técnica I; *tudo de melhor* que se pode ter é ter um *sistema completo*, no sentido de que tem aparelhos para fazer exame, laboratório, bloco cirúrgico, enfermarias e pronto socorro; ter *comida boa*, referindo-se à comida servida no refeitório para os funcionários; ter *muita cobrança*; *equipe de enfermagem muito imatura*; *oportunidade de aprender* sempre mais; *conseguir comprar os bens* que eu quero; e ter *condições de trabalho*, referindo-se à quantidade de material disponível.

A relação destes profissionais com os pacientes envolve questões como: *trabalhar com pacientes perigosos*, como dito pelo Técnico E: “O motivo que ele está ali eu não gosto nem de saber, para não interferir né, mas a gente acaba sabendo [...] aí, se você for crente, você

ora, se for católico, reza, pede proteção e vai”; ter *calma para evitar conflitos*, porque, segundo o Técnico D: “A gente está aqui porque escolheu. Os pacientes estão aqui por falta de opção”; *normal e tranquilo*, para 40% dos entrevistados; *cobrança para que eles melhorem*, porque, segundo o Técnico C: “Se deixar tem uns que se apegam na doença e vão só piorando”; *buscar harmonia*; saber *lidar com os acompanhantes*, que, às vezes, na ânsia de ajudar os doentes, acabam atrapalhando o andamento do serviço. A relação dos técnicos de enfermagem com os pacientes é muito próxima, pois são eles os responsáveis diretos pelos cuidados diários. De acordo com as falas dos entrevistados, perceber-se que a representação de cuidar organiza-se em torno do amor, da atenção, da dedicação e do respeito (BORGES e SILVA, 2010). A manifestação dos sentimentos de respeito está traduzida pela capacidade de lidar com os pacientes perigosos e os familiares do paciente e de evitar os conflitos. O amor e a dedicação vinculam-se à preocupação com a melhora do estado do paciente.

A relação com os outros técnicos é *tranquila* para 60% dos entrevistados. *Acúmulo de trabalho* de outros colegas é um fator importante, já que, segundo eles, os técnicos que trabalham em mais de uma instituição de saúde chegam muito cansados no HS e acabam não dando conta de algumas tarefas ou pedem para que os colegas façam, com a desculpa de que estão chegando de outro plantão. A relação é *divertida*, mesmo em setores como o CTI, que, segundo os técnicos, exige muito respeito com a condição dos pacientes que estão internados. Mas, como a maioria está entubada ou em estado grave, é preciso também descontrair, para amenizar o peso que o ambiente carrega; envolve *desavenças*, com técnicos que têm inveja do setor que o outro trabalha ou dos serviços que ele tem; e é preciso ter muito *jogo de cintura*, já que, segundo o Técnico C: “É muita gente para mandar. É médico, é enfermeiro, é acompanhante, é coordenadora, é supervisora, é fisioterapeuta, é nutricionista... E pra obedecer é só uma pessoa, eu”.

Fatores comuns aos enfermeiros novamente merecem destaque, como sobrecarga de trabalho, dupla ou tripla jornada e relações de poder decorrentes, principalmente da posição hierárquica dos técnicos em enfermagem. Contudo, neste item merece destaque a menção ao ser “divertido” trabalhar no CTI como uma construção de estratégias de defesa desses técnicos em enfermagem para lidar com a dor e o sofrimento desses pacientes (DEJOURS, 1992). Tentar descontrair o ambiente ameniza o sofrimento e a ansiedade gerados ao lidar com doenças graves e a morte no cotidiano do trabalho.

Outro atributo relevante é a questão da hierarquia, principalmente em relação aos enfermeiros, que são seus superiores diretos. Por conta dessa posição hierárquica, o relacionamento com os enfermeiros do HS envolve muita *cobrança*, mas eles também consideram importante a sua *ajuda na execução* das tarefas mais complexas. Mesmo assim, para seis dos entrevistados essa relação é *boa ou ótima*, apesar dos conflitos que surgem dessa proximidade. O Técnico I cita como exemplo de conflito que quando o enfermeiro *não tem empatia* com o técnico eles não fazem muito esforço para ensinar ou ajudar em questões relativas a folgas ou faltas. Há citações também de falta de preparo dos enfermeiros com relação à aplicação das técnicas, pois, segundo eles, os enfermeiros deveriam estar presentes para ensinar, e não para aprender.

Já a relação com os médicos não é tão boa. Apenas três entrevistados disseram ser *boa*. Segundo os técnicos, a maioria dos médicos mantém uma relação *distante, objetiva, fechada*, mas *tranquila*. Citam alguns poucos casos em que ocorrem *situações desagradáveis*, mas que em grande parte há uma relação de *respeito*. Diferentemente dos enfermeiros, em que a relação com os médicos não é boa devido às próprias relações de poder inerentes à profissão, no caso dos técnicos a própria distância entre os dois grupos faz com que haja pouca ou nenhuma relação, que é intermediada pelos enfermeiros.

A forma como o trabalho é realizado ou as relações que são estabelecidas no HS geram alegrias e tristezas também para os técnicos. As mais descritas estão apresentadas no Quadro 16. Entre as maiores tristezas estão a má alocação dos pacientes, como disse o Técnico H: “Você passa no corredor, horrível, uns gemendo, naquele frio todo”, e a impossibilidade de oferecer um atendimento de qualidade para todos. *Perder um paciente* por falta de equipe necessária para observar tantos pacientes é causa de grande dor para os técnicos, já que, segundo eles, há épocas em que o hospital fica tão cheio que é humanamente impossível dar atenção a todos.

Percebe-se que parte das tristezas mencionadas ao se trabalhar no HS pelos técnicos de enfermagem está vinculada às próprias condições da maioria dos hospitais públicos brasileiros: falta de leitos, superlotação, falta de pessoal e baixa remuneração, entre outras. Outras dizem respeito à gestão e à organização do trabalho no HS, tais como “bagunça” no setor, falta de reconhecimento da chefia e dos pares, política de promoção e o não cumprimento do trabalho por parte dos colegas. E, inerente ao próprio trabalho na área de saúde, está a morte dos pacientes.

Quadro 16 – Alegrias e tristezas na relação técnicos de enfermagem versus HS

Alegrias	Tristezas
Condições de trabalho	Não ser promovida
Pacientes do SUS	Pacientes com prognóstico reservado (quando não há possibilidade de melhoras)
Ver a evolução dos pacientes	Falta de reconhecimento dos demais profissionais
Ter rotina de trabalho	Perder um paciente
Reconhecimento da supervisão	Colegas de trabalho que não fazem suas obrigações
Ter a opinião levada em conta pelos coordenadores	'Panelinhas' dentro da equipe de enfermagem
Ter uma ocupação	A bagunça no setor de trabalho
Flexibilidade de horário de trabalho	Baixa remuneração
Adquirir novos conhecimentos	Quantidade inadequada de funcionários
	Pacientes mal alocados

FONTE: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

Trabalhar no HS também é fonte de prazer e alegria. Para os técnicos entrevistados, as maiores fontes de alegria são: *boa relação com os coordenadores* – eles que sempre dão atenção à equipe de técnicos; mesmo quando os supervisores dizem algo de ruim, os coordenadores sempre dão abertura para conversa e atender os *pacientes do SUS*, que são mais gratos e acreditam na qualidade do técnico que está fazendo o atendimento, e com isso não questionam tanto quanto nos hospitais particulares.

Destacam-se também outros aspectos vinculados à gestão do trabalho, tais como: condições de trabalho, rotina do trabalho, possibilidade de participação, horário flexível e aprendizado. Outra questão: o simples fato de estar trabalhando é uma fonte de alegria, ou seja, o trabalho como elemento central na construção das identidades dos indivíduos. Todas essas fontes de alegria facilitam o processo identificatório desses técnicos com o HS.

Quando perguntados sobre quem eram enquanto técnicos de enfermagem do HS, os fatores mais recorrentes foram: *mal-remunerado; alguém que está sempre tentando fazer o melhor; amor pelo que faz; uma técnica cansada e sem fôlego; ter mais atribuições* do que nos outros hospitais em que trabalham; e alguém *capaz de sempre aprimorar* o serviço. Observa-se que a falta de valorização é recorrente, mas que o fato de fazerem o trabalho da melhor maneira possível é fonte de orgulho e alegria.

Observando-se todos estes fatores apresentados, mostra-se, por meio dos resultados obtidos pela representação gráfica, o nível de identificação dos enfermeiros com o HS (Quadro 17).

Quadro 17 – Nível de identificação dos técnicos de enfermagem com o HS

Representação gráfica	Técnicos que percebem a identificação	Motivos apresentados
1 	0	_____
2 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Porque não gosta do hospital, e por isso está só de passagem.
3 	0	_____
4 	1	<ul style="list-style-type: none"> • Porque é o trabalho que ele tem, mas a família e a vida social é muito importante também.
5 	6	<ul style="list-style-type: none"> • Porque diz que se trabalha no HS tem que ser unida com o mesmo, mas que totalmente unida não é possível porque tem uma vida fora do hospital. • Porque um depende do outro. • Porque passa metade do tempo no hospital e a outra metade fora. • Porque passa metade do tempo no hospital e a outra metade fora. • Porque o hospital sempre procura melhorar, mas nem o HS nem o técnico são perfeitos. • Porque o hospital não proporciona condições que façam o técnico se sentir integrado e trabalhando com a máxima qualidade, mas é um meio de conseguir ser bens materiais.
6 	0	_____
7 	2	<ul style="list-style-type: none"> • Porque são um só. O técnico diz ter tudo que precisa no HS. • Porque passa a maior parte do tempo no HS, e se fosse mandando embora ficaria muito triste.

Fonte: Elaborado pela autora, com base nas entrevistas

A partir da análise do Quadro 16, percebe-se, que diferentemente dos demais grupos de profissionais pesquisados, os técnicos de enfermagem encontram-se num grau maior de identificação com o HS. Seis dos entrevistados se definiram no quadrante cinco que se aproxima da superidentificação, e dois estão totalmente superidentificados, considerando o HS

e eles como um ser único. Ou seja, as características atribuídas ao HS estão incorporadas ao seu autoconceito (DUTTON, DUKERICH e HARQUAIL, 1994).

Para Fernandes (2008), a superidentificação causa grave dependência psicológica no indivíduo. O término do contrato de trabalho via aposentadoria ou demissão gera processos de sofrimento e adoecimento, o que pode ser percebido pela própria fala do Técnico D: “Se fosse mandado embora, ficaria muito triste”.

Pôde-se perceber também que há um técnico que apresenta aspectos de desidentificação com a organização, inserindo-se no quadrante 2. Como motivos, ele apresenta a falta de correlação entre o que acredita ser a realização de um bom trabalho e o que ele consegue realizar no HS e, ainda, que o modo como a gestão da equipe de enfermagem é conduzida não condiz com seus valores.

5.4 Fatores relevantes para a identificação organizacional

Observados os níveis de identificação de cada um dos grupos pesquisados, procede-se neste tópico à correlação entre os fatores que levam à identificação com o HS e listam-se aqueles que interferem negativamente neste processo.

Partindo da compreensão de que, ao identificar-se com a organização, o indivíduo toma para si a visão de mundo, as possibilidades pretendidas para o futuro, além de seus valores, normas e códigos simbólicos (Fernandes, 2008), observou-se essa ocorrência com alguns valores prescritos pela organização.

O mais forte deles é o *compromisso com o SUS*, aqui percebido como um dos fatores centrais na percepção dos entrevistados como fonte de identificação. Este compromisso relaciona-se com o sentimento de que esta é a única possibilidade de saúde para a população atendida no HS. Assim, é preciso prestar o melhor atendimento e a assistência que for possível, a fim de minimizar falhas nos procedimentos preventivos de saúde que grande parte não teve acesso.

O valor da *responsabilidade social* também é fortemente observado entre as três categorias profissionais – com maior ênfase entre os técnicos de enfermagem e os enfermeiros, pela vinculação da profissão ao cuidar –, quando demonstram a satisfação em atender demandas carentes da população, como pessoas com baixa renda e andarilhos, ou idosos tratados com

descaso pelas famílias. Inclui-se neste item o atendimento a pacientes considerados pelos entrevistados como “perigosos” (traficantes, bandidos ou detentos), em que se pode perceber que há uma tentativa de não tomar conhecimento do que trouxe esse paciente ao hospital, para que não ocorram interferências na qualidade do atendimento.

A *interdisciplinaridade do trabalho* é tomada como indispensável e de grande importância para a qualidade na assistência prestada, principalmente pelos médicos entrevistados. Percebe-se que estes profissionais sentem-se mais seguros, podendo recorrer a várias especialidades médicas, bem como a fisioterapeutas e nutricionistas, para a execução do conjunto de medidas a serem tomadas para o cuidado com o paciente. Os enfermeiros e os técnicos entram nesta visão médica de interdisciplinaridade em uma escala diferente, pois compreendem que estes fazem um trabalho de execução das decisões tomadas, e não participam nelas. Já os profissionais da equipe de enfermagem percebem e valorizam essa interdisciplinaridade com os profissionais do serviço social, que conseguem resolver as demandas sociais dos pacientes e dos acompanhantes, que a equipe de enfermagem consegue captar com maior facilidade do que os médicos, por estarem mais presentes em termos quantitativos de tempo, e por se fazerem mais abertos a ouvir suas histórias.

O valor de *transparência e democracia na gestão* é fator de desidentificação para os profissionais entrevistados. Segundo eles, isso não ocorre dentro do HS. A desidentificação é indicada pelo grau em que uma pessoa define a si mesma como *não tendo os mesmos atributos* que definem o HS (DUTTON, DUKERICH e HARQUAIL, 1994). Neste caso, os entrevistados citaram as relações políticas como decisórias para a gestão, as falhas de comunicação entre direção e funcionários e a falta de transparência nos processos seletivos internos para promoção de cargos.

Outro valor que é fator de desidentificação é a *valorização do trabalhador*. Segundo os entrevistados, isso não ocorre na organização, porque acreditam que os salários estão abaixo do merecido, os profissionais que têm maior dedicação ao HS não são reconhecidos por isso e são tratados da mesma forma que aqueles que vão lá apenas cumprir sua carga horária de trabalho e principalmente, porque acreditam que o hospital deveria pagar melhor para que os profissionais fossem de dedicação exclusiva do hospital (o que possibilitaria a execução de um trabalho com mais qualidade e envolvimento).

A missão da organização de desenvolver com *eficácia, eficiência e resolutividade* a assistência nas situações de urgência e emergência pode ser percebida quando não conseguem realizar um atendimento *eficaz* a todos os pacientes, seja por seu elevado número, seja por falta de profissionais, expressão de sentimentos de angústia não só por não entregarem o que a organização almeja, mas também por não entregarem o que os pacientes precisam. A *resolutividade* é também observada nas falas de todas as três profissões. Mesmo que não esteja atrelada a *eficiência*, é entregue conforme as condições possíveis.

A visão de ser referência em *assistência, gestão, ensino e pesquisa* é percebida; porém, com diferença entre as profissões. *Assistência* tem grande valor para a equipe de enfermagem e é tema recorrente durante as entrevistas. Já *ensino e pesquisa* tem maior influência na identificação dos médicos, que dizem ser este um dos principais fatores para continuarem trabalhando no HS, porque assim têm a oportunidade de manter este vínculo com a universidade, para que tenham sempre discussões de casos que acrescentem conhecimento e para que possam construir uma carreira acadêmica em paralelo à carreira nas instituições de saúde.

Quando se observa os níveis de identificação dos profissionais com a organização, encontram-se as seguintes diferenças:

a) Médicos – ocorre em 60% dos casos nos níveis 4 e 5 da representação gráfica. Dentre os motivos, estão: forma de *assistência* prestada pelo HS aos pacientes e *vínculo acadêmico* existente. Porém, pôde-se observar durante as entrevistas que a identificação ocorre entre estes profissionais de forma mais relacionada com a carreira, já que expressaram que podem escolher a organização em que querem trabalhar, porque elas sempre precisam de profissionais. Então, optam pelos hospitais que oferecem melhores condições de construção para suas carreiras.

b) Enfermeiros – ocorre também em 60% dos casos nos níveis 4 e 5 da representação gráfica, porque estes profissionais entendem que passam muito tempo de suas vidas dentro do HS. Por esse motivo, acreditam que a organização interfere no modo como estabelecem suas vidas. Há, porém, um aspecto interessante no resultado das escolhas das representações gráficas: houve a escolha das representações 6 e 7, que mostram os maiores níveis de identificação (superidentificação). Dentre os motivos mais forte para este fato está a possibilidade de ter um

emprego considerado bom, já que entendem que na atual fase vivida pela enfermagem ter um emprego é um privilégio.

c) Técnicos de enfermagem – ocorre para 60% no nível 5, tendo como motivo para esta escolha o tempo que passam trabalhando no hospital. Ao contrário do que pôde-se perceber entre os enfermeiros, os dois técnicos que revelam ter uma superidentificação são aqueles que estão há mais tempo trabalhando no HS. Eles expressam um vínculo emocional com a organização que não se encontra nas entrevistas dos médicos e dos enfermeiros. Além disso, há o sofrimento em caso de desligamento com a instituição.

Tendo-se explicitado, todos os aspectos de análise necessários ao atingimento dos objetivos delineados neste estudo, apresentam-se a seguir as considerações finais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi desenvolvido em um hospital público de Belo Horizonte, com o objetivo de explicitar como se configuram as identidades profissionais de médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS e a identificação deles com a organização. Para tanto, foi identificado como esses atores constroem suas identidades profissionais compararam-se as identidades profissionais dos três grupos; depreendeu-se o nível de identificação dos profissionais entrevistados com a organização em que trabalham; e, por fim, listaram-se os fatores considerados relevantes para esses profissionais no que se refere à identificação com a organização.

A pesquisa foi de caráter descritivo e adotou-se uma abordagem qualitativa, na qual foi utilizado o método de estudo de caso. Levando-se em consideração o método adotado, foi possível analisar as três diferentes categorias ocupacionais, buscando responder aos objetivos específicos. Realizou-se assim, uma análise em profundidade sobre esta realidade, que, todavia, não é passível de generalizações para estas mesmas categorias profissionais em outras instituições de saúde. Contudo, pode de trazer à luz aspectos específicos de cada uma das profissões que poderão servir de subsídios para futuras pesquisas que ampliem suas possibilidades de generalização.

Quanto à construção das identidades profissionais dos médicos, percebeu-se que esta começa ainda quando os indivíduos estão escolhendo a profissão, com fortes desejos de alcançar o *status* oferecido pela profissão, bem como o idealismo, quando conseguirão estabelecer uma relação de prestígio diante seus outros significativos e, ao mesmo tempo, estarão fazendo o bem a outras pessoas, ajudando a melhorar a saúde da população.

Ao se depararem com a realidade quando começam a fazer residência, apreendem que ser médico envolve várias características não percebidas anteriormente. Assim, além de fazerem aquilo de que gostam, teriam que ter muita responsabilidade e um baixo índice de erros, pois o estabelecimento da saúde e da vida dos seus pacientes dependeria de muita dedicação e competência. Teriam ainda que realizar longas jornadas de trabalho, em mais de uma instituição, para alcançar a pretendida elevada remuneração.

Por não conseguirem estabelecer essa relação entre uma profissão exercida em hospitais de ponta com carga horária normal e com alta remuneração, entendem que ocorre a desvalorização da profissão, que causa sofrimento para eles. Tal sentimento é causado pela desconfiança dos pacientes em relação à competência dos médicos, por condições não ideais de trabalho, pelo modo tido como desrespeitoso com que são tratados pelos pacientes e, ainda,

pela relação comercial que passou a existir entre médico e paciente, este último chamado agora de “cliente”.

A realidade de trabalhar em vários locais revela duas novas relações para a construção desta identidade: o sentimento de exploração do trabalho médico; e ver a vida pessoal sendo deixada de lado. Assim, o *status* é de vez derrubado. Mas elementos positivos ainda equilibram essa relação quando os pacientes confiam no profissional, têm quadros de melhoras em seu estado de saúde e estabelecem uma boa relação durante o atendimento. Com isso, a vontade de ajudar volta a ser impulsionada e encontra ainda recompensa nos desafios apresentados pelos diversos tipos de pacientes que são atendidos, com uma ampla gama de doenças, que instigam os médicos a estudarem. Este último fator é por si só grande fonte de prazer para os médicos e ajuda na construção de suas identidades por meio do vínculo com a universidade e da possibilidade de facilitação do estabelecimento de suas carreiras acadêmicas, vistas como fonte de prestígio entre a classe médica.

Para os enfermeiros, a formação da identidade profissional começa pela vontade que dizem sentir de cuidar das pessoas. Este traço estabelece uma relação direta com o exercício de sua profissão, que se dá em um caráter assistencialista. Assim, a partir deste primeiro construto os demais se formam, já que para cuidar de pessoas é necessário que os enfermeiros sintam a necessidade de terem humanidade no trato com os demais, além da ética. Como não há a quebra da idealização primeira da profissão, seu exercício é compreendido como um sonho.

Este último sentimento é também influenciado pelo momento vivido entre os profissionais de enfermagem, que lidam com elevado número de profissionais disponíveis no mercado em relação às vagas de trabalho existentes. Assim, até mesmo as funções vinculadas a aspectos gerenciais da assistência voltam-se neste momento para uma conjunta assistência direta ao paciente. Este processo de recolocação das funções dos enfermeiros dentro da estrutura das instituições de saúde é hoje fator de angústia para eles.

Constatou-se como fator de desilusão com a profissão o fato de suas grades curriculares da graduação apresentarem matérias com apelo gerencial e pouco relacionado à execução das técnicas em si. Desse modo, ao serem exigidas as realizações de técnicas na assistência ao paciente, sentem-se envergonhados por não possuírem as habilidades esperadas.

A relação com os pacientes é para estes profissionais tão definidora de sua profissão que, ao contrário dos médicos, que dizem trabalhar por suas carreiras, os enfermeiros trabalham para os pacientes em primeiro lugar. Vê-se então que as maiores fontes de desprazer – e de contribuição para uma desidentificação – que suas profissões lhe causam estão relacionadas

aos pacientes e ao momento vivido pela enfermagem. Assim, atitudes compreendidas como desrespeito e desvalorização são mescladas com a sobrecarga de trabalho, mas compensadas pela alegria trazida pelo reconhecimento e pela prestação da assistência em si.

Essa relação com os pacientes pode ser vista com maior intensidade quando se observa a construção da identidade profissional dos técnicos de enfermagem. A ideia de gostar de cuidar para a escolha da profissão se fortalece quando estes profissionais começam a trabalhar, redimensionando este vínculo para servir e dedicar-se com base no respeito ao paciente e ao momento de dor que ele vive. Das três profissões estudadas, é a única que cita os sentimentos de carinho e amor no trato com o paciente.

A relação entre o indivíduo e sua profissão sofre quebras quando observam que fazem longas jornadas de trabalho e em várias organizações e que, além disso, não observam reconhecimento financeiro, na medida em que entendem ganhar abaixo do que merecem, inclusive pelo grau de responsabilidade que têm quando do cuidado com vidas.

Tais fatores, que podem levar a processos de desidentificação com a organização, são ainda corroborados pela percepção de não valorização do trabalho dos técnicos dentro da organização, já que, segundo eles, os demais profissionais presentes na organização não são capazes de enxergar a importância e o caráter de essencialidade contida nas tarefas que executam.

Percebe-se, assim, que os construtos de responsabilidade no exercício da profissão no trato com os pacientes e acompanhantes, em uma busca por um atendimento humano e de qualidade que traga retorno para a saúde do paciente e corrobore com sua melhora, estão presentes em todas as profissões. O que as diferencia prende-se ao modo como executam seu vínculo com o paciente, na medida em que os médicos buscam diagnosticar e tratar, e os enfermeiros e técnicos buscam cuidar.

Vê-se, ainda, que a maneira como a identidade profissional destas categorias é construída interfere na identificação delas com as organizações em que trabalham. Neste estudo, observou-se a identificação destes profissionais com o HS e pôde-se inferir que há níveis de identificação diferenciados para cada categoria profissional.

Para os médicos, a identificação ocorre, para a parcela mais significativa dos entrevistados, nos níveis quatro e cinco da representação gráfica utilizada. Porém, quando se analisam os motivos expostos para essa identificação, observam-se aspectos relacionados à impulsão da carreira, que, neste momento, tem sua construção também no HS, mas que, a partir no

momento em que a organização não for mais construtivamente relevante para este objetivo, os médicos a deixam, sem que tenham sofrimento com este desligamento.

Da mesma forma, o nível de identificação apresentado pelos profissionais de enfermagem apresentam maior relação de identificação com a carreira, já que, para explicar o sentimento de identificação marcado nos quadrantes quatro e cinco, utilizam atributos que expõem relações entre o comprometimento dos enfermeiros com o trabalho no HS, por ser esta sua fonte de trabalho e, conseqüentemente, de renda, atrelando-se ao fato de que ter emprego entre estes profissionais já é por si só motivo de satisfação, apresentando, ainda, o fator de poderem estar cuidando de pessoas, mas que também não é um fator específico do HS, e sim de sua profissão.

Já o nível de identificação observado para os técnicos de enfermagem mostrou-se mais elevados, porque seis dos entrevistados se definiram no quadrante cinco, este que já apresenta aspectos de superidentificação. E, ainda, dois destes profissionais estão totalmente superidentificados, considerando o HS e eles como um ser único, levando a crer que haveria sofrimento psíquico em caso de desligamento da organização.

Assim, podem-se considerar como fatores relevantes ao processo de identificação destes profissionais com o HS: a responsabilidade social embutida no trabalho que executam, na medida em que atendem a uma parcela carente e/ou marginalizada da população, oferecendo-lhes assistência a saúde; o compromisso com o atendimento realizado por intermédio do SUS; e a interdisciplinaridade do trabalho, tida para os médicos como as relações mais próximas de fisioterapeutas, nutricionistas e demais especialidades médicas e tida para os enfermeiros e os técnicos com a equipe do serviço social; a assistência em si, mais percebida pelos enfermeiros e pelos técnicos; e, ainda, a relação com o ensino e a pesquisa, percebida como relevante para os médicos.

Já como fatores que podem contribuir para a desidentificação destes profissionais com o HS citam-se: a desvalorização dos profissionais pelo HS, já que entendem que a organizações – na forma de diretoria e coordenações – não compreende a importância do trabalho que realizam, ainda por não diferenciarem os profissionais que se dedicam ao trabalho no HS daqueles que apenas o fazem por obrigação, e pagam salários baixos; e os problemas que percebem na transparência e na qualidade da gestão feita no hospital.

Assim, com base nesses resultados, faz-se importante ressaltar que, apesar de não haver possibilidades de generalização deste estudo, suas conclusões oferecem subsídios para o desenvolvimento e a implantação de práticas e políticas em gestão de pessoas em hospitais

públicos voltadas para aumentar o grau de identificação organizacional, desenvolvendo ações que minimizem os fatores que contribuem para a desidentificação desses profissionais. Tais ações devem programas de treinamento e desenvolvimento para os níveis gerenciais e operacionais, ações de valorização desses profissionais, aumento do quadro efetivo, para melhorar a assistência ao paciente e diminuição da sobrecarga de trabalho.

Por fim, entende-se que este trabalho abre possibilidades para futuros estudos, que poderão conseguir expandir os objetivos aqui alcançados por meio de estudos comparativos entre vários hospitais públicos ou, ainda, observar se há diferenças quando da análise no ambiente de hospitais particulares, trazendo novas constatações para o tema.

REFERÊNCIAS

ALBERT, S., e WHETTEN, D. A. Organizational Identity. In: L. L., Cummings & B. M. Staw (Eds.). **Research in organizational behavior**, vol. 7: 263-295. Greenwich, CT: JAI Press, 1985.

ASFORTH, B.; MAEL, F. Social identity theory and the organization. **Academy of Management Review**, New York, v. 14, n.1, p. 20-39, 1989.

ASFORTH, B.; MAEL, F. **Organizational identity and strategy as a context for the individual**. *Advances in Strategic Management*, v. 13, p.19-63, 1996.

AVELAR, Vanessa Luciana Lima Melo de; PAIVA, Kely César Martins de. Configuração identitária de enfermeiros de um serviço de atendimento móvel de urgência. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 63, n. 6, dez, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000600022&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 27 jun.2012

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Lisboa: Ed. 70, 2004.

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 22 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERGER, Peter e LUCKMANN, Thomas. **A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento**. 33. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

BORGES, Moema da Silva; SILVA, Hellén Cristina Pereira da. Cuidar ou tratar? Busca do campo de competência e identidade profissional da enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, v. 63, n. 5, out, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672010000500021&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 27 jun. 2012

BOTTI, Sérgio Henrique de Oliveira and REGO, Sérgio. **Preceptor, supervisor, tutor e mentor: quais são seus papéis?**. *Rev. bras. educ. med.* [online]. 2008, vol.32, n.3, pp. 363-373. ISSN 0100-5502.

BRASIL. Lei nº 7.498, de 25.06.86. **Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem, e dá outras Providências**. Publicada no Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF de 26.06.86. Seção I - fls. 9.273 a 9.275

BRITO, Maria José Menezes et al . Traços identitários da enfermeira-gerente em hospitais privados de Belo Horizonte, Brasil. **Saude soc.** São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902008000200006&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 27 jun. 2012.

CALDAS, M. P. e WOOD JR., T. Identidade organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, v.37, n.1, jan-mar, 1997, p.6-17.

CARRIERI, Alexandre de Pádua (org.) et al. **Identidade nas Organizações**. Curitiba: Juruá, 2010.

- CARVALHO, Cláudia Constante. **Identidade e intimidade: Um percurso histórico dos conceitos psicológicos.** *Análise Psicológica*. v.4, p. 727-741, 1991.
- CASTELLS, Manuel. *A era da informação: economia, sociedade e cultura. Volume II: O poder da identidade.* 3 ed. São Paulo: Paz e Terra, 2001.
- CASTELLS, Manuel. *A era da informação: economia, sociedade e cultura. Volume II: O poder da identidade.* 2. ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007.
- CERVO, A. L. e BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica.** 5 ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.
- CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1991.
- DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho.** São Paulo: Oboré, 1992.
- DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.
- DUBAR, Claude. **A socialização: construção das identidades sociais e profissionais.** São Paulo: Martins Fontes, 2011.
- DUTTON J. and J. DUKERICH. Keeping an Eye on the Mirror: Image and Identity in Organizational Adaptation. **Academy of Management Journal**, 1991, Vol. 34, pp 517-554.
- DUTTON, J. E., DUKERICH, J. M., HARQUAIL, C. V. Organizational images and member identification. **Administrative Science Quarterly**, 39, 239-263, 1994.
- ERIKSON, E. H. **Identidade, juventude e crise.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.
- ÉSTHER, A. B. A construção da identidade gerencial dos gestores da alta administração das universidades federais em Minas Gerais. **Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2007.**
- FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; KOVACS, Maria Helena; SARINHO, Sílvia Wanick. Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. **Ciênc. saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 8, Ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000900004&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 27 jun. 2012.
- FERNANDES, Maria Elizabeth Rezende. De “jóia da coroa” à “coroa sem jóia”: estudo do processo identificatório em duas empresas multinacionais em reestruturação. **Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.**
- FERNANDES, Maria Elizabeth Rezende; MARQUES, Antonio Luiz; CARRIERI, Alexandre de Pádua. **Identidade organizacional e os componentes do processo de identificação: uma proposta de integração.** CADERNOS EBAPE. BR, v. 7, nº 4, artigo 11, 1 Rio de Janeiro, Dez. 2009.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, J. M. C. (org). **Manual de psicologia das organizações**. Lisboa: McGraw Hill, 2001.

GHISLENI, Angela Peña. A contribuição da identidade no trabalho na construção da identidade profissional: uma análise de fisioterapeutas atuantes em unidades de terapia intensiva. **Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, 2010.

GIOIA, D.; SCHULTZ, M.; CORLEY, K.G. Organizational identity, image, and adaptative instability. **Academy of Management Review**, 25(1), 63-81, 2000.

IBGE. **Banco de Dados Cidades@**. 2002. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/xtras/grafico_cidades.php?codmun=310620&tema=assism ed>. Acesso em: 01/06/2012

JORGENSEN, D. L. **Participant observation: a methodology for human studies**. Newbury Park, CA: Sage, 1989.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica**. 4. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 2006.

LAPLANCHE, J.; PONTUALIS, J. B. **Vocabulário de psicanálise**. 8 ed. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LYRA, C. E. **A metáfora da prisão psíquica**. Curitiba: UFPR, 1997.

MACHADO, Antônio Marcus Carvalho. **Identidade, imagem e reputação do Centro Superior de Vila Velha, na perspectiva dos alunos de graduação do curso de Ciências Econômicas**. Belo Horizonte. UFMG. Dissertação de mestrado. 2001.

MACHADO, Hilka Vier. A identidade e o contexto organizacional: perspectivas de análise. **Revista de Administração Contemporânea** [online]. 2003, vol.7, n.spe, pp.51-73.

MAEL, F.; ASHFORTH, B. E. Alumni and their alma mater: a partial test of the reformulated model of organizational identification. **Journal of Organizational Behavior**, n. 13, p. 103-123, 1992.

MEAD, George H.. The Self, the I and the Me. In: HATCH, Mary Jô; SCHULTZ, Majken (Eds.). **Organizational Identity: a Reader**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

MEC. **Instituições de Educação Superior e Cursos Cadastrados**. Disponível em:<<http://emec.mec.gov.br/>>. Acesso em 06 de junho de 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MINOTTO, Ricardo. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2. Ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

NOGUEIRA, E.E.S. Símbolo e Identidade Organizacional – Função da Figura ou Imagem conceitual. **RAC-Eletrônica**, v. 1, n. 2, art. 6, p. 81-96, Maio/Ago, 2007.

ROMANO, Valéria Ferreira. A busca de uma identidade para o médico de família. **Physis**. Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312008000100002&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 27 jun. 2012

SABINO, César; LUZ, Madel T. Metáforas do poder em uma instituição pública de saúde. **Soc. estado**. Brasília, v. 26, n. 2, Ago. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010269922011000200016&lng=pt&nrm=iso> Acessos em 27 jun. 2012

SAINSALEU, R. **Sociologia da empresa: organização, cultura e desenvolvimento**. Lisboa: Instituto Piaget, 1997.

SAMPIERI, R. H, COLLADO C. F, e LUCIO P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3 ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SCHEIN, E. H. **Identidade profissional: como ajustar suas inclinações a suas opções de trabalho** (M. D. Black, trad.). São Paulo: Nobel, 1996.

SCOTT; LANE. A stakeholder approach to organizational identity. **Academy of Management Review**, v. 25, n. 1, p. 43-62, 2000.

SHAMIR, Boas; KARK, Ronit. *A single-item graphic scale for the measurement of organizational psychology*. **Journal of Occupational and Organizational Psychology**, Leicester, v. 77, n. 1, p. 115-123, 2004.

STRAUSS, Anselm L. **Espelhos e máscaras: em busca de identidade**. São Paulo: Edusp, 1999.

TAJFEL, Henri (Ed.). **Differentiation between social groups: studies in the social psychology of intergroup relations**. London: Academic Press, 1978. p.61-76.

_____. **Human groups and social categories**. Cambridge: Cambridge University Press, 1981.

_____; TURNER, J. C. **An integrative theory of intergroup conflict**. In: WORCHEL, Steven; AUSTIN, William G. (Ed.). *The social psychology of intergroup relations*. Monterey, CA: Brooks/Cole, 1979. p.33-47.

_____; _____. **The social identity theory of intergroup behavior**. In: WORCHEL, Steven; AUSTIN, William G. (Ed.). *Psychology of intergroup relations*. 2.ed. Chicago: Nelson-Hall, 1985. p.7-24.

TURNER, J. C. **The experimental social psychology of intergroup behavior**. In: TURNER, J.C.; GILES, H. (Ed.). *Intergroup behaviour*. Chicago: The University of Chicago Press, 1981

VERGARA, Sylvia Constant. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

VYGOTSKY, L.S. **A formação social da mente**. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

WHETTEN, D. A.; GODFREY, P. C. **Identity in Organizations**: building theory through conversations. London: Sage, 1998.

YIN, Robert K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ANEXO A

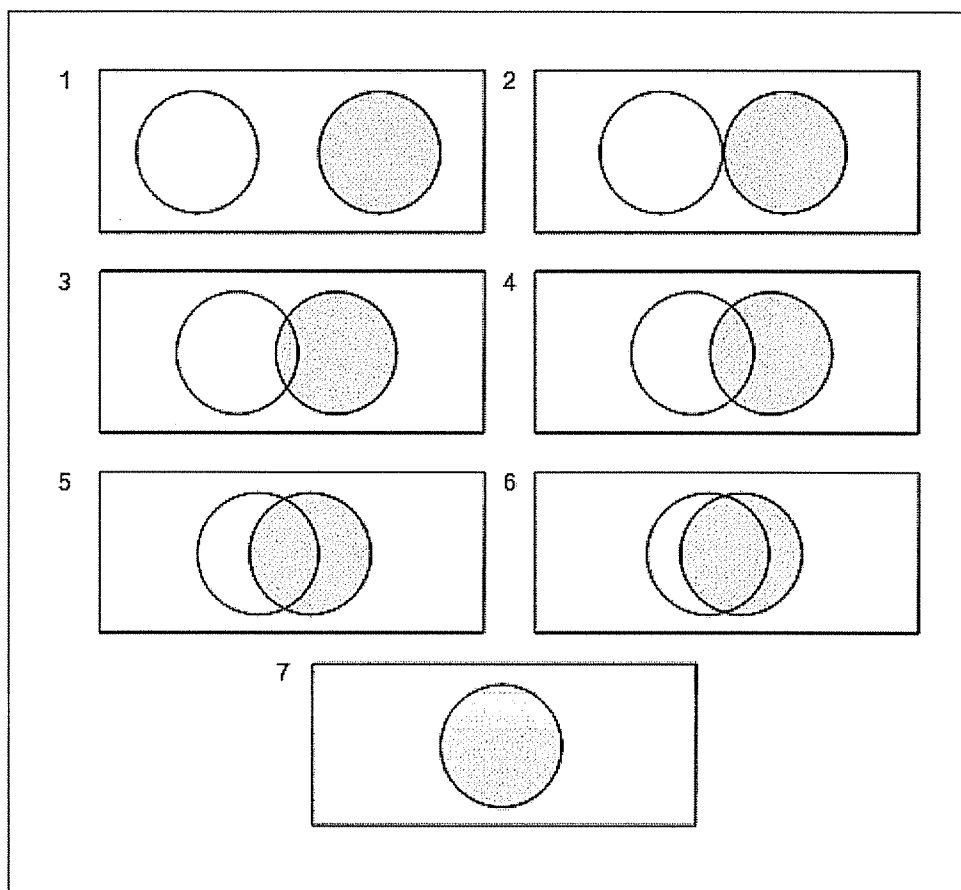
ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. O que é ser técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) no HS?
2. Quais são suas funções aqui?
3. Quais são as principais dificuldades do seu trabalho?
4. Quais foram os principais motivos para a escolha da sua profissão?
5. O que é para você trabalhar no HS?
6. a) Como é sua relação com os pacientes?
b) E como seus pares?
c) E com seus subordinados?
d) E com os médicos/ou técnicos de enfermagem?
e) E com os enfermeiros/ou técnicos de enfermagem?
7. Enquanto você estava estudando, como imaginava que seria seu trabalho? Por quê?
8. Quais elementos da sua vida acadêmica ainda estão presentes na sua atuação profissional?
9. a) O que te faz mais feliz de trabalhar aqui?
b) O que te faz triste por trabalhar aqui?
c) O que acontece que te faz ter vontade de sair do hospital?
10. Você já teve vontade de mudar de profissão? Por quê?
11. a) Quando você entrou no HS, você passou por algum treinamento?
b) Acontecem treinamentos periódicos? Se sim, de que tipo?
c) Acontecem comemorações no hospital, como festas de fim de ano?
12. a) Quem é você?
b) Quem é você enquanto técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a)?
c) Quem é você enquanto técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) do HS?

13. Fale um pouco mais sobre sua trajetória profissional, desde o início, se possível.
14. Como é o seu dia a dia de técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a)?
15. Para quem você trabalha?
16. a) Do que você mais gosta na sua profissão? O que lhe causa mais prazer, satisfação e alegria?
b) O que mais detesta na sua profissão? O que lhe causa mal-estar, angústia?
17. Como e onde você se vê no futuro?
18. a) O que facilita sua ação como técnico(a) de enfermagem/enfermeiro(a)/médico(a) do HS?
b) O que dificulta?
19. Como você é reconhecido pelo seu trabalho dentro e fora do hospital?
20. Hipoteticamente falando, se você pudesse fazer três pedidos ao gênio da lâmpada mágica, o que pediria? Por quê?
21. Representação gráfica. Explique a representação que você marcou. Por que você se sente assim?

ANEXO B

REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DA IDENTIFICAÇÃO



FONTE: Fernandes (2008), adaptada de Shamir e Kark (2004)

ANEXO C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos você, como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada “**Uma Análise da Identificação de Médicos, Enfermeiros e Técnicos de Enfermagem Com Suas Carreiras e a Organização: Um Estudo de Caso no HS**”, desenvolvida pela mestranda do Centro de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração da UFMG Juliana Goulart Soares do Nascimento, sob orientação do Professor Antônio Luiz Marques e supervisão do Professor Allan Claudius Queiroz Barbosa. A referida pesquisa objetiva compreender como se configura os diferentes níveis de identificação dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem do HS com a profissão e com a organização em que trabalham. Se concordar em participar do estudo, você participará de uma entrevista com uso de roteiro semi-estruturado e uma representação gráfica de identificação; suas respostas serão gravadas, posteriormente ouvidas e transcritas para servir de dados da etapa qualitativa do estudo. As perguntas da entrevista relacionam-se com seu trabalho, sua carreira, as atividades da organização em que trabalha e a relação com os demais funcionários. As entrevistas serão identificadas apenas pela letra “E” enumerada de acordo com a realização, não identificando, portanto o seu nome. O local, data e horário da entrevista serão combinados anteriormente conforme sua disponibilidade. Informamos que você poderá solicitar informações que desejar aos pesquisadores, a qualquer momento do estudo e ainda cancelar sua participação a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao seu trabalho. Essa participação não trará nenhum ônus e nenhum benefício financeiro a você. Recebemos autorização da instituição que você trabalha para realizar a pesquisa. O uso dos dados e informações de sua entrevista será somente para a pesquisa e a divulgação dos resultados será feita por meio de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em congressos e dissertação de mestrado.

Prof. Antônio Luiz Marques

Mestranda Juliana Goulart S. do Nascimento

Prof. Allan Claudius Queiroz Barbosa

Eu, _____ CI _____, declaro que obtive de forma voluntária esse TCLE para participação nesse estudo e fui esclarecido(a) sobre a finalidade da pesquisa e concordo em participar da entrevista solicitada, sabendo que meu nome não será divulgado e os resultados serão utilizados apenas para fins científicos.

Belo Horizonte, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do profissional entrevistado

Contato dos pesquisadores:

- Juliana Goulart Soares do Nascimento
Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Campus UFMG
CEP: 31270-901 - Belo Horizonte/MG
Telefones: _____
E-mail: _____
- Prof. Antônio Luiz Marques e
Prof. Allan Claudius Queiroz Barbosa
Avenida Antônio Carlos, 6627, Pampulha – Campus UFMG

Contato COEP UFMG:

Av. Presidente Antonio Carlos, 667 - Unidade
Administrativa II, 2º Andar, sala 2005 - Campus
Pampulha
CEP: 31270-901.
Belo Horizonte/MG.
Telefone: 31-34094592

ANEXO D

QUESTIONÁRIO – PERFIL DOS ENTREVISTADOS

Entrevista: “E n. _____”

Data: ____ / ____ / ____

Local de realização da entrevista:

PERFIL:

- Denominação do cargo na organização:
- Idade:
- Estado civil:
- Número de filhos:
- Nível de escolaridade: () Técnico () Superior incompleto () Superior completo
() Especialização () Mestrado () Doutorado

Obs: _____

- Instituição na qual se graduou:
- Tempo de formado(a):
- Já trabalhou em outro lugar antes?
- Tempo de serviço da organização:
- Jornada de trabalho diária no HS:
- Número de empregos? Nome das organizações? Setor de trabalho? Jornada de trabalho?