

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**PRAZER E SOFRIMENTO DO ENFERMEIRO NA RELAÇÃO
COM O TRABALHO**
ESTUDO EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BELO HORIZONTE

SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY

Belo Horizonte
2009

SOLANGE CERVINHO BICALHO GODOY

**PRAZER E SOFRIMENTO DO ENFERMEIRO NA RELAÇÃO
COM O TRABALHO**
ESTUDO EM UM HOSPITAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE BELO HORIZONTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Marília Alves

Belo Horizonte
Escola de Enfermagem
2009

G589p Godoy, Solange Cervinho Bicalho.
Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho
[manuscrito]; estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo
Horizonte. / Solange Cervinho Bicalho Godoy. -- Belo Horizonte: 2009.
188f.

Orientadora: Marília Alves.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Tese (doutorado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem.

1. Organizações em Saúde. 2. Serviço Hospitalar de Emergência. 3.
Emoções. 4. Trabalho. 5. Enfermagem. 6. Dissertações Acadêmicas. I.
Alves, Marília. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título.

NLM: WY 87

*A minha mãe, Lená, e a Daniel, Daniela e Isabela,
por todo carinho e paciência com que souberam
compreende suportar o tempo de dedicação a tese.*

AGRADECIMENTOS

Na trajetória de elaboração de uma tese, o sofrimento e o prazer são algo necessário para o nosso fortalecimento. Houve momentos em que o sofrimento foi mais intenso, emergiam sentimentos de tristeza e insegurança, sendo necessária uma introspecção e reflexão. Em outros momentos, manifestavam-se prazer e satisfação, tal como encontramos no processo de trabalho dos sujeitos que participaram do estudo.

A construção de uma tese gera desgaste, mas, ao inter-relacionar-me com os trabalhadores da enfermagem que atuavam na unidade pesquisada, pude perceber que mesmo diante do sofrimento estes encontravam um suporte para enfrentar o seu dia a dia no trabalho. Este processo refletiu sobre o meu amadurecimento na pesquisa, o que permitiu que este meu caminhar fosse mais tranquilo. Assim, agradeço aos enfermeiros que participaram desta pesquisa. Acreditando na proposta deste estudo, facilitaram o meu processo de aproximação com o campo, a fim de tornar possível a sua realização.

Aos trabalhadores de enfermagem da unidade de urgência e emergência, cuja força na luta pela vida me ensinou a superar as dificuldades que a existência nos impõe. Com os relatos de suas vivências aprendi a respeitar e valorizar ainda mais esta profissão.

À equipe da direção do Hospital estudado, que tão bem me acolheu, para a pesquisa. Obrigado.

À Marília Alves, minha orientadora, pela convivência e amizade, acompanhando o meu processo de formação, desde o mestrado e me dando condições para tornar este trabalho uma tese. Obrigada por acreditar nas minhas potencialidades, e pelas importantes contribuições neste trabalho.

À Marília Rezende pela amizade e companheirismo, compartilhando momentos delicados deste trabalho, com palavras de conforto, quando precisei e às vezes oferecendo sua atenção, ouvindo as minhas angústias, medos e vitórias.

Às amigas, Carla Spagnol, Eliane Palhares, Maria Édila Freitas, Mércia Lima, Rosana Resgala, Teresa Silva, Sandra Martin e Sandra Saar, que compartilharam

as aflições inerentes ao processo de formação, mas também as alegrias, reflexões e bibliografias.

Aos Professores, Ana Kirchof, Cláudia Penna e Daclé Carvalho, pela leitura cuidadosa do trabalho no Exame de Qualificação e por suas valiosas contribuições.

Aos Professores, Fernando Coutinho, Luciana Colveiro, Zélia Kilimnik e Cláudia Penna que se dispuseram a participar da banca examinadora deste estudo.

Aos colegas do Doutorado e membros do Núcleo de Pesquisa em Administração em Enfermagem da EEUFMG, que compartilharam algum momento deste processo.

Aos professores da Pós-Graduação da EEUFMG, pelo respeito e oportunidade de ampliação de conhecimentos.

Aos professores do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG, que com todas as dificuldades encontradas, acreditam na formação como uma estratégia de construção de uma enfermagem mais crítica e reflexiva, oportunizando a minha liberação para formação.

Um agradecimento especial ao meu pai, Prof.º Luiz Bicalho(in memoriam) e à minha mãe, Prof.ª Lená Assis, pelo amor, incentivo e apoio incondicional para que eu pudesse chegar até aqui. Amo vocês! Pai, muita saudade!

Aos meus amores, Daniel, Daniela e Isabela, pessoas especiais e razão para que eu conseguisse realizar este sonho. Só tenho a agradecer por vocês existirem em minha vida!

Às amigas Yara Ávila e Eliane Mansur, minhas irmãs de coração, por me ouvirem nos momentos de incertezas e alegria, por me ajudarem na busca de caminhos e por estarem comigo nesta caminhada.

Ao Marcus Bicalho e todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a construção deste estudo.

Se, de alguma forma, não mencionei ou deixei de lembrar algum nome, meu pedido de perdão. Sei que todos são importantíssimos. Meu apreço e meu “obrigado”.

Toda riqueza provém do trabalho, asseguram os economistas. E assim o é na realidade: a natureza proporciona os materiais que o trabalho transforma em riqueza. Mas o trabalho é muito mais do que isso: é o fundamento da vida humana. Podemos até afirmar que, sob determinado aspecto, o trabalho criou o próprio homem.

(ENGELS, 1990)

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do enfermeiro em relação à organização do trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência na área, da rede pública de Belo Horizonte – MG. Abordar as relações de prazer e de sofrimento do enfermeiro no atendimento de Urgência e Emergência e sua relação com a organização do trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital terciário implica explicitar fatos e ações do cotidiano que exigem reflexão e criação, sobretudo pela diversidade de ações desenvolvidas. Trata-se de um estudo qualitativo, fundamentado no referencial teórico e metodológico do materialismo histórico dialético. Essa abordagem permitiu maior aprofundamento do objeto de estudo, focalizando os trabalhadores no contexto, a visão do fenômeno em sua totalidade e, ainda, a contradição existente. O cenário foi a Unidade de Urgência e Emergência de um hospital de grande porte da rede pública de Belo Horizonte. A amostra compreendeu 21 enfermeiros que atuam na Unidade de Urgência e Emergência, cuja escolha obedeceu aos critérios de aleatoriedade e acessibilidade. Os dados coletados por meio de entrevistas semi estruturadas e observação foram submetidos à análise de discurso. A sistematização das informações obtidas possibilitou identificar e analisar a forma como o trabalho da enfermagem está organizado e como essa organização gera prazer e/ou sofrimento no enfermeiro. Os resultados foram organizados nas seguintes categorias empíricas: organização do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência; relações de prazer e sofrimento do enfermeiro com o trabalho na Urgência; relações de poder no contexto do hospital e estratégias coletivas de defesa do enfermeiro. Dos resultados emergiram importantes questões relativas às características do trabalho na Unidade de Urgência que se revelam como uma condição adversa para o trabalhador, pois os cuidados àqueles que estão em estado crítico os expõem a condições inadequadas de trabalho que podem contribuir para um desgaste. A organização do trabalho atual permite a exploração dos trabalhadores na Unidade de Urgência e Emergência mediante a intensificação do trabalho, sobrecarregando cada trabalhador, o que reduz os tempos mortos e aumenta a agregação das tarefas; falta de equivalência salarial entre as categorias

profissionais, considerando as atividades de trabalho e as capacitações; e diminuição da capacidade de organização dos trabalhadores em decorrência dos diferentes contratos de trabalho. O enfermeiro da Unidade de Urgência e Emergência está exposto a fatores que podem contribuir para o surgimento de prazer e/ou sofrimento no trabalho. O prazer apresenta-se relacionado com o fato de se sentir útil, ser reconhecido socialmente e ter a percepção do significado daquele trabalho que é realizado do princípio ao fim, o que traz um sentido positivo ao seu trabalho. O sofrimento envolve questões organizacionais no que diz respeito ao desgaste no ambiente hospitalar para o profissional da enfermagem, mediante a sobrecarga de trabalho, quantitativa e qualitativa; falta de comunicação entre colegas e convivência constante com o sofrimento, a morte e os conflitos gerenciais, envolvendo questões relacionadas à autoridade e à falta de autonomia. Na dinâmica da Unidade de Urgência e Emergência a relação do enfermeiro com o trabalho é permeada por questões organizacionais, principalmente aquelas específicas do serviço público de saúde, cuja morosidade nas decisões não combina com a agilidade da urgência. Assim, a relação de sofrimento do enfermeiro está relacionada principalmente às condições de trabalho e a de prazer com a finalidade de suas ações no contexto da urgência. Neste cenário contraditório, o sentido do trabalho atua como elemento fundamental para a capacidade de manter o equilíbrio e de não adoecer diante das exigências do trabalho.

Palavras chaves: Trabalho. Serviço hospitalar de emergência. Satisfação no emprego. Estresse psicológico. Organização e Administração.

ABSTRACT

The purpose of this analysis is to explore the expressions of pleasure and suffering in nurses relationship work organization and who work in urgency and emergency units of a key hospital from the public health services provided in Belo Horizonte – MG. Attending to this subject means, as well, considering everyday actions and facts related to nursing that require reflection and creativity, mostly in view of the huge diversity of activities developed. This is a qualitative study based on the theory and methodology of historical and dialectical materialism. This approach allowed greater depth of the object of study by focusing on workers in the context and providing the vision of the phenomenon in its entirety and also its contradictions. The setting of this study was the office of emergency and urgency of a large public hospital in Belo Horizonte and the sample taken to this analysis comprised 21 nurses working in that department chosen randomly. The systematization of the information obtained from interviews and observations made it possible to identify and analyze the way nursing is organized and how this organization generates pleasure and/or pain in nurses. The analysis of these questions was anchored in empirical categories constructed in this work, that is emotional expressions arising from nurses and the defensive mechanisms employed by them while working in an emergency unit. These empirical categories concern: work organization in a hospital, relations of pleasure and pain of nurses that work in an emergency unit, power relations within a hospital and collective defensive strategies of nurses. Important issues emerged from the results, which emphasizes the main contradictions within these questions. A feature of the service in the emergency unit reveals itself as an adverse condition to the employee, once the care that must be dedicated to those who are in critical conditions exposes nurses to inappropriate working conditions that may contribute to generate frictions with the organization of work. The current organization of work allows the exploitation of employees in the emergency unit through the intensification of work, which overloads each worker, reduces downtimes and increases the aggregation of tasks and the lack of equivalence in payment according to nurses' skills, capabilities and specializations due to multiple working contracts. The sense of pleasure in work has been related to the feelings of self utility, social recognition and the perception of the

meanings of the work done from the beginning of it to the very end. Suffering, on the other hand involves organizational questions concerning the degradation of the hospital environment due to the overload of the professional nurse, the lack of communication between working colleagues, the constant process of dealing with death issues and pain and also the management of conflicts involving authority and lack of autonomy. Within the relationship between the nurse and work in the emergency unit the dynamics of work may be damaging due to its organizational conflicts and the morosity of the public health services. This context produces relevant impacts in the public system of health, but also allows the sense of work to be a fundamental aspect in the process of maintaining personal balance in face of such working exigencies.

Key words: Work. Hospital emergency service. Job satisfaction. Psychological stress. Organizations and Administration.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Síntese das atividades da pesquisa em campo, compreendendo os passos e modos de operacionalizar	92
---	-----------

LISTA DE ABREVIATURAS

CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
COEP/UFMG	Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais
DAPML	Departamento de Assistência Policial e Medicina Legal
DPSML	Departamento de Pronto Socorro e Medicina Legal
FEAL	Fundações Estaduais de Assistência Hanseníase
FEAP	Fundações Estaduais de Assistência Psiquiatria
FEMUR	Fundações Estaduais de Assistência Urgência
FHEMIG	Fundação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais
GT	Grupos de Trabalho
GSA	Grupos Semi-Autônomos
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAST	Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SEC	Setor de Emergência Clínica
SAN	Setor de Apoio ao Neurotrauma
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SIGH	Sistema de Gestão Hospitalar
SAV	Setor de Suporte Avançado de Vida
SUS	Sistema Único de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UPA	Unidades de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	25
2.1 Objetivo geral	25
2.2 Objetivos específicos	25
3 REFERENCIAL TEÓRICO	26
3.1 Organização do trabalho	26
3.2 Entre o sofrimento e o prazer no trabalho.....	40
3.3 Organização da Urgência e Emergência em Belo Horizonte.....	61
4 METODOLOGIA	72
4.1 Abordagem teórico-metodológica.....	72
4.2 Caminho metodológico	79
4.3 Cenário do estudo - Unidade de Urgência e Emergência	80
4.4 Sujeitos da pesquisa.....	83
4.5 Inserção do pesquisador no cenário de pesquisa.....	85
4.6 Estratégia de investigação.....	86
4.6.1 Observação	86
4.6.2 Entrevista.....	88
4.7 ANÁLISE DOS DADOS	93
5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	97
5.1 Organização do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência	105
5.2 Relações de prazer e sofrimento do enfermeiro com o trabalho na Urgência	118
5.3 Relações de poder no contexto do hospital.....	139
5.4 Estratégias coletivas de defesa dos enfermeiros.....	150
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	158
REFERÊNCIAS	163
APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido	182
APÊNDICE B – Roteiro para anotações de campo na observação	183
APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados	184
ANEXO A – Termo de autorização do COEP-UFMG para realização da pesquisa	186
ANEXO B – Termo de autorização do COEP-hospital para realização da pesquisa	187
ANEXO C – Esboço da Planta Física da Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital da Rede Pública	188

1 INTRODUÇÃO

Ao incorporar as atividades como enfermeira em uma instituição hospitalar, atuando em um Grupo de Readaptação Profissional de um Serviço de Atenção à Saúde do Trabalhador (SAST), observei que muitos trabalhadores da equipe de enfermagem retornavam ao SAST com queixas de saúde que, muitas vezes, estavam relacionadas ao ambiente de trabalho. Grande parte desses trabalhadores envolvidos no processo de reintegração ao trabalho manifestava, na consulta de enfermagem, desconforto após um período de licença-saúde, pelo fato de terem que retornar para o mesmo posto de trabalho, uma vez que estaria exposto às mesmas condições determinadas pela organização do trabalho.

Assim, o interesse pela saúde do trabalhador e o desafio de investigá-la decorrem da atividade desenvolvida no SAST, como também de pesquisas associadas à temática “Absentéismo-doença”, em hospitais da rede pública, nos níveis federal e estadual, em 2001 e 2002. O trabalho realizado em 2001 refere-se à dissertação de mestrado, em que analisei o absentéismo-doença entre trabalhadores do Hospital das Clínicas/UFMG, na qual foi possível constatar elevados índices de absentéismo por motivos diversos. A enfermagem se destacou em relação à obtenção de licenças na instituição. Em relação à duração das licenças e aos motivos, a concentração maior ocorria no período até três dias, sendo provocados por doenças do aparelho respiratório, afecções osteomusculares, doenças do aparelho digestivo e transtornos mentais (GODOY, 2001).

Em outro estudo, realizado em 2002, analisando as causas de afastamento do trabalho por motivo doença em uma rede de hospitais públicos do estado de Minas Gerais, foram encontrados nos 16 hospitalais estudados 4.735 licenças médicas identificadas no decorrer de um ano. Destas, 65,34% estenderam-se de 1 a 3 dias, revelando como causas mais frequentes doenças do aparelho respiratório, doenças do sistema osteomuscular e doenças do tecido conjuntivo. O hospital da rede, referência em urgência e emergência, destacou-se na concessão de licenças, e o transtorno mental resultou, geralmente, em licenças prolongadas, o que sugeria desgaste psíquico do trabalhador (GODOY *et al.*, 2006). Após este estudo, percebi que havia hospitais que diferiam de outros pela sua complexidade e

pela peculiaridade dos serviços prestados diante da necessidade de responder de maneira mais efetiva e rápida às necessidades dos pacientes que atendiam.

A Unidade de Urgência e Emergência chamou atenção, na medida em que gerava situações de desgaste físico e emocional ao trabalhador. Conhecendo o ambiente de trabalho de uma Unidade de Urgência e Emergência, interessei-me em investigar o índice de absenteísmo-doença entre os trabalhadores nesta unidade; o risco relativo de absenteísmo-doença por categoria profissional e o motivo do absenteísmo-doença no referido grupo. O índice absenteísmo-doença encontrado foi 2,06% e a chance de ocorrência de licenças médicas por profissional de enfermagem, de 4,7. Este índice foi influenciado pela alta razão prevalente apresentada pela enfermagem. Os principais motivos relatados de licenças médicas foram as doenças osteomusculares, seguidas de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde e doenças do aparelho respiratório para a equipe de enfermagem em uma Unidade de Urgência e Emergência (GODOY *et al.*, 2006).

Há que se reconhecer que existe uma multiplicidade de fatores da organização do trabalho que interfere nas taxas de absenteísmo ou de presenteísmo, podendo facilitar o aparecimento ou minimizá-lo. Os aspectos que envolvem estes fenômenos dizem respeito à natureza da organização, às condições de risco, ao processo de trabalho e aos aspectos relacionais dentro e fora da empresa. Essa correlação pode ser explicada pelo fato de a ausência ao trabalho acontecer daí a um certo tempo, entre aqueles que, além de pertencerem a um grupo mais vulnerável diante das relações contractuais, trabalham em condições precárias, o que desencadeará o agravamento de saúde e, conseqüentemente, o absenteísmo (ARONSSON; GUSTAFSSON; DALLNER, 2000).

Esses fenômenos se atrelam ao fato de que as condições de trabalho interferem na relação “trabalho e vida” desses sujeitos na organização hospitalar. Percebe-se que as formas tradicionais de organizar o trabalho não considera a saúde mental dos indivíduos; ou seja, não trata a organização do trabalho como um processo dinâmico que envolve a subjetividades dos trabalhadores.

Em se tratando do ambiente hospitalar, as diversas situações desfavoráveis criadas para o trabalhador, especificamente para a enfermagem, geram desgaste emocional diante da atividade de trabalho e do convívio com situações de dor e morte, desencadeando sofrimento para o enfermeiro diante do

seu conflito com a organização do trabalho. As exigências para o enfermeiro que atua em unidades de Urgência e Emergência centram-se nas habilidades manual e intelectual, somadas à rapidez diante da pressão para o desempenho das tarefas.

Esse trabalhador está inserido em um ambiente sujeito a situações geradoras de tensão, somadas à convivência com o sofrimento e a angústia do outro e com a morte, o que torna tal ambiente complexo e de grande responsabilidade. Nesse movimento, a organização pode despertar também vivências de prazer, pelo fato de o trabalhador estar intrinsecamente relacionado com o trabalho ou o sucesso da execução das tarefas ou seja, o resultado do esforço para recuperar o paciente.

Os estudos que participei em 2002 e 2006 ajudaram-me a compreender que as condições de trabalho poderiam interferir na relação “trabalho e vida” dos sujeitos na organização hospitalar. Compreende-se que o ambiente hospitalar – especificamente, a Unidade de Urgência e Emergência – cria situações desfavoráveis para o trabalhador, em especial da enfermagem, gerando desgaste emocional diante da atividade de trabalho e do convívio com situações de dor e morte. Dessa forma, esse ambiente pode desencadear sofrimento para o enfermeiro diante do seu conflito com a organização do trabalho, mas também prazer por participar dos atos que levam à recuperação do paciente.

Na Unidade de Urgência e Emergência, o enfermeiro desenvolve um número expressivo de atividades administrativas, exigindo deste competência para viabilizar o gerenciamento da Unidade e da assistência de enfermagem de qualidade ao paciente sobre seus cuidados. Há falta de tempo para realizar todo o trabalho necessário e também certo distanciamento físico do paciente, pois a imprevisibilidade e o aumento da demanda por assistência, características próprias dessa Unidade, fazem com que o profissional conviva permanentemente com a necessidade de priorizar atividades mais urgentes (RODRIGUES, 2006). Parece que o enfermeiro tem a função de atender a tudo e a todos, diante de uma pressão do hospital, que, segundo Alves (1996), exige dele muito mais a função gerencial das unidades de trabalho, tendo que se responsabilizar mais pela provisão de recursos e pela gerência das equipes de enfermagem ou das equipes multidisciplinares do que pela assistência propriamente dita. A organização do trabalho limita as iniciativas do trabalhador e determina a divisão do trabalho e dos homens, resultando na confrontação do desejo do empregador com os desejos dos empregados. Para

Dejours (1994), quando a organização do trabalho não consegue gerenciar esse conflito aumenta a carga psíquica do trabalhador, levando-o ao sofrimento.

No ambiente hospitalar, a Unidade de Urgência e Emergência apresenta uma especificidade que a distingue dos outros serviços, o que pode ser percebido na rotina diária, que não tem uma prática sistematizada, pois a necessidade de agir imediato faz com que, muitas vezes, não seja possível ter o conhecimento do caso do paciente. Afinal, devem-se empregar as técnicas o quanto antes para a manutenção da vida. O ritmo de trabalho torna-se frenético diante do imprevisível, pois a demanda pode elevar-se a qualquer momento com a chegada de pacientes graves. Costa (2003) afirma que no trabalho em emergência o quadro temporal é marcado pelo tempo do relógio, pelo ritmo da demanda de usuários e pela jornada de trabalho. Acrescenta que, além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pela rapidez na realização das atividades relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida.

Deslandes (2002), em estudo realizado em dois hospitais públicos de emergência, apresenta a questão do sofrimento dos profissionais diante da intensificação do trabalho para dar conta da lotação, que excede a capacidade instalada do setor de emergência, trazendo dificuldades tanto para profissionais quanto para a enfermagem, em especial, que não tem condições de desempenhar o trabalho de acordo com a prescrição. Essa pressão para trabalhar de forma não sistematizada gera sofrimento no trabalhador, diante de sua limitação para proporcionar uma assistência de qualidade. Percebe-se que a “coisa tem que fluir” e que as interlocuções no ambiente devem ocorrer, a fim de possibilitar uma breve avaliação do quadro do paciente e, assim, definir quem não pode esperar para ser atendido. Dessa forma, a enfermagem torna-se protagonista de grande peso nas cenas de decisões sobre o atendimento prestado, pois está presente desde a recepção e atendimento a todos os pacientes que chegam às urgências por motivos diversos até os últimos cuidados de estabilização ou de pós-morte.

A Unidade de Urgência e Emergência desperta o interesse na medida em que além da sobrecarga e da intensificação do trabalho, expõe seus trabalhadores a dor e sofrimento. Outros fatores: quadro insuficiente de pessoal; excesso de pacientes; a carga horária de trabalho, às vezes superior a 40 horas, devido ao absenteísmo e à rotatividade; trabalho nos finais de semana; e exposição a produtos químicos e radiações ionizantes. Neste contexto é preciso compreender por que os

sujeitos envolvidos – no caso, os enfermeiros – permaneciam naquele local e em que dimensão seu trabalho gerava prazer ou sofrimento. Em muitos relatos, reafirmavam o prazer de trabalhar em urgência. Com isso, algo acontecia e os estimulava a continuar trabalhando em condições, muitas vezes, desfavoráveis.

Torna-se evidente que sofrimento e prazer aconteciam de uma forma dialética, pois a organização pode, também, oferecer condições favoráveis que permitam ao sujeito dominar o sofrimento, encontrando prazer no trabalho, enfim, sentido naquilo que realiza. A finalidade do trabalho – ou seja, contribuir de alguma forma para salvar vidas – movimentava o dia a dia dos profissionais, que, acionados pela necessidade do outro, sentiam-se realizados profissionalmente, apesar das queixas em relação às condições de trabalho.

O objeto deste estudo – relações de prazer e sofrimento do enfermeiro no trabalho em urgência/emergência – decorre das vivências pessoais em ambiente hospitalar, onde foi possível observar que as demandas da organização e a natureza do trabalho desencadeavam nos enfermeiros sentimentos de prazer e sofrimento.

Esse conflito de sentimentos significava um paradoxo. Como é possível um sujeito sentir-se satisfeito com a atividade realizada se esta traz junto uma sobrecarga de trabalho e exige dele responsabilidades e um grau de atenção elevado, além de um ritmo de trabalho intenso e jornadas extensas?

Muitas vezes, foi possível observar que o trabalhador desenvolvia seu trabalho sem pausa para descansar e convivia constantemente com situações imprevistas, desencadeadas pelo paciente ou pelo trabalhador e pela organização do trabalho da Unidade em que estava inserido. Também a convivência diária com pessoas fisicamente lesadas e com um quadro clínico instável desencadeava quadros de tensão nos trabalhadores, que procuravam oferecer aos pacientes condições adequadas para que se recuperassem.

De outro lado, a recuperação dos pacientes desencadeava em vários momentos sentimentos de prazer pelo resultado e satisfação com a atividade. O enfermeiro se sentia útil, necessário à sociedade, esquecendo que estava exposto a longas jornadas de trabalho e à baixa remuneração, que geralmente levam ao duplo emprego ou extensão de jornadas e ao desenvolvimento de tarefas penosas e pouco reconhecidas.

Em verdade, nenhum trabalho está isento de possibilitar satisfação ou desgaste físico e mental. Mas a natureza do trabalho, a forma como está organizado e as condições em que é realizado podem intensificar ou não os quadros de prazer ou de sofrimento. Assim, o enfermeiro, responsável pela assistência direta a pessoas com problemas de saúde, torna-se depositário de expectativas diversas, participando das angústias do paciente, que podem ou não estar relacionadas ao ambiente hospitalar. Emoções fortes permeiam seu processo de trabalho, tendo em vista sua capacidade de escuta e comprometimento com resultados positivos.

Há que se ressaltar a incorporação e utilização de novos equipamentos no processo de trabalho do enfermeiro. Isso vem modificando o seu fazer, aumentando a pressão pelo desempenho de algumas atividades e exigindo novos conhecimentos e habilidades para superar as adversidades do ambiente de trabalho.

Atuando em um hospital público, referência para atenção ao trauma, tenho observado que o trabalho desenvolvido na Unidade de Urgência e Emergência apresenta para o enfermeiro alguns desafios. Dentre eles, destaca-se o de salvar vidas, vivido diariamente nessas Unidades e que precisa ser superados mesmo em condições de trabalho inadequadas, o que gera tensão, diante da necessidade da rapidez no atendimento aos pacientes graves.

De acordo com a literatura, todo trabalho apresenta determinada carga psíquica, que aparece como reguladora da carga global de trabalho. Se o trabalho permite que essa carga seja diminuída, cria-se um equilíbrio para o trabalhador, mas, se ocorrer o seu aumento, formará um acúmulo de energia psíquica, tornando a atividade geradora de tensão e desprazer, levando ao sofrimento psíquico (DEJOURS, 1994).

Da relação do trabalhador com a organização surgem conflitos que aumentam a carga psíquica imposta pelo trabalho, resultante do confronto do desejo do trabalhador com as injunções do empregador. Assim, o trabalho na Unidade de Urgência e Emergência pode desencadear prazer ou sofrimento nas relações dos profissionais com os pacientes e com o trabalho. Prazer e sofrimento coexistem em um equilíbrio precário, necessitando ser desvelados para que se assegurem condutas organizacionais de proteção à saúde física e psíquica dos trabalhadores, organização do trabalho adequada e bom funcionamento do hospital.

Buscando aproximações com o tema “Prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro” e sua expressão em uma unidade hospitalar que presta atendimento em

urgências e emergências, realizou-se um estudo preliminar, em 2007 que permitiu identificar que as situações de prazer/sofrimento em relação ao trabalho, estavam relacionadas à finalidade do trabalho e ao fato de contribuir para salvar vidas, dando sentido às ações. As situações de sofrimento são associadas às pressões da organização do trabalho e às condições em que este é realizado, aumentando a carga psíquica e física do trabalhador (GODOY; ALVES, 2007).

O prazer e o sofrimento do enfermeiro no trabalho podem estar relacionados com a organização do trabalho, uma vez que este sujeito, segundo Murofuse (2004) e Pires (2000), sofre influências da gerência taylorista, a partir do momento em que a expropriação do saber e o controle do processo de trabalho ocorrem de forma parcial, em que o médico interfere no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes de suas decisões. Além do mais, no trabalho de enfermagem predominam relações verticalizadas entre os membros da própria equipe. O enfermeiro assume a função de coordenador das atividades de cuidado ao paciente e dos demais trabalhadores da equipe de enfermagem (MUROFUSE, 2004). A divisão técnica e social que se verifica na equipe de enfermagem reafirma a questão do poder e da autoridade, cabendo ao enfermeiro o controle para garantir a realização do trabalho. O enfermeiro “fiscaliza” o desempenho dos procedimentos seguindo as regras e normas da organização e garantindo um comportamento padronizado por parte das pessoas envolvidas nas atividades em conformidade com o modelo burocrático que se faz predominante nos hospitais (MUROFUSE, 2004).

O trabalho do enfermeiro no sistema de saúde tem se caracterizado por organizar o espaço terapêutico, criando condições para a realização do cuidado e distribuindo e controlando o trabalho da equipe de enfermagem. O seu objeto de trabalho, em algumas situações, passa a ser a organização do trabalho ou a administração, atuando para oferecer condições de assistência multiprofissional e a realização do cuidado terapêutico (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001). Atua, também, com a equipe de enfermagem, repassando tarefas e exigindo seu cumprimento de acordo com as regras. A divisão do trabalho assim estabelecida acarreta perda da visão da totalidade que o trabalhador deve possuir, até mesmo ao enfermeiro, que deveria ter uma visão geral.

A divisão das tarefas e o modo operatório estimulam o sentido e o interesse do trabalho para o sujeito, enquanto a hierarquização no trabalho define as

relações de trabalho (DEJOURS, 1992). O autor acrescenta que essa organização do trabalho pode exercer impacto no aparelho psíquico do trabalhador, decorrente do conflito entre a sua história individual e a relação com o exercício das tarefas na empresa, que, de certa forma, ignora a subjetividade do sujeito. A relação homem-trabalho gera sofrimento ao trabalhador, de natureza mental, caracterizado pela frustração na adaptação, pela impotência e impossibilidade de modificar a realidade (DEJOURS, 1992).

A organização do trabalho no ambiente hospitalar para a enfermagem, segundo Alves (1991), Torres (1999) e Pires, Gelbke, Matos (2004), é marcada por: acentuada divisão de trabalho; excesso de normas; rotinas; tarefas fragmentadas; ausência de participação efetiva nos processos decisórios; condições de trabalho inadequadas; baixos salários; sobrecarga de trabalho e conflitos nas relações com outros profissionais e dentro da própria equipe. Ao mesmo tempo, o trabalho pode ser fonte de prazer, diante de: reconhecimento e valorização em relação à realização da tarefa; descentralização das decisões; autonomia; controle do processo produtivo; possibilidade de capacitação; e liberdade de expressão.

A ambivalência entre sofrimento e prazer no trabalho apresenta uma contradição, uma vez que os processos se dão em um movimento de correlação em espiral, em que todas as partes mantêm uma reciprocidade. O enfermeiro busca conseguir com esse ir e vir, do todo para as partes e das partes para o todo, de forma a alcançar o prazer e evitar o sofrimento. Compreende-se, assim, que o trabalho realizado pode se transformar em algo penoso, levando ao sofrimento, diante de uma organização de trabalho que apresenta um modo de produção específico, como também ao prazer, a partir do momento em que pode se expressar como sujeito no trabalho. A atuação do enfermeiro em situações críticas é desempenhada, muitas vezes, com significativo sucesso, conduzindo ao sentimento de realização e de dever cumprido. Após a realização dos procedimentos necessários, também há uma sensação de satisfação, o que constitui uma forma de prazer. A reelaboração deste movimento permite que o enfermeiro se reconheça como sujeito social importante para a existência do outro, conseguindo transformar a tarefa em um meio para a sua estruturação psíquica.

Assim, a ambivalência entre prazer e sofrimento evidenciada no trabalho do enfermeiro em urgências e emergências instiga reflexões. Foi possível encontrar neste território trabalhadores que sentem prazer em seu cotidiano de trabalho,

apesar das condições adversas comuns na área hospitalar, particularmente em unidades de urgência e emergência. De outro lado, há os que consideram o trabalho como fonte de sofrimento, chegando a manifestar doenças como saldo de seu engajamento no trabalho, apresentando, além da dor física, problemas emocionais e sociais. Esses fatos reforçam a ideia da elaboração de mecanismos de defesa que possibilitem ao trabalhador minimizar os efeitos nocivos do trabalho, mas deixam claro também que, muitas vezes, esses mecanismos, apesar de explorados em sua totalidade, não são capazes de minimizar o sofrimento, que se torna patogênico, abalando o equilíbrio psíquico do sujeito, empurrando-o, lenta ou brutalmente, para uma descompensação.

O trabalho hospitalar tem, geralmente uma organização rígida, autoritária, com elevada carga de trabalho, que pode imobilizar a criatividade do trabalhador da enfermagem, resultando em sofrimento para alguns trabalhadores (PIRES, 1999; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). O hospital busca, por meio da divisão técnica e social do trabalho, estabelecer as categorizações hierárquicas, nas quais o enfermeiro assume o papel de organizador das atividades parcelares do trabalho coletivo e complexo da equipe, com pouca atuação direta na sua execução, tendo em vista que atua na coordenação e no controle de todas as áreas de atendimento, intermediando relações entre os vários agentes, bem como entre os diversos setores que compõem a infraestrutura.

Para Dejours (1994), a organização do trabalho pode limitar a realização do projeto espontâneo do trabalhador quando o coloca diante de um modo operatório preciso. Assim, a atividade torna-se fonte de tensão, desprazer e sofrimento. Mas o inverso pode acontecer, quando a atividade oferece um campo de ação para o trabalhador, um terreno no qual este concretiza suas aspirações, suas ideias, sua imaginação, seu desejo. Este trabalho, quando é livremente escolhido e a organização do trabalho é suficientemente flexível, torna possível para o trabalhador organizá-lo e adaptá-lo a seus desejos, transformando o trabalho fatigante em um trabalho equilibrante, encontrando, assim, prazer em sua atividade.

Torna-se importante ressaltar que a organização do trabalho neste estudo é entendida como a forma pela qual se ordenam e se coordenam as diferentes tarefas necessárias aos objetivos da organização, incluindo a divisão de tarefas, a coordenação dessas tarefas e a organização temporal das diversas atividades envolvendo equipamentos, homens e materiais (LIMA, 1999). “Em suas diversas

formas a organização do trabalho é sempre o meio pelo qual se exerce o controle sobre a atividade de trabalho, dada uma configuração determinada do seu processo” (LIMA, 1999, p. 57).

A relação de prazer e sofrimento no trabalho é influenciada pelas formas de organização do trabalho, o que faz com que os processos de trabalho atuais engendrem padrões de organização que estão em conflito com a constituição humana (DEJOURS, 1994; FREITAS, 2002). As novas formas de organização do trabalho não são recentes. Surgiram do questionamento teórico prático dos princípios taylorista e fordista (LIMA, 1999; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004). Essas formas de organização, de acordo com Lima (1999), concedem autonomia, de certa maneira, limitada às tarefas de execução, não alterando o conteúdo do trabalho diário. Acrescenta que, para romper com essa forma de organização, os trabalhadores deveriam ser efetivamente mais participativos no processo de mudança, dando sugestões, provocando transformações capazes de corroer a divisão do trabalho entre quem planeja e quem executa e fazendo com que o trabalhador se reaproprie das condições de realização do trabalho.

O enfermeiro da Unidade de Urgência e Emergência se percebe inserido em um trabalho complexo que abrange uma série de atividades, colocando a enfermagem diante de inúmeros desafios, como: decisões em relação aos cuidados oferecidos aos pacientes; assistência a um grande número de pacientes graves; divisão de tarefas; necessidades diárias de estabelecer prioridades na assistência, diante da urgência e da escassez de recursos materiais e humanos; e necessidade de acompanhar os avanços tecnológicos. Tudo isso pode ser fonte de sofrimento (PITTA, 1990; LUNARDI FILHO, 1995; ALVES, 1996; PIRES, 2000).

Diante das atividades desenvolvidas na Unidade de Urgência e Emergência, a expressão de prazer no trabalho pode estar presente, pois o trabalhador encontra formas de equilíbrio em seu engajamento no trabalho e visualiza, além das condições objetivas de trabalho, sua projeção e realização profissional, pois consegue propiciar a recuperação de pacientes em risco de morte, cumprindo, dessa forma, uma função para a qual foi preparado. No entanto, este mesmo sujeito pode manifestar sentimentos de sofrimento no trabalho a partir do momento em que tem de lidar com as pressões e exigências do cotidiano de trabalho. Essa ambivalência prazer *versus* sofrimento no trabalho hospitalar pode acontecer, uma vez que o trabalho irá possibilitar a realização das tarefas que são

úteis para o sujeito e a sociedade. Mas para isso este trabalho apresenta-se regido por imposições arbitrárias e regulamentos restritivos (LAUTERT, 1999; MARANHÃO, 2000; LIMA JÚNIOR; ÉSTHER, 2001).

As empresas assumem, fundamentalmente, grande importância na vida dos trabalhadores. Diante disso, deve-se lembrar de que elas são alimentadas pela emoção, pela fantasia e pelos desejos. As pessoas assumem a vida nas empresas como vida, e os seres humanos que lá estão como humanos. São pessoas, e não máquinas. Elas sonham, realizam sonhos e expressam alegrias, frustrações, inquietações e fragilidades (ENRIQUEZ, 2002). O trabalho é uma referência para a construção social dos homens e de sua autoestima, sendo uma relação que passa pelo afetivo e pelo psicológico (FREITAS, 2002).

Freitas (2002) afirma que as empresas não são apenas o lugar no qual o trabalho é executado; é um lugar contraditório, no qual o prazer e o sofrimento se fazem presentes para o trabalhador. A manifestação desses sentimentos ocorrerá se a organização criar possibilidades para que o trabalhador possa encontrar sentido na sua atividade, mesmo diante das dificuldades e dos desafios, procurando dominar o ambiente, os imprevistos, a tecnologia, as pressões organizacionais e as exigências. Dessa forma, todas as situações críticas e as tensões que se apresentam fazem com que o trabalho se torne parte do indivíduo.

No espaço de trabalho na Unidade de Urgência e Emergência, tanto o sofrimento como o prazer podem ser experimentados pelos enfermeiros. Essas manifestações dependerão das possibilidades ou restrições para que o trabalhador faça as devidas adaptações entre o trabalho prescrito, que está institucionalizado nas regras organizacionais (explícitas ou implícitas), e o trabalho real. Essa ponte é representada, de acordo com Dejours (2004b), pela engenhosidade, pelos quebra-galhos e pelas intervenções criativas de cada trabalhador nos processos produtivos.

Torna-se importante ressaltar que nas organizações encontram-se frequentemente parcelas dos diferentes modelos de gestão, prevalecendo, no entanto, de acordo com a política institucional, o destaque para um modelo cujas características estejam mais presentes e refletem a filosofia da instituição.

Pires, Gelbcke, Matos (2004) afirmam que a organização interfere no processo de desgaste do trabalhador de enfermagem, dificultando que este manifeste sua subjetividade e exigindo um comprometimento com a instituição que o consome e faz com que seu trabalho se torne sua principal referência social. Freitas

(2002) salienta que o modelo estrategista organizacional cria pessoas viciadas pela atividade, pois a organização torna-se objeto de identificação, funcionando de forma ambivalente entre o prazer e o sofrimento, no qual o desejo e as aspirações podem encontrar espaço de realização, excitação e prazer, convivendo com a angústia do fracasso.

Esse quadro pode desencadear, de um lado, o sofrimento no trabalho e, de outro, a construção de estratégias defensivas que irão permitir o alívio da carga psíquica, tornando-se um instrumento de equilíbrio e fonte de prazer para o trabalhador. As transformações nas formas de produção trouxeram implicações para o setor da saúde e, conseqüentemente, para, os enfermeiros de Unidades de Urgência e Emergência. No entanto, surgem algumas inquietações relacionadas ao trabalho do enfermeiro na área de urgência, cujas características da organização do trabalho se diferenciam de outras unidades de saúde. É o que se procurará responder com esta pesquisa.

“Que situações geram prazer ou sofrimento no trabalho?”, “Como as manifestações de prazer e sofrimento do enfermeiro são influenciadas pela organização do trabalho de uma Unidade de Urgência e Emergência da rede pública?” e “Quais são os mecanismos defensivos que o enfermeiro emprega para poder trabalhar na Unidade de Urgência e Emergência?”

Apesar da existência de vasta literatura sobre sofrimento e prazer no trabalho, investigar as dimensões de sofrimento e do prazer no trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Urgência e Emergência pode oferecer subsídios para a elaboração de políticas de recursos humanos para a área, uma vez que as produções científicas sobre o trabalho do enfermeiro neste tipo de unidade são escassos. Além disso, as Unidades de Urgência e Emergência têm se expandido, incorporando novos profissionais e novas tecnologias no atendimento a pacientes em situações críticas de saúde. Diante disso, torna-se necessário explicitar a relação entre as formas de organização do trabalho e as manifestações de prazer e de sofrimento do enfermeiro em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital de grande porte, confrontando o discurso dos sujeitos e a análise sistemática de sua situação de trabalho.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do enfermeiro em relação à organização do trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência na área da rede pública de Belo Horizonte – MG.

2.2 Objetivos específicos

- Identificar as manifestações de sofrimento e prazer que permeiam o trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Urgência e Emergência da rede pública de BH/MG;
- Identificar as formas de organização do trabalho da enfermagem em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital da rede pública de BH/MG; e
- Identificar os mecanismos defensivos empregados pelos enfermeiros em relação ao sofrimento/prazer na sua prática cotidiana em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência na rede pública de BH/MG.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Organização do trabalho

O processo de trabalho, em termos organizacionais, inclui uma tríade constituída por: instrumentos de trabalho (aquilo que é empregado para transformar a natureza), objeto trabalhado (a matéria sobre a qual se aplica o trabalho) e atividade humana (trabalho propriamente dito). Este processo ao absorver determinada tecnologia, exige uma divisão técnica do trabalho, que vai impondo uma economia de tempo na execução das tarefas como ponto essencial para alcançar a produtividade. Essa divisão técnica do trabalho incrementa a produtividade a favor do capital. A partir do momento em que fragmenta o trabalho, impede o desenvolvimento integral das potencialidades, intensifica o ritmo de trabalho, rebaixa o valor da força de trabalho e reduz a capacidade dos trabalhadores de negociarem a seu favor as condições de troca e uso de suas habilidades (HOLZMANN, 2002).

No final do século XIX, Taylor aprofundou a divisão técnica do trabalho, atribuindo uma importância decisiva à separação entre concepção e execução, com o estudo de tempos e movimentos, acompanhado de uma supervisão rigorosa dos operários em sua execução (tarefas e tempos prescritos). Logo depois, Ford dá uma nova dimensão à divisão técnica do trabalho, intensificando a fragmentação das tarefas e vinculando-a à esteira de montagem, impondo aos operários a execução das tarefas em função do mecanicismo denominado “tempos impostos” (HOLZMANN, 2002). Entende-se que as mudanças tecnológicas incorporadas ao processo constituíram um meio de controle da força de trabalho ao tratarem da produção em sua forma capitalista.

O capitalista compra a força de trabalho e cuida para que o trabalho se realize de maneira apropriada, para que se apliquem de maneira adequada os meios de produção, não se desperdiçando matéria-prima e poupando o instrumental de trabalho, de modo que só gaste aquilo que for imprescindível à execução do

trabalho. O produto é propriedade do capitalista, não do produtor imediato, que seria o trabalhador (MARX, 1982).

Compreende-se que o capitalismo transformou radicalmente a relação do homem com a natureza e dos homens entre si, possibilitando a apropriação privada dos meios de produção apenas para uma parte da sociedade. A exploração do trabalho em alguns segmentos significativos da sociedade resultava na apropriação por parte dos proprietários dos meios de produção do trabalho excedente realizado pelos trabalhadores, caracterizando um quadro de acumulação de capital.

A acumulação de capital em regime capitalista ocorre quando este passou a desenvolver meios para aumentar a produção, à custa do trabalhador, mutilando-o e fazendo dele um homem fragmentado, sendo visto como um simples apêndice da máquina. O trabalhador se isolou de suas potências intelectuais, passando a ver a ciência como algo estranho e inacessível. Essa submissão do trabalhador fez com que este realizasse suas atividades em condições inapropriadas, como um prolongamento da duração do trabalho, ao ponto de não conseguir conjugar, em diversos momentos, a vida social e familiar (MARX, 1982).

A cooperação vem para reforçar a exploração do trabalhador, colocando-o preso pelo encadeamento de forças de trabalho na cadeia de produção, denominado “trabalho social”. Essa cooperação, que trouxe vantagens para o capital crescente, incorporava a reunião numa mesma oficina de um grande número de forças de trabalho: economia dos meios de trabalho, aumento da força de trabalho e possibilidade de combinar as forças de trabalho para execução do trabalho (MARX, 1982).

Mesmo no momento da cooperação simples, reunindo artesões em um mesmo local de trabalho, a gerência, que era executada pelos próprios donos do empreendimento, sentia, ainda que de forma rudimentar, a necessidade de coordenar as atividades, centralizar os suprimentos e registrar custos, produtos, lucros, perda e outros. Na segunda metade do século XIX, muitos capitalistas não eram mais do que empregadores imediatos de muitos trabalhadores. Nem havia os coordenadores de todas as atividades. Passou-se então a utilizar pessoas especializadas como intermediárias no processo de subcontratação e supervisão dos empregados (COHN; MARSIGLIA, 1994).

Nesse contexto, desenvolveram-se formas de organização do trabalho em sistemas de produção, que, atendendo às necessidades internas do capitalismo,

ampliavam o mercado. Isso permitia a produção em grandes séries, abrindo espaço para a introdução de máquinas-ferramenta especializadas, provocando o crescimento numérico de trabalhadores que poderiam se tornar semiespecializados após poucos dias de treinamento.

Assim, considerando-se a relação entre o desenvolvimento da tecnologia e o trabalho em si, seguem-se os modelos de organização que contemplavam a estruturação do trabalho, com a racionalização da tarefa e a formalização dos cargos. Dentre os modelos de organização, podem-se mencionar a Escola Científica ou Escola Clássica, que tem como principais formuladores Taylor, Fayol e Ford; seguida da Escola de Relações Humanas, com Mayo como principal formulador, e as Teorias Modernas de Administração, que podem ser resumidas na Teoria Estruturalista, na Teoria Comportamental e na Abordagem Sociotécnica (COHN; MARSIGLIA, 1994).

A Escola Científica, ou Escola Clássica, defende a tese de que o trabalhador, como todo ser-humano, é impulsionado pelo espírito econômico, competitivo, bastando, portanto, recompensá-lo em relação à sua produção, com bons salários, para que os conflitos, resistências e organizações sindicais que pudessem emergir no interior das empresas fossem eliminados. Para esta Escola, a organização do processo produtivo deveria ser formal, hierarquizada, autoritária e racionalizada, com a intenção de maximizar a produção. Preconiza o controle rigoroso sobre o trabalho, definindo não só o ritmo, mas também a única maneira correta de executar o trabalho.

Como um dos formuladores da Escola Clássica, Taylor defendia a obediência da organização do trabalho em relação aos parâmetros científico e técnico, que compreende o tempo padrão, melhor método de trabalho, pelo estudo de tempos e movimentos, e seleção e treinamento dos trabalhadores de acordo com padrões definidos. Para obter produtividade padronizada, propunha um sistema de vigilância constante sobre os trabalhadores de níveis hierárquicos inferiores que poderiam não corresponder ao desejado para a produção (BRAVERMAN, 1987). Nessa fase, iniciava-se um novo padrão de acumulação, que, de certa forma, potencializava a intensificação do trabalho para elevar a reprodução de capital. Essa intensificação para os trabalhadores significou aumento do desemprego e diminuição dos salários, diante de uma reorganização industrial imposta pelo capital (HELOANI, 1996).

O taylorismo e o fordismo atuaram de maneira sólida na etapa do maquinário, transformando o trabalhador em objeto, e não sujeito da produção, intensificando o trabalho, reduzindo as opções dos trabalhadores de como realizar suas atividades e sujeitando-os a movimentos ditados pela máquina e pela organização do trabalho (BRAVERMAN, 1987). Isso significava um conflito aberto entre o capital e o trabalho, pois as novas formas de gestão visavam rebaixar os salários e desqualificar os trabalhadores, elevando a extração da mais-valia relativa.

O modelo clássico de administração, de acordo com Fleury (1987), surgiu em um período conflituoso na sociedade americana, em se tratando de relações de trabalho, no qual a implantação do sistema taylorista desbalanceou a relação de forças e promoveu um esquema de organização extremamente autoritário. A separação entre os que planejavam e os executores permaneceria preservada, uma vez que a iniciativa do trabalhador seria eliminada na escolha do método, cabendo à gerência determinar o método e o tempo-padrão para executar. A escolha do trabalhador certo para o trabalho certo tinha como base a necessidade de treinar o sujeito não na atividade profissional, mas para executar a tarefa conforme a gerência indicasse (FLEURY; VARGAS, 1987a, HELOANI, 1996; PARAGUAY, 2005). Essa cooperação trabalho-capital se revelou muito difícil, pois de um lado estava o trabalhador, que sofria com a redução dos salários e a luta do movimento pela jornada de oito horas, e de outro o patronato, contra-atacando diante dos movimentos sindicais, que instigavam uma onda crescente de greves.

Com um discurso de prosperidade, Taylor induzia que se pensasse capital e trabalho sob uma ótica em que ambos se fortaleceriam em um espaço de cooperação e que o estudo do tempo, somado ao emprego da especialização possibilitaria a articulação entre trabalho manual e trabalho intelectual. Na tarefa, era especificado o que deveria ser feito, como fazê-lo e o tempo exato para execução. Dessa forma, o trabalhador, diante de uma mesma tarefa, deveria incorporá-la, internalizá-la e realizá-la no tempo-limite especificado, recebendo ao final uma bonificação por fazer rápido e de acordo com as instruções (PARAGUAY, 2005).

A maximização do uso do tempo e o aumento do ritmo para a realização de uma tarefa determinada pelo planejador deixavam implícito o quanto Taylor desejava adestrar o trabalhador, desconsiderando seu saber e impondo-lhe etapas decompostas do trabalho para que este conseguisse elevar sua produtividade.

Heloani (1996) afirma que, para atender aos interesses do capital na década de 1920, o taylorismo se consolidava nos Estados Unidos e na Europa. Essa consolidação se dá ao apresentar a organização científica do trabalho como uma inovação técnica que usa a racionalidade do trabalho, a redução de custos e o aumento da produtividade. A autora acrescenta que mesmo diante de movimentos de oposição em relação ao taylorismo este continuou a ser empregado, pois cumpria a sua função política de disciplinamento do trabalho. Após a recessão de 1920-1921, a economia começa a recuperar, aumentando o crescimento do emprego especializado, que era destinado à execução de tarefas predefinidas a partir da operação de máquinas-ferramenta.

Em 1916, Fayol, um engenheiro e administrador francês, complementa o trabalho desenvolvido por Taylor, ao propor a racionalização da estrutura administrativa que gerencia o processo de trabalho com base nos princípios da unidade de comando, da divisão do trabalho, da especialização e da amplitude de controle (MOTTA, 1986).

Simultaneamente à consolidação do taylorismo, Henry Ford desenvolve uma nova proposta de gestão da produção: a linha de montagem. Usava o princípio da esteira rolante, cujo funcionamento passava a ser ininterrupto, combinando operações extremamente parceladas dos trabalhadores. O trabalhador, fixo no posto de trabalho, passava a ser quase um componente da máquina. Os seus movimentos mecânicos não sofreriam a interferência da sua mente, guardando uma harmonia com o conjunto da linha de montagem. O trabalhador qualificado dava lugar a um novo trabalhador, cuja única função era repetir indefinidamente movimentos padronizados, desprovidos de qualquer conhecimento profissional. A linha de montagem tornou-se um instrumento de intensificação de trabalho, que resultava em vantagens de produtividade, a partir da utilização intensa de equipamentos, instrumentos e instalações. A linha de montagem contribuiu para a desqualificação do operário e a intensificação do trabalho (FLEURY; VARGAS, 1987b; HELOANI, 1996; LIMA, 1999; PARAGUAY, 2005).

A linha de montagem foi uma solução para a questão disciplinar no interior da fábrica, além de se revelar como um projeto político que visava assimilar o saber e a percepção do sujeito trabalhador para a organização. Era uma estratégia que, segundo Heloani (1996), deixava implícita a reorganização do trabalho, mediante o parcelamento das tarefas e dos sistemas de rolantes de abastecimento

de peças, que tentava encobrir a dependência do capital em relação ao trabalho vivo. A linha de montagem fordista reinventava a correlação da manufatura com a divisão do trabalho e a produtividade, revelando-se um instrumento de intensificação do trabalho, pois colocava o trabalhador em um posto específico de trabalho, executando um único movimento o tempo todo e não devendo se deslocar, pois o trabalho tinha que vir ao operário.

O fordismo, em sentido mais global, constituiu-se em um sistema de produção de grandes volumes de produtos padronizados destinados a mercados de massa, com base no aumento da velocidade do processo de produção, que é controlada pelo ritmo da linha de montagem. Silva (1991) descreve que entre os problemas originados do desenvolvimento da linha de montagem e da fragmentação do trabalho estão: os desequilíbrios nas cargas de trabalho; o impacto negativo da intensificação do trabalho no bem-estar fisiológico e psicológico do trabalhador, resultando em cansaço, absenteísmo alto e irregular, doenças, acidentes e baixa qualidade de trabalho; e a ruptura da ligação entre o esforço e os salários.

A gerência percebeu as deficiências que o taylorismo gerava no que se refere às formas de conceber e utilizar o trabalho e à falta de definição das necessidades do homem no trabalho. Essas deficiências comprometiam a acumulação capitalista. Assim, empenhou-se na busca de alternativas que permitissem superar tais dificuldades, o que desencadeou correntes pós-tayloristas, como a Escola de Relações Humanas, o Enriquecimento de Cargos e as Correntes Tecnocráticas.

A Escola de Relações Humanas defendia a tese de que o homem tem necessidades psicológicas de sentir-se membro de um grupo social como forma de reconhecimento, além da recompensa financeira. O trabalhador necessitava encontrar na organização da produção situações que pudessem favorecer a cooperação e a sua integração no ambiente de trabalho. Esta corrente do pensamento administrativo buscou maior adesão dos trabalhadores à empresa para alcançar maior produtividade, integrando e reunindo-os de uma maneira em geral, incluindo chefias e lideranças.

A Escola de Relações Humanas que preconizava a humanização do ambiente de trabalho, obtém maior adesão dos trabalhadores, na perspectiva de aumentar a produtividade. Esta escola buscou a integração dos trabalhadores à empresa, pois com o taylorismo e o fordismo o conflito entre capital e trabalho

prevalencia, diante da intensificação, monotonia e desqualificação das tarefas (FLEURY, 1987; COHN; MARSIGLIA, 1994; HELOANI, 1996).

As teorias modernas de administração podem ser resumidas na teoria estruturalista, na teoria comportamental e na abordagem sociotécnica, concebendo o trabalhador como um indivíduo que, além das necessidades básicas, tem necessidades psicosociais. Estas teorias propõem para o trabalhador técnicas de enriquecimento do cargo e participação na consulta técnica e na organização da produção. Cohn, Marsiglia (1994) explicam que o conflito entre capital e trabalho é inevitável, mas este pode ser positivo ao indicar a necessidade de abertura de canais de comunicação e participação dos trabalhadores que possam traduzir em mudanças e desenvolvimento da organização da produção, com a utilização de técnicas que promovam a motivação no trabalho, a descentralização das decisões, a delegação de autoridade e a consulta e participação dos trabalhadores. Os autores acrescentam que esse conjunto de propostas faz surgir grupos cuja formação/estrutura/organização é definida pela empresa. Esses grupos não representam o controle do poder pelo trabalhador, uma vez que este permanece nas mãos do capital.

Para Fleury (1987), a formação dos grupos parte de premissas que definiriam o planejamento do trabalho com base nas necessidades dos homens e em sua relação com o trabalho. Tais grupos podem se apresentar como grupos de trabalho (GT), ou grupos de enriquecimento de cargos, os quais admitem que as necessidades individuais podem ser resolvidas em cargos isolados e as sociais, por relações de amizade no ambiente de trabalho. Propõe-se uma maior variedade de tarefas nos cargos, delegando as responsabilidades de forma gradual, e a manutenção de um processo de feedback, com a intenção de permitir ao trabalhador aprender a partir dos próprios erros.

Nos grupos semiautônomos (GSA), as relações sociais têm que ser sustentadas por relações de trabalho, em um esforço cooperativo, propondo que se atribua a tarefa a um grupo, e não a uma pessoa, proporcionando mais autonomia ao grupo para organizar-se como desejar, desde que este complete a tarefa no prazo, com custo e qualidade determinados pela organização do trabalho. Os chamados "Círculos de controle de qualidade" (CCQ), que consistem no contrato permanente de trabalho e nos sistemas de promoção por senioridade, criam as condições para que se desenvolva um trabalho em grupo, de maneira cooperativa (FLEURY, 1987; HELOANI, 1996).

Com o processo constante de automação e qualificação, percebe-se que os trabalhadores tiveram uma perda crescente do controle sobre o processo e a organização do trabalho, mediante a introdução de novas técnicas de produção e formas computadorizadas de controle do processo de trabalho. Essa situação provocou mudança nas formas de organização do trabalho, iniciando com um esquema proposto de rotinização do trabalho, que implicava a criação de um sistema de apoio à produção que planejasse a tarefa até o ponto em que esta pudesse ser entregue a uma pessoa desprovida de conhecimento sobre o processo. As tarefas planejadas de modo simples e individualizado poderiam ser realizadas por outro trabalhador, em situações de substituições. Este esquema apresentava algumas características como manter a coordenação das tarefas por nível hierárquico, o que dificultava a organização dos trabalhadores dentro da fábrica, induzia a rotatividade, mantinha os salários baixos, usava de forma indiscriminada trabalhadores sem qualificação e não oferecia treinamentos (FLEURY, 1987).

A rotinização intensificou a criação de um sistema hierárquico para a supervisão das tarefas e um alto grau de divisão de trabalho, com o estabelecimento de tarefas individuais, além de não oferecer incentivos salariais. Fleury (1987) afirma que as empresas, em muitos casos, nos seus centros de decisões, direcionam as preocupações para a questão da produtividade, não possuindo conhecimentos sobre teorias de organização do trabalho, adotando, assim, um método simples que emprega a racionalização da tarefa e do cargo. O esquema da rotinização vem, de certa forma, atender à aplicação do método da racionalização, pois é dirigido para um tipo de mão de obra não qualificada, barata e instável. A organização do trabalho neste esquema de rotinização dificulta a qualificação, o aperfeiçoamento do trabalhador e o agrupamento entre os trabalhadores, além de manter os baixos salários e induzir a rotatividade.

Lima (1999) destaca que entre as dimensões fundamentais da organização do trabalho encontram-se a divisão do trabalho, a qualificação e a autonomia *versus* controle. Segundo Braverman (1987), a divisão social do trabalho corresponde à divisão da sociedade em ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção, e a divisão parcelada do trabalho, ou divisão técnica, que, sendo imposta pelo planejamento, desencadeia a fragmentação de um mesmo trabalho em tarefas cada vez menores, quebrando sua unidade e tornando o trabalhador incapaz de acompanhar o processo completo de produção.

Entende-se que a divisão social do trabalho subdivide a sociedade, fortalecendo o indivíduo e a espécie. A divisão parcelada do trabalho subdivide o homem, menosprezando suas capacidades e necessidades humanas (LAURELL; NORIEGA, 1987).

Lima (1999) apresenta a divisão do trabalho sob um corte vertical, que assegura o distanciamento entre a concepção e a execução, no qual um corpo de especialista, que detém o conhecimento e a capacidade para definir modos operatórios, determina tudo que é necessário, desde a qualidade da matéria-prima às pausas para descanso, a fim de que o trabalho seja realizado com eficiência e sem fadiga excessiva. Na divisão em um corte horizontal, o trabalho é dividido em múltiplas tarefas. Essas divisões andam lado a lado, sendo que uma é condição e resultado da outra, dando origem a repetitividade, perda de autonomia e possibilidade de aumento do controle sobre o trabalhador por parte da organização (LIMA, 1999).

A qualificação para o trabalho é uma das dimensões que a organização do trabalho apresenta, pois quanto mais especialista o trabalhador for, melhor qualificado será para realizar as suas atividades. Essa qualificação reduz a necessidade de treinamento da mão de obra, bem como o custo de reprodução, e assim o valor da força de trabalho.

Em um trabalho qualificado, a aprendizagem serve para diminuir a carga de trabalho, bem como o esforço físico e mental, e a realização da tarefa se dará em menor tempo. Entende-se, assim, que quanto mais qualificado for o trabalhador, maior será o domínio do seu métier. Graças a suas habilidades, realiza a sua atividade com mais facilidade (LIMA, 1999).

No trabalho desqualificado acontece o oposto: o aprendizado se reduz a aprender a fazer mais rápido. O conteúdo do trabalho está centrado na realização rápida da tarefa, o que, de certa forma, favorece, a tendência de o trabalhador querer ficar livre de um trabalho que não tem sentido. Esse processo desencadeia uma autoaceleração, em que o trabalhador compete consigo mesmo para procurar ser mais rápido que os colegas. Terminar o trabalho mais cedo torna-se a sua principal motivação para trabalhar. As consequências desse processo podem ser desastrosas para a saúde do trabalhador, que emprega gestos automatizados, acelerando o ritmo de produção e hipertrofiando certas funções e partes do seu corpo. Essa simplificação do trabalho, transformando os trabalhadores em

engrenagens de uma máquina, favorece o capital, como um mecanismo para poder exercer seu domínio sobre os trabalhadores. O fato de uma tarefa ser simples implica que esta pode ser realizada por qualquer pessoa, independente de sexo, idade e/ou atributos físicos, e cria um quadro permanente de reserva da força de trabalho empregável, reduzindo o poder de luta dos trabalhadores. Considerando que o capital se interessa pela classe trabalhadora como um todo, a singularidade do sujeito se perde. Assim, apenas a pressão social pode fazer com que as condições de trabalho sejam melhoradas (LIMA, 1999; 2003).

Outro ponto a ser destacado diz respeito à autonomia e à natureza do trabalho, intrínsecas à organização do trabalho pós-fordista, na qual a nova ordem é que sejam sujeitos e trabalhem em cooperação.

Autonomia, segundo Cattani (2000), significa a condição de indivíduo ou de um grupo suscetível de determinar por si mesmo, segundo suas próprias leis. O conceito de autonomia no trabalho permite pensar simultaneamente a dimensão operacional com o controle sobre alguns dos elementos do trabalho e sua dimensão identitária, em que o trabalho possibilitaria um retorno sobre si mesmo capaz de conferir-lhe um sentido. O trabalho exerce papel importante no processo de elaboração da imagem de si, e a cooperação resultante da integração pelo trabalho engaja o ator no futuro coletivo. A riqueza do conceito reside em articular o trabalho ao mundo dos valores, por meio do qual o trabalho combina o individual e o coletivo, o operacional e o identitário, o individualismo-emancipação e o individualismo-fragilização (ROSENFELD, 2003; 2004).

A autonomia demandada ao trabalhador implica o desdobramento das atividades desde o fazer até a compreensão do que é feito. Pode significar o controle que têm os trabalhadores sobre a sua própria situação de trabalho e a realização do sentido que este controle tem para o sujeito. A autonomia no trabalho integra uma dimensão operacional, ligada às exigências funcionais e operacionais, que remetem à organização do trabalho, e outra identitária, marcada pela busca de afirmação de si, de liberdade, de realização (ROSENFELD, 2003; 2005).

Heloani (1996) afirma que mesmo que a empresa, de um lado, facilite a autonomia do trabalhador, de outro, constrói situações que levam os indivíduos a assimilar as regras de funcionamento da empresa, incorporando-as como elemento de sua percepção e, por último, reordenando-as até a sua subjetividade, a fim de garantir a persistência dessas regras. Ao proporcionar mais autonomia para algumas

tarefas, incorporam-se novas exigências para o desempenho das tarefas, com o rótulo de criatividade, novas responsabilidades e qualificação. Dessa maneira, a empresa passa a exigir maior empenho do trabalhador, maior dedicação, como “vestir a camisa da empresa”, o que, de certa forma, possibilita um adestramento por parte da organização.

Para Dejours, Abdoucheli (1994), a organização do trabalho significa a divisão do trabalho e a divisão dos homens. A primeira é determinada por vários aspectos, como divisão de tarefas entre os componentes, repartição, cadência e o modo operatório prescrito. A segunda apresenta repartição das responsabilidades, hierarquia, comando e controle, entre outros. Essa divisão surge como complemento da primeira, uma vez que não é suficiente para o dirigente fixar uma organização técnica do trabalho e dos modos operatórios. Torna-se necessário, também, verificar se a execução está de acordo com a concepção.

Os autores acrescentam a necessidade de definir condições de trabalho, pois, muitas vezes, ocorre confusão com a organização do trabalho. Condição de trabalho refere-se às pressões físicas, mecânicas, químicas e biológicas do posto de trabalho, tendo como alvo principal o corpo dos trabalhadores, podendo, dessa forma, desencadear desgaste, envelhecimento e doenças somáticas. Se, de um lado, as condições de trabalho têm como alvo principal o corpo, a organização do trabalho, de outro, atua ao nível do funcionamento psíquico, pois as pessoas não são iguais, sendo portadoras de desejos e projetos com base em sua história singular. De acordo com o que caracteriza a organização, reagem de maneira original. A divisão do trabalho, somada ao modo operatório, instiga o sentido e o interesse do sujeito pelo trabalho, e a divisão dos homens baseia-se na relação entre as pessoas, mobilizando sentimentos afetivos, como amor, ódio, amizade, confiança e solidariedade (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994).

Os autores referem-se, ainda, à organização prescrita do trabalho, ou trabalho prescrito, que apresenta um planejamento técnico para o desenvolvimento das etapas, acompanhado das pressões do regulamento, que deverão ser transmitida por gerentes. De outro lado, a organização real do trabalho, ou trabalho real, mostra o modo operatório do trabalhador para implementar a atividade planejada. A diferença entre trabalho prescrito e trabalho real pode desencadear um clima de conflitos e tensões entre as pessoas envolvidas nesse processo de trabalho. Dejours, Jayet (1994) argumentam que essa situação não significa um

quadro de anarquia, mas de reconhecimento em relação às diversas situações que podem surgir para os operadores. O manual não responde, no que diz respeito a imprevistos, tensões, contradições e fontes de erro, às informações que se perdem ao longo do trajeto.

Na visão de Dejours (1994; 2003a; 2003b), à organização do trabalho se atribui uma grande responsabilidade pelo sofrimento psíquico no exercício profissional. A impessoalidade, a fragmentação e a prescrição de tarefas na organização do trabalho retiram o prazer e embotam a criatividade e a cooperação. Criam-se, então, modos singulares de sobrevivência no trabalho, que o autor nomeia de “estratégias coletivas de defesa”. Entre a tarefa e a atividade existe um ajuste que se faz necessário, o qual Dejours (2003a; 2003b) descreve como a “parte enigmática do trabalho”, ou “domínio do trabalho real”, cuja solução fica a cargo do trabalhador, contrapondo-se, dessa forma ao trabalho prescrito, para que a tarefa possa ser realizada.

De acordo com Dejours (2004b), essas estratégias consistem no afrontamento do perigo como uma forma de negá-lo e por meio dessa negação, poder manter e sustentar o trabalho, uma vez que não se pode ter medo e não se pode demonstrá-lo. A negação do trabalho nega as dificuldades que a distância do prescrito e o real lhes causam. A negação pode atingir três dimensões: engenhosidade, coordenação e cooperação. A engenhosidade significa o trabalho criativo, quando o trabalho prescrito é posto em confronto com o real. A criatividade será empregada no ajuste entre o prescrito e o real, desencadeando uma redefinição dos objetivos inicialmente fixados. Dejours (2004b) explica que para enfrentar a realidade do trabalho é necessário mobilizar uma forma de inteligência que convoque o corpo, e não apenas o funcionamento cognitivo. Se o trabalhador resiste ao real, cria um sofrimento. Assim, para superá-lo, pressupõe-se que deve ocorrer o emprego da criatividade e da subversão dos procedimentos em uma atividade.

A cooperação indica a própria contribuição dos agentes à organização do trabalho. Não é algo contido na prescrição do trabalho, não aparece por decreto e nem é prescrita entre os colegas. Ela é relativa à vontade dos agentes. Parte de uma vontade singular para chegar a uma vontade coletiva. A condição para que essa cooperação aconteça seria o estabelecimento de uma relação intersubjetiva de

confiança. Essa confiança está assentada na visibilidade dos ajustes singulares para fazer frente às insuficiências e contradições da organização prescrita do trabalho.

A mobilização subjetiva parte da vontade e das condições. O sujeito mobiliza a sua inteligência e sua personalidade em função de uma racionalidade subjetiva particular. A dinâmica da mobilização apoia-se na contribuição/retribuição. Só se pode contar com as contribuições singulares na medida em que, como resposta, é atribuído um reconhecimento, no sentido duplo da palavra. O desconhecimento da realidade, a constatação das insuficiências da organização prescrita e as contribuições realizadas pelos agentes, individual ou coletivamente, podem levar os agentes ao sofrimento e a resistirem a este sofrimento com estratégias de defesa, hoje identificadas pela psicodinâmica do trabalho, com possíveis efeitos desastrosos sobre a produtividade – desavenças, desmobilização, individualismo –, trazendo consequências nefastas para a saúde mental e somática dos agentes.

O trabalho pode ser um gerador de saúde ou um constrangimento patogênico, podendo contribuir a favor da saúde ou para a desestabilização, empurrando o sujeito para a descompensação (DEJOURS, 2004d). A centralidade do trabalho possibilita a mediação entre o singular e o coletivo, entre a subjetividade e o campo social. Em situações de desemprego, essa centralidade se vê ameaçada pela alienação, excluindo o sujeito de uma série de mediações com o coletivo e a sociedade, relegando-o à marginalidade.

Segundo Dejours (2003a), o trabalhador deve harmonizar seus recursos defensivos individuais com as defesas coletivas, para garantir a coerência de sua economia psíquica singular, o que requer grande esforço e tensão, podendo trazer perturbações para o próprio trabalhador. Os recursos, ou estratégias defensivas, ao serem empregados pelo trabalhador, devem ser assegurados e validados coletivamente. As estratégias coletivas, uma vez estruturadas, estabilizam a relação do indivíduo com o trabalho, solidificando-se e transformando-se em foco de resistência a mudanças. Dejours (2003a) afirma, ainda, que a organização do trabalho não cria doenças mentais específicas, pois considera que as descompensações, psicóticas ou neuróticas, ocorrem porque estão diretamente relacionadas à estrutura de personalidade do sujeito. Assim, o trabalhador traz para o seu fazer todas as marcas, as suas histórias pessoais, que incluem desejos,

motivações e necessidades psicológicas, singularizando a sua relação com o trabalho em si.

Segundo Dejours (1994), não existe uma organização do trabalho ideal. A solução terapêutica consiste em estimular a dinâmica intersubjetiva de transformação da organização, para, enfim, permitir ao trabalhador transformar o sofrimento em sentido e, eventualmente, em prazer: “O prazer da reapropriação do vivido pela ação” (DEJOURS, 1994, p. 86).

Em relação ao impacto da organização do trabalho na saúde do trabalhador, Dejours (1992; 1994), em sua metodologia, defende a escuta do sofrimento, do discurso do operário, pois este traduz os efeitos da organização de trabalho sobre a vivência subjetiva. Na relação do sujeito com o trabalho, o trabalhador, com base em seu interior, sua história e seu passado, pode trazer representações como manifestação do seu trabalho. Neste sentido, Dejours (2003a) vê o trabalho como uma alternativa fundamental para a construção do sujeito, como um mediador privilegiado – se não único – entre o inconsciente e o campo social e entre a ordem singular e ordem coletiva. É por meio do trabalho que o homem se estrutura, tanto psicológica como fisicamente, e se engaja nas relações sociais, transferindo para este ambiente sua vida atual e passada. Isso é descrito por Dejours como “inteligência prática”, cuja força é a astúcia, apresentada no cerne da profissão, e opera em todas as atividades do trabalho, sendo, fundamentalmente, criadora e subversiva.

Essa inteligência, construída no dia a dia do trabalho, faz com que o trabalhador realize ajustes na organização produtiva e se antecipe quando for alertado por um evento que rompa com a rotina ou ocasione desconforto corporal. Com isso, a produtividade, a qualidade do trabalho e a ressonância simbólica, que traduzem em uma reconciliação entre o inconsciente e os objetivos da produção, levam o trabalho a beneficiar-se do poder que lhe é conferido pela mobilização dos processos psíquicos que partem do inconsciente e se atualizam em inteligência astuciosa.

Assim, o trabalhador pode realizar da melhor forma possível a sua tarefa e atingir com precisão os objetivos fixados pela organização, desde que esses objetivos sejam satisfatórios para ele, configurando, um trabalho sublimatório ou estruturador. Segundo Dejours (2004c, p. 223), para atingir os objetivos fixados na definição da tarefa pela organização do trabalho, “é necessário adaptar, ajustar,

inventar, descobrir, experimentar, ter astúcia”. Caso contrário, irá configurar-se em um trabalho desestruturador ou patogênico, que traz as consequências sociais da produção capitalista sobre a saúde do trabalhador.

A apropriação de capacidades e o aumento de exigências de desempenho que se estendem a todos setores da organização, segundo Heloani (1996), levam o trabalhador a alcançar o saber tácito, o qual é denominado como aquele saber constituído pelas qualificações adquiridas por meio da sua experiência individual, com a interação de movimentos conscientes e inconscientes, de acordo com a tarefa a cumprir, estabelecendo meios de cooperação em virtude da natureza do trabalho. O saber tácito não permite, mas até estimula, uma relativa qualificação, uma vez que concede ao trabalhador uma maior e melhor apropriação do trabalho. Isso quer dizer um disciplinamento da percepção para as novas funções, o que, de certa forma, encobre a intensificação do trabalho.

3.2 Entre o sofrimento e o prazer no trabalho

O trabalho sempre ocupou posição de destaque na vida das pessoas como necessidade de realização profissional e pessoal, e como forma de sobrevivência. No entanto, apesar de ser considerado um organizador da vida social, pode abrir espaço para a dominação e a submissão do trabalhador ao capital, cabendo a alguns o direito de pensar e projetar o que deve ser executado por outros, geralmente menos qualificados e inseridos na base da pirâmide social.

Ao trabalhar, o homem constrói seus sonhos, aspirando, segundo Enriquez (2002), um lugar onde o belo e o perfeito sejam possíveis. Para isso, paga preços exorbitantes pelo que sonha e realiza. O autor acrescenta que esse homem empreendedor e construtor é um singelo mortal, que apresenta medo e receios de não ser reconhecido, angústia de se tornar ultrapassado e desnecessário em sua busca de afirmação e validade profissional para o aplauso organizacional. As organizações, que antes eram percebidas como sistemas de produção, passam a levar em conta a vida psíquica e o imaginário do sujeito, propondo uma representação, que o trabalhador deve interiorizar se quiser continuar membro da organização.

A organização passou por etapas que mostram que já foi vista como um prolongamento da personalidade do empreendedor, destacando-se etapas principais, como, na visão taylorista, a que buscava a adaptação do homem à máquina e à organização, com a divisão do trabalho, que permitia a execução das tarefas por indivíduos competentes, que se comportavam como engrenagem de uma máquina. No imaginário taylorista, a organização deveria funcionar sem interrupções, e todos os indivíduos seriam peças do funcionamento (CHANLAT, 1995; ENRIQUEZ, 2002). Na concepção de Max Weber, a organização passa a ser um local em que as decisões são tomadas racionalmente e cada um conhece sua tarefa, assume a sua responsabilidade e dedica-se ao seu trabalho como um funcionário assíduo. Considera, ainda, que, para o funcionamento eficaz da organização, esta deve atribuir os cargos a indivíduos competentes, que disponham de poderes limitados e saibam separar o trabalho da vida privada. Propõe que o trabalhador, com sua consciência profissional, veja o trabalho como paixão, significando que o sujeito deve investir em seu trabalho, apropriando-se dele dando-lhe sentido e inscrevendo seus desejos e projetos na organização, mesmo diante do trabalho fragmentado (FLEURY; VARGAS, 1987a; ENRIQUEZ, 2002; PARAGUAY, 2005).

Numa perspectiva cooperativista, Enriquez (2002) explica que as organizações percebiam os indivíduos como iguais e que estes, em adesão livre, iriam investir na organização com a qual se identificassem. Na ótica tecnocrática, destaca-se a classe elitista, que não exige por parte dos operadores uma identificação profunda com os ideais que colocam, exigindo somente dos dirigentes pertencentes ao alto escalão.

O tecnocrata tende a ver os outros como instrumentos, objetos manipuláveis a seu bel-prazer, obrigados a se curvar ao seu saber, visto que ele conhece e sabe o que é bom para eles. Não percebe no mundo outra coisa senão aquilo que lhe permita trocas econômicas cada vez mais vantajosas. Portanto, quando o trabalhador deixa de ser rentável, é deslocado ou desligado. Essa necessidade de aplicar a racionalidade instrumental para o sucesso de sua ação, de fazer calar emoções e, de certa forma, exigir que os outros sirvam a seus próprios planos, que certamente estão em conformidade com os da organização, coloca este tecnocrata em uma posição perversa, quer ele queira ou não.

Essa perversão, que manipula e seduz, apresenta-se, muitas vezes, sutil, pois é indispensável para o crescimento da organização, procurando utilizar o máximo do potencial de cada um, na medida em que é preciso que cada um participe, no nível de suas responsabilidades, do rumo da organização. Assim, os operadores devem contribuir para o sucesso da empresa, pois será exigido deles uma oportunidade, mesmo que mínima, em decisões menores, para que se sintam parte integrante da organização, não conseguindo deixar de levar em conta que estão presos na armadilha da vida organizacional.

A organização consegue que o trabalhador se entregue de corpo e alma ao trabalho, encontrando-se dentro do conjunto cooperativo e sem desconfiar que se um sai esta organização, que reclamou por sua adesão, poderá se tornar indiferente e rejeitá-lo. Enriquez (2002) afirma que o imaginário desenvolvido pela tecnocracia é referente ao domínio do mundo e dos seres mais fracos, graças à intelectualidade, e que este tecnocrata que tem o seu valor reconhecido por um grupo poderá vir a fazer parte do grupo dos perdedores.

Em relação à concepção estratégica atual, Enriquez (2002) e Freitas (2002) explicam que a organização a adota, considerando que o estrategista é tomado inteiramente pelo imaginário da excelência, canalizando a sua afetividade, suas pulsões inconscientes e sua reflexão para o seu desenvolvimento na organização.

A estratégia se localiza em vários polos de identificação e de referência, que incluem Estado, classe social e família. Ela não é reservada a uma classe social, como na tecnocracia. Ao contrário, é destinada a qualquer um, considerando que todos são estrategistas, em todas as organizações.

No entanto, a organização luta contra as angústias, como o medo do caos, das pulsões não canalizadas, do desconhecido, do outro, do pensamento exigente e da palavra livre, que leva ao desenvolvimento de uma palavra vigiada. Uma das atitudes que a organização pode adotar para combater essas angústias seria suscitar nos indivíduos uma idealização do seu ser e de suas práticas. Para isso, adota atitudes como fazer com que os indivíduos se liguem e se reforcem na organização, construindo um imaginário social enganoso e uma doença de idealização. Isso quer dizer que no imaginário enganoso a organização tenta prender o sujeito na armadilha de seus próprios desejos, fazendo com que este pense que ela o atende e o assegura em todos momentos (ENRIQUEZ, 2002;

FREITAS, 2002; MOTTA, 2002). Em relação à doença de idealização, o indivíduo é conformado, só sabe repetir e reproduzir e, para existir, precisa idealizar a organização e assumir os pressupostos que ela propõe. Tudo isso cria um mito coletivo, ou uma ideologia, que concorre para que as outras visões de mundo não sejam tocadas, incorporando um mecanismo que impede a individualização do sujeito (ENRIQUEZ, 2002).

A próxima atitude de combate à angústia diz respeito ao fazer calar a possibilidade de os sujeitos terem a vida interior diante das dúvidas e interrogações. De acordo com Enriquez (2002) e Motta (2002), isso faz com que adotem comportamentos adaptados às circunstâncias, impedindo-os de trazer à tona o seu inconsciente, fazendo-o calar e construindo indivíduos que se evitem uns aos outros.

A outra atitude, segundo Enriquez (2002), refere-se ao estabelecimento de um processo de psicologização dos problemas, em que o homem é colocado no centro e tanto o sucesso como o fracasso jamais são imputados à organização. Neste caso, se o homem não se mostra à altura do ideal da organização, não conseguindo realizar seus objetivos e superar-se, sente-se culpado. Se a organização provoca sentimento de culpa, de vergonha, ela tem ao seu dispor pessoas que podem aceitar se sacrificar por ela.

O autor descreve, ainda, atitudes de incutir em cada indivíduo a ideia de que o primeiro a chegar pode ser vencedor, um herói criativo. Assim, a organização, apresenta-se poderosa: fornece a cada sujeito elementos que permitirão saciar seu desejo de completude e oferece um estatuto e um papel apropriado ao seu dinamismo e à sua submissão, bem como um saber que favorece o controle das coisas e de si mesmo. A organização suscita no indivíduo vocações que poderão criar sujeitos que só se ligam a ela quando for conveniente, mostrando-se em alguns momentos estrategistas e em outros perversos, o que poderá desencadear combates com a própria organização. Assim, a organização torna este sujeito autônomo, capaz de sublimar e interessado na racionalidade dos fins, preocupado com a ética e apto a confrontar o estresse e a ansiedade (ENRIQUEZ, 2002; FREITAS, 2002). Para o indivíduo sobreviver e desenvolver-se em uma organização globalizante que lhe cause angústias, ele tem necessidade de se libertar das malhas e armadilhas desta organização.

A estrutura tecnocrática visava à produção em todas as suas formas, seguindo uma lógica comercial. A estrutura estratégica mostra uma empresa que

quer ser ao mesmo tempo uma comunidade de trabalho, de vida e de pensamento, apoiando-se no indivíduo integrado a uma equipe. Assim, o trabalhador necessita pensar o trabalho, elaborar essa experiência ao falar, interpretar, negociar, buscar um novo sentido, transformar e fazer a organização do trabalho evoluir (ENRIQUEZ, 2002; LANCMAN; UCHIDA, 2003).

Considerando que a estrutura estratégica não assegura um quadro estável na organização e diante do desequilíbrio entre as exigências da organização e as necessidades do trabalhador, Dejours (1994) afirma que tal situação gera conflito entre a organização do trabalho e o trabalhador. Reafirma que desse conflito emerge um sofrimento que pode ser mais ou menos elaborado e apresentar repercussões mais ou menos acentuadas sobre a saúde mental. Para o autor, o grande enigma para a psicopatologia do trabalho não é a doença, e sim a normalidade. Isso é, o que importa é compreender as estratégias defensivas adotadas pelos trabalhadores para evitar a doença e preservar seu equilíbrio psíquico.

O trabalhador não se mostra passivo diante das exigências e pressões organizacionais, sendo capaz de construir sistemas defensivos coletivos. Assim, a psicodinâmica do trabalho volta-se mais para o dinamismo abrangente referente às causas e às possíveis transformações do sofrimento mental, atreladas mais à organização do trabalho do que à identificação de doenças mentais específicas correlacionadas à profissão ou às tarefas laborais.

Entre o homem e a organização prescrita para a realização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento – e da luta contra o sofrimento (DEJOURS, 1994, p. 15).

Dejours (1994) se debruça sobre o sofrimento, a partir de sua abordagem da psicodinâmica do trabalho, em busca de uma relação causal entre certos distúrbios psíquicos e certas formas de organização do trabalho. A psicodinâmica do trabalho abre perspectivas mais amplas, que, de acordo com Dejours (2004, p. 53), não dizem respeito apenas ao sofrimento, “mas, ainda, o prazer no trabalho; não

mais somente o homem, mas o trabalho; não mais apenas a organização do trabalho, mas as situações de trabalho nos detalhes de sua dinâmica interna”.

A relação entre a organização do trabalho e o homem não é um bloco rígido. Está em contínuo movimento, e os mecanismos de defesa são utilizados como formas de o trabalhador se proteger e continuar produtivo. As estratégias defensivas permitem ao trabalhador armar-se contra situações conflitantes de seu cotidiano, preservando sua estabilidade mental e emocional por meio de mecanismos, o que se caracteriza como um sofrimento criativo. Nesse processo, o autor valoriza o trabalho não só como um espaço de produção e de luta pela sobrevivência, mas, sobretudo, como um espaço de relação, de convívio social, que realimenta em cada um o sentimento de inclusão e, simultaneamente, de sua diferenciação em uma comunidade profissional e/ou institucional.

No entanto, em situações de organização de trabalho rígida a divisão no trabalho se apresentará de forma acentuada e, conseqüentemente, o conteúdo significativo da tarefa estará reduzido, com poucas possibilidades de transformá-lo. Essa organização do trabalho poderá promover a desapropriação do saber do trabalhador, que, segundo Dejours (1992), conduz à perda da liberdade de criação, fundamental para o trabalhador, pois possibilita que faça rearranjos para adaptar a organização do seu trabalho às necessidades do seu organismo e às suas aptidões fisiológicas.

O sofrimento no trabalho emerge dessa impossibilidade de fazer um rearranjo entre o sujeito-portador de uma história singular e uma organização do trabalho despersonalizante. Diante disso, torna-se preocupante como a organização do trabalho pode desencadear nos sujeitos vivências individuais e coletivas durante o confronto com o trabalho, apagando as iniciativas espontâneas, quebrando as responsabilidades e o saber, e anulando as defesas coletivas.

Deve-se compreender que o trabalho não está reduzido às relações sociais, nem ao assalariamento e tampouco às relações de poder. O que está prescrito, ou melhor, institucionalizado nas regras organizacionais, explícitas ou implícitas, nunca é suficiente. Quando há apenas a atividade prescrita, é possível torná-la desumanizada, podendo transformar-se em uma atividade maquinal, como na primeira fase do desenvolvimento industrial. A cada nova automação aparecem novas dificuldades, ainda não previstas e não padronizadas, exigindo a elaboração de um novo saber-fazer. Esses desafios de atividades que vão surgindo trazem um

novo olhar sobre a organização do trabalho que não aceita a divisão tradicional entre trabalho de concepção e trabalho de execução. Todo trabalho é sempre trabalho de concepção. Assim, compreende-se que o trabalho é, por definição, humano, uma vez que é mobilizado justamente ali onde a ordem tecnológico-maquinal é insuficiente (DEJOURS, 2004d).

No espaço do trabalho, o sofrimento ou a satisfação depende das possibilidades ou das restrições para que o trabalhador possa realizar as adaptações entre o que se caracteriza como o prescrito e o real do trabalho. O trabalho real é representado pela engenhosidade, pelos quebra-galhos e pelas intercessões criativas de cada trabalhador no seu processo produtivo. Parte do reajustamento, do rearranjo dos modos operatórios, conferindo ao trabalhador o sentimento de ter aproximado o mais possível dos objetivos fixados pela tarefa, livrando-se, portanto, do anonimato e da indiferenciação das ações massificadas.

O trabalho prescrito e o trabalho real apresentam-se relacionados às diretrizes organizacionais, à autonomia dos sujeitos envolvidos, às relações do trabalhador com o trabalho e aos resultados esperados, incluindo os aspectos subjetivos de prazer e sofrimento, nem sempre fáceis de mensurar, ou observados como aspectos essenciais para o sucesso da organização e satisfação de trabalhadores e clientela.

Na relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, coloca-se em cena o trabalhador, o seu saber, e, em consequência, a sua subjetividade. O trabalhador valoriza o que faz sentido para ele e dá importância ao que para ele representa um valor (SANTOS, 1997; SILVINO, 2002; TELLES; ALVAREZ, 2004). A subjetividade é entendida como a representação que o indivíduo faz de sua relação com as condições de existência, de sua relação consigo e com o outro.

A relação entre subjetividade e trabalho remete à análise da forma como os sujeitos vivenciam e dão sentido às suas experiências de trabalho. Essa relação muda ao analisar a relação do cidadão e do escravo com o trabalho: na Grécia do senhor feudal, do servo na indústria fordista e do jovem analista de sistemas nas empresas start-up no século XXI. Cada vida humana é a síntese de uma história social. Portanto, cada sujeito se apropria desse social e torna-se um mediador, filtrando e retraduzindo o conjunto de significantes que irão estruturar a sua subjetividade. Pensar a subjetividade nas suas ligações com o trabalho implica refletir sobre os modos como as experiências de trabalho conformam modos de agir,

pensar, sentir e trabalhar amarrados em certos momentos que, apesar de não serem duráveis, trazem à lembrança a conexão entre diferentes elementos, valores, necessidades e projetos (NARDI; TITTONI; BERNARDES, 2002). A subjetividade abre espaço para a invenção e criação de outros modos de trabalhar, na forma de transgressão ou, mesmo, de resistência, na conexão dos diversos elementos e modos de produção no trabalho.

Nessa relação entre trabalhador e trabalho, os autores explicam que existe uma forma clássica de análise que, de um lado, busca priorizar as determinações macrossociais de cunho econômico e sobre a ação dos trabalhadores; e, de outro, se baseia na análise de cunho psicológico e individualizante, historicamente associado ao campo da motivação e dos comportamentos no trabalho. Esta análise de cunho psicológico busca situar o sujeito por meio dos modos de subjetivação; ou melhor, considera o modo como o sujeito deve se relacionar com a regra que se vê obrigado a cumprir.

A organização atual tem-se preocupado com a gestão das subjetividades, por meio de uma internalização programada de metas e objetivos, procurando negar a exploração e o conflito capital-trabalho e colocando o trabalhador na posição de colaborador. Isso ocorre diante das mudanças organizacionais, que, influenciadas* pelas novas formas de conceber e organizar o trabalho, redefiniram o caráter de qualificação do trabalhador, fazendo com que este (re) incorporasse a experiência à base técnica, enriquecendo a atividade e, ao mesmo tempo, exigindo a sujeição deste aos objetivos da empresa. Estas novas formas de organização têm como meta, de acordo com Nardi, Tittoni e Bernardes (2002), a sujeição e adaptação do desejo do trabalhador aos objetivos da empresa.

Nos campos da subjetividade e do trabalho, Dejours (1994) reconhece a separação e afirma que os estudos sobre a psicopatologia da normalidade trazem a ideia de que vai além da forma de transtorno, constituindo-se em um modo de estruturação da vida cotidiana do sujeito, definindo, assim, os modos de subjetivação relacionados ao trabalho.

Nas exigências do trabalho, o trabalhador conta com os recursos subjetivos dados pela sua história de vida passada e presente, e seus projetos de futuro. A mobilização subjetiva depende da dinâmica entre a contribuição e a retribuição. Para o trabalhador, a percepção das suas possibilidades no trabalho traduz o que espera da organização. Dejours (2004d) sustenta que o trabalhador

espera, às vezes, apenas que suas iniciativas e vontades não sejam frustradas e enfim, que ele não seja considerado apenas um simples executor, condenado à obediência e à passividade. Na ausência desse reconhecimento, a tendência do trabalhador é desmobilizar-se, podendo gerar danos a sua saúde mental.

O reconhecimento passa pelo julgamento do trabalho realizado, do fazer, e não da pessoa. Em contrapartida, o reconhecimento da qualidade do trabalho realizado inscreve-se na esfera da identidade, dando sentido às expectativas subjetivas e à realização de si mesmo. Quando não há reconhecimento do trabalho, a desvalorização atinge outros espaços da vida cotidiana dos trabalhadores, contaminando o tempo do não trabalho. Nesse sentido, o trabalho deve ser entendido como um *continuum*, que se estende para além de seu espaço restrito e influencia outras esferas da vida (LANCMAN, 2004).

As novas relações de trabalho trouxeram a flexibilização dos contratos de trabalho, nos quais o emprego, a estabilidade, a aposentadoria e a carreira profissional progressiva e linear foram substituídos por formas instáveis de inserção no mercado de trabalho, como contratos temporários e trabalho autônomo. Essas mudanças favoreceram a redução da classe operária industrial e, paralelamente, o crescimento no setor de serviços.

Este quadro instável trouxe repercussões para o trabalhador, uma vez que as oportunidades de trabalho ficaram restritas, afetando as condições de trabalho daqueles que ainda se encontram empregados. Neste sentido, Lancman (2004) afirma que o sujeito assalariado cedeu-se à precarização das condições de trabalho impostas por mudanças tecnológicas e organizacionais, que contribuíram para a diminuição dos mecanismos de proteção e fiscalização em relação à saúde, ficando mais exposto aos riscos de adoecimento e acidentes.

Percebe-se que passaram a existir novas formas de sofrimento no mundo do trabalho: fim da estabilidade no emprego, perda da esperança e do sonho de ascensão e a conquista social por meio do trabalho, considerando que grande parte da população limita-se aos ganhos necessários à sobrevivência. Entretanto, trabalhar é mais do que vender a força de trabalho, pois existe uma remuneração social, que busca a constituição da identidade e da subjetividade do trabalhador, por meio dos processos de reconhecimento, gratificação e mobilização da inteligência (LANCMAN, 2004).

Nesse sentido, o trabalho permite o confronto entre o mundo externo e o mundo interno do trabalhador, em que os desafios, regras e valores entram em conflito com a singularidade de cada trabalhador. Esse conflito torna-se gerador de sofrimento psíquico, diante do confronto do trabalhador com as imposições externas, mas pode tornar-se fonte de prazer e desenvolvimento humano, na medida em que provoca nele oportunidade central de crescimento e de desenvolvimento psíquico.

Muitas vezes, o prazer e o sofrimento no trabalho se misturam. O trabalhador pode vivenciar situações que desencadeiam sentimentos de angústia relacionados à sensação de estar executando o trabalho de maneira inadequada; correr riscos de não dar certo; esquecer uma etapa do trabalho; ou ser responsável por um incidente ou um acidente. Essa angústia pode também ser utilizada para a produtividade, desde de que o trabalhador esteja engajado com o trabalho, o que possibilita que este revele um gosto pronunciado ou uma paixão pelo trabalho. Assim, prazer e sofrimento são vivências subjetivas que, segundo Dejours, Jayet (1994), remetem ao sujeito singular, portador de uma história, e podem ser percebidos de forma diferente pelos sujeitos envolvidos no processo.

O trabalho quando equilibrante mobiliza a imaginação e a criatividade, permitindo que as aspirações e desejos dos indivíduos sejam retomados, ajudando-o a realizar-se, pois

[...] um trabalho livremente escolhido ou livremente organizado oferece, geralmente, vias de descarga mais adaptados às necessidades: o trabalho torna-se então um meio de relaxamento, às vezes a um tal ponto que uma vez a tarefa terminada o trabalhador se sente melhor que antes de tê-la começado: é o caso do artista, do pesquisador, do cirurgião, quando estão satisfeitos como seu trabalho. É preciso então postular a existência de uma carga psíquica negativa do trabalho, ou de uma descarga psíquica de trabalho. Esse é o caso do trabalho que reverte em proveito da homeostasia. Estamos aqui dentro do enfoque do trabalho equilibrante (DEJOURS, 1994, p. 25).

O trabalho pode também exercitar relações prazerosas, com espaço para abrir outras janelas, segundo Gonzáles, Beck (2002), para que os olhos consigam ver com a mesma intensidade a dor e a alegria. Sentir prazer naquilo que realiza significa ter maturidade e sensibilidade, tomando consciência da própria individualidade e identidade. Este processo, de acordo com os autores, pressupõe a separação de si próprio do outro, em relação às coisas, mas não se alienando, e sim compreendendo-se enquanto sujeito dentro da organização do trabalho.

Locke, que a partir dos anos de 1970 desenvolveu a teoria da satisfação no trabalho, fundamenta-se na importância que o trabalhador atribui à meta que deseja alcançar e ao objetivo desejado. Ambos são impulsores para o indivíduo agir, alcançando os resultados, que se traduzem em satisfação. Essa satisfação no trabalho traduz a relação percebida entre o que o indivíduo quer do seu trabalho e o que ele percebe que está obtendo.

Tanto a teoria de Locke sobre a satisfação no trabalho como a psicodinâmica do trabalho, de Dejours, contemplam as relações entre satisfação no trabalho e saúde. A satisfação passa por um estado emocional prazeroso, que resulta da avaliação do trabalho em relação aos valores do próprio indivíduo, sendo manifestado na forma do prazer, e a insatisfação está na origem do desprazer, ou do sofrimento, que surge mediante a frustração ou negação dos valores do indivíduo em relação ao trabalho (LOCKE, 1984; MACIEL, 2002; MARTINEZ; PARAGUAY, 2003).

Pensando no resultado da satisfação com os diversos elementos do trabalho e considerando as diferenças individuais em relação ao que os trabalhadores querem de seus trabalhos, Locke (1984) apresenta os fatores causais dessa satisfação, destacando no primeiro momento eventos e condições que dizem respeito ao trabalho, como pagamento, promoção, reconhecimento, condições e ambiente de trabalho, e no segundo momento agentes, incluindo colegas, subordinados, supervisão, gerenciamento e empresa/organização.

Dejours (1992) mostra que no centro da relação saúde e trabalho a vivência do trabalhador ocupa lugar particular, que lhe é conferido pela posição privilegiada do aparelho psíquico, o qual está encarregado, de alguma maneira, de representar e de fazer triunfar as aspirações do sujeito em um arranjo da realidade susceptível de produzir, alcançando a satisfação com o trabalho, que se divide em satisfação simbólica e concreta. A satisfação simbólica apresenta a vivência qualitativa da tarefa. “É o sentido, a significação do trabalho que importam nas suas relações com o desejo [...] dos desejos ou das motivações. Isto depende do que a tarefa veicula do ponto de vista simbólico” (DEJOURS, 1992, p. 62). “A satisfação concreta diz respeito à proteção da vida, ao bem estar físico, biológico e nervoso, isto é, à saúde do corpo” (DEJOURS, 1992, p. 62).

O trabalhador se esforça para fazer o melhor no trabalho, enfrentando as adversidades da organização e colocando muita energia, paixão e investimento pessoal. É natural que espere receber reconhecimento. Ao ser reconhecido por

aquilo que realizou no trabalho, o esforço, a angústia, as dúvidas, as decepções e os medos adquirem outro sentido. Ele compreende que prestou não somente uma contribuição à organização, como também se tornou um sujeito diferente daquele que era antes do reconhecimento. O reconhecimento do trabalho “pode depois de ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção de sua identidade. Isto se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, prazer, às vezes de leveza d’ alma ou até de elevação” (DEJOURS, 2003b, p. 34).

Para que esse trabalho realmente se torne um trabalho equilibrante, o trabalhador precisa implementar ajustes à organização prescrita do trabalho, fazendo uma mobilização subjetiva, que permita a transformação do sofrimento. A subjetividade envolve a história de vida e a estrutura de personalidade do sujeito, que ajuda o trabalhador a regular e sobreviver ao que é prescrito, desenvolvendo um modo operatório particular para realizar o trabalho (MENDES; MORRONE, 2002). E, ainda:

O trabalho se inscreve então na dinâmica da realização do ego. A identidade constitui a armadura da saúde mental...Não podendo gozar os benefícios do reconhecimento de seu trabalho nem alcançar assim o sentido de sua relação para com o trabalho, o sujeito se vê reconduzido ao seu sofrimento e somente a ele. Sofrimento absurdo, que não gera senão sofrimento, num círculo vicioso e dentro em breve desestruturante, capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental (DEJOURS, 2003b, p. 34).

O reconhecimento é condição indispensável no processo de mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade no trabalho, desempenhando papel fundamental na transformação do sofrimento em prazer. O reconhecimento do trabalho é um componente essencial para o engajamento subjetivo do trabalhador ao trabalho, encontrando, assim, suas potencialidades e singularidades na tarefa.

Esse reconhecimento reside na possibilidade de dar sentido ao sofrimento vivenciado pelos trabalhadores. Quando o trabalhador percebe que a qualidade do seu trabalho é reconhecida, consegue encontrar sentido, pois todo o sofrimento vivenciado para realizar a atividade não foi em vão, mesmo que tenha desencadeado dúvidas, angústias, esforços, decepções e desânimos. Conforme Dejours (1992), o reconhecimento passa pelo julgamento de utilidade técnica, social ou econômica, dada a atividade singular desempenhada pelo trabalhador, sendo

efetuado pelos pares, ou por aqueles que estão situados no mesmo nível hierárquico, para avaliar a singularidade e a beleza do trabalho executado.

A cooperação é outro aspecto no trabalho coletivo, que se caracteriza por permitir visibilidade de ações, confiança, discussão, consenso, deliberação, participação nas decisões e construção de acordos e regras de trabalho. Para isso, parte do pressuposto de que a mobilização subjetiva é que conduz o trabalhador para a cooperação, a solidariedade, a confiança e o engajamento nas discussões do grupo, com o objetivo de provocar mudanças. A mobilização subjetiva leva à motivação e à capacidade do trabalhador para participar das discussões coletivas que visem modificar as regras relacionadas ao conteúdo da tarefa e as relações socioprofissionais que ocasionam sofrimento (MENDES; MORRONE, 2002; DEJOURS, 2004b).

Entende-se que o reconhecimento dos outros pelo esforço do trabalho realizado parte da mobilização subjetiva, que busca dar sentido ao sofrimento no trabalho, transformando esse sofrimento em prazer.

[...] quando a qualidade de meu trabalho é reconhecida, também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meu desânimo adquire sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquilo que eu era antes do reconhecimento (DEJOURS, 1994, p. 34).

A mobilização subjetiva não pode ser prescrita pela organização do trabalho. Ela é gerada espontaneamente pelas expectativas em relação às realizações pessoais. Se a dinâmica do reconhecimento está paralisada, o sofrimento não poderá ser transformado em prazer, pois o trabalhador não encontra sentido em sua realização, gerando acúmulos que o levarão a uma dinâmica patogênica de descompensação psíquica ou somática. Se ocorre a ausência de reconhecimento, o homem engaja-se em estratégias defensivas para evitar a doença mental. Assim, entre o sofrimento e a doença podem-se intercalar as estratégias defensivas.

O sofrimento acontece diante do conflito entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico do trabalhador. Este conflito decorre de diversas situações de trabalho, que podem, diante das atividades, tornar-se geradoras de sofrimento, a partir do momento em que apresentam aspectos que contemplam

sobrecarga de trabalho, cansaço, repetitividade das tarefas, tédio e injustiças na gestão de pessoal, dentre outros. Ferreira e Mendes (2001) explicam que o sofrimento pode ser hipotetizado por meio de estratégias defensivas e criativas. As estratégias defensivas pressupõem a negação do sofrimento e a ausência do prazer. Como há situações em que o trabalhador revela prazer e sofrimento, é possível que esses trabalhadores estejam utilizando mais estratégias criativas, visando transformar a realidade que gera sofrimento, o que se reflete na negação de algum tipo de sofrimento.

Dejours e Abdoucheli (1994) distinguem dois tipos de sofrimento: o sofrimento criador e o sofrimento patogênico. O primeiro ocorre quando pode ser transformado em criatividade, trazendo uma contribuição que beneficia a identidade do trabalhador. Tal ação aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática. O sofrimento patogênico, segundo Dejours e Adoucheli (1994, p. 137),

[...] aparece quando todas as margens de liberdade na transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização do trabalho já foram utilizadas. Isto é, quando não há nada além de pressões fixas, rígidas, incontornáveis, inaugurando a repetição e a frustração, o aborrecimento, medo, ou o sentimento de impotência. Quando foram explorados todos os recursos defensivos, o sofrimento residual, não compensado, continua seu trabalho de solapar e começa a destruir o aparelho mental e o equilíbrio psíquico do sjeito, empurrando-o lentamente ou brutalmente para uma descompensação (mental ou psicossomática) e para a doença (DEJOURS; ABDOUCHELI, 1994, p. 137).

Entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico do indivíduo se interpõem estratégias defensivas, que podem encaminhar para soluções desfavoráveis para a produção e para a saúde do indivíduo ou conseguir elaborar soluções originais que vão de encontro à produção e à saúde.

Ferreira e Mendes (2001) afirmam que a estratégia para enfrentar o sofrimento significa que, apesar de sua predominância no trabalho, o trabalhador busca a redução do custo psíquico em suas atividades, enfrentando o sofrimento e, possivelmente, buscando estratégias para desenvolver o prazer, tendo em vista ser este um dos elementos para a sua estruturação psíquica. Nessa perspectiva, o trabalho permite ao trabalhador perceber se a atividade é significativa ou não, podendo emergir vivências de prazer e de sofrimento.

Outra questão em relação à exploração do trabalhador pelo capital está relacionada à forma de organização do trabalho, pois quanto mais rígida mais explorado será o trabalhador, tendo em vista que,

[...] a organização do trabalho é primeiramente, a divisão do trabalho e sua repartição entre os trabalhadores, isto é, a divisão de homens recortando as relações humanas de trabalho. Fracionamento máximo e rigidez intangível da organização científica do trabalho aparcem, então, como as características fundamentais do taylorismo, que engendra mais divisões entre os indivíduos do que pontos de união, confrontando os trabalhadores, um por um, individualmente e na solidão, às violências da produtividade (LUNARDI FILHO, 1997, p. 79).

A organização do trabalho pode ser vista como a expressão da vontade de outro, na qual o trabalhador age de acordo com a vontade de outro. Este trabalhador, domesticado e forçado a agir conforme a vontade do outro, encontra-se diante das injunções da organização do trabalho, sob a direção hierarquizada, desapropriado de sua competência para realizar o trabalho de acordo com as determinações apresentadas pela organização. Com isso, resta somente a este sujeito executar (DEJOURS, 1994; LUNARDI FILHO, 1997).

Uma organização do trabalho autoritária, rígida e imutável impossibilita o rearranjo do processo de trabalho pelo trabalhador, conduzindo ao aumento da carga psíquica. Para Dejours (1994), o sofrimento começa quando a energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho. E este se acumula, podendo causar manifestações no corpo, que responde com perturbações viscerais ou musculares.

O trabalho nas instituições hospitalares é envolto por sentimentos como amor, compaixão, ansiedade, ódio e ressentimento, uma vez que os profissionais dedicam grande parte do seu tempo cuidando de pessoas doentes, dia após dia, podendo ocorrer a cura ou a morte. O risco de o trabalhador ser invadido por quadros de ansiedade intensa e incontrolada está relacionado com a própria natureza do trabalho. Este quadro poderá ser atenuado ou, até, estimulado, diante do próprio processo tecnológico a que o trabalhador está exposto na sua atividade laboral no hospital (PITTA, 1990).

Muito se tem discutido em relação ao trabalho realizado, especificamente, em instituições hospitalares. De acordo com Murofuse (2004), o trabalho em saúde compreende atividades essenciais para a vida humana. É uma produção não

material que se completa no ato da realização de seu produto. É indissociável do processo que o produz.

Estudos realizados envolvendo diversas categorias profissionais em instituições hospitalares trazem discussões sobre as relações com o trabalho, o sofrimento a que estão expostos e os mecanismos defensivos que elaboram. Compreende-se que o sofrimento psíquico passa a ser parte integrante do processo produtivo no hospital e que os trabalhadores podem desenvolver mecanismos de defesa em relação à enfermagem, que foram descritos desde da década de 1970 por Menzies (1970), considerando os seguintes aspectos: fragmentação da relação técnico-paciente, que consiste na redução do tempo de contato do profissional com o paciente para evitar a angústia; despersonalização e negação, em que todos os pacientes são iguais e não há registro afetivo diferenciado; distanciamento e negação de sentimentos, em que os sentimentos são controlados e o envolvimento é refreado; e tentativa de eliminar decisões, por meio das rotinas e padronizações de condutas, da redução do peso da responsabilidade e do parcelamento e fragmentação das tarefas.

Pitta (1990), ao analisar as cargas psíquicas no ambiente hospitalar, encontrou cinco tipos de estratégia defensiva:

- a) coesão interna entre a equipe baseada em ajuda mútua;
- b) hiperatividade verbal como modo de afastar a angústia;
- c) absenteísmo como expressão da falência de defesas competentes para o enfrentamento de dificuldades;
- d) verbalização de questões não vinculadas ao trabalho como anedotas;
- e) agressividade reativa contra o paciente por meio de zombarias, colocações cínicas e ridicularizações, evitando que se coloque em posição de fragilidade, passividade e sensibilidade.

Segundo Dejours (1994), as estratégias defensivas levam à modificação, à transformação e, em geral, à eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Tudo se passa como se, por não poder vencer a rigidez de certas pressões organizacionais irreduzíveis, os trabalhadores

conseguissem, graças a suas defesas, minimizar a percepção que têm dessas pressões, fontes de sofrimento.

Em nossa realidade, as instituições hospitalares constituem locais de aglutinação de pacientes acometidos por diferentes problemas de saúde, assistidos por trabalhadores diversos. Estudos apontam os serviços de saúde – em particular, os hospitais – como aqueles que, geralmente, proporcionam aos seus trabalhadores, principalmente da enfermagem, as piores condições de trabalho em relação a outros serviços (MARZIALE, 1990; ALVES, 1991; 1996; GASPAR, 1997; TORRES, 1999). Em muitos momentos, os leitos disponíveis nem sempre correspondem à gravidade do paciente. Devido ao número insuficiente de vagas no Centro de Tratamento Intensivo (CTI), muitas vezes, os pacientes graves recebem tratamento nas enfermarias, gerando transtornos nas Unidades que os acolhem, pois se veem obrigadas a prestar um atendimento que requer profissionais e recursos tecnológicos além da capacidade instalada, criando sobrecarga de trabalho e aumento da responsabilidade da equipe (RODRIGUES, 2006).

Os hospitais apresentam uma divisão técnica, criticada pela rigidez da hierarquização das tarefas e da repartição destas, considerando a qualificação e a destreza técnica. Possuem características específicas de um trabalho coletivo realizado por diversos trabalhadores que, de certa forma, mantém a estrutura institucional, cumprindo as atividades. A complexidade dos problemas exige um conhecimento específico por parte do trabalhador envolvido, e o entendimento da totalidade só será possível com um inter-relacionamento entre as diversas áreas e profissões (PIRES, 1999).

É, ainda um trabalho compartimentalizado. Cada grupo profissional presta assistência de saúde separado dos outros, duplicando os esforços e tomando decisões, às vezes, contraditórias. A organização dos serviços de saúde segue a lógica das especialidades, que reforça a lógica da fragmentação, do parcelamento do trabalhador, e acompanha o modelo biológico positivista de entendimento das doenças (PIRES, 1999).

Essa realidade, todavia, não pode ser caracterizada unicamente como brasileira, pois enfermeiros que atuam em hospitais nos Estados Unidos, Canadá, Alemanha, Inglaterra e Escócia também manifestam preocupações com a deterioração da qualidade da assistência prestada em função da falta de pessoal, o

que gera desgaste emocional e insatisfação para com o trabalho (MARZIALE, 2001; ROYAS; MARZIALE, 2001). No Brasil, o trabalho de Pitta (1990) é considerado um referencial importante para os estudos sobre trabalho e saúde em instituições hospitalares. O autor relata uma prevalência elevada de sofrimento psíquico nas Unidades de Terapia Intensiva (UTI) e entre os profissionais de enfermagem quando comparado aos demais trabalhadores do hospital.

Em estudo recente realizado em uma rede de hospitais públicos Godoy *et al.* (2006) constataram que vem ocorrendo aumento da demanda por parte da população em relação à assistência na Urgência e Emergência, o que poderia estar causando para o trabalhador a intensificação do trabalho e favorecendo os quadros de estresse, diante do risco eminente de morte do cliente. As autoras constataram, ainda, elevado número de afastamentos por licenças médicas, e que poderia ser determinado pelo aumento da carga de trabalho pela escassez dos recursos humanos, materiais e físicos, comuns em unidades hospitalares públicas que trabalham com urgência e emergência.

O hospital pode ser entendido como uma organização formal que, muitas vezes, assume papel burocrático e autoritário, cuja operacionalização do trabalho deve passar por uma hierarquização, que poderá impor regras rígidas e impessoais. Essa rigidez normativa conduz o trabalhador a dificuldades para realizar a atividade de trabalho, obrigando-os, em muitos momentos, a transgredir a regra para não adoecer no trabalho. Atualmente, tem-se observado uma intensificação do trabalho em hospitais que atendem às urgências e emergências, e para poder responder à prescrição, o trabalhador elabora estratégias, diante de uma demanda em expansão e um quadro de pessoal insuficiente (ALVES, 1996; LIMA JÚNIOR, 1998; GODOY *et al.*, 2006). No contexto hospitalar brasileiro, a enfermagem constitui o maior grupo de trabalhadores. Suas atividades são marcadas pela divisão fragmentada de tarefas, estrutura hierarquizada, cumprimento de rotinas, normas e regulamentos, e dimensionamento qualitativo e quantitativo insuficiente de pessoal.

Em geral, o hospital público não dispõe de uma gerência profissional, o que contribui para agravar sua saúde financeira. A arrecadação por serviços prestados ao Sistema Único de Saúde (SUS) é insuficiente para a manutenção de insumos básicos, como medicamentos, o alto custo da complexidade dos pacientes atendidos na Unidade de Urgência e Emergência e a necessidade de atualização tecnológica de equipamentos. Os investimentos governamentais se restringem a

pagamento da folha de salários e ao financiamento pontual para a aquisição de equipamentos. A ausência de estratégias gerenciais e de modelos de gestão eficazes faz com que o hospital seja envolvido em necessidades permanentes de redução das despesas e de melhoria da qualidade de seus serviços. A consequência das dificuldades da instituição incide diretamente no trabalhador. De acordo com Alves (1996, p. 100) “os baixos salários vêm piorando a qualidade de vida destes trabalhadores, levando-os a assumirem mais de um emprego, o que implica em extensas jornadas de trabalho, estresse e pouco tempo para o lazer e para a família”.

Outro fator que merece ser destacado no trabalho da enfermagem é a pressão do tempo em um trabalho que pode se modificar ao longo da jornada, aliado ao excesso de atividades, o qual acena para uma forma particular de organização da produção. A diversidade de tarefas ao longo dos plantões dificulta a realização da sistematização do tempo e da assistência, considerando que as atividades são diariamente alteradas diante das necessidades dos pacientes. O enfermeiro, como coordenador da equipe, é responsável por ser pelo desempenho, executando, ao mesmo tempo, atividades administrativas e assistenciais, o que o obriga a mudar o foco de atenção várias vezes no decorrer do plantão.

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pela enfermagem, destacam-se visitas aos pacientes, passagens pelo plantão, registros de enfermagem e atendimentos programados e não programados, como as emergências. Considera-se que estes profissionais estão expostos a cargas físicas e psíquicas intensas, enfrentando no seu dia a dia os contratempos, que causam desarmonia entre o ritmo e a distribuição do tempo.

Segundo Lautert (1999), essa situação influencia a forma de organização das atividades, podendo gerar na enfermagem quadros de ansiedade, considerando que a equipe desenvolve um trabalho fortemente influenciado pelo taylorismo, no qual o tempo é, primariamente, o da produção.

Pires, Gelbcke, Matos (2004) afirmam que na enfermagem a forma como o trabalho se apresenta organizado não dá espaço para que o trabalhador repense suas atividades, alegrias, tristezas, prazer e sofrimento. O trabalho em instituições hospitalares expõe esse trabalhador a situações de sofrimento e a sentimentos de ansiedade em relação ao fazer, e as condições postas para a realização das atividades refletem neste sujeito em desgaste.

No estudo de Borja (2004) com trabalhadores da Unidade de Urgência e Emergência de um hospital público foi possível evidenciar em algumas falas a satisfação com o trabalho e a paixão em relação à atividade realizada. A autora relata a partir das falas dos trabalhadores a sensibilidade pelo sofrimento alheio e pela defesa da vida do paciente. No entanto, o desgaste físico e mental dos trabalhadores foi evidenciado, configurando um trabalho que oscila entre o sofrimento e o prazer. O desgaste foi associado de forma mais intensa aos conflitos vivenciados com a organização e às condições de trabalho, gerando angústia e insatisfação pessoal e profissional.

Nestas Unidades, o quadro clínico do paciente é agudo e exige resolução rápida. Há o predomínio do imprevisível, que, aliado às condições de trabalho, produz sentimentos de impotência e perda do controle sobre a atividade. Mas, ao mesmo tempo, pode provocar a satisfação e o sentimento positivo de contribuir para salvar vidas.

Gaspar (1997) salienta que nas Unidades de Urgência as atividades dos trabalhadores contribuem para a ocorrência de doenças designadas como “doenças relacionadas com o trabalho”. O enfermeiro está exposto a atividades que desencadeiam frequentes situações de estresse e fadiga física e mental. Acrescenta a estas questões referentes ao número insuficiente de funcionários e à exiguidade dos espaços as deficientes condições de ergonomia dos serviços, que induzem e condicionam o trabalhador a adotar posturas corporais inadequadas, contribuindo para a elevada prevalência de raquialgias.

Estas Unidades exigem ações complexas, com alto grau de responsabilidade, que levam o enfermeiro a tomar decisões e a definir prioridades e estratégias. Gaspar (1997) e Murofuse (2004) relatam que o enfermeiro encontra-se, muitas vezes, sozinho, o que aumenta a angústia de decidir, de tentar e de falhar. Gaspar (1997) alerta, ainda, que os hospitais são empresas produtoras de estresse e que a imprevisibilidade dos serviços de urgência aumenta o índice de sofrimento psíquico dos trabalhadores da enfermagem. Godoy *et al.* (2006) afirmam que as Unidades de Urgência e Emergência apresentam na sua rotina situações que expõem os trabalhadores à dor e ao sofrimento em maior intensidade, carga horária semanal de trabalho elevada, trabalho nos finais de semana, trabalho noturnos, exposição a produtos químicos e radiações ionizantes e movimentação de carga, entre outras. As autoras acrescentam que estas condições de trabalho adversas

podem provocar alterações no equilíbrio psicológico do trabalhador, que, muitas vezes, ao tentar adaptar-se aos agentes estressantes vivenciados no cotidiano laboral, pode lançar mão de mecanismos de fuga, como o absenteísmo, a fim de buscar uma solução provisória para o seu conflito com a organização e seu trabalho.

Por outro lado, estas Unidades exigem ações complexas, com alto grau de responsabilidade, que levam o enfermeiro a tomar decisões e a definir prioridades e estratégias. Ele sente-se valorizado por outras categorias profissionais, diante da solicitação para resolver problemas, pois reconhecem que a sua ausência significa fator dificultador para o bom desempenho do que precisa ser feito e, ainda, credibilidade em relação às informações sobre os pacientes internados. Mas percebe-se que o foco é direcionado quase sempre para a área administrativa, a qual é assumida pelo enfermeiro. Alves (1996) acentua que se cobra do enfermeiro muito mais pela função de gerente de unidades de trabalho, atuando como responsável pela provisão de recursos e pela gerência das equipes de enfermagem, do que pela assistência propriamente dita. Gaspar (1997) e Murofuse (2004) relatam que o enfermeiro encontra-se, muitas vezes, sozinho, o que aumenta a angústia de ter que decidir, de tentar e de falhar.

Torna-se interessante ressaltar que o espaço assumido pelo enfermeiro nas Unidades de Urgência e Emergência traz reconhecimento social e institucional, pois o torna visível para a sociedade e para a organização hospitalar, diante das contribuições para a melhoria da qualidade da assistência prestada dos encargos administrativos assumidos. Rodrigues (2006) explica que há um grande esforço em busca de reconhecimento e de visibilidade, o que, de certa forma, mostra a identificação deste profissional com o trabalho, pois sente-se motivado para realizar ações qualificadas que possam resultar em benefícios para o paciente e para a equipe, colaborando para atingir os objetivos institucionais.

Estudo realizado por Saar (2005), que investigou a especificidade profissional enfermeiro, revelou que dentre as causas de insatisfação no trabalho está a multiplicidade de papéis assumidos pelo profissional, que vai desde “líder da equipe”, “intermediador entre a instituição e funcionários” e “gerência da assistência” até “assistência de enfermagem”, que o transforma “num faz tudo”. A autora reforça que trabalhar em um local no qual o sofrimento e a morte se fazem presentes desvela uma impotência diante das situações, gerando insatisfação no trabalho e com o trabalho.

Trabalhar com a dor, o sofrimento e a morte são pontos de angústias e sofrimento para o enfermeiro conforme apontado em estudos realizados por Pitta (1990), Lunardi Filho (1997), Lima Júnior (1998), Dejours (2003b). O prazer se revela na aproximação com o paciente, no cuidar direto, o que reafirma que o cuidado é a essência da profissão. Neste contexto contraditório, implica que este sujeito fique próximo da dor, do sofrimento e da morte. Mas parece ser neste local que ele encontra o sentido do seu trabalho, a paixão pelo cumprimento do dever, de ser útil, que se resume no desejo de estar fazendo algo pelo outro. Para Freitas (2002), essa capacidade de dar significação a um desejo, de imaginar e vislumbrar uma imagem desejável de si e do que poderia ser e fazer chama-se “imaginário”, que dá aos indivíduos, grupo e sociedade a capacidade de pensar, de querer de forma diferente daquela em que se encontram. O sujeito, como ser social, descobre o prazer em fazer, em fabricar um objeto, em comunicar-se, em tomar conhecimento do que os outros pensam a respeito de si e em pensar se agiu corretamente. Isso acontece diante da representação que este faz do seu imaginário, que o torna vivo e faz com que ele realize com satisfação uma atividade.

Constata-se, ao mesmo tempo, que as Unidades de Urgência e Emergência oferecem condições de trabalho restritas ao mínimo, o que faz com que a pressão sobre o fazer do trabalhador cresça diante das exigências da produtividade e da qualidade no trabalho. Lunardi Filho (1995), Gaspar (1997), Lima Júnior (1998) e Farina (2004) alertam que a organização do trabalho em saúde favorece a crescente fragmentação do trabalho, com vistas à padronização e programação, o que implica a perda da participação do trabalhador na concepção e execução da tarefa. Essa tendência do processo de trabalho na Urgência e Emergência avança no sentido de fragmentar cada vez mais as tarefas, padronizando as operações de produção, o que favorece o nível de controle da organização sobre o trabalho.

3.3 Organização da Urgência e Emergência em Belo Horizonte

O serviço de atendimento às emergências em Belo Horizonte começou com a instalação da Capital, em 1901. Até 1911 era realizado por médicos

provenientes da Polícia Militar, sendo designado como Departamento de Assistência Policial e Medicina Legal. Com o crescente aumento das lesões por agressão, este departamento incentivou a criação de um ambulatório que pudesse responder a essa demanda no seu atendimento.

Em 1929, este ambulatório incorporou às suas atribuições ações de pronto socorro, localizado nas dependências do Instituto de Medicina Legal, sendo denominado como Departamento de Pronto-Socorro e Medicina Legal da Polícia Civil. O departamento prestava os primeiros socorros, com a utilização de ambulâncias nos locais que eram chamados, além de tratamentos, médico-cirúrgico e urgência. A organização dos atendimentos em locais tão próximos possibilitava caminhar junto nas áreas de Urgência e de Perícia Médico-legal. O legista acompanhava o cirurgião, o que permitia ampliar um olhar sobre os elementos importantes a serem registrados na perícia médico-legal, observando e registrando os achados do cirurgião (ALMEIDA, 2004; FHEMIG, 2007a).

O Decreto-lei 2.067, de 4 de março de 1947, define que o Departamento de Assistência Policial e Medicina Legal (DAPML) passaria a ser denominado Departamento de Pronto Socorro e Medicina legal (DPSML). Neste caso, os funcionários efetivos do antigo departamento seriam incorporados ao novo, tendo em vista o critério legal de merecimento e antiguidade. As verbas e dotações consignadas seriam transferidas, de acordo com o orçamento vigente, do DAPML para o DPSML.

No entanto, diante da crescente demanda de casos de urgência na Capital, uma vez que a cidade crescia vertiginosamente, em 14 de março de 1947 o Hospital de Pronto-Socorro (HPS) foi inaugurado na região hospitalar. Parte de sua área física do hospital ficou destinada ao funcionamento dos serviços de medicina legal, sendo transferido definitivamente, em 1952, para um local adequado que atendesse aos padrões recomendados para realizar necropsias e o armazenamento de cadáveres (ALMEIDA, 2004).

O HPS foi criado para atender a uma população de 300 mil habitantes, com um atendimento diário de 40 casos. Com o passar dos anos, já não atendia às necessidades, passando por nova reestruturação na sua área física. Em 1973, foi construído um novo ambulatório de pronto-socorro, em um novo prédio construído em uma área de 15 mil e 500 metros quadrados e 15 andares (FHEMIG, 2007b).

Em 1977, envolvendo um processo de modernização proposto pelo governo do estado, ocorreu a vinculação das Fundações Estaduais de Assistência, como Urgência (FEMUR), Psiquiatria (FEAP) e Hanseníase (FEAL), em uma única instituição, a Fundação dos Hospitais do Estado de Minas Gerais (FHEMIG). Essa centralização dos três serviços levou à reestruturação dos serviços e à humanização dos atendimentos, principalmente na assistência psiquiátrica e aos portadores de hanseníase e tuberculose, diante dos processos históricos da época. A FEAP, marco da reforma psiquiátrica, passou pela mudança dos Sanatórios, de ex-Colônias para Casa de Saúde, direcionada para a reabilitação e o cuidado ao idoso, como também para a reintegração de pacientes com tuberculose e hanseníase, dentre outros, que antes eram isolados. A FEAMUR tornou-se referência nacional na urgência e emergência, a partir da adoção de inovações tecnológicas, sendo o maior pronto-socorro da América latina (FHEMIG, 2007a, p. 03).

Após trinta anos da fusão das três fundações, iniciou-se um novo marco na história dessa instituição, com a criação de seis complexos assistenciais: Urgência e Emergência, Saúde Mental, Especialidades, Hospitais Gerais, Reabilitação e Cuidado ao Idoso e MG Transplantes. Para a constituição desses complexos, buscou-se agrupar, respeitando as características próprias de cada Unidade, bem como a otimização dos serviços prestados, a racionalização administrativa e operacional, o desenvolvimento tecnológico/científico e a qualificação da assistência, com base nas linhas de atenção: o Complexo de Urgência e Emergência, composto por nove hospitais; o de Especialidades, com dois hospitais; o de Saúde Mental, por sete centros hospitalares; e o MG Transplantes (AGÊNCIA Minas, 2008b)

No complexo da Urgência e Emergência, o Hospital de Pronto Socorro tornou-se um centro de referência na assistência ao politraumatizado e às urgências e emergências clínicas e cirúrgicas, principalmente para alta complexidade da cirurgia, neurocirurgia, traumatologia, toxicologia e atenção do grande queimado. Na década de 1970, o hospital atendia 450 pessoas de segunda a sexta e 600 de sábado a domingo (ALMEIDA, 2004). Atualmente, o hospital serve a uma população de dois milhões e quinhentas mil pessoas, incluindo a população da Capital e dos 150 municípios vizinhos. Apresenta um atendimento diário de 500 pessoas por dia, contando com uma retaguarda de 469 leitos e 2.600 funcionários. Em 2000, foram atendidas 2.220 vítimas de arma de fogo e 1.015 de arma branca; e

em 2001, 2.200 de arma de fogo e 1.020 de arma branca; em 2002, 2.497 de arma de fogo e 1.108 de arma branca. Nos primeiros cinco meses de 2007, foram atendidas 1.196 vítimas de agressão por arma de fogo e 450 por arma branca (FHEMIG, 2007, p. 08).

Os serviços prestados pelo Hospital de Pronto-Socorro podem ser resumidos na seguinte frase: “Se me acontecer alguma coisa, me leva para o pronto-socorro” (FHEMIG, 2007). A prioridade do hospital é a de salvar vidas, buscando assegurar uma assistência com qualidade aos usuários do SUS. O primeiro atendimento, tanto da criança, como do adulto e idoso, é realizado neste hospital, podendo ser transferido, conforme a necessidade, para hospitais que são considerados unidades de suporte ou outros hospitais públicos e privados.

Atualmente, o HPS passa por uma reforma, iniciada em outubro de 2005. Conta com uma média de atendimento de 160 mil pacientes por ano, sendo que 75% dos casos são decorrentes de traumas. Possui uma planta física de 18.224 metros quadrados de área construída (FHEMIG, 2005), distribuídos da seguinte forma:

- a) Plano horizontal – possui uma Unidade de Emergência, com os seguintes apoios: Portaria de Emergência, Salas de Suturas, Sala de Triagem, Sala de Politraumatizado, Sala de Emergências Clínicas, Sala de Ortopedia, Sala de Atendimento Feminino, Sala de Atendimento Masculino, Sala de Atendimento Pediátrico, Sala de Otorrinolaringologia, Oftalmologia, Endoscopia, Toxicologia, Sala de Observação Masculina e Feminina, Imagenologia: Radiologia, Tomografia, Ultrassonografia, Centro Cirúrgico, Eletrocardiografia e Laboratório de Análises Clínicas, Serviço Social, Psicologia;
- b) Plano vertical – possui uma Unidade de Internação com as seguintes clínicas: Clínica de Pediatria, Médica, Cirurgia Geral, Plástica Reparadora, Neurologia, Clínica de Queimados, Setores de Pacientes Críticos, Unidade de Tratamento Semi-intensivo e Centro de Tratamento Intensivo (HOSPITAL JOÃO XXIII, 2002)

Classificado como hospital de ensino e pesquisa pelo Ministério da Saúde, possui residência em seis especialidades médicas, além de ser campo de estágio para os acadêmicos das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Nutrição e Psicologia, dentre outras. Foi o primeiro hospital do estado a implantar o Programa de Humanização do Atendimento Hospitalar, do Ministério da Saúde. Classificado como “Hospital especializado na atenção às urgências e emergências”, mantém atendimento de pronto-socorro 24 horas nas especialidades clínica, anestesiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilo facial, cirurgia de mão, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia vascular, neurocirurgia, ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, radiologia e endoscopia. Conta com uma equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros e equipe de enfermagem, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, psicólogos, equipe da farmácia e laboratório de análises clínicas, assistentes sociais, nutricionistas e funcionários administrativos.

A crescente demanda por serviços na área de trauma nos últimos anos – devido ao crescimento do número de acidentes e da violência urbana – e a pequena estruturação da rede são fatores que têm contribuído decisivamente para a sobrecarga dos serviços de Urgência e Emergência disponibilizados para o atendimento à população. Pressionado pelo aumento da violência urbana, o hospital passou a buscar alternativas para enfrentar, a situação, criando serviços especializados, adquirindo aparelhos de última geração, realizando trabalhos de prevenção e campanhas educativas. Serviços de cirurgia de mão e bucomaxilar-facial foram estruturados, com plantão 24 horas, para atender com mais precisão, os pacientes com trauma de mão e de face, reduzindo significativamente as sequelas. Isso foi possível considerando a política de incentivo ao desenvolvimento da assistência hospitalar à população e o incremento da qualidade da gestão e assistência, proposta pelo Ministério da Saúde, que possibilitou uma atenção significativa, com investimentos no reequipamento e reforma em inúmeros hospitais em todo País.

Os recursos da área de investimento "Rede Hospitalar e Ambulatorial" beneficiam hospitais públicos e filantrópicos. Os investimentos estão concentrados, basicamente, nas áreas de Urgência e Emergência e Assistência ao Parto, Puerpério e Período Perinatal, nas quais há os maiores índices de mortes evitáveis. Para complementar os investimentos realizados, foram destinados recursos R\$ 157,2 milhões em projetos considerados estratégicos pelo Ministério da Saúde, com

a aquisição de equipamentos, com o financiamento do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), para o Atendimento de Urgência e Emergência; Atendimento à Gestante de Alto Risco; Apoio ao Diagnóstico para as Equipes de Saúde da Família; e Informática, Audiovisual e Mobiliário para Informação e Educação a Distância do Programa Saúde da Família, Curso de Especialização Presencial em Saúde da Família e Residência em Saúde da Família (BRASIL, 2008).

O Ministério da Saúde parte do princípio de que todo o incremento da eficiência e eficácia nos processos de gestão e assistência hospitalar somente tem sentido se estiver a serviço de uma atenção ao paciente melhor e mais humanizada. Dessa melhoria na atenção fazem parte o respeito e a valorização ao paciente, a humanização do atendimento e a adoção de medidas que visem a atender às crescentes exigências e necessidades da população, objetivos esses que têm sido perseguidos com persistência. Assim, o hospital contou com o apoio do Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS), projeto instituído no final de 1996 que recebeu investimento do Ministério da Saúde, por meio de um acordo de empréstimo celebrado entre o governo brasileiro, o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e o Banco Mundial (BIRD), no valor de US\$ 577 milhões. Tem por finalidade investir na recuperação da rede física de saúde do País que presta serviços ao SUS, mediante a compra de equipamentos médico-hospitalares e unidades móveis, execução de obras de reforma, ampliação e conclusão de estabelecimentos de saúde e, também, em projetos para a melhoria da gestão do sistema de saúde nacional (BRASIL, 2008).

Com essa modernização em equipamentos e área física, o hospital se qualifica como referência nacional em atendimento de urgência, sendo um dos maiores da América Latina. Preocupado com a vida, o hospital implantou, em 2004, o sistema de atendimento chamado “Onda vermelha” a pacientes considerados em estado grave, *in extremis*, que apresentam risco iminente de parada cardiorrespiratória, inconsciência, movimentos respiratórios agônicos, ausência de pulso palpável e perfusão periférica muito diminuída. Esse atendimento inicia na ambulância, que, após percorrer alguns quilômetros, chega ao hospital com o paciente, que será imediatamente avaliado pelo plantonista. Este, ao detectar a situação *in extremis*, aciona simultaneamente o banco de sangue, o bloco cirúrgico e a sala de emergência, pelo toque de campainha. Esta ação foi baseada na

experiência da cirurgia cardiovascular, considerando que, muitas vezes, a sobrevivência do paciente está na rapidez e na eficiência do atendimento ao usuário (FHEMIG, 2002, p. 26-27).

Levantamentos feitos no hospital em 2004 mostra que cinco a dez pessoas que chegavam ao hospital para atendimento em um espaço de tempo mínimo se enquadravam como vítimas de acidentes automobilísticos com traumatismos contusos graves; vítimas da violência urbana com perfurações por armas de fogo ou branca; ou portadores de lesões cardíacas. O transporte rápido e profissionalizado das ambulâncias e do sistema de resgate possibilitou a pacientes que em outros tempos morriam na cena do acidente serem admitidos com vida no hospital, embora em situação de extrema gravidade. Esta ação aumentou a taxa de sobrevivência dos pacientes. Com isso, o hospital tem um reconhecimento na sociedade da sua importância ao longo dos 28 anos de assistência aos usuários, com números que superam a casa de milhões, uma vez que em 32 anos de funcionamento 4,3 milhões de pessoas receberam assistência (FHEMIG, 2005, p. 03)

A direção do hospital, buscando adotar outras medidas de visassem a valorização dos profissionais e à melhoria contínua da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), definiu 2006 como “Ano da assistência”. A assistência não se sustenta sem uma infraestrutura que incorpore equipamentos, área física e pessoas adequadas e em quantidade, além de uma gerência, para que se possam alcançar os objetivos propostos. Assim, foi aprovada a extensão de jornada de trabalho – Lei 15.786, de 27 de outubro de 2005, art 27, que determinava um prazo de 90 dias para o servidor fazer a escolha. Para os enfermeiros, a proposta foi aumentar a carga horária semanal de 20 para 30 horas; para os técnicos em patologia clínica, de 16 para 30 horas; radiologia, de 16 para 24 horas; e os médicos, de 12 para 24 horas. Essa opção trouxe alterações na remuneração, que incidem diretamente no salário da tabela pela qual o servidor fez a opção de permanecer ou não na carga horária que já desenvolvia o seu trabalho (FHEMIG, 2006, p. 3).

Com vistas à melhoria da gestão dos recursos, da qualidade da assistência e das condições de trabalho, teve início a implantação do Sistema de Gestão Hospitalar (SIGH), também em 2006. Esta ferramenta permitiu a informatização do hospital e a interação entre as Unidades, com a implantação do prontuário eletrônico. O sistema possibilitou maior integração entre o registro clínico

e os setores administrativos do hospital, como também, em casos de transferência do paciente de uma Unidade para outra, o acesso ao prontuário on line, constando de medicamentos dispensados, exames realizados, evolução do quadro e outras informações relevantes para a continuidade do tratamento. O profissional poderia confrontar exames e as condutas a serem adotadas (JORNAL Web Minas, 2008). Com todas as informações sobre um paciente no computador interligado em rede, os deslocamentos seriam menores para acessar resultados de testes clínicos, laboratoriais e neurológicos realizados no paciente desde a internação. Para Simão (2006), a utilização da informática possibilitou ao profissional ter acesso às informações sobre o paciente, de forma precisa e completa, agilizando e melhorando a qualidade do atendimento (JORNAL O TEMPO, 2006).

A implantação dos módulos do SIGH vem sendo desenvolvida no hospital ao mesmo tempo que o Sistema Alert. O Alert é um software utilizado pelos profissionais de saúde, na triagem realizada aplicando o Protocolo de Manchester, que permite uma consulta em tempo real aos dados dos pacientes e interação entre as equipes. Entre as expectativas com a implantação do Alert, destacam-se: redução no tempo de atendimento, facilidade de acesso às informações e redução do risco de morte do paciente. O treinamento dos profissionais de saúde e do pessoal administrativo ocorreu de forma gradual durante o ano de 2008 (JORNAL Web Minas, 2008).

Em julho de 2008, deu-se início à implantação do Sistema Alert, com o emprego da classificação de risco como critério básico para a realização do acolhimento dos pacientes, de acordo com a gravidade dos casos. O atendimento priorizava os casos mais graves, detectados pela equipe, seguindo os critérios de classificação de risco, de acordo com níveis de gravidade e os tempos de espera correspondentes. Os pacientes passaram a ser abordados por uma equipe formada por enfermeiros treinados, que identificava sinais que permitiam atribuir o grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo alvo recomendado, levando à identificação do doente com uma cor. A cor vermelha identifica os pacientes graves, que devem ser atendidos imediatamente; a cor amarelo, estabelece que o paciente pode aguardar um atendimento por dez minutos; a cor verde, o tempo de espera para ser atendido pode alcançar uma hora, e a cor azul, o paciente tem condições de aguardar até que todas as emergências tenham sido atendidas. Os profissionais reconhecem que o protocolo de Manchester, de certa forma, possibilita melhor

atendimento ao paciente, pois este será monitorizado em relação ao risco e ao tempo de permanência no ambulatório. Acrescentam ainda, que os pacientes que não se enquadram nos níveis de complexidade do hospital, após o acolhimento serão encaminhados para outra Unidade de Atenção à Saúde.

Dos 450 atendimentos diários realizados no hospital, a metade poderia ser atendida nas Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). O hospital tem um perfil de alta complexidade e profissionais qualificados para atendimentos de pacientes graves. Ao empregar os critérios da classificação de risco, alguns pacientes poderão esperar um tempo maior até receber o atendimento, por serem menos graves. Na categoria “Não urgente”, a espera pode superar tempo superior a 240 minutos, o que deixa claro que o paciente encontra-se em um lugar inadequado para o atendimento de seu agravo, pois seu problema poderia ser resolvido na Atenção Básica (JORNAL Web Minas, 2008).

Com a implantação da classificação de risco no hospital, a previsão é que o atendimento aos pacientes seriam realizados em até quatro horas. Os problemas tornaram-se mais evidentes, pois o hospital recebe diariamente enfermos vindos de todas as regiões do estado de Minas Gerais e de outros estados portadores de diferentes agravos e quadros clínicos. O hospital não pode recusar paciente, e todos que chegam devem passar pelo acolhimento proposto pelo Protocolo de Manchester, segundo informa o presidente do Sindicato dos Médicos de Minas Gerais (FENAM, 2009).

As críticas à implantação desse protocolo estão relacionadas principalmente às condições de trabalho do hospital: índice elevado de absenteísmo na equipe de enfermagem, carência de material e equipamentos adequados para a assistência e insuficiência de medicamentos básicos, como antibióticos, analgésicos e anticonvulsivantes, e materiais essenciais, além da dificuldade em conseguir equipamentos para reposição quando apresentam algum dano e transtornos para conseguir realizar as transferências diante da ausência dos responsáveis pela autorização ou de leitos para a internação em outros hospitais.

Este quadro foi-se agravando, pois muitos pacientes que deveriam ser atendidos em Centros de Saúde, por não apresentarem casos de urgência e emergência, recorrem ao hospital, porque sabem que a classificação de risco assegura atendimento em no máximo quatro horas. Assim, a demanda passou atualmente de 450 para 600 acolhimentos a cada 24 horas. Os trabalhadores

relatam o funcionamento do plantão com equipes incompletas, contando apenas com um terço do corpo clínico necessário, além de enfrentarem dificuldades para a realização de exames complementares para diagnósticos, como tomografia, radiologia, ultrassonografia e ecocardiograma. Os profissionais de saúde estão trabalhando em condições inadequadas e, muitas vezes, necessitam eleger quem vai ser atendido, porque não há estrutura do serviço compatível com a demanda. Recentemente, foram realizados investimentos significativos em espaço físico e equipamentos de alto custo, mas não houve um investimento proporcional em recursos humanos, o que deixa uma indagação entre os trabalhadores em relação a quem realmente irá trabalhar nos ambulatórios e setores da Unidade de Urgência e Emergência (FENAM, 2009).

O alto índice de atendimentos no serviço de urgência e emergência diz respeito à elevada procura por parte da população de consultas médicas, muitas vezes, desnecessárias. Esta situação implica custos elevados e desperdício de recursos públicos, tendo em vista que boa parte das pessoas que procuram o serviço não necessita de tal tipo de atendimento, mas de atendimentos de baixa complexidade direcionados para as doenças crônicas não transmissíveis próprias do processo de envelhecimento da população (POLL; LUNARDI; LUNARDI FILHO, 2008)

Jacquemot (2005) aponta que 85% dos atendimentos nas Unidades de Urgência e Emergência podem ser considerados como de rotina, mas, por serem casos que implicam sofrimento ou preocupações para os pacientes, geram situações que não permitem aguardar uma consulta agendada, e por isso procuram a Unidade de Urgência e Emergência. A classificação da categoria “de rotina” apresenta na literatura uma imprecisão em relação ao conceito, pois são problemas que, de certa forma, necessitam de um atendimento de urgência, mesmo que simples. Diante desse impasse e com a crescente utilização pelo público dos serviços hospitalares de emergência, pode-se perceber que há utilização indevida do serviço em nosso meio, pois cerca de 65% dos pacientes poderiam ter sido atendidos em ambulatórios (FREITAS, 2002). A definição de urgência e emergência é esquecida tanto pelos usuários quanto pelos prestadores, diante do acúmulo de pessoas na Emergência, que acontece no Brasil e no exterior, tanto na rede pública quanto na rede privada. Então, por mais reestruturações que ocorram neste tipo de Unidade, o seu funcionamento destes serviços continuará acima de sua capacidade máxima, com

taxa de ocupação de leitos acima de 100%, número insuficientes de profissionais, profissionais sem treinamento ou reciclagem, excesso de demanda, demanda inadequada, com verba insuficiente e gerenciamento precário dos recursos (FREITAS, 2002; JACQUEMOT, 2005).

Por outro lado, a direção do hospital manifesta a sua posição explicitando que o novo método de acolhimento possibilita um atendimento sistematizado e com qualidade, uma vez na Sala de Triage uma equipe de enfermeiros treinados tem a capacidade de fazer a observação inicial, identificando os sinais que permitam atribuir um grau de prioridade clínica no atendimento e o tempo alvo recomendado, levando à identificação do caso com uma cor. O procedimento humaniza a atenção e possibilita um método mais resolutivo, com o qual será possível organizar melhor o atendimento de urgência e melhorar a qualidade de atendimento afirmou o diretor geral que assegura que o hospital possui cerca de quarenta enfermeiras capacitadas, por meio de um curso promovido pela Secretaria de Estado de Saúde (SES-MG), para realizarem desde a triagem inicial até a avaliação médica. O curso possibilitou ao profissional perceber as prioridades clínicas, avaliar e interpretar a dor e definir, em apenas três minutos, o fluxograma de atendimento. Além disso, a instituição está se reestruturando fisicamente para se adequar à nova realidade do Protocolo (PORTAL MG, 2009)

O protocolo de Manchester vem, de certa forma, combater o antigo problema da superlotação nos locais de atendimento a urgências/emergências, fenômeno conhecido pelas instituições de saúde públicas e pelas privadas, sejam hospitalares ou da rede básica, bem como pelos profissionais de saúde, usuários e população. Essa superlotação deixa como consequência as elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação das emergências, devido à necessidade de uma "falsa" resolutividade e acolhimento.

4 METODOLOGIA

4.1 Abordagem teórico-metodológica

Este estudo orienta-se na perspectiva da investigação qualitativa, utilizando como método a dialética. A pesquisa qualitativa apresenta diferentes significados no campo das ciências sociais, compreendendo diferentes técnicas interpretativas que buscam descrever e decodificar os componentes de um sistema complexo de significados, para alcançar a compreensão do sentido do fenômeno no mundo social. A abordagem qualitativa mostra uma segunda visão de mundo que coloca como tarefa central das ciências sociais a compreensão da realidade humana vivida socialmente, privilegiando a compreensão e a inteligibilidade como propriedades específicas dos fenômenos sociais, nos quais o significado e a intencionalidade os separam dos fenômenos naturais (DESLANDES *et al.*, 1994; MINAYO, 2000)

De acordo com Deslandes, Assis (2003), os estudos qualitativos produzem uma interpretação que se assume como tal e não se apresenta como uma verdade, mas como uma versão científica da realidade ao dialogar as interpretações dos sujeitos à luz da situação social em que estão inserido ou são influenciados.

Para realizar essas interpretações, torna-se pouco esclarecedor ter somente nomeado o estudo como qualitativo, pois este nada esclarecerá a respeito do método de construção. Sabe-se que a pretensão do pesquisador é trabalhar com significados que foram atribuídos pelos sujeitos da pesquisa em relação aos fatos, relações, práticas e fenômenos sociais (DESLANDES; ASSIS, 2003)

Neste sentido, optou-se pelo método dialético, desenvolvido “por meio de termos que articulam as idéias de crítica, de negação, de oposição, de mudança, de processo, de contradição, de movimento e de transformação da natureza e da realidade social” (MINAYO, 2002, p. 84). O método dialético pensa na relação da quantidade como uma das qualidades dos fatos e fenômenos, e procura encontrar nas partes, a compreensão e a relação com o todo, considerando a interioridade e a exterioridade como constitutivas dos fenômenos. A dialética significa o modo de

pensar as contradições da realidade, de compreender a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação, e busca a compreensão da realidade histórica (KONDER, 1993).

Na Grécia antiga, a palavra *dialética* expressava um modo específico de argumentar, descobrindo as contradições contidas no raciocínio do adversário (análise), negando a validade de sua argumentação (antítese) e superando-a por outra (síntese). Anterior a Sócrates, Tao to King, que viveu sete séculos antes de Cristo, fundou sua doutrina no princípio da dialética, que é a contradição. Heráclito de Éfeso (536-470 a.C.) foi outro pensador dialético que deixou em seus fragmentos que a realidade é um constante devir, prevalecendo a luta dos opostos. Para este filósofo, tudo existe em constante mudança; o conflito é o pai e o rei de todas as coisas; e vida-morte e saúde-doença são realidades que se transformam umas nas outras. A dialética considera todas as coisas em movimento relacionadas uma com as outras (GADOTTI, 1983; KONDER, 1993).

Sócrates (469-399 a.C.) demonstrava que só a filosofia, por meio da dialética, poderia proporcionar os instrumentos necessários para entender a essência daquilo que se fazia, das atividades profissionais a que se dedicava. Para Platão (428-354 a.C.), a dialética era uma técnica de pesquisa que se aplicava com a colaboração de duas ou mais pessoas, mediante perguntas e respostas, das quais o conhecimento emergiria da reflexão e da disputa. Esse processo consistia em reunir as coisas sob uma ideia única e, depois, dividir a ideia em partes. Aristóteles (384-322 a.C.) reintroduziu explicações dominadas pelo modo de pensar metafísico. Ele explica que todas as coisas possuem potencialidades e que os movimentos das coisas são potencialidades que estão se atualizando; ou melhor, são potencialidades que estão se transformando em realidades efetivas (KONDER, 1993).

A dialética foi entendida na Grécia antiga como a arte do diálogo, a arte de conversar partindo das ideias, em que os filósofos se debatiam para chegar a uma ideia mais clara sobre o tema. A dialética, para Platão, era considerada como a passagem do conhecimento sensível para o conhecimento racional. Aristóteles, tinha uma visão complementar oposta à de Platão, na qual a dialética parte de premissas formuladas sobre opiniões prováveis (MINAYO, 2002). Essa lógica dialética abre a possibilidade de compreensão da realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação, em contraposição à lógica formal, estática, que não aceita a contradição e o conflito (KONDER, 1993).

Nas sociedades feudais, a busca pela objetividade conduziu o pensamento humano a uma separação entre o sujeito e o objeto, e ao abandono do pensamento dialético como lógica de interpretação do mundo. A ideologia das classes dominantes era monopólio da Igreja, que foi expulsando a dialética da filosofia (KONDER, 1993). Assim, o sentido da dialética predominou na Idade Média, sendo aplicada para discernir o verdadeiro do falso, atendendo aos interesses das classes dominantes, amarrando valores e conceitos, e, conseqüentemente, impedindo que os homens sentissem a necessidade de mudar o regime social vigente.

Foi com o filósofo social e pedagogo suíço Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) que a concepção dialética da história começa a criar forma. Este filósofo afirmava, segundo Konder (1993, p. 18), que, “os homens nasciam livres, a natureza lhes dava a vida com liberdade, mas a organização da sociedade lhes tolhia o exercício da liberdade natural”. Considerava que a propriedade estava mal distribuída e que o poder se concentrava em poucas mãos, tornando-se necessário uma transformação para democratizar a vida social, buscando apoiar-se na vontade geral, em um movimento de convergência, superando o egoísmo, desencadeando o reconhecimento uns com os outros e encaminhando os problemas para soluções.

Dessa maneira e considerando que o indivíduo é condicionado pela sociedade, Hegel (1770-1831) retoma a dialética como tema central da filosofia, explicando-a como o momento negativo de toda realidade, aquilo que tem a possibilidade de não ser, de negar-se a si mesma. Para chegar ao real, ao concreto, Hegel parte do abstrato, pois a razão domina o mundo e tem por função realizar a unificação, conciliação, manutenção da ordem. Esse abstrato está repleto de contradições, que são vistas como o motor do pensamento que faz a história; e, portanto, não é estático. Essas contradições, quando superadas, partem da tese (afirmação) à antítese (negação) e formam a síntese (conciliação). A antítese está contida na própria tese, sendo vista como contraditória. A conciliação existente na síntese é provisória e se transforma em uma nova tese (GADOTTI, 1983).

Em Hegel, a dialética mostra que no universo tudo é movimento e transformação. Esse movimento, dialético segundo Konder (1993), pode ser exemplificado por Hegel no trabalho. Este afirma que o trabalho é a mola que impulsiona o desenvolvimento humano, que é no trabalho que o sujeito produz a si mesmo e que é a partir deste núcleo que se pode compreender as diversas formas

da atividade criadora do sujeito. No trabalho se encontram tanto a resistência do objeto como o poder do sujeito, a capacidade que este tem de encaminhar uma superação da resistência. A superação na dialética é, simultaneamente, a negação de uma determinada realidade e a conservação de algo que existe nessa realidade negada, elevada a um nível superior. Uma maneira para explicar essa superação no trabalho seria o exemplo da matéria-prima que é negada; quer dizer, é destruída em sua forma natural, mas, ao mesmo tempo, é conservada e aproveitada, assumindo uma nova forma, modificada, atendendo aos objetivos humanos (KONDER, 1993).

Na análise de Marx a respeito do trabalho, o que contribuía para a deformação do trabalho estava relacionado com a divisão do trabalho e a exploração deste pelo capitalismo, em que os valores humanos vão sendo destruídos pelo dinheiro. Tudo vira mercadoria, tudo pode ser comercializado, tudo pode ser vendido ou comprado por determinado valor. Assim, a força de trabalho é consumida neste processo por viver sob a ameaça da perda do emprego e de ter que se submeter a condições de trabalho inadequadas e a baixos salários, além de permanecer sob o controle dos proprietários, que não têm interesse em possibilitar ao trabalhador elevar seu ponto de vista a uma perspectiva totalizante.

O ser humano necessita de uma visão de conjunto. Assim, para a dialética marxista o conhecimento é totalizante e a atividade humana é um processo de totalização, que nunca alcança uma etapa definitiva e concluída. Se a verdade é o todo, como sustenta Hegel, deve-se enxergar o todo, para não atribuir valor exagerado a uma verdade limitada. A visão de conjunto é a síntese, e esta se mostra provisória, sem a pretensão de esgotar o conhecimento da realidade (KONDER, 1993). O autor acrescenta que para trabalhar dialeticamente com o conceito de totalidade é importante saber qual é o nível de totalização exigido pelo conjunto de problemas apresentados, lembrando que essa totalidade é apenas um momento de um processo de totalização, que não é definitiva, pois a dialética reconhece que o novo é emergente na realidade humana e que a modificação do todo só se realizará após o acúmulo de mudanças nas partes que o compõem, transformando quantidade em qualidade (KONDER, 1993).

Essa totalidade será alcançada pelo conhecimento das partes, pensando tanto nas contradições entre estas como na união, pois não se pensa o todo negando as partes e nem se pensa as partes negando o todo. A contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres

existem. Para Lefebvre (1979, p. 238), “o método dialético busca captar a ligação, a unidade, o movimento que engendra os contraditórios, que os opõe, que faz com que se choquem, que os quebra ou os supera”. A contradição é vista como a negação e a negação da negação, pois essas contradições estão em luta efetiva, surgindo uma promoção mais elevada do conteúdo positivo, que se revela e aparece no e pelo conflito entre as partes (LEFEBVRE, 1979).

Entende-se que Marx se apoiou nas ideias de Hegel, que estavam relacionadas ao movimento universal e ao constante processo de transformação, mas o realiza de forma invertida, uma vez que a dialética de Hegel fechava-se no espírito, e Marx coloca-a na matéria. A dialética para Marx é um método de transformação do real, que, por sua vez, modifica a mente criando as ideias (GADOTTI, 1983; MINAYO, 2002).

Marx substitui o idealismo de Hegel pelo realismo materialista, o qual reconhece que na produção social da vida o homem assume determinadas relações necessárias e independentes da sua vontade, que se constituem em relações de produção e que correspondem a uma fase de desenvolvimento da sua força produtiva material. O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e espiritual em geral. Para Marx, a dialética não é apenas um método para se chegar à verdade; é uma concepção do homem, da sociedade e da relação homem-mundo (GADOTTI, 1983).

Essa construção social e histórica se dá porque toda a vida humana é social, estando sujeita a mudanças e transformações. Nada se constrói fora da história. Esta não é uma unidade estática ou vazia, mas uma totalidade dinâmica de relações que explicam e são explicadas pelo modo de produção concreto. Essa explicação é dada pela lógica dialética, uma vez que introduz na compreensão da realidade o princípio do conflito e da contradição, como algo permanente e que explica a transformação (MINAYO, 2000).

Na perspectiva marxista, os princípios que explicam o processo de desenvolvimento social podem ser resumidos nos termos materialismo histórico e materialismo dialético. O materialismo histórico representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade; a dialética apresenta o método de abordagem. Este método busca apreender a prática social empírica dos sujeitos em sociedade e realiza críticas às ideologias do sujeito e do objeto, ambos inseridos e comprometidos com os interesses e as lutas sociais de seu tempo (MINAYO, 2000)

O materialismo dialético tem como proposta estudar as leis gerais, comuns do Universo, desde a natureza física até o pensamento, passando pela natureza viva e pela sociedade (GADOTTI, 1983).

Para a compreensão da essência dos fenômenos, da relação deste com o mundo, Engels (1820-1895) formulou três leis gerais da dialética da natureza:

- a) Lei da passagem da quantidade à qualidade, e vice-versa;
- b) Lei da interpenetração dos contrários; e
- c) Lei da negação da negação.

A primeira lei refere-se ao acúmulo de elementos quantitativos que em dado momento produzem o qualitativamente novo. Segundo a segunda lei, a transformação das coisas só será possível porque existem forças opostas que tendem tanto à unidade como à oposição. Esta lei é a lei fundamental da dialética, considerando que a contradição é a essência, na qual os dois lados se opõem, constituindo uma unidade. A terceira lei apresenta o movimento como algo inerente a todas as coisas. O movimento da realidade faz sentido, não se esgota em contradições irracionais, obscuras, e não se perde na repetição do conflito entre teses e antíteses, entre afirmações e negações. Considerando que a afirmação produz a sua negação, percebe-se que esta não prevalece. Tanto a afirmação como a negação vão sendo superadas, predominando a síntese, que é a negação da negação (GADOTTI, 1983; KONDER, 1993).

Para Kosik (1976, p. 41), a totalidade permite compreender tanto a essência interna como os aspectos fenomênicos da realidade, “das partes e do todo, do produto e da produção”, trazendo a concepção materialista da realidade como totalidade concreta. O conhecimento da realidade, o modo e a possibilidade de conhecê-la são partes de um todo estruturado, dialético, no qual ou do qual um fato pode vir a ser racionalmente compreendido em sua totalidade. Os fatos são conhecimentos da realidade que mesmo reunidos não significam que se terá o conhecimento da realidade e, também, que não irão necessariamente traduzir uma totalidade.

Nesta pesquisa, as leis da dialética instrumentalizarão a análise das categorias em relação, propiciando evidenciar as contradições e a essência do contexto que permeia a organização do trabalho e as manifestações de prazer e

sofrimento vivenciadas e descritas pelas enfermeiras no trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência.

O trabalho na Unidade de Urgência e Emergência tem objetos, o tratamento imediato e a estabilização dos pacientes em situações de urgência, por meio de procedimentos que visam minorar o sofrimento daquele que é atendido. O empenho dos profissionais desencadeia mudanças necessárias para que se produza sempre maior qualidade. Pires (1999) afirma que os trabalhadores em saúde, mesmo considerando as suas especificidades de conhecimentos e práticas, são parte de um conjunto que resulta na assistência a seres humanos, que são totalidades complexas. Diante disso, a mudança da quantidade para a qualidade poderá ser lenta, gradual, contínua ou descontínua, ao considerar que as transformações só poderão acontecer se o paciente passar de um estado grave para um menos grave por exemplo. As pessoas que buscam por serviços de saúde esperam encontrar em um sistema determinado a resolução de seus problemas, tornando-se os objetos finais das ações dos profissionais de saúde (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

A força de trabalho envolvida nas ações de assistência ao paciente é diversificada, e o trabalho passa a ser dividido e atribuído a diversas categorias profissionais, de acordo com a sua especialidade e qualificação. Para realizar a distribuição do trabalho na enfermagem, utilizam-se métodos que têm como base a disponibilidade de recursos físicos, humanos e materiais. Atualmente, empregam-se diversas modalidades de organizações do trabalho, que compreendem a divisão funcional ou por tarefas, o cuidado integral e o trabalho em equipe. Diante disso, há uma demanda de conhecimento da totalidade do trabalho por parte dos profissionais mais qualificados, como os enfermeiros, mas também trabalhos simplificados, a serem executados pelos trabalhadores menos qualificados – nesse caso, técnicos e auxiliares de enfermagem.

Essa divisão separa a atividade intelectual do trabalho manual, bem como os planejadores dos executores, que têm diferentes objetos de trabalho. O objeto sobre o qual os trabalhadores se debruçam para executar o seu trabalho não se concretiza em coisas materiais, como produto, mas em transformações que resultam na recuperação ou melhora do quadro da pessoa que busca assistência. A transformação do objeto pelo ato de cuidar envolve diferentes atividades, e os trabalhadores envolvidos nesta assistência não podem existir um sem o outro. Essa

interação determina tanto a unidade como a oposição, que se apresenta permanente no cotidiano de trabalho.

Com base no exposto, entende-se o quanto a organização pode ampliar as possibilidades de um trabalho mais autônomo e criativo, no qual o enfermeiro realiza a gerência da Unidade de trabalho e a gerência do cuidado, pois é considerado o profissional mais qualificado para essas atividades na Unidade. Mas este profissional incorpora também multitarefas, que vão desde a supervisão da limpeza e higienização ambiental até a compra de materiais e a gerência de recursos humanos e serviços, distanciando-o do contato direto com o paciente. Para conseguir cumprir as metas administrativas, o enfermeiro delega aos técnicos e auxiliares de enfermagem as atividades do cuidado direto aos pacientes.

4.2 Caminho metodológico

Abordar as relações de prazer e de sofrimento do enfermeiro no atendimento de urgência e emergência, e sua relação com a organização do trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital terciário implica explicitar fatos e ações do cotidiano que exigem reflexão e criação, sobretudo pela diversidade de ações desenvolvidas. O hospital, como parte integrante do sistema de saúde, é uma organização de alta complexidade, que difere de outras em um grande número de características. Entre suas especificidades, encontram-se tratamentos personalizados de assistência e trabalho diversificado e interdependente entre os setores (ALVES, 1996).

Nesta tese, realizou-se um estudo qualitativo, tendo como base o materialismo histórico dialético. Essa abordagem permitiu maior aprofundamento do objeto de estudo, focalizando os trabalhadores no contexto e a visão do fenômeno em sua totalidade e, ainda, a contradição existente. Adotou-se uma abordagem qualitativa, na medida em que “abarca não somente o sistema de relações, mas também as representações sociais que constituem a vivência das relações objetivas pelos atores sociais, que lhe atribuem significados” (MINAYO, 2000, p. 11). E, ainda, tendo em vista que o objeto das ciências sociais é, essencialmente, qualitativo, uma vez que a realidade pode ir além dos fenômenos percebido pelos nossos sentidos,

trabalhando com dados qualitativos que irão direcionar para o interior da análise o subjetivo, o objetivo, os atores sociais, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos (MINAYO, 2000).

O estudo qualitativo parte de questões amplas, que vão se aclarando no decorrer da investigação, permitindo ao pesquisador aprofundar o estudo do fenômeno.

As características do estudo qualitativo, segundo Gil (2002), mostram que este trabalha com a descoberta, utilizando uma variedade de fontes de informações, além de retratar a realidade de forma completa e profunda, considerando, inclusive, o contexto em que o objeto de estudo se situa, buscando representar os diferentes e, muitas vezes, conflitantes pontos de vista dos sujeitos da pesquisa. Neste estudo sobre o trabalho do enfermeiro em Unidades de Urgência e Emergência, o foco é direcionado para as relações de prazer e sofrimento com o trabalho em interface com a organização do trabalho da Unidade.

4.3 Cenário do estudo - Unidade de Urgência e Emergência

O cenário deste estudo foi a Unidade de Urgência e Emergência de um hospital de grande porte da rede pública de Belo Horizonte, localizada no andar térreo do hospital, sendo composta por seis ambulatórios e três setores de apoio, denominados Setor de Emergência Clínica (SEC), Setor de Apoio ao Neurotrauma (SAN) e Suporte Avançado de Vida (SAV). Os ambulatórios são divididos em:

- a) Politrauma;
- b) Ortopedia;
- c) Feminino;
- d) Masculino;
- e) Pediatria;
- f) Otorrino e Endoscopia (ANEXO C).

De acordo com a Resolução – RDC 50, de 21 de fevereiro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (BRASIL, 2002), entre as

atribuições do serviço de emergência de alta complexidade estão a de prestar apoio diagnóstico e manter o paciente em observação por período de até 24 horas. Dessa forma, o SEC, o SAN e o SAV são considerados setores de internação hospitalar, pois, embora inseridos na Unidade de Urgência e Emergência, caracterizam-se como um sistema de apoio que prestam assistência ao paciente após as primeiras 24 horas.

O SEC é um setor que se destina ao atendimento de pacientes com casos clínicos graves, classificado como uma Unidade de Terapia Intensiva de nível III, devido à complexidade dos casos clínicos atendidos. O SAN consiste em uma sala de observação neurocirúrgica que funciona como ponto de apoio para os ambulatórios, permitindo que pacientes estáveis com doenças graves sejam observados de maneira metódica. Os critérios definidos para a admissão de pacientes no SAN são: portadores de trauma craniano agudo provenientes dos ambulatórios; traumatismo cranioencefálico isolado; escore na escala de coma de Glasgow entre 13 e 15; patologias neurocirúrgicas sem indicação cirúrgica no momento da admissão; e quando não há indicação para cirurgias imediatas ou após a liberação da neurocirurgia ou de outras clínicas no momento da admissão. O SAV atende os pacientes potenciais doadores de órgãos para transplantes, ou seja, pacientes com suspeita de morte cerebral. Os critérios para a admissão de pacientes no SAV são: pacientes em Glasgow 3, em coma e a não existência de fatores que possam agravar o quadro neurológico, como hipotermia, hipovolemia, sepsis, hipoxemia, quadros metabólicos descompensados, intoxicações e uso de drogas depressoras do sistema nervoso central ou de bloqueadores neuromusculares (COSTA; CUNHA; TRAJANO, 2003; PEREIRA, 2007).

A Unidade de Urgência e Emergência pertence a um hospital público considerado centro de referência no atendimento às urgências e emergências, oferecendo assistência ambulatorial e hospitalar, prioritariamente, aos pacientes politraumatizados, com grandes queimaduras, intoxicações graves e situações clínicas e/ou cirúrgicas com risco iminente de vida. Destina-se ao atendimento de urgências clínicas e cirúrgicas de média e de alta complexidade. É considerado como o mais importante Centro de Atendimento de Urgência e Emergência do estado de Minas Gerais. O hospital funciona exclusivamente como pronto-socorro, sendo uma das maiores instituições de urgência da América Latina (MUROFUSE, 2004). Pertence a uma fundação que mantém 23 unidades assistenciais – 8 situadas

no interior e 15 na capital – que assistem a população de Minas Gerais e de outros estados, oferecendo serviços especializados de referência, em consonância com a Política Estadual de Saúde (FHEMIG, 2006). Tem como missão prestar serviços de saúde e assistência médico-hospitalar de importância estratégica estadual e regional em níveis de complexidade secundário e terciário, por meio de hospitais organizados e integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Constitui um modelo de excelência na prestação de serviços de saúde do País, exibindo elevado padrão de qualidade e segurança, bem como a incorporação de técnicas de gestão, pesquisa e formação de recursos humanos para o sistema de saúde (FHEMIG, 2006). De acordo com a Portaria do Ministério da Saúde 2.048, de 5 de novembro de 2002 (BRASIL, 2002), o hospital é classificado como uma unidade de referência em atendimento às urgências e emergências do Tipo III, significando que no plano estadual de atendimento localiza-se em um polo macroregional e executa procedimentos mais complexos da média e alta complexidade, pois está estruturado a partir da leitura ordenada das necessidades sociais de saúde e sob o imperativo de atender às necessidades humanas nas urgências.

A planta física do hospital possui 19 mil m² de área construída, em 11 andares, apresentando-se em dois blocos, um horizontal, composto por áreas de Apoio Técnico e Unidade de Emergência, e um vertical, que agrega a área Administrativa e Unidades de Internação. De acordo com o Serviço de Arquivo Médico (SAME) do hospital, este possui 380 leitos disponíveis, em 2006 foram atendidos 144.068 pacientes, que geraram 13.400 internações e uma taxa de ocupação de 90,66% (FHEMIG, 2006). Conta com um quadro de 2.622 profissionais, entre efetivos e contratados, dos quais, de acordo com o SAME (2007), a equipe de enfermagem é composta por 1.165 profissionais, sendo 115 enfermeiros e 1.050 técnicos e auxiliares de enfermagem. De acordo com os dados do SAME (2007), na Unidade de Urgência e Emergência trabalham 292 profissionais de enfermagem, sendo 36 enfermeiros (11 do quadro efetivo e 25 contratados) e 256 técnicos e auxiliares de enfermagem, sendo 163 do quadro efetivo e 93 contratados temporariamente (FHEMIG, 2007). A justificativa quanto à escolha do campo para a coleta de dados foi definida, considerando que este é

[...] espaço físico onde o pesquisador julga serem regularmente encontradas, como sendo seu ambiente natural, as pessoas que poderão falar com autoridade sobre o tema definido em seu projeto de pesquisa e

onde poderá inter-relacionar-se com elas com o alvo de ouvir um discurso pertinente (TURATO, 2003, p. 322).

A opção pela Unidade de Urgência e Emergência se deu pelo fato de ser um setor de trabalho com maior grau de complexidade e que se destacou na concessão de licenças médicas por motivos diversos no estudo realizado por Godoy *et al.* (2006). A literatura reforça que este tipo de unidade hospitalar contribui para que o trabalhador manifeste maior desgaste emocional. Consideram-se, ainda, a singularidade dos trabalhadores, a natureza do trabalho desenvolvido e a forma de organização do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência, que podem desencadear situações de sofrimento e/ou prazer no trabalho.

4.4 Sujeitos da pesquisa

A escolha dos enfermeiros como sujeitos deste estudo levou em consideração o fato de estes profissionais serem, segundo Pires (1999; 2000), os responsáveis pelo cuidado direto ao paciente, desenvolvendo o seu trabalho em dois campos: o de cuidados e procedimentos assistenciais; e o da administração da assistência de enfermagem. Portanto está envolvido com todo o trabalho de enfermagem da Unidade. A dinâmica de trabalho proposta pela organização na Unidade de Urgência e Emergência expõe esse profissional a situações de insalubridade, sofrimento, dor, morte, responsabilidades excessivas, hierarquia, pressão por produtividade, ritmo acelerado, jornadas de trabalho extensas e trabalho em turnos/noturno. Por outro lado, há, também, o desejo de ser útil, de sentir-se necessário para a instituição/sociedade e de ser reconhecido pelo trabalho, entre outros. Assim, a relação desse profissional com o trabalho pode desvelar manifestações de prazer e/ou sofrimento, podendo desencadear mecanismos defensivos diante das situações vivenciadas.

A amostra da pesquisa compreendeu 21 enfermeiros que atuam na Unidade de Urgência e Emergência. A escolha obedeceu aos critérios de aleatoriedade e acessibilidade, oposta à amostragem estatística, que se preocupa com a representatividade de uma amostra em relação à população total.

A pesquisa qualitativa busca a compreensão, e não a explicação, daquilo que se quer estudar. Minayo (2000, p. 103) afirma que, certamente, o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, ponto de vista e de observação.

Desse modo, torna-se necessário pensar em critérios gerais de inclusão dos sujeitos em potencial para que se possa atender ao princípio da possível inclusão – ou, teoricamente, da não exclusão – para estudar o problema proposto (TURATO, 2003). Como critério geral de inclusão definido para o presente estudo, aponta-se: ser enfermeiro que trabalha na Unidade de Urgência e Emergência no hospital há pelo menos seis meses nos plantões diurno e noturno, escolhido aleatoriamente e que se dispusesse a participar da pesquisa, seja ele do quadro efetivo ou contratado temporariamente, tendo em vista que este tipo de contrato vem sendo praticado há muitos anos pelo hospital.

A amostragem qualitativa deve privilegiar “os sujeitos sociais que detém os atributos que o investigador pretende conhecer; considera-os em número suficiente para permitir uma certa reincidência das informações” (MINAYO, 2000, p. 102). O número de entrevistas foi definido pelo critério de saturação, sendo considerado número suficiente quando ocorrer reincidência das informações (MINAYO, 2000). Esta amostragem por saturação seguiu os critérios da homogeneidade ampla, fechando o grupo após as informações dos sujeitos incluídos serem reunidas e transcritas, e, nas novas entrevistas, observando em qual momento iria aparecer uma quantidade de repetições no enunciado apresentado pelo sujeito. Para Turato (2003, p. 363), “o pesquisador entendendo que novas falas passam a ter acréscimos poucos significativos em vista dos objetivos inicialmente propostos para pesquisa, decide encerrar sua amostragem”. Diante da heterogenidade do grupo entrevistado novas informações, em forma de casos e descrição de situações vivenciadas, fizeram com que a saturação só ocorresse por volta da 20ª entrevista.

Para a apreensão da realidade objetiva desta investigação, foram realizadas entrevistas com 21 enfermeiros que atuam na Unidade de Urgência e Emergência. A equipe de enfermagem que compõe esta unidade apresenta distribuição por categoria funcional com 36 enfermeiros (sendo 11 efetivos e 25 contratados) e 256 auxiliares de enfermagem (163 efetivos e 93 contratados).

4.5 Inserção do pesquisador no cenário de pesquisa

Para a realização da pesquisa, foram feitos contatos para apresentar o projeto, explicando os seus objetivos, o método de coleta de dados e a conduta ética do pesquisador no campo de estudo, envolvendo a diretoria, a assessoria da diretoria, o coordenador assistencial (médico) e coordenador administrativo (enfermeira) da Unidade de Urgência e Emergência. Após esta etapa, foi feita uma visita à Unidade, para explicitar o objeto de interesse da pesquisa, os objetivos e o método.

A partir desse momento, deu-se início a entrada no campo, com a intenção de criar uma ambientação do pesquisador com o campo e uma aculturação deste, pois, de acordo com Turato (2003, p. 317), “o refinamento pessoal de seu olhar e de sua escuta, bem como a clareza de sua consciência, é que vão determinar a apreensão ótima do objeto em consideração”. Este momento pode ser entendido como um período de familiarização do pesquisador com a visão dos sujeitos em relação ao objeto da pesquisa e do fazer deste na unidade pesquisada. As várias idas ao campo de pesquisa constituíram-se em um processo de adaptação, procurando conhecer as atividades rotineiras da Unidade, as pessoas habituais do lugar e a distribuição espacial das tarefas, procurando assimilar as ideias e os costumes dos sujeitos que ali se encontram, para compreender a organização do trabalho.

Após esta fase foi elaborado um cronograma com os sujeitos da pesquisa, para viabilizar as entrevistas, uma vez que estas seriam realizadas no local e horário de trabalho. A participação dos enfermeiros na pesquisa foi condicionada à manifestação de aceite, expressa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A), que garante ampla liberdade para responder, anonimato do entrevistado, garantia de utilização dos resultados somente para fins científicos e autorização para gravar as entrevistas, de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). A coleta de dados foi realizada por meio de observação e entrevista a partir de roteiros específicos (APÊNDICES B e C).

4.6 Estratégia de investigação

4.6.1 Observação

A observação nas ciências sociais envolve a observação sistemática e detalhada de comportamento e de fala. A observação, segundo Turato (2003), é a técnica que conduz à apreensão de uma totalidade integrada de significados, nos níveis consciente e não consciente, por parte do observador. Esta técnica busca captar o fenômeno de uma forma mais abrangente, observando suas contradições, dinamismos e relações, e, ainda,

[...] observar, naturalmente, não é simplesmente olhar...observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado de seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significações, relações, etc. Individualizam-se ou agrupam-se os fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos operacionais e mais profundos, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismo, de relações etc (TRIVIÑOS, 1987, p. 153)

O papel do pesquisador é o de observador, estabelecendo relações informais no campo de pesquisa e recolhendo informações ao observar e ao comunicar com os sujeitos participantes, buscando estabelecer um contato direto com a realidade investigada (ARAÚJO NETTO, 2000). Na observação a ser realizada na pesquisa, interessam as manifestações verbais e os aspectos do comportamento global, em particular, a comunicação não verbal, principalmente as mudanças na postura física, gesticulações, mímica facial, mudanças afetiva no timbre e volume da voz, riso, sorriso e choro, além da dinâmica da unidade de trabalho. As informações que não foram explicitadas pelo sujeito da pesquisa poderão emergir por meio das manifestações não verbais durante a observação. Portanto, neste estudo será uma técnica de coleta complementar à entrevista.

Para Trivínos (1987), a observação estruturada é usada na pesquisa qualitativa quando se deseja destacar traços específicos do fenômeno que se estuda. Assim, decidiu-se que a organização do trabalho hospitalar constituirá um aspecto central da observação, pois influencia o gerenciamento e a divisão do trabalho. Entre os elementos da organização do trabalho que poderão ser identificados, destacam-se: fragmentação do trabalho, hierarquia, controle gerencial do processo de produção, falta de autonomia e criatividade, desequilíbrio nas cargas de trabalho, separação entre concepção e execução, rearranjos que o trabalhador pode adotar em relação ao aumento da pressão no trabalho, (adotando estratégias defensivas coletivas e individuais, como cooperação), criatividade, fragmentação da relação técnico-paciente, tentativa de eliminar decisões (por meio das rotinas) e de padronizações de condutas e da redução do peso da responsabilidade (por meio do parcelamento e fragmentação das tarefas), hiperatividade verbal, absenteísmo, verbalização de questões não vinculadas ao trabalho e agressividade reativa contra o paciente.

Há outros aspectos de natureza metodológica que precisam ser definidos para a utilização da observação como instrumento de pesquisa: a amostragem de tempo e as anotações de campo (TRIVIÑOS, 1987, p. 153). A amostragem de tempo refere-se à escolha do tempo necessário para poder fazer a observação livre. Neste caso, optou-se por iniciar a observação antes de iniciar a entrevista, permanecendo na Unidade de Urgência e Emergência do hospital, em setores escolhidos intencionalmente, por um tempo variável, em turnos diferentes. O período de observação foi, a princípio, variável, considerando o contexto hospitalar, no qual se pretendia conhecer as pessoas habituais do lugar, a distribuição das tarefas ali desenvolvidas, o trabalho realizado; enfim realizar uma ambientação e aculturação. O pesquisador apresentou-se no local do estudo, explicando pessoalmente seus objetivos às pessoas esclarecendo as dúvidas, como aquelas relacionadas à investigação qualitativa (TURATO, 2003).

As anotações de campo foram redigidas em um diário de campo contendo as manifestações verbais, ações e atitudes observadas pelo pesquisador. As anotações aconteciam imediatamente após cada sessão de observação, em um caderno de campo, registrando sumariamente em três colunas, contendo: as notas da observação (descrição com exatidão do que está sendo observado), as notas de reflexão (reflexões do pesquisador em relação ao

observado) e as notas teóricas (mediante as reflexões do pesquisador-observador buscando na literatura significados e explicações dos fenômenos). Para alcançar maior fidelidade na descrição das observações feitas em campo, as recomendações apresentadas por Triviños (1987) foram contempladas, tendo o pesquisador feito a descrição dos comportamentos, ações e atitudes tais como se apresentam à observação; dos sujeitos, de uma forma concreta; da área física, tal como se mostra; e das atividades específicas do sujeito, de maneira concreta, reproduzindo o desenvolvimento da conversação da maneira o mais exata possível.

As informações coletadas por meio das observações foram utilizadas na análise, possibilitando apreender a dimensão concreta das relações sociais que se estabelecem no cotidiano da unidade de Urgência e Emergência. Na análise o conteúdo das observações e das entrevistas permitiu a compreensão do objeto de estudo, sendo possível identificar os padrões de convergência e divergência que corroboraram para uma interpretação global.

4.6.2 Entrevista

A entrevista foi utilizada como técnica de coleta de dados por favorecer o contato com os sujeitos da pesquisa. Esta técnica é adequada aos estudos qualitativos para a obtenção de informação sobre o que as pessoas conhecem, acreditam, esperam, sentem ou pretendem fazer, tornando-se uma forma de interação social. Sabe-se que a utilização de entrevista possibilita obter dados de duas naturezas: os objetivos que correspondem a fatos que o pesquisador poderia conseguir por meio de outras fontes; e os subjetivos, que se referem à pessoa do entrevistado, como opiniões, valores e atitudes (MINAYO, 2000, p. 108). Esse tipo de dados interessa à pesquisa qualitativa, pois é um instrumento importante para o conhecimento interpessoal, facilitando, no encontro face a face, a apreensão de uma série de fenômenos e de elementos de identificação e construção da pessoa do entrevistado e, de certo modo, também do entrevistador (TURATO, 2003).

As entrevistas qualitativas abrangem desde a entrevista estruturada, passando pela semiestruturada até a aberta. Nesta pesquisa, optou-se pela realização de entrevista semiestruturada com base num roteiro-guia (APÊNDICE C). A entrevista semiestruturada apresenta um formato mais apropriado para auxiliar as pesquisas qualitativas, pois consiste em questões abertas que definem a área a ser explorada, sem delimitar respostas preestabelecidas, contribuindo, assim, para a interpretação do sentido e as significações que os sujeitos da pesquisa irão trazer a partir do tema proposto. O entrevistador introduz o tópico e, então, guia a discussão para perguntar questões específicas. A questão que o pesquisador quer abordar no campo parte de suas hipóteses ou pressupostos, vindos da definição do objeto de investigação (MINAYO, 2000; TURATO, 2003).

O entrevistado, como sujeito da pesquisa, irá falar segundo a ocorrência da chamada “livre de associação de idéias”, partindo de uma questão apresentada pelo entrevistador. Essa flexibilidade permite duas situações, que, segundo Turato (2003), devem ser acolhidas durante a entrevista: transcurso diferente, no qual a entrevista segue uma ordem diferente daquela imaginada pelo pesquisador, podendo o sujeito falar sobre um tema do roteiro antes que lhe seja perguntado; e tópico novo, que consiste em questões não previstas no instrumento, mas que foram verbalizadas pelo sujeito da pesquisa, revelando-se de grande valia para o conjunto do estudo.

Uma característica que pode trazer implicações na entrevista está relacionada aos elementos interiores da interação, diante da dificuldade de penetrar no mundo dos outros e de colocar em discussão a pretensa objetividade na situação de pesquisa. O entrevistado participa agindo e reagindo, revelando e escondendo seus segredos grupais durante todo o processo de contato com o pesquisador (MINAYO, 2000).

Trata-se de uma situação em que tanto o sujeito da pesquisa como o entrevistador/pesquisador aparecem presentes e atuantes como sujeitos sociais, exercendo algum grau de controle sobre as informações. Nessa interação, as informações fornecidas pelos sujeitos podem ser afetadas pela natureza das relações com o entrevistador. Assim, torna-se imprescindível estabelecer uma relação de confiança e simpatia, explicando os motivos da pesquisa e garantido a anonimato do entrevistado.

A técnica da entrevista está fundamentada na exploração de questões que foram definidas pelo pesquisador. Assim, tanto o sujeito da pesquisa como o pesquisador constroem um pensamento sobre aquele objeto de investigação, que terá um controle metodológico por parte do pesquisador, o qual define o seu domínio do objeto de estudo e as questões elencadas para trabalhar. Schraiber (1995) esclarece que

[...] mesmo que o pesquisador já domine questões da história que indaga e muito embora cada participante já tenha para si uma história guardada, por ocasião da entrevista, como retomada deliberada e provocada dessa história, ela será efetivamente refeita: pelo entrevistado, através de associações, repetições ou desqualificações de idéias e nexos que se constroem no presente da entrevista; pelo pesquisador, na dinâmica do relato – pelos fatos que este traz e em seu encadeamento, totalmente originais, na narrativa (SCHRAIBER, 1995, p. 68).

Para a realização das entrevistas procedeu-se à apresentação do pesquisador ao sujeito da pesquisa, mediada pelo coordenador administrativo da Unidade de Urgência e Emergência. Em seguida, após os esclarecimentos de motivos e o oferecimento das garantias éticas da pesquisa, iniciou-se a operacionalização da coleta de dados, com base em um cronograma definido com os sujeitos da pesquisa.

O teste piloto foi realizado no próprio local da pesquisa, sendo testado o roteiro de entrevista antes da coleta do material empírico, com a intenção de avaliar se o instrumento da pesquisa estava sendo compreendido pelos sujeitos da pesquisa. Este momento possibilitou retornar o tratamento dado em certas questões.

Após esta etapa, foram feitas várias idas ao campo, para delimitar o ambiente, conhecendo o lugar com todas as situações, eventos e pessoas que poderiam influenciar o modo como se vive e se trabalha naquele local, ganhando sentidos geográfico, político e/ou sociocultural. Para Turato (2003), isso se define como “setting” da entrevista. Esta atitude por parte do pesquisador permite reconhecer as normas e os regulamentos institucionais, principalmente aqueles que dizem respeito à organização do trabalho na Unidade hospitalar. Turato (2003) ressalta a necessidade de fazer um estudo prévio do local, para poder identificar com quem o pesquisador deverá estabelecer os primeiros contatos naquele cotidiano estranho, uma vez que este sujeito aparece como um novato no local.

Assim, consegue-se amenizar as atitudes de resistência por parte de quem é “da casa”.

O processo de coleta de dados ocorreu mediante agendamento prévio com os sujeitos. A escolha do recinto utilizado para a entrevista variava de acordo com a utilização da área física no momento exato da entrevista. Procurou-se garantir um local mais reservado possível, para evitar as interferências inevitáveis. As entrevistas sempre começaram com a reapresentação mútua, mais detalhada e afetiva, do sujeito e do entrevistador, pois, de acordo com Turato (2003), este momento estabelece o “rapport”, que pode ser definido como um sentimento consciente de acordo, simpatia, confiança e responsividade mútua entre um e outro. O emprego do “rapport” possibilitou quebrar o gelo, criando um clima mais descontraído e de conversa, favorecendo, em muitos momentos, que o sujeito entrevistado se apresentasse mais disponível para fornecer as informações.

No momento da entrevista, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, explicando, em linguagem do senso comum, objetivos, os ganhos para ciência, a duração aproximada, o uso do gravador, a preservação do anonimato, a possibilidade de recusa em responder às perguntas formuladas pelo pesquisador, o respeito à decisão do sujeito de não querer continuar a entrevista, sem prejuízo para si, e a possibilidade de fazer perguntas ao pesquisador.

Ao término da entrevista, quando a abordagem dos tópicos preestabelecidos e outros emergentes estavam encerrados, foi aberto um espaço para responder a eventuais perguntas do sujeito ou dar informações necessárias.

Após cada entrevista gravada em áudio, a transcrição foi feita seguida de uma análise preliminar, o que permitiu identificar os aspectos do *setting* que deveriam receber maior atenção durante a próxima entrevista. O Quadro 1 mostra a operacionalização das atividades da pesquisa em campo.

QUADRO 1

Síntese das atividades da pesquisa em campo, compreendendo os passos e modos de operacionalizar

Passos	Modos de operacionalizar
Idas ao campo	Estabelecimento de relações com os habituais do ambiente
Entrevistas preliminares e rearranjos das questões	Entrevistas livres; reorganização do roteiro
Seleção dos sujeitos e convite para participar	Escolha de acordo com os critérios gerais de inclusão
Agendamento das entrevistas	Agendamento, feito de comum acordo com o sujeito da pesquisa e o entrevistador
Uso de recinto reservado	Aplicação do instrumento em <i>setting</i> criado para a manutenção da privacidade da relação
Estabelecimento do rapport	Apresentação mútua; menção dos interesses do pesquisador; o porquê da escolha do entrevistado; diluição das reações emocionais adversas
Explicação do termo de consentimento	Leitura dos objetivos da pesquisa; dinâmica da entrevista; uso do gravador; possibilidade de recusa sem prejuízos
Coleta dos dados de identificação pessoal	Perguntas diretas, sucintas e anotação por escrito
Colocação paulatina das questões do roteiro	Atenção às peculiaridades psicológicas da entrevista; gravação para posterior transcrição
Observação durante a entrevista	Comportamento global do sujeito; manifestações formais da fala em particular
Disponibilidade do pesquisador pós-entrevista	Prontidão para respostas a eventuais perguntas do informante ou para orientações solicitadas

Fonte: Turato (2003, p. 341) Modelo adaptado para pesquisa

As entrevistas foram codificadas e classificadas seguindo a ordem cronológica em que foram realizadas: E 1, E 2, [...] E 21, acrescido da letra **e** (efetivo) e da letra **c** (contrato), sem a identificação individual dos participantes. Este cuidado deve a necessária preservação do anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo, conforme preconizado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFMG (COEP/UFMG) sob o parecer ETIC 102/05 e do Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG CEP/FHEMIG - Parecer nº 391/2006.

4.7 Análise dos dados

Os dados foram submetidos à análise de discurso, utilizando os seguintes passos: 1º) ordenação dos dados, envolvendo a transcrição das entrevistas, releitura do material, organização e ordenação dos relatos, para poder iniciar a classificação; e 2º) classificação dos dados, envolvendo a leitura exaustiva e repetida das entrevistas e dos registros das observações, com o objetivo de apreender as ideias centrais expressas pelos sujeitos e a constituição de um corpo de comunicação que dê origem às categorias empíricas.

Os trechos extraídos das entrevistas, a partir dos temas identificados, irão constituir as unidades temáticas. A seguir, realizou-se o refinamento do movimento classificatório, no qual as unidades temáticas serão agrupadas em categorias empíricas. Na análise final, os movimentos entre o empírico e o teórico, e vice versa, permitem uma análise contextual, em que as categorias empíricas apresentam as determinações e as especificidades dos sujeitos entrevistados, expressas de acordo com a realidade vivenciada no hospital, relacionando com as diversas situações de trabalho (MAINGUENEAU, 1997, MINAYO, 2000; TURATO, 2003).

Os dados coletados neste estudo foram tratados e analisados pelo método de análise do discurso (AD). Segundo Fernandes (2005), a análise do discurso permite compreender a noção de sujeito, que deve ser considerado sempre como um ser social, apreendido em um espaço coletivo. Trata-se de um sujeito que não é fundamentado em uma individualidade, e sim como um sujeito coletivo, que tem existência em um espaço social e ideológico. A voz desse sujeito revela o lugar social e expressa um conjunto de outras vozes integrantes de uma dada realidade social. O autor afirma ainda que da voz desse sujeito emergem vozes constitutivas e/ou integrantes desse lugar sócio-histórico.

Para compreender este sujeito discursivo, é preciso considerar que o sujeito é constituído pelas diferentes vozes sociais que se fazem presentes em sua voz. Contudo, o sujeito não é homogêneo em seu discurso. Há um entrecruzamento de diferentes discursos, de discurso em oposição, que se negam e se contradizem. Essas diferentes vozes que fazem parte integrante da voz do sujeito denomina-se de “**polifonia**”, que dá a noção de heterogeneidade. Dentre os fatores de

heterogeneidade, deve-se atribuir papel privilegiado à presença de discursos “outros”, isto é, atribuíveis à outra fonte enunciativa (MAINGUENEAU, 2006).

Maingueneau (1997) considera que a heterogeneidade do discurso está em dois planos: **heterogeneidade mostrada**, que incide sobre as manifestações explícitas; e **heterogeneidade constitutiva**, aquela que não é marcada em superfície, mas que a AD pode definir, formulando hipóteses por meio do interdiscurso, a partir da formação discursiva. Entre os fenômenos linguísticos que devem ser abordados, o autor menciona a polifonia, que ocorre quando é possível distinguir em uma enunciação dois tipos de personagens: os enunciadores e os locutores. O locutor é um ser que no enunciado é apresentado como seu responsável; e o enunciador é um ser cuja voz está presente na enunciação, sem que lhe possa atribuir palavras precisas.

Falar é mais do que produzir enunciados em situação. Para Foucault, significa criar uma situação, revestir a fala como prática entre outras práticas. A esta fala mostra-se um enunciado que apresenta limites, singularidades nos acontecimentos. Os enunciados são de natureza histórica; têm na história suas condições de emergência; são produzidos por um dizer ou uma escrita registrada de alguma forma. Portanto, atuam com uma materialidade específica, de tal modo que podem ser únicos, repetidos ou transformados. Isso permite ligações com outros acontecimentos, que podem ser de natureza técnica, social ou política (MAINGUENEAU, 2006).

Os enunciados desenvolvidos, por exemplo, no discurso de um professor serão monológicos em sua forma exterior, mas na sua estrutura interna são essencialmente dialógicos. Isso quer dizer que todo discurso encontra o discurso de outrem e estabelece com ele uma interação viva e intensa. Para Bakhtin (2002), o **dialogismo** acontece quando há interação de pelo menos duas enunciações diferentes da enunciação monológica, individual e isolada. O estudo do diálogo pressupõe formas na citação do discurso, refletindo tendências básicas e constantes da recepção ativa do discurso de outrem. **O discurso de outrem** constitui mais do que o tema do discurso; compõe um novo discurso, visto pelo falante como a enunciação de outra pessoa, completamente independente na origem, dotado de uma construção completa e situado fora do contexto narrativo. Charaudeau, Maingueneau (2006) ressaltam que todo discurso é duplamente dialógico, incluindo dois tipos de relações: interdiscursivas, aquelas que todo enunciado mantém com os

enunciados anteriormente produzidos sobre o mesmo objeto; e relações interlocutivas, aquelas que todo enunciado mantém com os enunciados de compreensão-resposta.

Os enunciados não se reportam a um único objeto. Mudam sempre numa suposta realidade, em si, pronta e acabada. Mudam conforme a formação discursiva. Essa formação discursiva, segundo Foucault (2005), designa conjuntos de enunciados relacionados a um mesmo sistema de regras historicamente determinadas. A formação discursiva é que determina o que pode e o que deve ser dito a partir de uma posição dada numa conjuntura dada. As palavras podem mudar de sentido, passando de uma formação discursiva a outra. É por isso que existem as formações discursivas para os discursos como políticos e religiosos, entre outros.

Conforme a maneira como se apreende uma formação discursiva, pode-se, segundo Maingueneau (1997; 2006), perceber um conjunto de discursos de um mesmo campo discursivo ou de campos distintos, de épocas diferentes, que pode ser denominado “**interdiscurso**”, ou “intertextualidade constitutiva”, em que a identidade discursiva está construída na relação com o outro. O sentido não é algo estável, constrói-se no intervalo entre as posições enunciativas, cabendo aí a tradução ou a incompreensão. Com isso, pode-se resultar no mal-entendido e se transformar em interincompreensão. No slogan “Danoninho vale por um bifinho” existe uma inferência do tipo “Bifes têm um alto valor protéico. Portanto, devem ser consumidos”. Assim o consumidor deve consumir o Danoninho, pois este possui “alto valor protéico”. Existe aí um conjunto de discursos que constrói uma relação com o outro e apresenta um sentido de acordo com a intenção do sujeito.

Toda e qualquer formação discursiva desvela elementos exteriores à materialidade linguística, mas inerentes à constitutividade dos discursos e dos sujeitos, os quais são marcados por inscrições ideológicas e atravessados por discursos de outros sujeitos, com os quais se unem e dos quais se diferenciam. O discurso implica fazer aparecer e desaparecer as contradições que asseguram a coerência das ações do sujeito no seu dia a dia. A contradição revela a unidade do sujeito e o seu lugar. Foucault (2005, p. 171) assegura:

A contradição funciona, então, ao longo do discurso, como o princípio de sua historicidade... O discurso é o caminho de uma contradição a outra: se dá lugar às que vemos, é que obedece à que oculta. Analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições: é mostrar o

jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma tuidia aparência.

Esses entrecruzamentos revelam que o sujeito é indissociável da história, da ideologia e do discurso. Ele não é homogêneo. Assim, o dialogismo, a polifonia e a heterogeneidade constituem categorias discursivas que propiciam reflexões, visando à compreensão desse sujeito discursivo. Fernandes (2005) reitera o caráter polifônico do sujeito discursivo, chamando atenção para o descentramento do sujeito: um eu implica outros eus; e o outro apresenta-se como uma condição constitutiva do discurso do sujeito, pois um discurso constitui-se de outros discursos e sofre transformações na história. As transformações nas condições sociais apresentam nos discursos marcas que se traduzem em um entrecruzamento de discursos e acontecimentos anteriores. Este sujeito discursivo é plural, atravessado por uma pluralidade de vozes que se inscreve em diferentes formações discursivas e ideológicas.

O autor acrescenta que este sujeito discursivo dinâmico e em processo ininterrupto de construção apresenta diferentes discursos, que são constitutivos do sujeito discursivo e que sofrem transformações que o cenário histórico-social lhes possibilita para sua interação social.

5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Considerando que as concepções e atitudes podem ser influenciadas pelas conjunturas sociais, econômicas e políticas, identificou-se o perfil dos sujeitos da pesquisa, com a finalidade de facilitar a compreensão dos atores sociais envolvidos no processo de trabalho da enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência de um hospital público.

Na caracterização do grupo estudado, observou-se que 70% são do sexo feminino; que, considerando a faixa etária, 78% se encontravam entre 20 a 50 anos, com uma média de 36 anos; que, quanto ao estado civil, 58% eram casados; e que apenas 17% tinham filhos. Sabe-se, historicamente, que as mulheres aparecem na saúde desenvolvendo ações de cuidado ao doente, em trabalhos caritativos, como as religiosas ou voluntárias. A consequência deste processo histórico para a enfermagem pode ser compreendido pelo caráter predominante feminino na enfermagem e, somado a isso, o papel de subordinação reservado às mulheres tanto no exercício profissional como no espaço privado. A dominação médico-enfermagem não só reforça o resultado da dominação homem-mulher como também contribui para a reprodução das relações de poder de dominação-submissão até hoje presentes no setor saúde (PIRES, 2000). O trabalho da enfermagem brasileira acontece, muitas vezes, sob condições precárias de recursos humanos e materiais, baixos salários, ambiente insalubre, dividido por tarefas e com extensas horas dedicadas ao trabalho, que, na maioria das vezes, não oferece sequer local apropriado para descanso. As relações hierárquicas e a segregação dos serviços, de postos e funções atestam que o setor hospitalar soube tirar proveito das qualidades femininas (MATOS; PIRES, 2002; ARAÚJO NETTO; RAMOS, 2004). Essa força de trabalho majoritariamente feminina apresenta-se desfavorecida em muitos momentos, com base na divisão sexual do trabalho, que preenche com o trabalho masculino as atividades de concepção ou aquelas baseadas em capital intensivo, enquanto as atividades que exigem menor qualificação e, frequentemente, fundadas no trabalho intensivo são destinadas às mulheres, o que estaria deixando-as mais vulneráveis à superexploração (ELIAS; NAVARRO, 2006; PITTA, 1990).

Em relação ao tempo de conclusão do curso de graduação em enfermagem e de atuação na Unidade de Urgência e Emergência, identificou-se que 50% dos enfermeiros se formaram e atuam na Unidade há menos de 5 anos. Os demais estão distribuídos em intervalo de 5 a 10 anos, com 8%, e acima de 10 anos, com 42% dos enfermeiros entrevistados. Na relação contratual destes trabalhadores 79% são contratados e somente 21% são estatutários, o que significa uma opção política do hospital.

Não se pode deixar de destacar o que representa essa forma de contratação temporária, atualmente muito utilizada pelo setor público de saúde, denominado como “contrato por tempo determinado”, instituído a fim de atender a uma prerrogativa que diz respeito à necessidade temporária de excepcional interesse público. Com a adoção desses contratos de trabalho por tempo determinado, tenta-se escapar da rigidez imposta pelo Regime Jurídico Único (contratação por concurso público, demissão, formas de pagamento e incentivos). Muitas vezes, denominados “contratos administrativos”, têm duração que varia, geralmente, de meses, podendo ser prorrogado por igual período. O que se tem observado é uma prorrogação indefinida, alcançando, em algumas instituições, um período superior a cinco anos em determinadas situações (CHERCHIGLIA *et al.*, 1998). Observa-se que este modelo de contrato está intrinsecamente ligado à precarização do trabalho, pois resulta em: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos (assistência médico-odontológica, lazer, alimentação, moradia e transporte) e níveis mais altos de rotatividade.

A opção da instituição por manter esta estratégia, denominando-a de “flexibilização do trabalho”, reforça a opção dualista do mercado de trabalho. Afinal, mantém em uma ponta em menor proporção um núcleo de trabalhadores assalariados, estáveis, qualificados e resguardados pela legislação; e na outra ponta um núcleo que se destaca pelo aumento de pessoal temporário terceirizado. Essa informalização contribui para maior agilidade na contratação/demissão, diminuição do núcleo dos empregados estáveis e aumento da precariedade e da exclusão, fazendo arranjos que permitem não cumprir a legislação de concursos para o setor público.

Torna-se preocupante a adoção de tal estratégia pelo setor saúde, o que demonstra o grau de precariedade que se instala neste setor, com resultados

negativos para a clientela. Essa precarização do trabalho, traduzida pelo medo de desemprego, faz com que os trabalhadores permaneçam “amordaçados”, influenciando no desgaste. Dessa forma, os trabalhadores contratados procuram fazer a diferença para manter-se no emprego, para garantir o seu lugar, tendo em vista que o mercado de trabalho está cada vez mais competitivo e exigente, e busca de diferentes formas, trabalhadores que se sobressaiam (CARVALHO NETO, 2001).

O percentual elevado de pessoal contratado, somado à inexperiência profissional, diante do curto tempo de formado, contribui para que os próprios enfermeiros, em vários momentos, explicitem insegurança, por não terem os mesmos direitos trabalhistas dos demais, submetendo-se a uma carga horária diferente de trabalho e recebendo salários mais baixos, em comparação com os efetivos.

Os enfermeiros contratados são regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), submetidos a uma elevada jornada de trabalho de 44 horas, o que implica seu desgaste. Observou-se que os enfermeiros convivem com vários fatores (necessidades sentidas) que geram angústia e sofrimento no trabalho, destacando-se: baixa remuneração, vínculo empregatício precário, condições de trabalho deficientes e conflitos nas relações de trabalho. Tudo isso traz dificuldades para esses trabalhadores que relatam em muitos momentos quadro de estresse, afirmando que, por serem contratados, os efetivos, sempre que podem, dirigem-se a eles com ironias, colocando que o problema é deles, e que, afinal, devem trabalhar muito mesmo. Nessas circunstâncias, o enfermeiro contratado se vê como outro o vê. O *ethos* do enunciador tem o posicionamento que lhe atribui como é esperado, por ter contrato temporário, para poder permanecer na organização. São as normas implícitas que orientam a sua avaliação e mostram que este trabalhador contemporâneo tem como um de seus desafios compreender que a realidade implícita no regime flexível necessariamente lhe traz a possibilidade de trabalho com pouca estabilidade e segurança.

Diante deste quadro, os enfermeiros sentem que estão sempre no limiar de serem mandados embora. Afinal, para os capitalistas, o desemprego é uma vantagem do ponto de vista individual, pois a competição entre os trabalhadores por empregos permite a superexploração dos trabalhadores e, conseqüentemente, a verdadeira fonte para o aumento dos lucros (GELBECKE, 2002).

Para o trabalhador não resta outra opção, tendo que intensificar seus esforços para manter sua posição. Afinal, esta se encontra ameaçada pelos demais concorrentes. O aumento do ritmo de depreciação do capital humano torna mais difícil o ajuste da oferta de trabalho individual, fazendo com que a competição calcada na qualificação profissional seja ainda mais patológica e desgastante para os trabalhadores, quase que uma corrida sem fim

No que diz respeito ao duplo vínculo empregatício, identificou-se que do grupo pesquisado 67% dos enfermeiros possuem dois empregos. Para compreender este quadro, deve-se remeter ao mercado de trabalho brasileiro, que apresenta em seus segmentos a aglutinação de três grupamentos: o formal, aquele em que os trabalhadores têm garantias trabalhistas; o informal, em que a força de trabalho é desprovida de direitos trabalhistas e de relações contratuais formalizadas; e o mercado de trabalho autônomo (VIEIRA, 2002).

Montanholi, Tavares, Oliveira (2006) identificaram, que, entre os fatores de risco presentes no trabalho do enfermeiro hospitalar o fato de 45,8% possuírem outro vínculo empregatício pode ser fonte geradora de estresse e que a opção por ter mais de um emprego está relacionada à necessidade de complementação salarial.

Conseqüentemente, a redução do tempo livre em virtude do outro vínculo empregatício pode causar nos trabalhadores angústia, diante da diminuição da convivência familiar, bem como do tempo para dedicação ao aperfeiçoamento técnico-científico e para o cultivo de outros aspectos da subjetividade, tais como lazer, autocuidado e cultura (VERAS, 2003). Zanei e Ilde (2000) constataram que a justificativa para manter mais de um vínculo empregatício decorre do valor da remuneração profissional.

A adoção de outros vínculos empregatícios gera a movimentação dos trabalhadores de enfermagem no mercado de trabalho, segundo entradas, saídas e tempo de permanência no emprego. Constitui elemento relevante no processo gerencial dos serviços. Uma força de trabalho estável e qualificada, além de sustentar o processo de cuidar, cria também possibilidades efetivas de garantia da qualidade dos serviços ofertados. Mas, em virtude do surgimento de modalidades flexíveis, o emprego formal está diminuindo. Existem poucos concursos públicos, e o salário do enfermeiro está abaixo das outras categorias do setor saúde (GIRARDI, CARVALHO, 2002).

Em relação à faixa salarial, foi constatado que 41% dos enfermeiros pesquisados recebem menos que 3 salários mínimos; 46%, entre 3 e 5; e 13%, entre 6 e 10. O valor salarial médio para enfermeiros apresentado por PAHO/WHO (2006) no Brasil pode variar entre R\$550,00 e R\$3.500,00.

A existência do multiemprego na enfermagem produz vários efeitos, como a acumulação de escalas de serviço e o conseqüente aumento da jornada de trabalho. Esses fatores somam-se às características tensiógenas dos serviços hospitalares, especificamente nos setores que oferecem uma assistência complexa, que deve ser prestada, em curto espaço de tempo, ao paciente em risco de vida. Isso se deve não só ao prolongamento das jornadas de trabalho, ao número limitado de profissionais e ao desgaste psicoemocional nas tarefas realizadas em ambiente hospitalar.

O aumento da jornada de trabalho, por meio do multiemprego ou horas extras, pode ser visto como uma saída sacrificante e que traz prejuízos para a vida pessoal e coletiva. Médicos, enfermeiros e dentistas, entre outros, vêm cumprindo uma jornada superior de 40 horas semanais e vêm acumulando 24, 36 e até 48 horas ou mais seguidas de trabalho por meio do mesmo vínculo de trabalho. Outro ponto a ser destacado diz respeito às outras formas de complementação da renda, como a sublocação, em que o titular do posto de trabalho é lotado na instituição, porém não exerce suas funções nela e delega a uma terceira pessoa fazer a sua substituição, repassando no final do mês a remuneração combinada parcial ou integral. Se o trabalhador que irá substituir se coloca sempre disponível, perde-se o controle sobre as horas trabalhadas, uma vez que este sujeito está sempre numa espécie de sobreaviso (VERAS, 2003).

A submissão a regimes e contratos de trabalho precários, percebendo baixos salários e arriscando a vida e a saúde em ambientes insalubres e de alto risco, constitui uma situação evidente entre os profissionais de enfermagem. Por desenvolverem suas atividades em escalas de plantão, conseguem conciliar mais de um emprego com duas ou até três escalas de trabalho. Isso decorre da necessidade de complementação da renda, mediante a falta de perspectiva de valorização salarial, o que resulta no aumento da jornada de trabalho.

A adesão à escala extra de plantão tem se materializado no aumento da jornada de trabalho. A jornada de trabalho dos enfermeiros concentrava-se 79% no

período de 20 a 30 horas, sendo que destes 54% realizavam 30 horas semanais. O restante, 21%, assumia 40 horas semanais.

O trabalhador, ao ingressar no serviço público, na maioria dos casos, assume uma jornada de trabalho de 40 horas semanais, ou 144 horas mensais. Porém, com o *multiemprego* e/ou escalas extras as horas efetivamente trabalhadas podem chegar a 80 ou, até, 120 horas semanais. Pelo fato de receber, em grande parte, baixos salários, o trabalhador opta por cumprir escala-extra, contribuindo para o ciclo vicioso do aumento da jornada de trabalho. Este quadro traz fortes repercussões no cotidiano profissional e pessoal desses sujeitos, considerando a precariedade das condições de trabalho, o que compromete a assistência prestada e dificulta as relações interpessoais no âmbito das dimensões públicas e privadas da vida cotidiana (VERAS, 2003)

Sobre a atividade de enfermeiro, observou-se que 58,7% a consideram desgastante/estressante; 38,7%, cansativa; 21,0%, como um trabalho como qualquer outro; e 8,6% que a atividade prejudica a saúde (PAHO/WHO, 2006).

Os reflexos desse desgaste do trabalhador podem acontecer no ambiente hospitalar, que, por si só, apresenta aspectos específicos, como excessiva carga de trabalho, contato direto com situações limite, elevado nível de tensão e altos riscos para si e para os outros (ELIAS; NAVARRO, 2006; MEDEIROS, S. M. *et al.*, 2006; MUROFUSE, 2004). Podem existir situações em que a organização e o conteúdo do trabalho não sejam favoráveis aos profissionais da saúde, o que aumenta o risco de agravar a sua saúde. Assim, pode-se considerar que tanto pela natureza do cuidado prestado às pessoas em situações de risco como pela divisão social do trabalho e hierarquia presentes na equipe de saúde, o trabalhador relata que o sofrimento psíquico é uma questão presente, uma vez que lida frequentemente com a dor e o sofrimento do outro. Além disso, podem existir situações em que os conteúdos do trabalho não lhe são favoráveis, o que eleva o risco de agravar a saúde deste trabalhador (SENTONE; GONÇALVES, 2002).

A sistematização das informações obtidas nas observações e entrevistas possibilitou identificar e analisar a forma como o trabalho da enfermagem está organizado e como essa organização gera prazer e/ou sofrimento no enfermeiro. A análise das questões foi ancorada nas categorias empíricas construídas neste trabalho, ou seja: as manifestações de prazer e de sofrimento do enfermeiro decorrentes da organização do trabalho; e os mecanismos defensivos empregados

pelos enfermeiros em relação ao prazer/sofrimento vivenciado na Unidade de Urgência e Emergência de um hospital público.

Alguns aspectos foram avaliados quanto à organização do trabalho e ao prazer/sofrimento do enfermeiro, os quais foram obtidos por meio da observação e das entrevistas, entre os quais se destacaram: como o trabalho está organizado; como os enfermeiros percebem seu trabalho; como o trabalho é dividido entre execução e concepção; como o enfermeiro percebe a organização e sua relação com o prazer e desgaste; quais são os mecanismos de controle do trabalho; e como ocorrem as relações de trabalho.

Por tratar-se de uma pesquisa com abordagem dialética, o proposto por Demo (1985, p. 85) é assumido, quando diz que

[...] a metodologia específica das ciências sociais é a mais fecunda para analisar os fenômenos históricos. Sua opinião se baseia na observação da realidade social e na adequação a ela da visão dialética que privilegia, a contradição e o conflito predominando sobre a harmonia e o consenso; o fenômeno da transição, da mudança, do vir-a-ser sobre a estabilidade; o movimento histórico; a totalidade e a unidade dos contrários.

Para alcançar aproximação e interpretação da realidade, a fase exploratória da pesquisa seguiu com alguns passos, como: coleta dos dados, com a descrição das atividades que compõem o processo de trabalho e o modo como este se encontra organizado; compreensão e análise dos enfermeiros sobre a organização do trabalho e o seu sentimento de prazer/sofrimento, por meio dos dados coletados nas entrevistas; compreensão e análise dos dados coletados em documentos, para identificar como o trabalho da enfermagem está organizado; ordenação dos dados, englobando os coletados com entrevistas e observação; classificação dos dados, a partir de sua leitura exaustiva, configurando a categorização secundária dos dados, tendo como base as categorias prévias relacionadas aos objetivos da investigação; análise final, a partir das etapas anteriores e tendo por base o referencial teórico, pela interpretação dos dados, com a definição das categorias finais; e interpretação das relações entre os dados e a base teórica, buscando, dessa forma, uma possível compreensão para os achados.

Compreende-se que para alcançar a finalidade do trabalho foi necessário distinguir as categorias empíricas. Segundo Minayo (2000, p. 94), as categorias empíricas “são aquelas construídas com a finalidade operacional, visando ao

trabalho de campo ou a partir do trabalho de campo”. Estas categorias têm a propriedade de conseguir apreender as determinações e as especificidades que se expressam na realidade empírica.

Para a análise dos dados, foram utilizadas premissas da análise de discurso, sendo feita a ordenação dos dados, seguida de sua classificação, com leitura exaustiva e repetida dos textos, o que permitiu apreender as estruturas de relevância dos atores sociais e as ideias centrais que significam os momentos-chaves sobre o tema em foco. Essa atividade ajuda no processamento e estabelecimento das categorias empíricas, buscando sempre uma relação dialética. Após essa leitura flutuante, prosseguiu-se com uma leitura transversal, recortando cada entrevista em termos que foram referenciados por tópico de informação, definido como tema. Os dados das entrevistas serviram como matriz para a definição das unidades temáticas. Ou seja, a partir do discurso procedeu-se ao desmembramento do texto em unidades, inicialmente destacando os aspectos relacionados à organização do trabalho do enfermeiro; às relações interpessoais envolvendo a equipe de enfermagem, os outros profissionais e a própria instituição com o poder; ao entrelaçamento com a estrutura hospitalar e a organização que trazem prazer/sofrimento; e aos rearranjos no trabalho, com base nas relações com as questões estruturais e relacionais. As observações feitas no ambiente de trabalho contribuíram para descrever a realidade e contrapor o discurso com a prática.

Em seguida, com o reagrupamento dos temas em torno de categorias centrais, formaram-se, numa lógica unificadora, as categorias empíricas, buscando sempre um movimento incessante do empírico para o teórico, e vice-versa, que permeia entre concreto e o abstrato, entre o particular e o geral, visando ao movimento dialético ao concreto pensado. As categorias empíricas constituídas dizem respeito a: **organização do trabalho no hospital; relações de prazer e sofrimento do enfermeiro com o trabalho na Unidade de Urgência e Emergência; relações de poder no contexto do hospital; e estratégias coletivas de defesa do enfermeiro.**

Para a análise qualitativa com o material acumulado, busca-se destacar os principais achados da pesquisa, lembrando:

A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para

isso ele terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações. É preciso dar o "salto", como se diz vulgarmente, acrescentar algo ao já conhecido. Esse acréscimo pode significar desde um conjunto de proposições bem concatenadas e relacionadas que configuram uma nova perspectiva teórica até o simples levantamento de novas questões e questionamentos que precisarão ser mais sistematicamente explorados em estudos futuros (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, p. 49).

As quatro categorias empíricas trazem aspectos estruturais relacionados à organização e às relações do enfermeiro com o trabalho para se organizar, proporcionando-lhe um trabalho mais inteiro, prazeroso, que lhe permita expressar a sua multidimensionalidade, diminuindo com isso o impacto do trabalho em seu processo de desgaste. Essa reflexão foi realizada a partir dos achados do estudo, dos modelos teóricos propostos na literatura e das manifestações do enfermeiro acerca de como pensa o seu trabalho e de como este está sendo reorganizado. Dessa forma, um novo olhar e um novo fazer sobre o trabalho do enfermeiro na Unidade de Urgência e Emergência se fazem presentes, com vistas a compreender a relação entre prazer e sofrimento destes trabalhadores em seu processo de trabalho, o que será relatado nas seções a seguir, referentes a cada categoria.

5.1 Organização do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência

A Unidade de Urgência e Emergência recebe muitos pacientes. Considerando a escala de trabalho, o número de enfermeiros presentes é geralmente insuficiente para atender no plantão. A Unidade apresenta 6 ambulatórios e 3 setores (SEC, SAN e SAV), com uma média de 6 enfermeiros por plantão, cada um destes responsáveis por dois ou três ambulatórios. Nos locais mais críticos, fica lotado um enfermeiro, como o Ambulatório 1 (Politraumatizados) e os três setores, SEC, SAN e SAV. Deve-se lembrar que no Ambulatório 1 prevalece uma média de 10 a 12 pacientes entubados internados, com um tempo de permanência que varia entre 15 e 30 dias, diante das dificuldades para obter leito em algum Centro de Terapia Intensiva do município. Além desses pacientes, o ambulatório deve atender aqueles que procuram o atendimento, apresentando uma demanda de porta aberta, que existe e perfaz, às vezes, um total de 30

atendimentos por plantão. Em decorrência da grande demanda de tempo para a gerência dos cuidados e do local de trabalho, o enfermeiro geralmente dedica menor tempo à assistência. A atividade se restringe à administração, controlando a equipe de enfermagem, assumindo vários setores e administrando a falta de recursos materiais e humanos

A enfermagem é fortemente influenciada pelo modelo taylorista e fayolista, tão presentes na organização do trabalho da categoria, ao desempenhar a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho da enfermagem, e ao delegar atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A identificação com os modelos citados está na ênfase dada à divisão do trabalho em tarefas e à excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e assistência fragmentada em atividades. A assistência direta fica aos cuidados do pessoal técnico e auxiliar, e a enfermeira assume a supervisão e o controle do processo de trabalho, reforçando a divisão entre trabalho intelectual e manual (PIRES, 1999; MATOS; PIRES, 2002). No contexto das discussões sobre as mudanças no mundo do trabalho, Matos, Pires (2002) observam que na enfermagem as ações são extremamente fragmentadas; há uma ausência de participação da categoria nas decisões que envolvem o seu trabalho; as práticas administrativas são autoritárias e centralizadoras baseadas em hierarquias rígidas; e prevalece um excesso de normatização, rotinas e normas não condizentes com o desenvolvimento de um potencial humano crítico, criativo e inovador.

O meu trabalho aqui no João XXIII, ele é muito voltado para emergência. A gente faz a distribuição dos funcionários de acordo com o quadro, de acordo com os setores. Depois a gente faz uma avaliação do paciente, quando isso é possível, em alguns setores. (E8c)

A minha função aqui seria coordenar toda a equipe de enfermagem, me responsabilizando pela assistência ao paciente, dando condições de trabalho para toda a equipe, porque a responsabilidade do setor, a conferência de material, essa é minha. (E9c)

As manifestações explícitas do enfermeiro quanto à execução do seu trabalho, ocupando-se da organização e do planejamento da assistência, deixa claro que a execução fica ao encargo dos técnicos e auxiliares de enfermagem. Este sujeito, enquanto enunciador de sua formação discursiva, permite expressar o seu

ponto de vista, em função do trabalho que deverá desempenhar, o papel de coordenação e controle das unidades assistenciais e da assistência.

O enfermeiro se propõe a dedicar-se ao gerenciamento, visto que obtém de forma mais imediata algum controle global sobre o seu processo de trabalho. Lunardi Filho, Lunardi, Sprigio (2001) afirmam que a partir desse momento o enfermeiro restringe o seu raio de ação ao funcionamento assistencial global da unidade de trabalho e que as ações pertinentes ao cuidado individual acabam por escapar, sendo assumidas e controladas por técnicos e auxiliares de enfermagem.

Compreende-se que o trabalho da enfermagem é parte do trabalho em saúde e de uma sociedade, sendo influenciado pelas mudanças que ocorrem no âmbito mais global dessa sociedade, no que diz respeito seja ao paradigma hegemônico de produção de conhecimento, seja às formas de organização do trabalho (PIRES, 2000). Assim, a organização do trabalho em enfermagem pode ser entendida como

[...] um processo que envolve os trabalhadores de enfermagem nas suas relações internas e nas relações com os usuários, portanto uma relação entre sujeitos sociais. Envolve, também, as relações com os demais profissionais de saúde e diversos grupos de trabalhadores que atuam na instituição hospitalar; os constrangimentos e facilidades colocados pela estrutura institucional, as relações hierárquicas; o conhecimento e a tecnologia disponível em saúde e na enfermagem; as condições de trabalho; a divisão do trabalho; o modelo de gestão adotado pela instituição e pela enfermagem e as relações estabelecidas com as demais instituições que fazem parte do sistema de saúde (MATOS, 2002, p. 37).

O enfermeiro assume as características gerenciais na organização do seu trabalho, seja na alocação de recursos humanos e materiais, seja na assistência. Ao assumir a postura de gerente da Unidade, ele passa a elaborar a escala de serviço, organizar o ambiente de trabalho, providenciar os instrumentos necessários para a realização do trabalho de enfermagem e direcionar a sua atenção para que a Unidade tenha os recursos necessários para a implementação da assistência.

O enfermeiro é o responsável pela organização do ambiente hospitalar, propiciando à equipe de enfermagem e aos demais profissionais as condições para a implementação da assistência, buscando recursos para que os demais trabalhos aconteçam simultaneamente e de forma coletiva. A organização do trabalho do enfermeiro se concretiza quando delega funções e distribui tarefas entre os membros da equipe de enfermagem, organizando e implementando a assistência de

enfermagem. Para isso, realiza o gerenciamento de pessoal, empregando a escala de serviço mensal, que distribui os funcionários por sala e tarefa, para controlar a prática desenvolvida pela equipe.

Para organizar e definir as ações de enfermagem, o enfermeiro ainda não utiliza um instrumento para a sistematização da assistência ou outra metodologia assistencial. O instrumento empregado para organizar o seu trabalho tem como base a escala de serviço e o relato verbal do enfermeiro que está deixando o plantão, explicitando o número de pacientes internados, o quadro clínico de cada um e os cuidados prioritários que devem ser empregados aos pacientes ali internados, bem como as pendências do plantão anterior que não foi possível cumprir.

A possibilidade de uma maior participação do enfermeiro na assistência está intimamente relacionada com o tempo e o ritmo do trabalho. Para a enfermagem, o tempo é dado pelas rotinas prescritas, pela alta intensidade do trabalho e pela constante “falta de tempo”. Essa expressão surgia sempre que se conversava sobre o trabalho na Unidade de Urgência e Emergência. A atividade cotidiana de cada profissional está, de certa forma, dividida em fases, mesmo que realizadas conjuntamente com um grupo de pessoas. O enfermeiro fica atento ao número de funcionários de enfermagem presentes e divide as salas, escalando um por um e sequencialmente. Ele tenta resolver as pendências que ficaram do dia e/ou da noite anterior.

É uma demanda enorme de serviço. Esse mês na escala do Poli, era para ficar 2 enfermeiros e está ficando 1. E fica uma média de 10 a 12 pacientes entubados internados no setor, fora toda a demanda de porta aberta que existe e que vai chegando. Então tem noite que dá 30 atendimentos, 25 atendimentos. Então, além de dar notícia de quem está lá já internado, você ainda tem que dar notícia dos mais graves que chegam. É claro que a gente não olha todos esses 30 pacientes que chegam. Falta tempo para isso. (E12e)

As unidades hospitalares da rede que atendem urgência e emergência exercem seu trabalho sob pressão permanente, além de terem de conviver com a intensificação do trabalho, em condições nem sempre adequadas, e o intenso estresse diante do risco iminente de vida do cliente, o que pode explicar o fato de essas unidades se destacarem na concessão de licenças médicas para os trabalhadores (GODOY *et al.*, 2006; PRIMO, 2008). Assim, a escala estabelecida para a Unidade sofre alterações, pois, em face das ausências, o enfermeiro lança mão das horas-extras para cobrir o quantitativo de faltas ou licenças médicas.

Observa-se que no setor saúde são muito comuns as extensões das jornadas de trabalho, a intensificação do trabalho, a elevação de estresse e os baixos salários, que resultam, não raro, em desestímulo e alterações físicas e emocionais, que contribuem para o absenteísmo. Como agravante, a organização hospitalar, principalmente da rede pública, ainda utiliza modelos tradicionais de gestão que dificultam a adoção de medidas de revisão dos processos de trabalho e a valorização de seu quadro de pessoal (SILVA; MARZIALE, 2000; GEHRING JÚNIOR *et al.* 2007; COSTA; VIEIRA; SENNA, 2009).

A enfermagem apresenta, em relação aos demais profissionais da saúde, alto índice de absenteísmo, o que pode ser explicado com base em estudos sobre o fenômeno, considerando o fato de este grupo de trabalhadores permanece por um número maior de horas na Unidade, quando comparado com os demais profissionais, além de representar o maior contingente de trabalhadores nas organizações hospitalares. Somado a isso, a enfermagem, como os demais trabalhadores, está exposta a condições de trabalho penosas, em que são evidentes o esforço mental e o físico, com movimentos repetitivos, alternância de horários de sono e de vigília e extensas jornadas de trabalho, entre outros fatores que contribuem para os afastamentos por motivo de doença (ALVES, 1996; GODOY, 2001; REIS *et al.*, 2003).

Ao pensar que a instituição hospitalar é um local que cuida dos problemas de saúde da população, imagina-se que deveriam existir condições adequadas para o exercício profissional. No entanto, o que se vê é uma organização exigente, competitiva e burocratizada, que massifica os trabalhadores em prol da produção. Podem-se acrescentar a esse quadro tenso, pelas próprias características do local, profissionais que conseguem desenvolver as suas atividades com qualidade e competência, mantendo-se motivados, enquanto outros, por não suportarem a pressão, procuram mudar de função ou buscar alternativas para ausentar-se do trabalho com base nos benefícios da Seguridade Social.

A organização do trabalho em um serviço que presta atendimento a situações de urgência e emergência, muitas vezes, expõe o trabalhador da enfermagem a situações de grande complexidade, com elevado grau de responsabilidade inerente às inúmeras decisões que tem que ser tomadas. A enfermagem está, segundo Gaspar (1997) e Murofuse (2004), mais sujeita à agressão psíquica e às vezes, física, uma vez que tem de tomar decisões e definir

prioridades e estratégias, muitas vezes, incompreendidas por aqueles que estão doentes. A angústia de decidir, de tentar, de falhar, somada a diversos fatores de natureza biológica, química, física e psicossocial, contribui para o adoecimento e o afastamento deste grupo na organização hospitalar.

Deve-se entender que a organização do trabalho da enfermagem é marcada pela divisão das tarefas e pela divisão da equipe de enfermagem, de acordo com a função e formação dos profissionais. É na divisão das tarefas que se prescrevem as cadências, a repartição de atividades e as ações. A partir daí, ficam explícitas as hierarquias, os comandos, as relações de poder e as responsabilidades, caracterizando-se, então, a divisão da equipe de enfermagem. A divisão das tarefas para as diversas atividades segue uma sequência que é imposta por funcionários burocráticos, que se baseiam em regras explícitas, de forma a obedecer a um plano racional e único, que irá definir a organização das atividades para atingir mais eficientemente os objetivos da instituição (MATOS, 2002). A enfermagem dá ênfase ao cumprimento de normas e rotinas, e a divisão do trabalho é, predominantemente, por tarefas, fragmentando a assistência em atividades.

Essa organização apresenta determinantes que contemplam: falta de pessoal e de material de consumo; carência qualitativa e quantitativa de equipamentos e de instrumentais; clientes graves, em situação de imprevisibilidade; leitos amontoados; e espaços físicos inadequados, que influenciam a forma como o enfermeiro executa suas tarefas (SOUZA; LISBOA, 2007). Os recursos escassos característicos de um setor público que trabalha com a urgência e emergência, além da pressão de tempo, contribuem para que o enfermeiro exerça principalmente uma função gerencial, administrando os recursos físicos e envolvendo alocação, distribuição e controle. Para isso, constata-se um distanciamento do objeto de seu trabalho e uma certa alienação quanto à dinâmica do trabalho, devido ao ritmo intenso e ao volume elevado de trabalho.

De certa forma, este enfermeiro atende à lógica capitalista, pois ele adota um perfil clássico de gerência ao planejar, organizar, comandar, coordenar e controlar, para responder à multiplicidade de ações, procedimentos e número de profissionais envolvidos nas instituições hospitalares, que incorporaram tecnologias que visam melhorar a atualidade e minimizar os custos, garantindo maior eficiência e resolutividade. Este grupo, coeso e extremamente organizado, procura representar e equacionar os problemas que estejam ao alcance, sem perder de vista as regras do

poder da organização. Passam parte do tempo do serviço coordenando as atividades ou participando de reuniões e atendendo às solicitações, sejam de funcionários, diretoria ou clientes externos. O contato com a equipe de trabalho é informal e reflete uma sobrecarga de atividades gerenciais para atender à lógica do trabalho, que está voltado para a atenção médica curativa e individual, em uma organização hospitalar pública cuja finalidade é a prestar serviços público de saúde.

O atendimento na urgência está direcionado para os casos clínicos, que e podem ser graves ou não. Portanto, trabalhar na Urgência é visto pelo profissional como um local que “exige muito do profissional, tanto psicologicamente quanto fisicamente, porque trabalha-se no limite”. Fica nítido que o enunciador normaliza a ação ao expressar um saber que leva o interlocutor a aderir a esse discurso, aceitando-o como verdadeiro. A injunção suscita o dizer e, também, o fazer. Existe aquele que se encontra na posição de afirmar e ao que recebe resta concordar e, necessariamente, aceitar (SENNET, 2006). Seria como algo inerente ao processo de trabalho do enfermeiro que atua na Urgência. É como se fosse uma lei natural, na qual as pessoas devam crer.

Tem que ser no dia a dia, porque o que acontece é o seguinte: você tem uma escala do Poli, que teoricamente teria que ser 12 pessoas. No último plantão isso aconteceu. Eu consegui deixar 8 no Poli. O número da escala é 12. Faltou um monte de gente. A gente conseguiu deixar 8. E, aí, o que eu faço é sentar com eles mesmo. É assim, a gente resolve junto. Igual assim, nesse dia eu sentei com eles e falei: Gente, não tem como!”. Expliquei para eles como que estava os outros setores: “Não vai ter jeito. Nós estamos de 8, nós vamos passar o plantão de 8” (E12e)

Como a Unidade recebe todos os pacientes que chegam em condições mais adversas, a equipe tenta prestar uma assistência mínima, o que contribui para que o enfermeiro busque soluções rápidas no que diz respeito aos recursos materiais, físicos e humanos. A falta de materiais básicos, que vão desde luvas esterilizadas, e de procedimentos, como seringas e agulhas, entre outros, a serem utilizados para os procedimentos com os pacientes, além da roupa insuficiente, tudo dificulta a assistência. O paciente, muitas vezes, permanece na maca por tempo prolongado, que pode durar vários dias, dificultando a mudança de decúbito, pela própria estrutura da maca. Essa falta de condições de trabalho interfere no trabalho do enfermeiro. Afinal, a característica da Unidade de Urgência e Emergência é receber todos que realmente procuram por atendimento dessa natureza.

Assim, a rotina da Unidade de Urgência e Emergência implica o agir imediato. A imprevisibilidade quanto ao número de pacientes que necessitarão de cuidados imediatos faz com que a prática na Emergência tenha um ritmo acelerado, expresso como correria. O quadro temporal na Urgência é marcado pelo ritmo da demanda e pela jornada de trabalho. Costa (2005) acentua que, além da pontualidade e da regularidade, existe pressão pela rapidez na realização das atividades, relacionada à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida.

A complexidade e a quantidade de casos que podem dar entrada na Unidade são fatores que determinam a prioridade dada à agilidade nas ações do cuidado, considerando que o objetivo deste serviço de emergência é prestar o primeiro atendimento; ou seja, estabilizar hemodinamicamente o paciente e encaminhá-lo aos setores que deem continuidade na assistência necessária ou, até, liberá-lo. Isso faz com que o enfermeiro direcione as suas ações com a finalidade de agilizar as etapas de encaminhamento do paciente. Dal Pai (2007) afirma que todas as ações que dizem respeito tanto a este processo de tomada de decisão quanto ao destino do paciente envolve as decisões quanto à realização de exames, procedimentos e condutas terapêuticas, permanência do paciente em observação e encaminhamento para uma UTI ou enfermaria ou liberação. Dessa forma, a enfermagem mantém o controle gerencial sobre o serviço que será executado pela equipe e, ao mesmo tempo, confronta com a hegemonia médica nos serviços de emergência.

[...] uma correria, porque ao mesmo tempo em que não tem paciente, igual mais cedo tinha poucos pacientes, aí quando você assusta já entrou aquele tanto de paciente. Então, eu fico olhando vários, presto assistência muito pouca. Assistência ao paciente mesmo, só quando é uma sonda que os meninos não passam, ou então quando chega uma 'parada', que é aquele paciente que a gente precisa estar ali, então a gente vai junto. Só que fora isso, é mais administrativo mesmo: eu fico de olhar vaga, material que está faltando, olhar se tem maca, se tem cama, o que está faltando, roupa de cama. Então, fica uma coisa mais administrativa, eu acho que é mais administrativa...(E17c)

O enfermeiro se comporta como "peça chave" do trabalho em saúde, centraliza informações e se mostra capaz de resolver diferentes problemas que surgem no espaço onde atua. Assim, evidencia-se a presença de múltiplas atividades no cotidiano de trabalho do enfermeiro, predominando a função gerencial, função essa exercida por meio da supervisão e do controle do processo de trabalho.

Percebe-se que a prática do enfermeiro tem sido a de chefiar unidades, elaborar plano de atividades e escala de plantões, prever material e pessoal, supervisionar atividades e revisar as medicações controladas, além de outras atividades.

A organização do trabalho reforça a divisão técnica do trabalho, separando trabalho intelectual e trabalho manual, parcelando as atividades em tarefas e procedimentos que são distribuídos entre diferentes executores, sendo supervisionados pelo enfermeiro, mediante instruções e normas preestabelecidas. A execução do trabalho pelo trabalhador menos qualificado deverá ser efetiva e eficiente, mas a sua autonomia é cerceada pelo controle do enfermeiro.

No entanto, quando se faz necessário, o enfermeiro assume um cuidado que se restringe, em alguns momentos, apenas à aplicação de técnicas de enfermagem, afastando-se de uma prática complexa. Este cuidar esporádico como ação viabilizada mediante a urgência situacional ou por meio de desvenciolhamentos da burocracia, perpetua-se na Unidade de Urgência e Emergência, por parte do enfermeiro. Este assume as atividades de gerenciamento do cuidado, compartilhando com o auxiliar de enfermagem a assistência a ser oferecida. Inclui na sua atuação a gerência da Unidade, no cotidiano do trabalho, direcionando o seu fazer para questões administrativas, tais como: se existe ou não seringas suficientes para a administração dos medicamentos do dia; se a equipe de enfermagem encontra-se em número insuficiente; se a unidade está em condições para receber todos os atendimentos que chegam; se as transferências estão sendo providenciadas em tempo; se os prontuários estão organizados; se foram feitas as marcações de exames, transcrição e encaminhamentos das prescrições ao setor de farmácia; se foi providenciado o repasse de equipamentos danificados; e se houve a solicitação para conserto ou compra.

Enfim, o enfermeiro organiza a Unidade, determinando a divisão das tarefas entre os auxiliares e realizando alguns procedimentos terapêuticos, quando possível, diante da crescente demanda administrativa e assistencial. Valoriza a sua participação, ainda que eventual, no cuidado, reconhecendo e expressando conflitos e tensões na prática do gerenciamento do cuidado, que compromete a qualidade da assistência que poderia ser oferecida.

A enfermagem estabelece uma relação de dominação sobre os auxiliares, pela divisão técnica e social do trabalho, com poderes que a diferenciam dos subordinados. No entanto, encontra-se numa posição de submissão ao poder

médico (LIMA; ALMEIDA, 1999; GUSTAVO; LIMA, 2003). Nessa situação de subalternidade, o enfermeiro realiza o seu trabalho atuando no papel de coordenador das atividades dos demais trabalhadores da equipe de saúde envolvidos no cuidado ao paciente. Para Lima, Almeida (1999), o enfermeiro faz a interligação do trabalho médico com o trabalho de enfermagem, bem como estabelece relação com os demais trabalhos que conformam o processo de trabalho, ao articular, supervisionar e controlar as ações desenvolvidas parceladamente pelos trabalhadores da saúde, referentes tanto ao pessoal de enfermagem como aos procedimentos direcionados para o diagnóstico e tratamento.

Eu chego, eu olho todos os prontuários, eu olho o que aconteceu com o paciente, o que ele está precisando. Se pedir uma vaga, eu tento uma vaga. Se está precisando passar uma sonda, eu passo uma sonda. Aí depois que eu olho isso... Aí se chegar uma 'parada', a gente vai na 'parada', se precisar de uma maca, a gente vai atrás de uma maca. Eu olho todos os prontuários, procuro saber o que está acontecendo com cada paciente. Depois eu olho o material, se está faltando algum material para a gente trabalhar. O que estiver acontecendo, a gente vai no 'embalo'. Igual hoje, que chegou aquele tanto de paciente, é muita coisa para olhar. Então assim: falta monitor, falta roupa de cama, falta muita coisa... falta cama, falta colchão e a gente que fica atrás disso, então eu acho que muita coisa poderia ser delegada, às vezes o pessoal Vê a gente assim. Igual os médicos têm mania: "ah, não tem maca lá fora" e fala com a gente, entendeu? Às vezes eu acho que eles não entendem muito ainda a nossa função.(E17c)

O enfermeiro assume o papel daquele que ajuda sempre que necessário, que promove o conforto e o tratamento individual ao paciente, que tem a capacidade de localizar equipamentos, materiais e vaga, entre outros fatores. Existe um papel socialmente estabelecido, e o enfermeiro deve adequar-se a ele. As atitudes e papéis atribuídos ao enfermeiro são interiorizados, tornando-os seus, conforme a Unidade à qual está submetido. Essa interação do enfermeiro com a Unidade faz com que este trabalhador tenha a percepção de estar inserido em uma instituição, que o impele exercitar várias funções quase que simultaneamente, o que lhe imprime a identidade pressuposta de "enfermeiro responsável por tudo", enfim, um superprofissional, que tudo deve saber e tudo deve fazer. O enfermeiro internaliza essa responsabilidade por tudo que o rodeia, como se isso fizesse dele um profissional essencial para o serviço e importante para si mesmo.

Por estar em constante prova de competência, assume a função de conseguir leito nas Unidades de Internação, tanto interno como externo ao hospital.

A questão da transferência do paciente passa a ser uma alternativa para diminuir o número de pacientes internados na Urgência que necessitam de assistência especializada, como terapia intensiva, clínica médica, unidade de queimados e centro cirúrgico, entre outros. Essa transferência, em muitos momentos, é dificultada, pois a Unidade que irá receber relata que está sobrecarregada. Essa sobrecarga de atividades faz com que os enfermeiros não se apoiem, dificultando a transferência do paciente, que termina, muitas vezes, permanecendo na Unidade de Urgência e Emergência por um período além do desejado.

Estudo realizado em dois serviços públicos de emergência do Rio de Janeiro mostra que a intensificação do trabalho para dar conta da lotação que excede a capacidade da Emergência trouxe à tona a questão do sofrimento dos profissionais da enfermagem. Sob essas condições, eles se veem impedidos de realizar corretamente seu trabalho, o que poderia gerar sofrimento (DESLANDES, 2002). Dejours (1999d) classifica essa situação como, “pressão para trabalhar mal” e Costa (2005), como “violência pela limitação em proporcionar assistência de qualidade”.

O trabalho de enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência é fragmentado, sendo implementado por uma divisão de trabalho que atribui certo número de pacientes para cada trabalhador. Essa fragmentação é visível, pois os trabalhadores de nível médio dividem entre si os cuidados a serem prestados aos pacientes, ficando a gerência a cargo do enfermeiro. Essa divisão da prestação de cuidados em tarefas é aceita pela equipe, considerando que é uma forma prática e rápida para atender às necessidades do serviço de emergência. O trabalhador mantém sua atenção nas operações realizadas e mais rigor no controle dos instrumentos de trabalho, vigilância contínua e atuação correta com o paciente. Essa indução do trabalhador contribui para a construção de “corpos dóceis”, submissos a uma lógica orgânico-funcionalista, cuja missão maior está voltada para a proteção e preservação da vida do paciente. Foucault (2008) refere-se que a produção de corpos dóceis é uma forma de dominação, pelo fato do corpo humano entrar numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. Nessa mecânica do poder, o autor esclarece que este corpo torna-se tanto mais obediente quanto útil, por meio do controle minucioso das operações corporais, sujeitando o indivíduo a uma espécie de relação de docilidade e utilidade. Dessa forma, quanto mais dócil, mais útil o torna.

Desse modo, o trabalho engendra-se de forma intensivamente pormenorizada, dadas as inúmeras e minuciosas tarefas a serem cumpridas neste setor, exigindo muita concentração do trabalhador. Esse processo produtivo em Unidades de alta complexidade colabora para levar à formatação de sujeitos “objetificados”, docilmente subordinados. Isso se expressa com nitidez quando ocorrem as determinações de natureza superior, fazendo com que o trabalhador de enfermagem ajuste-se não só a uma forma de ser moldada não só pelas exigências, como também pelo consentimento e conformismo, sem exteriorizar contestação ou resistência aos rígidos modelos de organização do trabalho.

Essa modalidade de organização do trabalho torna-se mais segmentada à medida que se distribuem ainda mais as atividades, delegando-se responsabilidades menores, como medicação, controle de visitas, provimento de material e colaboração nos cuidados a outros pacientes, que também são atividades extensivas de um trabalho coletivo parcelado.

Este local de trabalho possui um espaço físico aberto, dividido em Unidades, o que não permite o convívio próximo com todos os trabalhadores ali inseridos. As Unidades favorecem o contato entre os trabalhadores, pelo fato de os pacientes se encontrarem na mesma área física, o que possibilita o desenvolvimento de um trabalho cooperativo, porém centrado exclusivamente no modelo clínico individual de tratar. Este tipo de estrutura toma a forma de um cenário físico e funcional, arquitetado para impingir no trabalhador disciplina¹, ordenamento e efetiva diligência do “vigiar” terapêutico, que passa a ser supervisionado pelo enfermeiro. Percebe-se que há rigidez e controle dos funcionários, o que impede a maior autonomia e participação nas tomadas de decisão.

A disciplina é rígida, principalmente no que concerne a pontualidade e assiduidade. Entende-se que a rigidez e a falta de flexibilidade são questões apontadas pelos trabalhadores de enfermagem como algo que os incomoda muito, interferindo, inclusive, no poder de criação. A criatividade, muitas vezes, limita-se apenas à improvisação de materiais que não se encontram disponíveis. Essa percepção é corroborada por Cecílio (1999, p. 324), ao afirmar que nos hospitais, do ponto de vista gerencial, existe uma autonomia basicamente dos médicos, na

¹ Segundo Foucault (2008), “o exercício da disciplina supõe um dispositivo que obrigue pelo jogo do olhar, um aparelho onde as técnicas que permitem ver, induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis àqueles sobre quem se aplicam” (p. 143).

medida em que o pessoal de enfermagem tem sua prática cotidiana engessada na forma fayolista da hierarquia rígida do poder e em alguns fundamentos tayloristas de separação entre o pensar e o fazer, de fragmentação do trabalho e ênfase nas tarefas.

[...] trabalho do enfermeiro é tão abrangente às vezes! Ele tem que resolver tantas coisas que até a gente, às vezes, tem dúvida se aquilo é da competência dele ou se não é, porque todos os problemas que alguém não sabe quem sempre deve resolver é o enfermeiro. Eu considero que é do enfermeiro garantir um bom atendimento de enfermagem ao cliente. Agora, o bom atendimento de enfermagem, às vezes, depende 90% do laboratório, do almoxarifado, da farmácia, da portaria, do médico (E5e)

Nessa realidade, quem gerencia os espaços assistenciais são as enfermeiras, sendo ela a pessoa que faz a intermediação entre os grupos de profissionais e entre as necessidades dos usuários e esses serviços. Desse modo, desempenha, em função do trabalho na enfermagem, o papel de coordenação e controle das Unidades Assistenciais e da Assistência. Matos, Pires (2002) afirma que esta condição estimula ainda mais o conflito, a disputa por espaços, ou, quando convém, a abdicação de espaços, na tentativa de repassar os serviços não desejados para os outros.

Pires (1999) aponta que uma alternativa para a superação do trabalho fragmentado ou funcional é o cuidado integral, uma vez que este é criativo e motivador, permitindo ao trabalhador compreender e ter maior controle sobre o trabalho que executa. A autora acrescenta que o cuidado integral deve ser entendido como aquele em que um trabalhador presta toda a assistência a um ou mais pacientes durante um turno de trabalho. As reflexões acerca da organização do trabalho pelo modelo de cuidados integrais necessitam fazer parte do cotidiano dos enfermeiros, uma vez que este modelo diminui a distância entre a concepção e a execução do trabalho (MATOS; PIRES, 2002). A enfermagem pode integrar ao trabalho assistencial em saúde uma gama de atividades relativas tanto ao cuidado como à administração do espaço hospitalar. Em conjunto com outros trabalhadores da área da saúde, desenvolve na instituição hospitalar um trabalho coletivo, no qual cada grupo profissional se responsabiliza por uma parcela do atendimento (CAPELLA, 1998).

Diante de uma organização que apresenta carência de pessoal, os enfermeiros constantemente executam atividades que não são de sua competência:

inerentes ao agente administrativo, ao auxiliar de enfermagem e ao auxiliar de serviços gerais. Enfim, desenvolvem ações de muitos, e a consequência disso é que o enfermeiro se sobrecarrega, absorvendo outras atribuições além de suas.

O enfermeiro, quando formou, não recebeu um diploma, recebeu uma varinha mágica, que tem que fazer aparecer tudo. Porque, faltou isso, “vai atrás do enfermeiro”; faltou aquilo, “vai atrás do enfermeiro”. Como se eu tivesse o dom de fazer aparecer (E6e)

Assim, verifica-se um ritmo de trabalho elevadíssimo. O grande volume de trabalho, a multiplicidade de funções que os enfermeiros desenvolvem e as atribuições impostas geram um distanciamento do paciente com o seu objeto de trabalho e o afastam do planejamento da assistência de enfermagem, do cliente e da supervisão dos cuidados prestados. Assim, verifica-se que esse profissional é obrigado a privilegiar algumas atribuições em detrimento de outras, vivenciando grande desgaste no trabalho, que repercute na percepção do sentido do trabalho, em sua subjetividade e no processo saúde-doença.

5.2 Relações de prazer e sofrimento do enfermeiro com o trabalho na Urgência

O trabalho é definido como um ato humano, por meio do qual os sujeitos sociais produzem e sustentam a sua existência, tanto no plano material quanto no subjetivo (MERHY, 2002). O cuidado resulta do encontro do trabalhador, que tem um saber tecnológico, constituído historicamente (saberes em geral e específicos da profissão) com a matéria-prima (insumos) e os instrumentos de trabalho (normas, rotinas, diretrizes políticas, exames, consultas e equipamentos) para atender ao agente consumidor (usuário) no momento do trabalho em si. Porém, na saúde esse produto é consumido no mesmo momento em que é produzido, o que Merhy (2002) denomina “trabalho em ato”. Com estes conceitos, chega-se a uma maior compreensão do trabalho em saúde e dessa relação entre trabalhador e usuário (MERHY, 2002), que acontece de forma imediata, principalmente no que se refere às urgências e emergências. Para o Conselho Federal de Medicina, as urgências são ocorrências imprevistas de agravo à saúde, com ou sem risco potencial de vida,

e as emergências são as condições de agravo à saúde que impliquem risco iminente de vida ou sofrimento intenso, ambas necessitando de assistência médica imediata.

O trabalho na Emergência é caracterizado por uma relação dialética entre prazer e sofrimento, diante da complexidade do trabalho e da carência de saúde dos usuários que geram satisfação e, ao mesmo tempo, penalizam o trabalhador. Para alcançar um equilíbrio neste processo, faz-se necessário preservar a expressão da subjetividade dos trabalhadores, mediante a participação na organização do trabalho e a adoção de medidas concretas que permitam ao trabalhador ajustar as demandas das cargas de trabalho a que são sujeitos.

Estudo que caracterizou o perfil e o nível de conhecimento e de satisfação do enfermeiro dos serviços de Urgência e Emergência pré e intra-hospitalar do município de Foz do Iguaçu revelou que os sujeitos apontaram situações como: sobrecarga de atividades, dupla jornada de trabalho, dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho. Apesar de todo esse quadro, 88,2% dos enfermeiros referiram sentir prazer pelo trabalho que praticam, pois o que importa é a pronta reabilitação do cliente e o prazer quando este se recupera de uma situação sem sequelas em função da assistência oferecida (WIEBBELLING; SANTOS, 2009). Outro estudo realizado nos serviços de Urgência e Emergência hospitalar, que buscou identificar os fatores causadores de prazer e sofrimento no cotidiano da equipe em que atuam, concluiu que os trabalhadores da Emergência vivenciam diariamente o prazer e o sofrimento no trabalho, numa relação dialética que lhes permite manter o equilíbrio (ALMEIDA; PIRES, 2007).

O trabalho enquanto atividade humana não pode ser reduzido a um processo alienante, no qual o trabalhador se limita a cumprir normas e prescrições (SCWARTZ, 2000). O trabalho compreende a subjetividade de cada sujeito e pode ser fonte de sofrimento e de fadiga para uns, enquanto para outros é fonte de prazer e equilíbrio. Os enfermeiros participantes do estudo apontam como principal fonte de prazer no trabalho na Unidade Urgência e Emergência a possibilidade de poder ajudar aqueles que chegam com problemas de saúde. Afirmam que se sentem satisfeitos quando realizam a atividade de assistência, como também por trabalharem em um ambiente que apresenta imprevistos, rompendo em muitos momentos com a rotina. De fato, as situações comuns de trabalho são permeadas por acontecimentos inesperados, panes, incidentes, anomalias de funcionamento, incoerência organizacional, imprevistos provenientes da matéria, das ferramentas e

das máquinas, dos outros trabalhadores, colegas, chefes e subordinados, entre outros (DEJOURS, 2004b).

É um trabalho que também tem o seu lado gratificante e tem também o lado difícil, às vezes. Às vezes, chega a ser dramático se envolver com certas situações e, às vezes, dá uma sensação de fracasso também. Tem hora que você sente aquela impotência de chegar alguém em um estado grave, assim, agudo, e você não conseguir fazer nada e, às vezes, tem uma gratificação de um paciente que chegou já praticamente considerado morto ou sem condição e daí a pouco, com 3, 4 dias ele está andando por aí. Então tem esse lado bom. (E5e)

A possibilidade de ajudar os usuários, atendendo em situações de emergência, salvando vidas, é uma fonte de prazer. Apesar da dor, do sofrimento, o sucesso com o atendimento prestado é algo gratificante para o profissional, que se sente realizado. Pode-se entender que o trabalho do enfermeiro significa o saber-fazer, o sentir, o pensar e o inventar constantemente. Trabalhar pode ser considerado um certo modo de engajamento da personalidade para responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). E, mesmo que todos os arranjos e todos os acordos estejam claros e estabelecidos pela conjuntura organizacional e pelo próprio indivíduo, o ato do trabalhar, o momento do seu acontecimento, o seu instante, é sempre marcado pela imprevisibilidade. Algo escapa, algo resta, e este algo é o real, que não pode ser apreendido no todo pelo simbólico, pelo prescritivo do trabalho, no qual o indivíduo se coloca a trabalhar com sua subjetividade e sua dimensão imaginária (DEJOURS, 2004a).

Torna-se importante ressaltar que o trabalho tem uma função psíquica, pois é considerado um dos grandes alicerces da constituição do sujeito e de sua rede de significados. Assim, está diretamente ligado à construção da identidade e da subjetividade do indivíduo (DEJOURS, 2004d). O enfermeiro afirma o prazer em relação à sua atividade, prestando cuidados. Expõe ainda, sobre as situações desafiadoras para que ele realmente possa desempenhar com êxito a sua função.

Eu adoro trabalhar aqui na Urgência. Já passei por diversos setores do hospital: UTI, Unidade de Internação, Atendimento Domiciliar e o meu sonho sempre foi trabalhar na urgência. É um pouco sofrido trabalhar na Urgência aqui, eu acho, que muito pelas condições em que a gente trabalha. Acho que os recursos humanos são insuficientes. Material, não é do jeito que a gente gostaria. Falta uma coisa aqui, falta uma coisa ali e, infelizmente, querendo ou não, todo mundo acha que a responsabilidade é do enfermeiro. (E6e)

O enfermeiro, quando usa na sua linguagem o “Eu”, mostra um funcionamento individual do seu ato, o que possibilita se situar no tempo e no espaço efetivo de quem produz a fala que se realiza ao produzir o presente. Esse vestígio explícito do enunciador apresenta a relação subjetividade-trabalho, remetendo à maneira como o enfermeiro vivencia e dá sentido às suas experiências de trabalho. É este sujeito que interessa, pois está implicado na vida institucional concreta; particularmente, na organização do trabalho. Partindo do princípio da contradição, este sujeito, ao refletir sobre as reais condições colocadas pela organização do trabalho, consegue elaborar seu pensamento e chegar ao concreto, compreendendo a essência do seu saber-fazer no local de trabalho.

Dialeticamente ao sentimento de prazer, aparecem situações que causam sofrimento aos enfermeiros, como: falta de material, distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, disputas de poder e falta de pessoal. Aparentemente, o quantitativo de funcionários é considerado pela organização e aceito pelos enfermeiros como adequado, porém existem aposentadorias, óbitos e licenças que não são repostos. O quadro de pessoal rapidamente se torna defasado, pois, atualmente, a maioria do pessoal da equipe de enfermagem é composta por contratos administrativos e o quadro de funcionários efetivos é cada vez menor, gerando distorções nos contratos de trabalho e no cotidiano do hospital. Outro inconveniente diz respeito à rotatividade do pessoal contratado, que necessita sair da instituição a cada dois anos, gerando um período de adaptação dos trabalhadores recém-contratados.

Eu me sinto realmente satisfeita. Mesmo que eu saia de manhã morta, exausta de cansaço, eu tenho aquela sensação ainda de realização. Ainda me sinto realizada trabalhando no João. E tem a questão do próprio atendimento da Urgência, dessa agilidade que você precisa ter na Urgência. Mas tem a satisfação também do trabalho bem feito. Você sabe que a equipe fez um trabalho bom, que fez diferença para aquele paciente o atendimento que você deu. E isso me realiza muito. Ainda me realiza muito. (E12e)

O enfermeiro identifica situações prazerosas, que vão desde o esforço em ter prestado uma assistência que fez a diferença para o paciente, como também o de acompanhar o restabelecimento deste e perceber que valeu a pena. Sente-se útil, produtivo e valorizado, o que fortalece a sua identidade de sujeito à medida que a sua autoimagem é reforçada com a possibilidade de autorealização.

Eu acho muito gratificante trabalhar na Emergência, muito gratificante. Dá um prazer muito grande, apesar do estresse. Teve dia de eu sair daqui, entendeu, chegar em casa e chorar o dia inteiro... de cansaço, de estresse. Perguntaram para mim: Uai, que que aconteceu? Brigou com alguém? Está com problema no trabalho?”. Respondi: “Não! Não estou com nenhum problema no trabalho. Pelo contrário, a minha consciência está limpinha. Não dormi nem uma gota a noite inteira no trabalho. Realmente estou exausta. Mas estou feliz de ter feito o que fiz. É um trabalho pesado nesse sentido, físico e emocional, mas ao mesmo tempo, ele é extremamente prazeroso, porque você não consegue desligar dele. Ele te absorve completamente, entendeu? (E3c)

É um trabalho interessante, porque isso instiga. Não fica aquela rotina cansativa de todo dia você fazer a mesma coisa. Mas é um trabalho também que, de vez em quando, se você chegar aqui cansado, você vai sair exausto. Então isso aí pesa um pouco. Mas é um trabalho muito satisfatório. A gente brinca aqui que isso aqui é uma ‘cachaça’. Você não consegue desligar. E a cada ano que passa eu estou sentindo isso. Você tem outras propostas de trabalho, mesmo melhores financeiramente, mas você não consegue desligar (E16c)

A vivência do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência é marcada pelo prazer, apesar da sobrecarga e da deficiência de recursos materiais e humanos, o que dificulta a atuação de acordo com os padrões desejados. Enfatizam o aspecto do cansaço físico e mental, mediante os esforços para poderem vencer as barreiras e adversidades que enfrentam no cotidiano de trabalho. Há um prazer explícito, que pode sinalizar a ideologia introjetada pelos enfermeiros que o cumprimento da profusão de cuidados preconiza a dimensão do dever cumprido e o desejo de continuar, apesar das dificuldades históricas que os enfermeiros enfrentam em seu trabalho, e mesmo assim se realizam.

Para Lunardi Filho (1997) e Lunardi Filho; Lunardi; Spricigo (2001), mesmo considerando o trabalho da enfermagem desgastante, existe um sabor especial em realizá-lo, que reside na execução das atividades assistenciais, o que se apresenta como mediador para a realização pessoal e profissional, em decorrência da possibilidade de executar cuidados diretos ao paciente, como também de poder visualizar o resultado imediato, com a aplicação do saber-fazer. O sentimento de dever cumprido após a realização da assistência ao usuário, empregando todo esforço para recuperá-lo, mesmo diante de um dia exaustivo de trabalho, representa um sentido positivo do trabalho que gera.

Para a construção da identidade no trabalho de um indivíduo, faz-se necessária a existência de condições organizacionais propícias nas relações de trabalho. Isso acontece mediante o reconhecimento do trabalho por parte do outro, bem como a cooperação no trabalho e a autonomia (DEJOURS, 2003a).

A autonomia confere ao enfermeiro a possibilidade de construir a identidade no trabalho, revelando o espaço de atuação entre o que é prescrito pela instituição e o trabalho real. Assim, trata-se da possibilidade de assumir responsabilidades; ou seja, de exercer algum tipo de atividade de concepção no trabalho, o que é legitimado por meio do julgamento de utilidade da hierarquia e do reconhecimento de contribuição para a organização do trabalho. Portanto, o reconhecimento para a construção da identidade no trabalho é visto como uma peça central nas relações de trabalho.

O reconhecimento da qualidade do trabalho realizado se traduz em retribuição simbólica, que pode tomar sentido em relação aos anseios subjetivos quanto à realização de si. Na dinâmica de construção/fortalecimento da identidade, o reconhecimento sobre a atividade se faz necessário. Afinal, a mobilização subjetiva – realização de si – é mediada pelo real que constitui o trabalho. Da mesma forma, a relação entre trabalho e identidade é mediada pelo outro, no julgamento de reconhecimento. Dejours propõe as bases para uma análise psicodinâmica do trabalho, assentando-a sobre um triângulo fundamental que articula trabalho, sofrimento e reconhecimento. De forma resumida,

a construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento, gratificando o sujeito em relação a suas expectativas frente a realização de si (edificação da identidade no campo social) pode transformar o sofrimento em prazer (DEJOURS, 1993, p. 228).

É muito prazeroso para a gente saber que trabalha num hospital que é referência em Belo Horizonte e que você faz parte da história desse hospital. É muito bom, porque você é reconhecido até mesmo pelos outros profissionais de outros hospitais.(E10c)

O reconhecimento daquele que recebe o cuidado apresenta-se manifestado muitas vezes em relatos deixados por escrito na própria Unidade. Dentre tantos, chama a atenção o depoimento de um paciente que sofreu um acidente de moto e permaneceu por 16 dias na Unidade: “Eu, SCP, venho através desta manifestar meus agradecimentos a todos os funcionários do HPS e SAMU pelo empenho em salvar a minha vida e por todo carinho dispensado a minha pessoa durante a minha estadia neste hospital. Quando você coloca a vida em primeiro lugar é sinal de que você também ocupa este primeiro lugar. Parabéns pelo trabalho e obrigado por tudo”. Junto a esse reconhecimento, Dejours (1999b) cita o de utilidade, aquele feito pelo cliente e pela chefia. Esses dois mecanismos de

reconhecimento são fundamentais, pois a identidade do trabalhador se constitui no interjogo das relações sociais, sendo que um dos elementos essenciais para sua produção é o reconhecimento social. O trabalho, nesse sentido, é um campo privilegiado na conquista da identidade pelos indivíduos, e o reconhecimento social no campo do trabalho ocorre de forma indireta em relação à atividade. Nesse sentido, “o que o sujeito procura fazer reconhecido é o seu *fazer* e não o seu *ser* [...]”. Somente depois de ter reconhecida a qualidade do meu trabalho é que posso, em um momento posterior, repatriar esse reconhecimento para o registro da identidade” (DEJOURS, 1999a, p. 21).

O Dr [...] fala: “Sabe como o hospital funciona? É só tirar o médico, que a enfermagem dá conta de tudo muito bem do hospital!” Acho que ela é essencial. Sem a enfermagem o hospital não funciona. (E13e)

O comprometimento pessoal do enfermeiro no processo de trabalho está relacionado à percepção deste sobre a retribuição para dos seus esforços. Dejours (1999a, p. 29) afirma que “a forma específica da retribuição é o reconhecimento no sentido duplo do termo: reconhecimento no sentido de *admitir* essa contribuição da pessoa e reconhecimento no sentido de *gratidão*”. Não se trata de qualquer reconhecimento, mas sim do reconhecimento dos pares, na medida em que estes conhecem a fundo o trabalho e podem avaliá-lo. O autor tem consciência de que o julgamento dos pares é o mais severo e crítico. Ao passar pela aprovação deles, o trabalhador sente-se retribuído e sai fortalecido desse processo.

O enfermeiro apresenta uma grande interação com o local de trabalho, absorvendo o conteúdo daquilo que é posto para poder desempenhar sua função, interiorizando-os, tornando-os seus. Por meio dessa identificação com o trabalho, o enfermeiro é capaz de identificar a si mesmo na organização. Para Berger e Luckmann (1991, p. 177), “a identidade é uma entidade reflexa, implica uma dialética entre a identificação pelos outros e a autoidentificação, uma relação entre a identidade objetivamente atribuída e a identidade subjetivamente apropriada”. Os indivíduos podem escolher rotinas organizacionais ou reforçar rituais, o que, de certa forma, contribuirá para assegurar a sua identidade com o trabalho (BRITO, 2001).

Para isso, deve-se considerar que a organização do trabalho delimita as atribuições dos trabalhadores, caracterizando as tarefas a serem desenvolvidas por estes. Porém, há um ponto a ser lembrado: o trabalho a ser executado é pensado

por uns e elaborado por outros, o que resulta em alteração na subjetividade daqueles que realizam as atividades demandadas pela organização do trabalho. Diante disso, o enfermeiro na Unidade de Urgência e Emergência possui uma identificação com aquilo que faz e, em confronto com a realidade de trabalho, pode apresentar vivências dialéticas de sofrimento-prazer e satisfação- insatisfação que possibilitam que este indivíduo empregue estratégias para mediar as contradições da organização do trabalho.

A organização do trabalho da Unidade quando apresenta características mais flexíveis, na qual é possível uma margem para o diálogo e a criatividade do trabalhador, permite, de certa forma, que o enfermeiro consiga empregar habilidades especiais, que têm como base não só o conhecimento técnico, mas também a conjugação do perfil diferenciado para o trabalho proposto na Emergência, prerrogativas relevantes para se alcançar o desempenho na Unidade, envolvendo autonomia, domínio técnico e rapidez.

Existem normas e rotinas elaboradas pelas chefias que são pouco discutidas com aqueles que executam, o que pode resultar em algum sofrimento para o trabalhador. Deve-se lembrar que a prescrição do trabalho apresenta a tarefa e o modo como se deve fazê-la. Parte-se do princípio de que o trabalhador irá executar a tarefa de acordo com as suas condições. Um exemplo diz respeito a uma rotina que menciona sobre treinamento para quem é recém-contratado, mas a organização não libera de suas atividades quem irá treinar. Assim, este realiza a atividade de acordo com as suas reais condições, sem seguir uma sistematização de informações, repassando aquilo que lhe convém, da forma como considera que deve ser, podendo apresentar resultados satisfatórios ou não para o enfermeiro que está sendo acompanhado.

A gente tem o treinamento, mas um treinamento assim: você vem acompanhando os seus colegas, você não sabe qual é a rotina. Ninguém te colocou, ninguém foi claro. Então, você vai seguir o que o seu colega faz. Você acredita que o que ele faz é a rotina normal do enfermeiro aqui. Mas assim, claro, colocar: "Você vai fazer isso, isso e isso", não. Quando a gente entra, não tem isso. E a gente tem dificuldade. Já que você está falando em relações. Tem enfermeiros do setor que têm certa resistência em treinar o colega que chega. Não são todos que são receptivos. Quando você entra no setor, você está com ele. Ele te deixa lá e sai (E9c)

Seria importante lembrar o quanto o treinamento torna-se significativo na área da Urgência. As urgências no Brasil vêm se caracterizando por: forte

racionalidade hospitalocêntrica, indicativo de uma hierarquização e uma integralidade precárias; dissociação com outras estratégias e níveis de atenção; e processo de trabalho extenuante. Tudo isso associado gera problemas de qualificação e capacitação além de outros conflitos próprios das relações de trabalho e da organização do atendimento, ocasionando insuficiente qualificação profissional para atenção às urgências.

As urgências dos hospitais públicos apresentam um esgotamento, que é facilmente visualizado pelas longas e constantes esperas por atendimento, pelo grande número de pacientes internados em situações totalmente improvisadas, em macas ou cadeiras nos corredores, seja pela constante busca do usuário por atendimento no setor de Emergência para resolução de problemas de baixa complexidade, como também, pela crescente violência das grandes cidades.

O fenômeno da violência no Brasil traz repercussões para o perfil de morbimortalidade das grandes cidades, afetando o desempenho e o financiamento do Sistema Único de Saúde. Isso fortalece ainda mais a necessidade de se estruturarem ações que busquem organizar uma rede de atenção integral às urgências, organizada a partir do diagnóstico de necessidades sociais e da identificação de vazios assistenciais. Na década de 1990, segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), o número total de homicídios no Brasil cresceu 29%. Entre os jovens, esse incremento foi de 48%. Em 2001, em relação a acidentes e violências, verificou-se o aumento de cerca de 30% do índice de anos potenciais de vidas perdidas. O principal grupo etário exposto à violência são os brasileiros com idade entre 15 e 40 anos, com prevalência maior entre aqueles do sexo masculino. Até meados de 2001, calcula-se que no SUS foram gastos R\$ 635 milhões com atendimento das causas externas, ou seja, mais de 24 % sobre o que foi gasto nos quatro anos anteriores. Estudos econômicos estimam que a violência no País consome anualmente cerca de 7% a 10% do Produto Interno Bruto (BRASIL, 2003). Este quadro exige novas estratégias dos serviços de urgência e novas demandas de trabalho, diante do quadro dos pacientes e volume de atendimento.

Dentre os pressupostos de implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, os sistemas de urgência e emergência devem ser implementados com base em cinco eixos:

- a) adoção de uma estratégia promocional de qualidade de vida e saúde para combater as causas de urgência (clínicas, cirúrgicas, obstétricas, psiquiátricas, acidentes e violências);
- b) organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências, enquanto elos da cadeia de manutenção da vida, tecendo-as desde a atenção básica até unidades hospitalares, ou de maior complexidade, e da área de reabilitação;
- c) instalação e operação do complexo de regulação da assistência do SUS – Central de Leitos, Central de Consultas e Marcação de Exames, Central Obstétrica, Central de Regulação Médica de Atenção às Urgências –, integradas entre si;
- d) qualificação e educação permanente das equipes de saúde de todos os âmbitos da atenção (promoção, atenção básica, assistência pré-hospitalar e assistência hospitalar), seja dos profissionais de nível superior ou dos profissionais técnicos, promovendo capacitação profissional mediante uma educação em urgências em conformidade com as diretrizes do SUS e alicerçada nos polos de educação permanente em saúde; e
- e) estratégias de atenção orientadas segundo princípios de humanização (BRASIL, 2006).

Considerando a insuficiência da formação dos profissionais que atuam na área de Urgência, pois o tema ainda é escasso nos cursos de graduação, existindo um grau de desprofissionalização importante, a falta de uma educação contínua acaba por comprometer a assistência e o gerenciamento nas Unidades de Urgências e Emergências (BRASIL, 2006).

Com isso, o treinamento ou, melhor dizendo, a educação permanente deve fazer parte da atividade daquele profissional que atua no pré-hospitalar, pois depara com situações que exigem aptidões para a tomada de decisões, além de conhecimento técnico. No cenário da Unidade de Urgência e Emergência, a imprevisibilidade e a complexidade fazem parte do cotidiano, sendo imperativo que os profissionais tenham uma formação polivalente e orientada para a visão da realidade. É necessário, com isso, trabalhar a partir da definição de áreas de competência, possibilitando a integração de diferentes saberes e conhecimentos,

interagindo multiprofissionalmente, a fim de formar um profissional que agregue aptidões para a tomada de decisões, comunicação, liderança e gerenciamento (SILVA; SENNA, 2006).

Portanto, a educação permanente pode permitir uma reflexão crítica sobre o trabalho, colaborando para a sua transformação e reorganização dos processos de trabalho, por meio da problematização de experiências, que deverão estar permeadas por aspectos que vão além de habilidades técnicas e conhecimento, passando pela subjetividade e por relações estruturadas entre as pessoas envolvidas no processo de assistência à saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004)

A equipe que atua na Unidade de Emergência necessita estar preparada com o mais alto nível de profissionalização para atender os usuários acometidos por causas externas e outros agravos agudos, principalmente em se tratando de um setor em que a lógica e o pensamento voltam-se ao modelo biomédico. Dessa forma, a educação continuada e permanente e os treinamentos para a utilização de protocolos de atendimento imediato ao trauma possibilitam maior autonomia aos profissionais da equipe de saúde, rompendo paradigmas e exigindo transformações conceituais no atendimento a essa população específica.

Outra questão observada diz respeito ao movimento da Unidade de Urgência e Emergência que se intensifica a partir de sexta-feira à tarde até a noite e domingo à tarde, estendendo-se para a segunda-feira. Neste setor são necessários de conhecimentos gerais sobre vários aspectos para atender nas áreas de Urgências e Emergências, e Clínica Médica, Pediátrica, Toxicológica, Neurológica e Obstétrica entre outras. A Unidade de Urgência e Emergência exige do profissional forte identificação com o serviço. O trabalho ali desenvolvido é marcado por uma sobrecarga de trabalho que, somada às pressões constantes para a tomada de decisões rápidas, torna-se fundamental no atendimento de emergência e traz novas exigências e um perfil adequado. As jornadas de trabalho são extensas, com um ritmo de trabalho rápido, gerando maior tensão. Os trabalhadores buscam articulações com outros setores, como, Unidades de Internação, Laboratório, Farmácia e Centro de Terapia Intensiva, para realizar o seu trabalho. Mas nem sempre alcançam o objetivo, pois os responsáveis pelos outros setores não lidam diretamente com o problema do paciente e nem sempre têm condições de atender à solicitação, considerando as prioridades e o número de leitos disponíveis. Nas avaliações feitas na triagem, os enfermeiros afirmam que cerca dos 40% dos

atendimentos limitam-se simplesmente à realização de exames para não trabalhar ou para justificar o porquê de não ter ido trabalhar, o que é legítimo para o usuário, mas o lugar é inadequado.

Vem o paciente, ele bate à porta. São pacientes clínicos, que normalmente seriam atendidos em policlínicas ou em postos de saúde. Por algum motivo, não conseguiram atendimento e vieram para cá. Então, como a gente não nega atendimento para ninguém, eles entram. E passam pela triagem, que é um clínico que fica lá. São todos casos clínicos, e o clínico encaminha para esse ambulatório. Depois que ele faz essa avaliação, ele vai para o ambulatório. Ele é medicado, e o plantonista deste ambulatório é que dá o seguimento da propeidética toda: dá alta, pede exame (E11c)

Nesse sentido, deve-se ressaltar que, diante do crescimento da violência e do número de acidentes, as Unidades de Emergência são portas de entrada da população acometida por lesões decorrentes dessas situações nos serviços de saúde (DESLANDES, 1999). As Unidades Básicas apresentam-se, na maioria das vezes, estruturalmente desorganizadas e despreparadas para atender ao que se propõem e, principalmente, sem profissionais suficientemente capacitados para prestarem assistência à população acometida por trauma decorrente de acidente ou violência. Essa procura elevada por consultas médicas, muitas vezes desnecessárias, implica custos individuais e desperdício de recursos públicos, já que boa parte da população que procura o serviço de urgência necessita de atendimentos de baixa complexidade, frequentemente decorrente de doenças crônicas não transmissíveis, próprias do processo de envelhecimento da população (DIAS DA COSTA, 2008).

O problema da superlotação vem se agravando nos locais de atendimento a urgências/emergências, fenômeno conhecido tanto pelas instituições de saúde públicas ou privadas, sejam hospitalares ou da rede básica, como pelos profissionais de saúde, usuários e população. As consequências são as elevadas taxas de ocupação dos leitos de observação das emergências, o que provoca superlotação de usuários, carência de recursos humanos, estrutura física inadequada e precariedade ou ausência de equipamentos e de materiais para o necessário atendimento, dentre outros fatores (DESLANDES *et al.*, 2006; MARQUES *et al.*, 2007). Torna-se visível a sobrecarga de trabalho, como também o sentimento de desperdício da vocação maior do serviço, que seria salvar vidas, bem como de subutilização do alto preparo técnico dos profissionais (MARQUES *et al.*, 2007)

A superlotação nas Unidades de Urgências e Emergências tem causado excesso de atividades, levando os profissionais a trabalharem constantemente sob pressão e sobrecarga. Quando a organização é muito rígida, o trabalhador não pode adaptar o trabalho a sua personalidade e suas competências, pois a tarefa não é compatível com seu nível de qualificação. Assim, surgem a frustração, a insatisfação e o sofrimento do trabalhador, sofrimento este que pode ser manifestado ou não e é controlado por um sistema de defesas. O trabalhador se sente impotente quando, ao usar seus mecanismos de defesa, constata que é incapaz de mudar a tarefa ou de encontrar significação ao realizá-la. Nesse contexto, os mecanismos de defesa ou as estratégias defensivas têm por objetivo principal camuflar o sofrimento existente, o que explica o fato de os trabalhadores apresentarem características de normalidade aparente mesmo estando em processo de sofrimento psíquico (DEJOURS, 1992).

Na origem do sofrimento, que leva à criação de estratégias defensivas, estão a organização prescrita do trabalho e a sua significativa distância da organização real, assim como as pressões exercidas constantemente sobre o trabalhador e as pressões do ambiente de trabalho. O enfermeiro exposto a este excesso de atividades e atuando sob pressão e sobrecarga mental constante pode culminar na exteriorização do sofrimento, com o surgimento de doenças psicossomáticas de diversas naturezas, bem como em uso abusivo de medicações controladas, consumo de álcool e outras drogas lícitas ou ilícitas, absenteísmo, rotatividade, conflitos profissionais e processos administrativos de ordem disciplinar (MARQUES *et al.*, 2007; DESLANDES *et al.*, 2006; BELANCIERI, 2004; GHIORZI, 2003)

Um dos enfermeiros do hospital estudado comenta que, além da superlotação, o que mais o deixava deprimido era a questão social. O fato de não poder resolver o problema social trazia-lhe grande desconforto. A título de ilustração, mencionou a situação de uma senhora idosa, 71 anos de idade, que estava em observação do setor de Neurologia, com diagnóstico clínico de delirium, apresentando-se gemente, confusa e chorando, querendo levantar-se a todo instante. Diante do risco de queda, por se encontrar em uma maca, foi contida, pois não havia nenhum acompanhante com ela. A fragilidade social da paciente, que manifestava a todo instante o desejo de ir para casa, chamou atenção da

enfermeira, que, diante disso, consultou o prontuário, tendo constatado que ela era proveniente de um asilo e que não tinha nenhum familiar para referência.

O quadro de delirium é uma apresentação comum de distúrbios agudos na população geriátrica. Tem sido associado a pior prognóstico, aumento de permanência hospitalar e dos custos, bem como maiores taxas de morbidade e mortalidade entre os idosos. Nos Estados Unidos, são diagnosticados 2,3 milhões de casos anuais de delirium entre idosos internados. Dados argentinos apontam uma incidência de 20,5% entre idosos internados. Os dados brasileiros são pobres a respeito da epidemiologia do delirium. O tratamento não farmacológico inclui: orientação ao paciente, suporte familiar, correção dos déficits sensoriais, não uso de contenção física, mobilização precoce, nutrição adequada e normalização do ciclo sono-vigília, com medidas ambientais. A contenção física é quase sempre indesejável e, na maioria das vezes, prejudicial ao paciente. Quando aplicada, pode confirmar o quadro de insuficiência de pessoal de enfermagem. A terapia farmacológica é necessária nos casos de agitação psicomotora importante, com o objetivo de controlar os sintomas psicóticos (PRADO *et al.*, 2008).

O usuário apresenta sofrimento físico e emocional, gerado pela doença, além do sofrimento da dependência e da impossibilidade de acesso e escolha por outro tipo de atendimento de saúde, considerando sua condição socioeconômica, como também o fato de ser idoso, sem nenhum apoio familiar. Resta para este a angustiante sensação de impotência para lutar contra algo que desconhece. A enfermeira, de certa forma, sente-se violentada com esta situação real. Afinal, as condições precárias de trabalho não lhe permitem desempenhar satisfatoriamente as suas funções. Por mais que tente executar de forma adequada o seu trabalho, ao conter o usuário no leito para evitar que sofra uma queda, está, na realidade, agravando o quadro que tanto quer resolver. Por outro lado, a ocupação dos leitos de observação nas Unidades de Urgência e Emergência acontece, com muita frequência, por causa de uma falsa resolutividade e acolhimento, uma vez que boa parte dos atendimentos está associada a problemas de baixa complexidade, próprias do processo de envelhecimento da população (MARQUES *et al.*, 2007; DIAS DA COSTA, 2008)

Para Sá (2005), as Unidades de Urgências e Emergências configuram um cenário grotesco, em que se misturam problemas crônicos agudizados, emergências clínicas, politraumatizados e busca de medicamentos, como também todo tipo de

sofrimento psíquico associado à condição de desfavorecidos da clientela e, assim, à condição social de desproteção e fragilidade. Portanto, trabalhar nesse cenário de sofrimento, dor e morte oferece a oportunidade ao enfermeiro de estabelecer uma relação de ajuda, que o satisfaz e realiza.

Durante a coleta de dados, pôde-se observar, no que diz respeito às atividades desenvolvidas pelo enfermeiro, que estas se apresentam somadas às constantes solicitações de diversas naturezas no ambiente de trabalho. Percebe-se o quanto as solicitações sobrecarregam o enfermeiro, que precisa conciliar as tarefas, prestar assistência com qualidade, supervisionar e orientar os demais trabalhadores de enfermagem e realizar o gerenciamento da Unidade. Esse trabalho exaustivo nem sempre tem o devido reconhecimento, sendo visto apenas como o cumprimento de uma obrigação.

Nos discursos apresentados pelos enfermeiros, destacam-se as dificuldades enfrentadas na realização do trabalho, uma vez que não conseguem desempenhar as atividades do modo como realmente desejariam, diante das mais diversificadas situações que precisam resolver. Assim, a precariedade do serviço hospitalar impossibilita a realização da assistência de enfermagem com a qualidade desejada pelo enfermeiro, fator que tem influência no sentimento do trabalhador com relação à atividade desempenhada. Essa situação pode atingir a saúde dos trabalhadores, possibilitando a ocorrência de desgaste, de envelhecimento e de doenças somáticas. Percebe-se que os gestores tem grandes responsabilidades em adotar estratégias que permitam a reprodução da equipe de enfermagem, que, certamente, é a mais espoliada em seu trabalho em Unidades de Urgência e Emergência.

Uma grande parcela de funcionários com distúrbios psiquiátricos. É elevadíssimo e, ainda, tomam remédio controlado. Toma mesmo. Aí, você vai vendo diferença de comportamento. Você vê um funcionário um pouco mais triste, aí você vai conversar: ele quebrou a casa inteira e não sabe por quê. Foi parar no Raul Soares. Uma pessoa que você nunca imaginou que ia 'surtar'. Gente, o que eu estou fazendo com ele? Eu não! É a instituição é que está fazendo". Por que não contrata mais gente? (E11c)

Os trabalhadores de enfermagem manifestam os impactos em seu corpo, controles excessivos sobre os equipamentos e com o tipo de trabalho realizado, além de sentimentos mesclados: ora de senso de responsabilidade pela natureza do trabalho, ora pelas incertezas e pela falta de tempo para os momentos de diálogo

entre eles próprios. Os sentimentos de indignação e preocupação com as condições de trabalho manifestadas pelos enfermeiros estão vinculados a aspectos sobre os quais têm governabilidade, o que repercute na sobrecarga, por terem que assumir responsabilidades e papéis que não lhes competem, conduzindo-os a um progressivo sofrimento. Há responsabilidades coletivas, quando cumprem as prescrições organizacionais.

No mesmo compasso, o enfermeiro assume o discurso da instituição em detrimento do desejo e voz do seu grupo. Nesse papel de interlocutor entre a equipe de enfermagem e a organização, aquilo que seria esperado pela sua equipe, no que diz respeito, principalmente, às condições de trabalho, nem sempre é executado a contento pelo enfermeiro que se encontra no cargo de gerente ou coordenador da equipe. Dejours (1999a, p. 58) expõe bem esta situação dos gerentes, que, em sua maioria, não se apresentam como seres submissos, mas como colaboradores zelosos da organização e de sua gestão. Dejours e Abdoucheli (1994) afirmam que numa organização hierarquizada do tipo piramidal quanto mais se sobe na estrutura da empresa, mais se abrem as possibilidades para a expressão e imposição dos desejos de quem ocupa os postos de chefia.

Nesse sentido, somente a alta direção poderia manifestar mais plenamente os seus anseios, pensamentos e desejos. A subjetividade dos trabalhadores é reafirmada pela necessidade de seu controle para que aquilo que foi traçado seja rigorosamente cumprido. Dito de outro modo, sua importância é reconhecida pelo avesso; ou seja, para evitar ao máximo a possibilidade de os trabalhadores criarem obstáculos e desvios na produção. Logo, quanto mais se desce na hierarquia da empresa, menor vai ser a possibilidade de expressão de seus pensamentos e desejos na condução das atividades. Dejours (1999a) traduz isso como um gerenciamento direcionado para a ameaça, favorecendo o silêncio e o sigilo, que tem se difundido atualmente em decorrência das ameaças da reestruturação do trabalho, do medo e da exclusão.

As condições são precárias em termos de material, em termos de recursos humanos, em termos de espaço físico para o enfermeiro realmente trabalhar. Não tem computador para o enfermeiro. São muitos pacientes pra poucos enfermeiros É uma coisa absurda em termos de relação de pessoal e pacientes. Não há educação continuada no serviço para o enfermeiro. O enfermeiro não faz educação continuada para os seus funcionários. Além disso, o hospital não fornece os materiais básicos, tipo injeção, seringas, às vezes agulha; caixa de luvas. Nós temos que controlar, que eu acho um

absurdo. Capote descartável, às vezes, não tem, né, aparelho de PA, monitores. O enfermeiro tem que se virar. Se ele não consegue, é considerado mau enfermeiro, né? Você é cobrado para ter materiais, ter domínio destes materiais colocados no serviço.(E2c)

A escassez dos meios de produção recai sobre o enfermeiro, como organizador da assistência. Este se coloca no papel de responder com a improvisação. O enfermeiro, em seu relato, mostra-se claramente porta-voz de uma circunstância extremamente difícil e que vem afetando o hospital de emergência. Apesar da angústia decorrente da improvisação e de uma prática orientada pelo “problema dia”, surge certa adaptação a esse contexto de urgência e, até mesmo, prazer com relação ao papel de “operacionalizador do sistema”. A prontidão permanente deste profissional, que tenta com ações contínuas resolver os problemas, mostra o enfermeiro como um antídoto contra a falta de manutenção de equipamentos médico-cirúrgicos e de insumos, especialmente medicamentos. Silva *et al.* (2009) explicam que os enfermeiros são considerados pela organização como aqueles profissionais que devem resolver questões que também não são de sua responsabilidade, mas são assumidos pelos enfermeiros. Os autores justificam que esta questão pode residir na hegemonia feminina da profissão de enfermagem, que traz consigo a figura da mulher atrelada à profissão, ou seja, aquela que resolve todos os problemas. Espera-se que mudanças ocorram e que o enfermeiro consiga definir seu nicho de atenção, deixando espaços hoje ocupados para outros profissionais de saúde, que estão chegando no mercado de trabalho.

Entende-se, portanto, que as condições de trabalho, os fatores organizacionais e a dupla jornada de trabalho são as causas mais importantes que podem desencadear o sofrimento no cotidiano desses trabalhadores, gerando insatisfação em relação à assistência prestada ao paciente

Dejours (1992), ao discorrer sobre as condições materiais no trabalho, afirma que nas tarefas ditas de execução o trabalhador se vê, de algum modo, impedido de fazer corretamente seu trabalho, constrangido por métodos e regulamentos incompatíveis entre si. Essa precariedade das condições de trabalho e a dificuldade de convivência com os colegas de profissão acarretam prejuízos à vida cotidiana privada desse trabalhador, tendo em vista que, em razão da permanência no hospital, devido às escalas extras de plantões, esses trabalhadores se veem forçados a abdicar do seu lazer em prol de melhores condições salariais. Mas para

isso sacrificam parte do tempo dedicado à convivência familiar, o que gera um sentimento de vazio e fragilização dos laços afetivos

Convivemos com a falta de recurso, que é terrível, porque a gente acaba ouvindo algumas coisas que assim: “Falta material, a culpa é do enfermeiro, do supervisor”. “Ah, olha com a supervisão! Olha com a enfermeira!”. Então assim, às vezes você ouve: “Nossa, mas não tem, não sei o que”. Mas não precisava reclamar comigo, procure o setor de materiais. Isso não é com a enfermagem. Nós não somos responsáveis por material. Então, você sofre por ouvir algumas coisas que não precisava. Uma outra coisa que me deixa revoltada: o ambulatório cheio demais, muito movimento, poucos funcionários, vem o diretor e fala: “Tem um colar cervical aqui no chão!” Então justifiquei “O setor está tumultuado”. (E17c)

Pelo fato de se ajustarem facilmente ao papel de gerente da força de trabalho, atuando como representantes das instituições de saúde, os enfermeiros reproduzem a lógica do capital. O direcionamento do seu trabalho para as funções gerenciais lhes assegura a ideia de poder e ascensão social, em clara demonstração de consciência ingênua, que reforça o sentimento de fazer parte da cúpula gerencial da organização e aumenta o seu distanciamento dos demais elementos da equipe de enfermagem. Ciampone (1987) e Harbs, Rodrigues, Quadros (2008) alertam que os enfermeiros precisam reconhecer que vêm sendo usados pela filosofia do sistema capitalista, a qual os distancia cada vez mais dos demais trabalhadores de enfermagem, a fim de que se dividam as forças de reivindicações conjuntas e se elimine um grupo maior de pressão nas organizações hospitalares.

O trabalho do enfermeiro na Unidade de Urgência e Emergência, em determinados momentos, constitui-se como um instrumento da equipe, ocupando-se de tarefas administrativas, como afirmam Guedes, Felix, Silva (2001, p 24), “percebe-se que a função burocrática, planejamento, organização e o controle sejam elementos firmemente incorporados ao seu trabalho diário”, não restando tempo do seu expediente para dedicar-se aos cuidados com o paciente.

Neste sentido, Ferreira e Leite (1997; 1998), Urbanetto (2002) e Mesquita (2002) afirmam que o enfermeiro, ao assumir a sua dimensão gerencial, deve buscar entender as dinâmicas das relações interpessoais presentes no cotidiano da profissão, estabelecidas não apenas com a equipe de enfermagem, mas também com os demais profissionais e usuários. Vale salientar, ainda, que a construção da identidade gerencial torna-se mais complexa, sobretudo quando se enfatiza o papel de “ponte”, de “canal de comunicação”, que cabe ao gerente na intermediação das

dinâmicas entre o seu grupo subordinado e as hierarquias superiores da organização institucional (FERREIRA; LEITE, 1998, p. 26). Dejours afirma que,

[...] trabalhar, na verdade, é não apenas exercer atividades produtivas, mas também “conviver”. Assim, uma organização do trabalho racional deve antes de tudo preocupar-se com a eficácia técnica, mas também incorporar argumentos relativos à convivência, ao viver em comum, às regras de sociabilidade, ou seja, ao mundo social do trabalho, bem como argumentos relativos à proteção do ego e à realização do ego, ou seja, à saúde e ao mundo subjetivo (DEJOURS, 1999a, p. 62)

Não se pode esquecer de que o ritmo de trabalho na Unidade de Urgência e Emergência é frenético; onde os momentos de pausas e descanso são poucos, a equipe de enfermagem trabalha praticamente no limite máximo de suas possibilidades, ninguém pode adoecer e tirar licença, sob pena de sobrecarregar os colegas de trabalho, condições de trabalho precárias, os salários estão defasados e dedicam-se a mais de um emprego. Entretanto, estes trabalhadores permanecem nessa atividade. Mesmo produzindo sofrimento, afirmam que possuem uma identidade com o trabalho, que significa para eles uma fonte de realização

Eu saio daqui 12 horas, e chego em casa, e vou descansar. Eu trabalho sonhando. Você sonha que a bomba de infusão está apitando, que a minha casa era... Outro dia meu marido ficou doido. Eu falei assim: “Aqui, o paciente está lá?”. Ele falou assim: “ Você está em casa!”. Eu cheguei a perguntar para ele se tinha um paciente lá em casa, porque não tinha lugar para ele ficar. Eu já cheguei a tomar sertralina mesmo, porque... por falta de paciência mesmo. Sabe? Eu já estava no limite, de você me perguntar assim: “Você tem um copo descartável?”. Eu mandava buscar na casa dele se quisesse copo. (E11c)

Estudos evidenciaram que o trabalho do enfermeiro em Unidades de Emergências obriga estes profissionais a lidar com sentimentos de depressão, desespero e ansiedade dos pacientes e familiares (PITTA, 1990; LUNARDI FILHO, 1995; SILVINO, 2002; SÁ, 2005).

Não se pode negar que os trabalhadores têm clareza de alguns dos entraves, distorções e dificuldades presentes no dia a dia do seu trabalho e, ao mesmo tempo, exacerbam expectativas que estão latentes dentro deles. Nessa esfera, nota-se que tal compreensão é do domínio parcial do trabalhador, porque em alguns momentos demonstra perceber os estrangulamentos vigentes no trabalho e, até, determinar algumas saídas para a consolidação de alternativas estruturais e organizacionais do processo de trabalho, com apoio, em alguns momentos, de um

suporte terapêutico. Essa situação, se, de um lado, permite ao trabalhador pôr em prática seu potencial, construindo, por meio de habilidades e qualificações adquiridas, condições provisórias de trabalho, de outro, pode levá-lo a uma pseudossatisfação, por não ter disponível na estrutura produtiva os instrumentos ideais e apropriados para seu adequado desempenho (SELL, 2002).

O processo de re-produção do capital acaba produzindo essa nova forma de ser social: corroído em seu caráter (SENNET, 2006), banalizado pelo mal, forma como Dejours (1999a) entende um estado de normalidade, uma conquista “mediante uma luta feroz entre as exigências do trabalho e a ameaça de desestabilização psíquica e somática” (p. 19).

Dejours (1999a, p. 19) fala de três racionalidades do trabalho:

- a) racionalidade em relação à produção, que tem como critério a eficácia;
- b) racionalidade em relação ao mundo social, a normas e valores de convivência no trabalho;
- c) racionalidade em relação à saúde mental e física, ao mundo subjetivo de cada um (p. 9).

A racionalidade em relação à saúde mental e física passa, então, sempre pela experiência vivenciada do sofrimento. O sofrimento é da ordem singular, do corpo. É por meio do conceito psicanalítico de angústia que Dejours irá pensar a gênese do sofrimento que preexiste ao trabalho, buscando análise em relações primitivas com os pais, recolocando em cena aquilo que o fez sofrer. Nesse lócus, procurará, indiretamente, elaborar esse sofrimento primitivo, e para cada enigma do trabalho que resolver sentirá que se fortalece psiquicamente, e a zona de obscuridade diminuirá um pouco.

O autor chama de “ressonância simbólica” essa relação entre o mundo psíquico e o mundo do trabalho. Para a apreensão das angústias vividas no trabalho, Dejours, inspirado na psicanálise, propõe uma atividade de escuta atenta à fala dos trabalhadores. Não só a fala individual, mas principalmente a coletiva, considerando que para a psicodinâmica do trabalho se o sofrimento é da ordem do singular sua solução é coletiva. É em um espaço público que a escuta do que é

expresso possibilitará que o sofrimento possa emergir e sua solução ser pensada por todos. Dejours (2003b) tem uma posição sobre o coletivo do trabalho:

O essencial para a saúde mental individual, nas relações com o trabalho, é a ação sobre o funcionamento do coletivo. O coletivo não é apenas um grupo. O que o define é a construção comum de regras e ofícios [...] é muito difícil construir um coletivo.

Neste particular, é pertinente a vontade dos trabalhadores em instituir o novo no interior do trabalho. Isso fica contido nos discursos ao expressarem as possibilidades de alianças ou parcerias com outros trabalhadores ou instituições, porque acreditam que essa via pode levar a transformações no contexto do trabalho. No entanto, quando o foco se dirige para a compreensão ampliada do próprio objeto de trabalho e das racionalidades implícitas nos modos de conceber e intervir sobre a doença humana na sociedade, o domínio do trabalhador parece se reduzir drasticamente. Fica evidenciado o recorte deste objeto no momento de sua transformação em paciente do hospital, quando passa então a existir. Este recorte se centra nas bases de pensamento que dirigem seu trabalho nos limites da intervenção sobre corpos visíveis somente sob a ótica normatizadora de um saber pouco questionado.

Afirma Dejours (2004e, p. 144) que toda ação implica uma parte de trabalho, mas o sujeito da ação pode se achar tão ocupado com o que lhe exigem o trabalho e a atividade que acaba por perder aí sua relação consciente com a ação. Não seria esta a forma de os trabalhadores de enfermagem negarem o sofrimento, trabalhando e atuando como se nada os tivesse atingido? É possível que esta seja uma estratégia defensiva, ou seja: trabalhar, trabalhar, ocupar-se todo o tempo, sem ter tempo para pensar, para tomar consciência do sofrimento, do desgaste, como se isso não fosse permitido ao trabalhador de enfermagem, que tem ainda a vocação, doação, o cuidar do outro como algo intrínseco à profissão, não havendo espaço para o sofrimento, para o enfrentamento das adversidades de forma mais amadurecida.

Beck (2001), em seu estudo sobre a banalização do sofrimento dos trabalhadores, declara que estes assumiram duas formas de apresentação: a naturalização do sofrimento; e o envolvimento com ganhos secundários, como uma recompensa. De certa forma, as manifestações de alegria e raiva ocorrem neste

mesmo sentido, em que os dissabores são entendidos como algo inerente à profissão, sendo a recompensa e o reconhecimento uma saída. O autor afirma que é necessário enfrentar a banalização do sofrimento, buscando formas de tornar o trabalho fonte de prazer e satisfação.

Quando se deterioram as relações de troca, estão se deteriorando as relações sociais, as possibilidades de reconhecer-se e/ou reconhecer o outro (CODO, 2000, p. 135). A organização do trabalho não é algo só técnico, pautado apenas em normas, regras e regulamentos, mas é também objeto de um complexo jogo de relações sociais de trabalho (DEJOURS; JAYET, 1994, p. 101). Assim, na enfermagem são estabelecidos diferentes sujeitos: o usuário, a equipe multiprofissional, a equipe de enfermagem e as instâncias hierárquicas. Estas também se refletem no cotidiano do trabalhador com seus familiares. Compatibilizar esta rede relacional tem sido um dos grandes desafios da profissão. Para tanto, entender a dinâmica das relações interpessoais é um dos caminhos apontados em estudos como os de Ferreira e Leite (1997; 1998), Matos (2002), Mesquita (2002) e Urbanetto (2002), pois estas têm sido fonte tanto de conflitos como de prazer.

Neste sentido, Sá (2001, p. 159) afirma que “se faz necessário priorizar a análise dos processos grupais como uma importante condição para uma melhor compreensão da dinâmica organizacional e dos limites e possibilidades para a governabilidade das organizações”. Dessa forma, pensar em mudança organizacional é pensar em avançar nas relações que se estabelecem no dia a dia, mudanças que podem ser pequenas, mas que se tornam importantes para o trabalhador enquanto sujeito ativo, criativo, afetivo, relacional.

5.3 Relações de poder no contexto do hospital

Conforme dito anteriormente, o enfermeiro assume uma função administrativa com base na teoria clássica da administração, assimilando o papel esperado pelas instituições. Trevizan (1988) e Mendes, Trevizan, Shinyashiker, Nogueira (2007) assinalam que a emergência da burocratização do trabalho do enfermeiro está relacionada a três fontes principais: a divisão social do trabalho; a organização hospitalar, em que o enfermeiro é afetado pela continuidade tempo e

espaço, que reforça ainda mais a divisão social do trabalho em enfermagem; e a expectativa médica, que tem transformado o enfermeiro em especialista administrativo.

A divisão social na enfermagem se expressa na relação entre a prática hegemônica médica e as demais práticas sociais. O trabalho médico apresenta-se determinante e dominante do processo de trabalho em saúde, que, por sua vez, foi redividido, cabendo ao enfermeiro mais qualificado o trabalho mais intelectual e aos demais, técnicos e auxiliares, menos qualificados, a parcela manual do trabalho. Essa cisão entre o trabalho manual e o intelectual na enfermagem prejudica as possibilidades de trabalho vivo em saúde. Deve-se lembrar que, para Merhy (2002) o trabalho vivo é o trabalho criador, marcado exatamente pela possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com liberdade, em presença simultânea das quatro dimensões: organização, saber tecnológico, matéria-prima e ferramentas (MERHY, 2002, p. 45). A cisão entre o trabalho vivo e o trabalho manual fortalece a dicotomia do trabalho em manual e intelectual, favorecendo a espoliação das classes dominadas, que, de certa forma, internalizam a percepção dominante de que as tarefas que executam são, socialmente, menos importantes (LUNARDI FILHO, 1995; 2004).

[...] aqui, a gente é um tampa buraco, apagar-fogo, apagar- incêndio. Tem um probleminha aqui, cadê o supervisor de enfermagem?. Então, eu vejo é nesse sentido. Tudo que envolve o médico, cadê o médico?(E11c)

É esperado do enfermeiro que seja capaz de administrar, a fim de que possa assumir algumas funções administrativas às quais os médicos não desejam se dedicar. Isso inclui o controle e a manutenção da Unidade. Há uma carga extra de trabalho relacionada a ações que deveriam ser executadas pelo médico, mas que este se recusa, transferindo o trabalho indesejável para o enfermeiro.

Assim, observa-se que a legitimação do papel do enfermeiro parece se basear numa relação de cumplicidade com o médico, considerando também os aspectos quanto ao domínio /poder que o médico ainda exerce sobre os procedimentos de enfermagem ao manter o enfermeiro como responsável pela administração, especificamente aqueles direcionados para a manutenção da unidade produtiva. O processo de trabalho do enfermeiro está vinculado ao médico,

que exerce controle do espaço e do tempo do trabalho de grande parcela dos trabalhadores.

Essa maneira de proceder do enfermeiro é despersonalizante, uma vez que assume uma multiplicidade de atribuições que traz como consequência pouco tempo para os procedimentos de enfermagem com os pacientes.

A vinculação do enfermeiro com as tarefas burocráticas o distanciam do cuidado direto com o paciente, podendo gerar um desgaste pessoal, mediante o desempenho de papéis tarefeiros, “quebra-galhos” ou “bombeiros”, sendo que, em verdade, este profissional está gerenciando crises, com o intuito de superar as deficiências de infraestrutura. Este quadro pode ser explicado considerando que é possível evidenciar que o enfermeiro direciona, mantendo no seu cotidiano de trabalho, a lógica do controle de tarefas e do comportamento dos trabalhadores (SPAGNOL, 2002). O autor destaca, ainda, que os serviços de enfermagem, no âmbito hospitalar, apresentam um modelo organizacional verticalizado e hierarquizado, presente no modelo clássico de gestão, que mantém centralização do poder, rígida hierarquia, impessoalidade nas relações, morosidade nas decisões e fluxo de comunicação verticalizado, entre outras (SPAGNOL, 2002).

Neste modelo, tão semelhante ao apresentado na Unidade de Urgência e Emergência, o enfermeiro aparece absorvido pela hierarquização do cotidiano. Com isso, ao mesmo tempo, tenta encaminhar e dar retorno às solicitações que lhe são feitas, adotando um comportamento de onipotência de ter que dar respostas a tudo e a todos. Segundo Bertoncetto & Franco (2001), essa atitude é reforçada pelo estereótipo do enfermeiro em querer abarcar todos os encaminhamentos que chegam à Unidade, como se fosse o único responsável para resolver os problemas.

Mas as pessoas só lembram da supervisão de enfermagem e, geralmente, das coisas que não têm nada a ver com a enfermagem. Mas a gente acaba pegando e tentando dar uma ajeitada no setor para não criar mais problemas. A gente faz muita coisa que é técnica e de manutenção, como pegar lâmpada, emendar fio de monitor. A gente deixa de ver o paciente que é grave e prioriza uma transferência, um exame. O médico aqui tem muito mais importância (E11c)

O entrevistado reconhece a importância conferida ao médico e seu papel delimitado, do qual não se distancia, e a supervisão de enfermagem como responsável por todas as soluções de problemas, mesmo que não lhe diga respeito.

São poderes diferenciados que geram conflitos e se perpetuam nas unidades de trabalho.

A função administrativa assumida pelo enfermeiro mostra que, usualmente, este sujeito desempenha essa função no sentido de executar as ordens e os regulamentos prescritos pelo corpo clínico e pela administração. A discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real tem sido amplamente apontada na literatura (WISNER, 1984; DEJOURS, 1999a; GUERIN *et al.*, 2004), enfatizando as implicações e os efeitos para o bem-estar dos trabalhadores, como também para a eficiência e a eficácia do processo produtivo.

O enfermeiro não consegue exercer o papel de atendimento direto ao paciente, uma vez que restringe suas ações à coordenação da equipe de enfermagem, acompanhando o cotidiano da enfermaria. No entanto, este mesmo sujeito se considera investido de autoridade ao assumir a responsabilidade na provisão e no controle rígido de materiais e equipamentos, além da rigorosa supervisão dos procedimentos executados pelos trabalhadores. Assim, passa a comprometer-se com os objetivos da organização, agindo em conformidade com as normas padronizadas, mas também se sente responsável por manter esta padronização (LUNARDI FILHO, 1997; MENDES *et al.*, 2007). Estudos recentes de Brito, Penna, Alves (2004) mostram que o enfermeiro se distancia do cuidado direto para fazer administração, mas se ressentido por estar ausente da assistência, como parte de uma cultura integrada no processo de formação.

A enfermeira agora é a gerente administrativa que teoricamente estaria vinculada a todos os problemas administrativos da Unidade. Na verdade, eu acho que nem ela mesmo está incorporando o que é o papel dela. E a gente também sempre tem procurado se dirigir a ela, evitando procurar esse médico, pois este não entende os problemas de enfermagem. (E5e)

Essa posição administrativa da enfermeira está relacionada ao controle burocrático de pessoas, equipamentos, materiais e atendimento ao cliente. A estrutura hierárquica, ao segmentar a organização entre a autoridade e o subordinado, estrutura as relações, colocando em evidência o exercício do poder e delimita os espaços de decisão de cada um dentro da organização. A organização do trabalho de enfermagem na Unidade de Urgência e Emergência estabelece rotinas nos setores e padroniza a forma e a execução das tarefas, de maneira a construir uma linha de produção repetitiva que compromete a criatividade, porém

amplia a produtividade individual dos trabalhadores. A exploração proporcionada pela organização do trabalho de enfermagem ficou evidenciada pelo número de pacientes atendidos na Unidade em relação ao número de funcionários. Esse controle burocrático na estrutura organizacional, de certa forma, aprisiona o indivíduo, uma vez que não será permitido ao trabalhador definir sua própria atividade. Afinal, este realizará a sua atividade conforme os manuais e os protocolos preestabelecidos e as normas definidas pela especialização da função, cumprindo os prazos e os padrões de movimento e de procedimentos definidos pela organização e disseminados pela estrutura hierárquica (ENRIQUEZ, 2002).

Os profissionais de enfermagem raramente se dedicam a um setor de trabalho, escolhido por eles. São designados, sem participar da escolha. Mas, diante da imprevisibilidade da superlotação e do absenteísmo, parece natural que a gerência faça a escolha e defina quem vai estar onde. Cada setor da Unidade de Urgência e Emergência era direcionada para a realização de atendimento específicos que, de certa forma, alterava a natureza do trabalho de enfermagem. Além da pouca possibilidade de escolher o setor e, portanto, a natureza do trabalho, os enfermeiros realizavam seu trabalho conforme uma rotina preestabelecida e a divisão de tarefas. As tarefas eram gerenciadas e controladas pelos enfermeiros, e a escala era elaborada seguindo uma ordem espacial e lógica da estrutura física do setor.

O descompasso entre o trabalho prescrito e o trabalho real, considerando o planejado e o que realmente deve ser executado, nas condições reais, pode agregar dificuldades aos trabalhadores e reduzir a margem de manobra para responder satisfatoriamente às exigências das situações. Tal situação gera como consequência a necessidade de adaptações que nem sempre atendem ao esperado. Há um planejamento do trabalho, como se tudo fosse linear e possível de ser cumprido, mas a realidade, principalmente na Urgência, introduz elementos novos, que, por sua vez, exigem respostas diferentes da padronizada. Como consequência, a distância entre a tarefa e a atividade passa a demandar uma carga de trabalho. A sobrecarga de trabalho e o aumento do custo humano da atividade impacta os componentes físicos, cognitivos e psíquicos, originando fadiga mental e física.

Ao pensar o trabalho sob uma dimensão humanizada, Schwartz (1998) afirma que definir o trabalho é uma missão impossível. Ele se propõe a falar sobre

trabalho de valores. Essa posição implica adotar certo distanciamento e relativizar a relação trabalho prescrito/trabalho real, em que o campo do trabalho passa a ser visto como um triângulo. O primeiro polo desse triângulo é aquele que utiliza os saberes formais ou disciplinares para prender, limitar e colocar uma camisa de força, encaixando uma realidade dentro de uma teoria, atendendo aos critérios contáveis, de mercado. O segundo polo é o dos saberes ditos informais, o qual deve se ocupar do bem comum, dos valores. O terceiro polo, menos conhecido, mas o mais pertinente, é o do trabalho como gestão. Toda a atividade comporta uma parte de gestões complexas por aqueles que dela participam: decisão entre imperativos diferentes, gestão de imprevistos, gestão de relações sociais, gestão de crises e, finalmente, gestão de si (SCHWARTZ, 2000). Tal noção implica duas dimensões: as marcas do indivíduo na realização da atividade; e o “uso” deste indivíduo pelo coletivo, que, de algum modo, participa da atividade.

Os enfermeiros em situações reais de trabalho são confrontados com um conjunto de normas em relação e vão criando as suas próprias normas para atender rapidamente às prescrições apresentadas pela organização (explícito) e as variabilidades (implícito) que surgem durante o processo de trabalho e afetam o funcionamento do sistema. Assim, o enfermeiro reage de diversas maneiras: ora como forma de solidariedade espontânea, tentando localizar o médico que deveria estar presente na Unidade durante o plantão; ora assumindo a função do profissional da farmácia no controle quantitativo de medicamentos e materiais, fornecendo informações relevantes quanto ao consumo diário na Unidade, o que não implica que será repostos em quantidade suficiente de medicação e materiais de consumo.

A farmácia, isso é serviço da enfermagem? Nós, enfermeiros, que trabalhamos, nós temos que fazer o check list, temos que conferir o check list., e temos que fazer isso. Esse serviço não é nosso! Mas nós fazemos porque foi determinado que nós vamos fazer, entendeu? Ai, eles falam assim: “Ah, é porque a enfermagem produz mais! É um profissional mais confiável”. Mas, por ser mais confiável, nós vamos começar a carregar o hospital todo nas costas? (E1e)

Percebe-se o início de certo incômodo com o papel destinado ao enfermeiro, mas a ação contra esse jogo organizacional é coletivo e pode levar anos ou décadas de acumulação para produzir o novo; enfim, uma nova postura do enfermeiro.

Trabalhar implica, como diz Schwartz (1998), reindividualizar as normas de nosso meio, de negociar as próprias normas em relação às normas que são propostas ou impostas. Toda atividade é um debate com as normas, pois qualquer situação de trabalho exige do trabalhador escolhas, análises, arbitragens e ponderações no seu dia a dia. Para Schwartz (1996), o trabalhador sempre tem que fazer escolha e análise para gerir. Por exemplo, a realização individual de objetivos *versus* a realização coletiva, a qualidade *versus* a quantidade.

Deve-se atentar que quando afirma que o trabalho é o uso de si, isso significa que o trabalho é o lugar onde acontece uma tensão constante, mas que abre espaço e sempre tem condição de negociar esses conflitos. Portanto, não há execução de tarefas, mas uso de si, considerando que o trabalhador é um ser vivo que é convocado para gerir situações, mesmo se não forem explicitadas. Se o trabalho envolve o uso de si, este também apresenta o uso de si pelos outros, pois o trabalho, em parte, é determinado por um conjunto de normas, prescrições e valores históricos. O uso de si por si permite ao sujeito criar estratégias singulares e modificar as normas e as prescrições para conseguir superar os desafios do trabalho.

No plano da tarefa prescrita, o sujeito se vê constantemente obrigado a renormalizar essas prescrições diante de situações inusitadas que a atividade lhe impõe. A fim de exemplificar o trabalho do enfermeiro na Unidade, percebe-se que a sua tarefa se restringe a atender as necessidades de funcionamento do local para que o paciente possa receber a assistência adequada. Dessa forma, podem-se ignorar os diferentes usos de si que estes enfermeiros fazem na execução de sua tarefa. Isso porque, para que a Unidade possa prestar assistência de saúde, compreendendo a consulta, o exame-diagnóstico, a aplicação de medicamentos e as ações de cuidado, entre outros, os enfermeiros buscam conjugar o cuidar e o gerenciar, sobrepondo-se, na maioria das vezes, o gerenciar sobre o cuidar. Essa sobreposição acontece porque o mercado de trabalho espera que este profissional realize o controle burocrático da instituição. Com isso, faz com que este trabalhador faça uso de si para satisfazer as necessidades do outro e em benefício de si mesmo no que se refere a manter seu emprego.

Compreende-se que o enfermeiro, na sua relação com o hospital, têm-se caracterizado pelo ethos autoritário, preponderando relações na forma da gerência que se configuram na superioridade e na subordinação, na imposição e no

conformismo. Estas relações são comuns em organizações burocráticas, e percebe-se que nas unidades de trabalho o gerenciamento autoritário é assumido pelo enfermeiro, direciona sua ação para o controle de materiais e equipamentos, além da supervisão dos procedimentos executados pelos trabalhadores. Mesmo exercendo o controle desta atividade, em muitos momentos, as iniciativas de autonomia, criatividade ou inovação do enfermeiro serão bloqueadas pelas chefias imediatas e mediata. O enfermeiro atua como extensão do poder da posição central da organização, chocando com a interferência do médico na sua ação. Essa situação se deve, a todo instante, à hegemonia do médico, que detém o poder derivado do conhecimento relacionado ao tratamento e cura do paciente (MENDES *et al.* , 2007; p. 303).

Porque o médico desaparece, e nós ficamos com a carga toda ali de cobrança. Eles não entendem que enfermagem não tem que ir lá chamar médico. Mas, mesmo assim, a gente chama, porque pelo paciente sempre fazemos um monte de coisa que não é da gente. (E1e)

Um exemplo claro é a coordenação da enfermagem da Emergência, porque antes o hospital tinha uma coordenação geral da enfermagem, então o coordenador de emergência, ou o diretor de emergência, não tinha que lidar diretamente com esta coordenação de emergência. Hoje em dia, a enfermagem da Emergência, toda a enfermagem da Emergência, é subordinada ao coordenador geral da Emergência, que é médico. (E1e)

Considerando o desenho organizacional apresentado pelo hospital, cada gerência é ocupada por um gerente, e este foi selecionado pelo diretor. Nesta estrutura organizacional, a enfermagem está vinculada à Gerência Assistencial, cuja direção está a cargo de um médico. Com isso, a enfermagem não forma uma hierarquia e nem possui um nível decisório da profissão.

A falta de um espaço de liberdade da equipe de enfermagem para negociar o modo operatório e torná-lo mais próximo do sujeito pode contribuir para o aumento da carga psíquica. A enfermagem perdeu uma referência tradicional como serviço autônomo.

A organização para o enfermeiro, hoje, eu acho que ficou assim meio que perdida. Você não sabe nem direito a quem recorrer. Eu acho que esta estrutura nova, que montou de uns tempos para cá, em que você fica praticamente subordinado ao diretor da Unidade de Urgência, que é um médico, distante das coisas da enfermagem, que não entende bem o que é isso, eu achei ruim (E5e)

Pecebe-se que as mudanças na estrutura são recentes e não foram internalizadas, principalmente porque houve perda de autonomia da enfermagem e nova subordinação administrativa ao médico.

A estrutura presente é linear, com uma formação estrutural, na qual existem linhas diretas e únicas de autoridade e de responsabilidade entre o superior e os subordinados. Interessante observar que o fluxo de autoridade ocorre de cima para baixo, sendo representado por círculos que compõem a linha e detêm autoridade. Considerando a dificuldade de reunir em um ocupante de cargo todo o conhecimento necessário para o desempenho da sua função, surge o estafe, que se mostra representado por retângulos e que tem a única função de aconselhar em matéria especializada, sem nenhuma autoridade ou responsabilidade na execução. Outro ponto que merece ser lembrado é que as coordenações existem para agrupar o número elevado de cargos criados diante da complexidade do trabalho organizacional que aumenta continuamente (MOTTA; VASCONCELOS, 2006).

[...] mas no organograma do jeito que foi colocado, não existe a chefia de enfermagem. O coordenador é o chefe da Emergência, de todo mundo, da equipe médica, dos enfermeiros. E a enfermeira é adjunta dele ainda. A enfermagem viu que ele não sabe nada da atividade da enfermagem., Ele quer ver corredor vazio. Ele acha que enfermeiro é para esvaziar corredores. Desconhece. Ele não sabe a atividade nossa, ele não sabe. A enfermeira tem uma bagagem enorme. Ela sabe como funciona. Quando ela fala com a gente, a gente entende o que ela está falando. (E4c)

Há uma insatisfação do enfermeiro por ter uma chefia médica que não a entende e faz cada vez maiores exigências, acirrando relações históricas de poder das duas corporações. Do ponto de vista organizacional, parece um retrocesso, por desconsiderar as culturas profissionais e reforçar polos de poder antagônicos. Experiências similares em outros hospitais fracassaram, pois a enfermagem perdeu sua identidade profissional, e a direção voltou atrás, recriando o serviço com maior autonomia (ALVES, 2008).

Ao observar a coordenação dos setores da Unidade de Urgência e Emergência, não há, normalmente, uma coordenação unificada (“um chefe único”), na medida em que esta se faz pela lógica das profissões, como chefia médica do CTI e chefia de enfermagem do CTI, e assim por diante. Dessa maneira, é possível nomear e reconhecer um chefe (de toda a equipe) do laboratório. O mesmo não acontece com as Unidades Assistenciais, em que cada profissão segue uma lógica

própria de trabalho e práticas assistenciais, procurando zelar pelos seus espaços de poder, autonomia e coordenação dos seus cotidianos. Explica Cecílio, Merhy (2003, p. 189). Seria possível dizer que o “chefe” (médico) do CTI coordena, de fato, toda a equipe? Que ele tem poder para interferir na lógica de coordenação do trabalho da enfermagem? Sabemos que não”.

Os supervisores acompanham o trabalho da equipe de enfermagem, repassando e fazendo cumprir as orientações e deliberações da diretoria e as normas gerais de funcionamento do hospital. Os trabalhadores operacionais dedicam-se, entre outras atribuições, à assistência direta aos doentes conforme regulamentado pelos conselhos que regem as profissões. Ao técnico de enfermagem cabe, entre outras atribuições, assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e na supervisão das atividades de assistência de enfermagem.

Existe paradoxos e contradições no encontro das linhas de autoridade e responsabilidades, que ora somam esforços e ora se fragmentam e se confrontam. Os profissionais de enfermagem se mostravam submissos em muitos momentos, comportamento que evidencia a eficácia do mecanismo de controle burocrático (HOPFER, 2002), camuflado na estrutura hierárquica da organização.

A divisão hierárquica, enquanto autoridade necessária, definida pela estrutura organizacional, mascara a relação de submissão estabelecida por meio da divisão entre aqueles que mandam e aqueles que obedecem (ENRIQUEZ, 1974, p. 77). Na Unidade de Urgência e Emergência fica nítida a separação entre aqueles que mandavam e aqueles que obedeciam a normas explícitas que impediam a participação dos trabalhadores operacionais nas definições referentes ao seu trabalho.

A exploração por meio da estrutura hierárquica encontra-se na disseminação do controle por toda a organização, não existindo trabalhadores sem um chefe correspondente; este, representante dos interesses capitalistas.

Como a organização do processo do trabalho é definida e transmitida pela estrutura hierárquica, é nesse ponto que o processo de exploração se concretiza, processo sustentado na ordem imposta por meio da estrutura hierárquica. A hierarquia acaba por amenizar a iniciativa e propicia a proliferação da repetição, tendo em vista que é definidora da organização do processo de trabalho, impondo a coexistência entre a submissão e a criatividade. A hierarquia “estabelece um sistema

que justapõe uma gestão rigidamente organizada com um envolvimento pessoal nas tarefas (FARIA, 1987, p. 45).

A separação entre a concepção e a execução do trabalho e entre o trabalho mental e o trabalho manual subdivide o próprio homem em um ser que pensa e um ser que executa (BRAVERMAN, 1987). Essa separação foi percebida na Unidade de Urgência e Emergência na relação entre a equipe médica e a equipe de enfermagem enquanto categorias profissionais e na relação entre os supervisores e os trabalhadores operacionais de enfermagem. A equipe médica apresentava-se como responsável pelo encaminhamento das ações de saúde, colocando-se como aquela que detinha os conhecimentos e destinava-se às tarefas nobres, enquanto os profissionais de enfermagem operacionais ficavam restritos às tarefas solicitadas pelos médicos, geralmente manuais e administrativas.

O hospital moderno responde a duas linhas de autoridade médica e administrativa, as quais são hierarquicamente superiores aos demais grupos profissionais. Apesar de a enfermagem se configurar como a maior categoria profissional dentro dos hospitais e de ser responsável por procedimentos indispensáveis à prática médica, prestando assistência aos pacientes durante 24 horas ininterruptamente, estes profissionais respondem, formal ou informalmente, tanto a uma diretoria médica quanto a uma diretoria administrativa.

Essa estrutura hierárquica evidencia o estereótipo, construído historicamente, dos médicos como aqueles que desenvolvem as tecnologias avançadas para os casos especiais, executando tarefas nobres, enquanto os outros agentes, “desprovidos de competência”, fazem a higienização e os demais cuidados dos pacientes (ADAM; HERZLICH, 2001)

Para pensar no paciente de uma forma integral, desde a sua internação até o momento da alta, e lembrar que todo profissional de saúde envolvido trabalha com a lógica do cuidado, a coordenação do trabalho deve seguir a lógica das profissões, pois existem saberes próprios de cada profissão. O encontro desses saberes ocorre em uma situação caracterizada por comando/execução, principalmente na relação médico/enfermeiro/corpo de enfermagem. De acordo com Cecílio, Merhy (2003), a prática da enfermagem e demais profissões é comandada pelo ato médico, que detém o monopólio do diagnóstico e da terapêutica. Essa determinação da prática médica sobre as demais profissões conduz à leitura de cada profissão, apresentada sua especificidade e uma autonomia própria, que,

mesmo existindo as instituições em muitos momentos, insistem em não permitir canais livres de representação dos profissionais não médicos no processo de trabalho. Isso, de certa forma, traz um poder disciplinar, diante das regras propostas pelo jogo institucional, gerando ruídos, tensões e disputas.

5.4 Estratégias coletivas de defesa dos enfermeiros

As estratégias coletivas de defesa constituem alternativas de os enfermeiros lançam mão para se adaptarem e não adoecerem diante de uma organização laboral com potencial para gerar efeitos prejudiciais a sua saúde. Partindo-se da premissa de que a organização de trabalho influencia a saúde dos trabalhadores, uma vez que esta perpassa o conteúdo da tarefa e das relações humanas no trabalho, podendo conduzir ao aumento da carga psíquica.

A sobrecarga de trabalho é excessiva na Unidade de Urgência e Emergência. O trabalhador está exposto a condições de trabalho inadequadas, que podem influenciar sua saúde e segurança. O ambiente, naturalmente, apresenta forte pressão para aumentar a produção diante da demanda crescente, em virtude da porta aberta. O quadro clínico do paciente é agudo e exige resolução rápida. Há um predomínio do imprevisível, que, aliado às condições de trabalho, pode gerar no trabalhador sentimentos de impotência e perda do controle sobre a atividade e/ou pode gerar satisfação pelo fato de contribuir para salvar vidas.

Em alguns dos discursos o enfermeiro situava o quanto a Unidade pode ser prejudicial ao trabalhador, afirmando que “ninguém consegue ficar no Poli um ano e não dar uma cabeçada na parede um dia”. Como entender uma situação dessa? A explicação plausível apresentada por Dejours está diretamente relacionada à organização do trabalho, quando esta torna o trabalho fatigante, por não oferecer a via de descarga necessária. Com isso, a energia é acumulada e ocorre conflito entre o desejo do trabalhador e a real organização do trabalho. O trabalhador é impedido de ser sujeito de seu comportamento, e surgem conflitos decorrentes do confronto entre a personalidade e o desejo do trabalhador e a organização do trabalho, que não lhe oferece a liberdade necessária para que possa

usar suas aptidões no exercício do trabalho, culminando no sofrimento e na alienação (DEJOURS, 1992; 1999a).

Cristophe Dejours (1999a, p. 16) ponderou que, de fato, “esta questão é muito importante, pois atrás de toda crise ligada ao trabalho esconde-se uma crise de identidade. Para muitos de nós o trabalho representa uma segunda chance de obter ou consolidar a identidade e adquirir um pouco mais de confiança pessoal.

Isso não implica afirmar que, ao reconhecer o papel do trabalho na construção da identidade do ser humano, o trabalho se realizaria sempre sem sofrimento. Sobre esse aspecto, Dejours tem também uma opinião instigante.

[...] trabalhar bem não é uma coisa simples, sempre comporta uma cota de sofrimento. Mas esse sofrimento pode se transformar em realização e satisfação pessoal quando se consegue resolver problemas e, a partir disso, se obtém reconhecimento. Os assalariados, quando sofrem, sempre esperam qualquer coisa em troca e o aspecto mais importante desse equivalente não é o salário, mas o reconhecimento do trabalho pelos outros; superiores e clientes certificam a utilidade econômico-social do trabalho, os colegas admiram a capacidade profissional existente por trás do trabalho (eu domino as artes do ofício) [...] Por meio do reconhecimento dos outros, o sofrimento adquire um sentido: não sofri em vão, meu sofrimento serviu para alguma coisa. Então esse sofrimento se transforma em realização pessoal e ajuda a reconstruir a identidade (DEJOURS, 1999a, p. 16)

O sofrimento é inevitável e permeia as dimensões do cenário da vida, com raízes na história de cada indivíduo, decorrente do choque entre a história individual dos trabalhadores, portadores de projetos e desejos, e uma organização do trabalho que não permite a realização destas aspirações (DEJOURS; ABDOUCHELI; JAYET, 1994).

As manifestações do sofrimento variam de acordo com o conteúdo da tarefa que o trabalhador deverá executar e que poderá gerar insatisfações, medo, angústia, tédio ou motivações, transformações e prazer. O trabalho, para Dejours (1992, p. 164), “não é nunca neutro em relação à saúde, e favorece seja a doença, seja a saúde”. O sofrimento suscita estratégias defensivas que “conduzem a modificações, transformações e, em geral, a eufemização da percepção que as pessoas têm da realidade que as faz sofrer” (DEJOURS, 1992, p. 164).

Nesse sentido, as defesas coletivas permitem aos trabalhadores maior resguardo na luta contra o sofrimento, se comparadas às situações que são utilizadas apenas como defesas individuais. Quando manifestados coletivamente, os mecanismos de defesa têm o intuito de lidar com diferentes tipos de sofrimento.

Variam de acordo com a organização do trabalho, colocando em evidência a sutileza, a criatividade, a variedade e a inventividade.

Por meio da técnica de observação, foi possível apreender situações que apresentavam a existência da **estratégia das pausas** no trabalho, com a prática da comemoração de aniversários, em que os enfermeiros e a equipe de enfermagem se encontram em um pequeno espaço da Unidade, destinado ao café. Este tipo de prática ajuda as enfermeiras a esquecer por alguns momentos a realidade em que se encontram, oportunizando brincadeiras, piadas e pequenas ausências para uma conversa com um amigo, que são formas de desvio permitidas na busca do prazer dentro do trabalho da enfermagem. Esta estratégia das pausas no trabalho foi estudada e denominada a partir de pesquisas de Christophe Dejours (1992). O referido autor infere que as pausas são importantes para a renovação das energias psicossomáticas dos trabalhadores, propiciando a criatividade e a imaginação, enfim, potencializando a capacidade psicocognitiva deles. Assim, a estratégia em questão pode ser uma via de eufemização do sofrimento e de proteção da subjetividade dos profissionais.

[...] você dá as costas. Você finge que você não está vendo, que o 'trem' não está bom. Aí, você vai levando. Você faz 'vista grossa' de muita coisa. (E11c)

Os discursos apresentados pelos enfermeiros revelaram sentimentos que implicam algum nível de desconforto diante das atividades realizadas na Unidade de Urgência e Emergência. Diante disso, eles buscam uma adaptação às pressões da organização do trabalho. Ao vivenciarem determinado sofrimento, constroem seus mecanismos individuais de defesa, a fim de se ajustar da melhor maneira possível ao trabalho. Em situações coletivas, como nas relações de trabalho, cada sujeito vivendo, individualmente, um sofrimento, é possível unir esforços para elaborar estratégias coletivas de defesa, a fim de se protegerem desse sofrimento. O trabalhador, em confronto com a realidade, busca significação para as tarefas que realiza. De acordo com o autor, a utilização dessas estratégias de defesa propicia a proteção do sofrimento e a manutenção do equilíbrio psíquico, por possibilitar o enfrentamento e a eufemização das situações causadoras do sofrimento.

[...] eu evito saber dos dramas sociais, o que envolve os atendimentos, porque também isso me causa sofrimento. Saber das histórias, um filho que

chega agredido, o que causou aquela agressão, eu até evito saber dessas histórias, porque isso me causa sofrimento. E tem um tipo de paciente também, às vezes, que eu não dou conta de atender. E até hoje não dou. Por exemplo, o paciente queimado. Eu faço o cuidado que for preciso, eu estou ali na hora que ele chega e tudo, mas não é o tipo de paciente que eu dou conta de lidar com ele. (E12e)

Uma estratégia defensiva verificada e similar aos achados das pesquisas de Menzies (1970) e de Pitta (1990) foi a tática engendrada pelo coletivo de enfermeiras para se protegerem da dor, do sofrimento, da morte e da impotência diante da doença dos clientes sob seus cuidados, denominada de “**estratégia do distanciamento**”. Tal estratégia perpassa a necessidade da enfermeira de manter certo distanciamento para desenvolver suas atividades sem correr o risco de ficar incapacitada de desempenhá-la pelo envolvimento emocional estreito com a clientela.

Algumas observações validaram a existência dessa estratégia. Cita-se um exemplo experienciado durante o trabalho de campo e que caracteriza o referido distanciamento da equipe acerca da proximidade e vivência da morte do cliente. Quando a saúde do paciente se agrava e ele fica fora de possibilidades terapêuticas, imediatamente se coloca um biombo para isolá-lo, o que, segundo o senso comum na área da saúde, é para não chocar os outros pacientes com a visão de um “moribundo”. No entanto, também se percebe que é um “paliativo” para a própria equipe, para reduzir a visão, o contato com a impotência diante de uma doença incurável, diante da morte, que é algo desconhecido e, portanto, aterrorizador para alguns. Dessa forma, isola-se o doente e distancia-se a equipe do quadro de sofrimento do doente.

Ué?! A gente faz do jeito que dá. A gente vai contornando, não tem um jeito... pega de um para colocar no outro... não tem... vai contornando. Porque tem que ser feito, o serviço tem que ser feito, tem que andar. O paciente tem que ser olhado. Então a gente vai fazendo do jeito que dá... Muitas vezes, a gente vai correndo: “Você tem aí para me emprestar? Tem isso? Tem aquilo? Tem lençol? Tem colchão? Tem material?”. A gente vê todo mundo ali, no ambulatório inteiro, todo mundo pegando do outro, ajudando o outro. (E15c)

O trabalho na Unidade de Urgência e Emergência apresenta um funcionamento ininterrupto, utilizando a escala para poder ser executado pelos enfermeiros e demais profissionais da saúde. As pressões no trabalho são constantes. Existe uma rigidez imprescindível no que diz respeito à continuidade dos

atendimentos que vão aparecendo. A questão da ocupação do leito por um período prolongado significa para o profissional um peso. Afinal, o remanejamento do paciente deve ser providenciado o quanto antes. O enfermeiro, ao se colocar como “a gente”, traz em seu discurso direto uma estratégia para criar autenticidade em relação às demandas da organização do trabalho e ao esforço esperado por parte do trabalhador para responder às solicitações. “A gente” é muito mais “eu” e parece diminuir a solidão do trabalhador. Pode trazer também o entendimento de que para diminuir a carga de trabalho há necessidade de atuar juntos. Afinal, estão expostos e vivendo as mesmas situações.

A **estratégia da cooperação** torna-se uma evidência para alcançar a produtividade esperada pela organização. A construção da cooperação é essencial para a saúde e depende também da criação de um coletivo de trabalho, que, segundo Dejours (1994), não é apenas um grupo, mas o resultado da construção comum de regras e do ofício. Faz parte deste processo a *atividade deôntica*, a atividade de construir acordos, normas e valores que se estabilizam sob a forma de regras. Logo, a construção de um espaço para a livre circulação da palavra coletiva é essencial para a saúde, que passa pela construção de uma identidade sólida, que requer relações de confiança que só poderão ser produzidas quando há normas e valores éticos que norteiem as relações em determinada organização.

Então, o nosso trabalho é sempre assim: vamos tirar daqui para limpar, para trazer o outro... O leito fica vago! Hoje, tem quatro leitos no 7º Andar e já estou com os quatro pacientes para subir. Nós estamos em cima da enfermeira lá para saber se já fez a limpeza terminal para colocar o paciente no lugar. Então, a gente está sempre correndo atrás de vaga. A gente, assim, tem hora que a gente fica até com vergonha... “Morreu? Nossa! Uma vaga! Morreu! Olha lá no CTI tem uma vaga!”. A gente fica até desumano, sabe, fica até feliz, Deus me perdoe, com o desencarne do outro, porque para a gente é tão louco esse negócio! (E1e)

Na dinâmica do trabalho dos enfermeiros, observou-se que estes estão sempre dispostos a ajudar, procurando situações ou maneiras de executar o trabalho para melhorar o contexto, acreditando na missão do hospital e idealizando constantemente o trabalho em enfermagem. Tal comportamento se aproxima do “presenteísmo”, que Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) identificaram ao analisar os efeitos da organização laboral na dimensão subjetiva dos trabalhadores, discorrendo sobre um fenômeno mental, ao qual chamaram de “**presenteísmo**”, caracterizado pelos autores como sendo “um engajamento excessivo a uma tarefa por certos

trabalhadores, do qual ninguém seria capaz de atenuar o ardor desencadeado”. Essa tática, denominada de “estratégia do ativismo”, parte do coletivo de enfermagem para não desmotivar, não esmorecer diante das dificuldades e sucumbir aos sentimentos de descrença, de desmotivação e de resignação. Portanto, se falta equipamento, o enfermeiro corre atrás, localizando qual Unidade possui e quem realmente pode naquele momento disponibilizar para ele.

Eu procuro tentar resolver da melhor forma possível, né? Se falta equipamento, você vai pedir emprestado. Você num vai deixar o paciente, né. Se falta recursos humanos, você vai trabalhar dobrado com aquela equipe que você tem. Se falta espaço físico, é tentando retirar, o mais rápido possível, as macas dos pacientes melhores. Então, sempre dá um jeito. E quem tem que dar um jeito é o enfermeiro mesmo, porque ninguém mais vai dar jeito ali, não. Porque quem que vai fazer isso? Quem que vai resolver esses problemas? Todos que possam surgir, de pequenos a grandes problemas? O enfermeiro. As equipes médicas vão lá, avaliam, tchau, pronto, acabou, né. Quem fica lá direto mesmo é a enfermagem. (E3c)

Dentre as peculiaridades do trabalho na Unidade de Urgência e Emergência apresenta-se uma evidência negativa: a escassez de instrumentos de trabalho, diante das condições de trabalho apresentadas, como falta de recursos materiais e equipamentos, defeitos em equipamento ou instalação, absenteísmo, superlotação de pacientes no setor de politraumatizados, sobrecarga de trabalho e demanda crescente por assistência por parte dos usuários que vão chegando. No cotidiano, os enfermeiros lidam com estes "problemas", que fogem ao "trabalho prescrito" – estabelecido pelas normas organizacionais – e, de acordo com Dejours (2003a), deixam emergir a "inteligência astuciosa", mobilizada diante de situações inéditas, do imprevisto. Sua competência é a astúcia, enraizada no engajamento do corpo às exigências da tarefa, remetendo à sensibilidade analisada no conceito de atividade subjetivante.

Cabe ressaltar que o processo de trabalho evidenciado por Dejours Dessors e Desrlaux (1993); Dejours (2003a) como inteligência astuciosa é uma prática "essencialmente engajada nas atividades técnicas, em particular nas atividades de fabricação (*poièsis*)". Caracteriza-se por um certo número de traços:

é mobilizada frente a situações inéditas, ao imprevisto, frente a situações móveis e cambiantes; ilustra-se particularmente na atividade do caçador, na arte do navegador ou do médico; sua competência é a astúcia; ela está fundamentalmente enraizada no engajamento do corpo, poupa esforços e

privilegia a habilidade em detrimento do emprego da força; é inventiva e criativa (1995, p. 46).

O trabalho do enfermeiro implica seu processo de trabalho, saber-fazer, um engajamento, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de reagir diante das situações. Esse engajamento do sujeito é que lhe permite responder a uma tarefa delimitada por pressões (materiais e sociais). Assim, para que o trabalho na Unidade de Urgência e Emergência seja concebido, as prescrições não poderão ser respeitadas escrupulosamente. Afinal, o trabalho ali se apresenta permeado por acontecimentos inesperados, incidentes, imprevistos provenientes das condições de trabalho no que diz respeito a equipamentos, materiais, colegas, chefes, subordinados, equipe e hierarquia.

Essa discrepância entre o prescrito e a realidade concreta da situação conduz ao pensamento de que trabalhar significa preencher a lacuna entre o prescrito e o real, o que é preciso para alcançar esta meta. Não tem como ser previsto antecipadamente. O caminho percorrido entre o real e o prescrito deve ser inventado ou descoberto a cada momento pelo sujeito que trabalha. Para Dejours (2004d), o trabalho se define como sendo aquilo que o sujeito deve acrescentar às prescrições para poder atingir os objetivos que lhes são designados ou aquilo que ele deve acrescentar de si mesmo para poder enfrentar o que realmente não funciona quando ele se detém escrupulosamente à execução das prescrições.

Assim o emprego da **estratégia quebra-galho** permite ao enfermeiro transgredir as regras e regulamentos para poder executar o trabalho. Nesse sentido, a capacidade de disponibilidade, inventividade e criatividade se faz necessária, principalmente porque a prática na Unidade de Urgência e Emergência é permeada por pressão do tempo e esforço, o que ocasiona expectativas diante do resultado final da atividade.

Aqui no João é assim: você tem que aprender a trabalhar com 'gambiarra'. Teve um dia que faltou... não tinha bomba de dieta. Então a gente colocou na bomba de infusão. Nós cortamos equipo, cola equipo aqui, equipo ali, e põe na bomba e vai correr o tanto que tem que correr. (E17c)

Os trabalhadores seguem, o quanto possível, prescrições e normas de procedimentos para executar as suas tarefas. Frequentemente, uma parte da realidade se destaca na forma de *resistência* às prescrições. Ou seja, trata-se

sempre de uma situação desconhecida, imprevista, imprevisível, que as coloca em xeque. O trabalhador, nesse momento, encontra-se diante de um dilema: de um lado, a organização "espera" que ele cumpra o previsto; de outro, se seguir a prescrição não dará conta da nova situação. A saída é lançar mão da trapaça; ou seja, "trapacear as regras" para desenvolver o trabalho. Abre-se, assim, o campo para pensar a possibilidade de o indivíduo agir sobre a situação do trabalho. Ele não é somente um sujeito que deve se adaptar à organização e às condições do trabalho. Deve sim, recriar a tarefa, que implica a possibilidade de transformar o trabalho, de acordo com determinados limites. O resultado deste processo, em que são buscadas novas soluções, a despeito das prescrições, é nomeado de trabalho *real*. Só que isso não ocorre sem riscos. O fato de transgredir as regras, e o sujeito o faz conscientemente, suscita necessariamente preocupação e angústia: para ele, a fraude não prejudica ninguém. A vantagem é para a qualidade do trabalho. Mesmo assim, a fraude não irá beneficiar o operador, pois este manifesta angústia e sofrimento por ter que optar por tal ação. Em verdade, o enfermeiro preferia não passar por dificuldades operacionais na organização. Apesar de essa ação não ser deliberada pela organização, ela é exigida, segundo Dejours (1994, p. 106), "em certa medida pela organização do trabalho e por sua própria lógica".

O trabalho na sociedade capitalista, na perspectiva dialética, articula as dimensões objetivas e subjetivas da vida cotidiana. Esse ajuste à organização deve ser transparente, para que a equipe se estruture, criando uma relação de confiança, sem a qual não haveria coletivo e tampouco cooperação no trabalho. A confiança, de certa forma, estabelece a transparência necessária para que se possa começar a discussão sobre as ações fora das regras.

O quebra-galho, para Dejours (1994), não pode ser prescrito. Ele sempre será considerado como uma transgressão e iniciativa, a cada ato. Com isso, deve-se ficar atento ao fato de a decisão pelo emprego das estratégias defensivas apresentar um viés, uma vez que por parte dos trabalhadores pode ser considerada positiva, na medida em que minimiza o sofrimento causado pelas situações de trabalho geradoras de conflito, favorecendo o equilíbrio psíquico. Porém, essa utilização pode ser negativa quando provoca uma estabilidade psíquica artificial, alienando o indivíduo e não provocando mudanças no contexto de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As instituições hospitalares, tradicionalmente, possuem estruturas organizacionais e organogramas característicos das propostas mais clássicas da Administração, com trabalhadores ligados a uma única linha de mando, divisão parcelar do trabalho e especialização vertical e horizontal simultânea, departamentalização, pirâmide hierárquica definida por papéis de autoridade e responsabilidade, centralização do poder e pouca ou nenhuma integração entre as diversas áreas, entre outras características.

Essa é a lógica predominante de estruturação dos serviços hospitalares, uma lógica que mantém a dominação de um grupo de profissionais sobre outro, estabelecendo relações de maior ou menor prestígio de uma categoria em relação às demais, e que leva a um desgaste das relações entre as categorias e, por que não dizer, das relações com os próprios usuários. Essa lógica da organização do trabalho e, conseqüentemente da divisão do trabalho vêm afastando o trabalhador dos sentidos do trabalho, desestimulando um trabalho responsável e criativo.

Neste estudo, observou-se que os enfermeiros inserem-se no contexto institucional, atuando com outros profissionais, e que a intervenção desses profissionais nesses espaços tem seus limites no exercício do poder presentes nas relações hierárquicas, evidenciando um processo de sofrimento/prazer no trabalho dos enfermeiros. Pode-se inferir que os sentimentos de prazer e de sofrimento desses trabalhadores identificados neste estudo estão relacionados com a organização do processo de trabalho, uma vez que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde. Sabe-se que a organização do trabalho, dependendo da forma como está instituída, poderá proteger ou espoliar a saúde do trabalhador.

Esses profissionais integram o trabalho assistencial em saúde, desenvolvendo uma gama de atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço hospitalar, com vistas a alcançar a eficácia e a eficiência operacional. Nesse contexto, os enfermeiros se fundamentam nos padrões da divisão do trabalho, com excessiva fragmentação, somada à ausência de participação da categoria nas decisões que envolvem o seu trabalho, práticas administrativas e centralizadoras baseadas em hierarquias rígidas, excesso de normatização, rotinas e outros não

condizentes com o desenvolvimento de um potencial humano crítico, criativo e inovador.

O distanciamento entre o desejo do enfermeiro em relação à operacionalização do seu trabalho impossibilita-o de executar a atividade da forma como realmente idealizava, podendo desencadear algum sofrimento. Tal sofrimento psíquico, oriundo das vivências do trabalho, pode permitir uma reação criativa, quando é possível transformar aquilo que incomoda em soluções interessantes, fortalecendo a identidade do trabalhador com o seu trabalho. Infere-se também que este tipo de sofrimento aumenta a resistência do sujeito ao risco de desestabilização psíquica e somática.

O prazer e o sofrimento encontram-se unidos como duas faces de uma mesma moeda, como se um não sobrevivesse sem o outro, revelando que essas contradições são importantes para os enfermeiros em relação ao seu funcionamento psíquico. Essa contradição, na dialética, aponta para vários aspectos da realidade do trabalho deste sujeito em uma Unidade de Urgência e Emergência, os quais, de certa forma, se entrelaçam e, muitas vezes, parecem contrárias, mas são dependentes entre si e permanecem numa interação permanente.

Pode-se perceber que o prazer desses profissionais emerge do fato de gostarem da sua profissão, de se sentirem bem em poder ajudar o outro, de ter a sensação de missão cumprida para com eles e a profissão, mesmo atuando em condições desfavoráveis, associadas à falta de pessoal e de material, além dos conflitos vividos na relação com outros profissionais e das disputas de poder.

Ao mesmo tempo, a insatisfação com o trabalho se destaca em vários momentos, diante da rotatividade de pessoal, pois a maioria do pessoal do setor é composta por profissionais com contratos administrativos e o quadro de funcionários efetivos é cada vez menor. Tal situação contribui para a lentidão das atividades, diante da falta de capacitação e treinamento do pessoal recém-admitido. Soma-se a isso a falta qualitativa e quantitativa de insumos materiais, que apareceu em vários depoimentos como um fator que dificulta a realização da tarefa. Essa situação os obriga a todo instante a improvisar, o que, de certa forma, contribui positivamente para reforçar a subjetividade do enfermeiro, por achar que consegue resolver uma situação emergencial, para que a assistência não seja prejudicada e,

consequentemente, o paciente não sofra com a consequência da falta de recursos.

Muitas vezes, foi observado neste estudo o emprego de estratégias coletivas de defesa, como o imprevisto, à luz dejouriana, que se inscreve na linha do quebra-galho, da inventividade, do distanciamento, do presenteísmo e da cooperação, que favorece para que o trabalhador mostre a sua competência profissional, pelo fato de conseguir garantir que o atendimento não fique prejudicado, apesar das condições desfavoráveis do processo de trabalho.

Pode-se entender que nem sempre é possível cumprir o planejado, como gostariam em decorrência das variabilidades relacionadas à falta de insumos básicos, à longa e dupla jornada de trabalho, às condições de insalubridade do ambiente de trabalho, à baixa remuneração e à tensão emocional. Esse acúmulo de situações se repetem sem a perspectiva de preencher lacunas e tornar o trabalho organizacional menos sensível ao imprevisto e à improvisação.

Na análise, a relação dos enfermeiros com a coordenação da Unidade mostrou-se conflituosa, pois esta apresenta-se sob o comando de um profissional da área médica, não sendo bem aceito pela enfermagem. A autonomia tende a entrar em conflito com o sistema de autoridade hierárquica do hospital. É o médico quem decide o que é melhor para a Unidade, como se anulasse os demais profissionais. Dispensar o saber do trabalhador e negar sua competência, ditando regras como se fossem as únicas formas de realizar o trabalho, revelam-se como uma pretensão nociva ao trabalhador, considerando os laços de cooperação criados pelos coletivos.

O processo de trabalho está organizado na lógica do modelo clínico. O médico tem a posição central, por ser o responsável pelo diagnóstico e terapêutica, determinando as relações sociais de dominação e subordinação. Este quadro de monopólio do diagnóstico e da terapêutica por parte dos médicos apresenta-se conformado historicamente pelas instituições hospitalares. Mas quanto ao gerenciamento das Unidades sob o comando de um médico gerou uma dupla subordinação para a enfermagem. Essa centralização do poder decisório dificultou a operacionalização da resolução dos problemas específicos da enfermagem que acontecem no ambiente de trabalho.

Essa relação conflituosa afeta o processo de trabalho do enfermeiro, que, em contrapartida, percebe seu trabalho como um embate constante contraproducente,

que gera sofrimento e pode interferir na qualidade da assistência. O trabalho do enfermeiro mostra-se permeado pelas relações de poder extremamente demarcadas que vão se infiltrando, reduzindo a interlocução com os pares e cujo desfecho pode ter consequências negativas para o hospital.

Sabe-se que as relações internas da equipe de enfermagem não podem ser vistas isoladas de seus contextos histórico e institucional, sendo bastante complexo o seu processo de mudança. Também não pode ser ignorado que alguns caminhos têm sido traçados na instituição para identificar formas mais participativas de gestão capazes de trazer contribuições para a enfermagem. Existem, no entanto, limitações em motivar processos participativos na categoria, que vão desde a ausência de uma cultura participativa institucional ao acirramento de posições entre médicos e enfermeiros, e dificuldades de trabalhos interdisciplinar.

A despeito das dificuldades inerentes ao processo de trabalho para os profissionais o processo de organização do trabalho e a gerência dos serviços de urgência e emergência precisa ser revisto, levando-se em consideração as especificidades que caracterizam esses cenários, como a superlotação e o ritmo de trabalho, fatores que causam sobrecarga aos profissionais de saúde, em especial à equipe de enfermagem, podendo acarretar um atendimento menos eficaz às demandas e necessidades de saúde dos pacientes.

Embora ainda hoje haja um longo caminho a ser percorrido, pode-se afirmar que existem avanços que merecem ser citados no que diz respeito à Política Nacional da Atenção às Urgências, que preconiza o acesso e o acolhimento aos serviços de saúde de acordo com sua complexidade tecnológica, procedendo à reordenação, quando necessário, dos serviços ambulatoriais básicos ou especializados existentes na rede de atenção à saúde, como também propostas para corrigir as distorções ainda existentes nas portas de entrada do sistema. Em síntese, o trabalho do enfermeiro na Unidade de Urgência e Emergência tem particularidades que extrapolam as situações de trabalho conhecidas e descritas para outros locais. O senso de Urgência, a escassez de recursos, a improvisação e a gravidade do paciente são características de um trabalho em situação limite, cuja perspectiva é produzir uma nova qualidade.

Essa nova qualidade não virá da burocracia. Sua possibilidade está na conscientização e no posicionamento dos enfermeiros que vivenciam um grande sofrimento amortecido, consciente ou inconscientemente, pelo prazer de cuidar de

peças e de ver o resultado de seu trabalho. Por outro lado, a expansão dos serviços de Urgência exigirá um novo posicionamento dos atores mais qualificados para as ações contemporâneas e menos vinculadas à tradição da profissão que lhes assegurou até agora a conformação com as situações vigentes.

REFERÊNCIAS

ADAM, P.; HERZLICH, C.. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru-SP: Edusc; 2001.

AGENCIA Minas, 2008a. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe_noticia.php?cod_noticia=17984>. Acesso em: 07 mar. 2008.

AGENCIA Minas, 2008b. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe_noticia.php?cod_noticia=15360>. Acesso em: 22 set. 2008 às 23:14h.

AGENCIA Minas, 4 nov. 2008c. Disponível em: <http://www.agenciaminas.mg.gov.br/detalhe_noticia.php?cod_noticia=22412>. Acesso em: 2 fev. 2009 às 11:15h.

ALMEIDA, C. M. **Medicina legal em Minas Gerais**. Belo Horizonte: Sografe, 2004. 291p.

ALMEIDA, M. C. P. *et al.* **O trabalho da enfermagem**. São Paulo: Cortês, 1997. 295p.

ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P.. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 9(3), p. 617-29, 2007.

ALVES, M.. **Organização do trabalho na enfermagem**. Minas Gerais, 1991. 130 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas da UFMG. Belo Horizonte, 1991.

ALVES, M.. **Causas de absenteísmo entre auxiliares de enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 158 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1996.

ALVES, M.. **Memorial para concurso de professor titular do departamento de enfermagem aplicada junto à UFMG**. Belo Horizonte, 2008 (memorial).

ALVES, M.; GODOY, S. C. B.; SANTANA, D. M.. Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. **Rev Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 195-200, mar./abr. 2006.

ANSELMÍ, M. L.; DUARTE, G. G.; ANGERAMI, E. L. S. Sobrevivência no emprego dos trabalhadores de enfermagem em uma instituição hospitalar pública. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 28 jul. 2009. doi: 10.1590/S0104-11692001000400003.

ARAÚJO NETTO, L. F. S.. **O processo de construção de identidade do enfermeiro no cotidiano do trabalho**. 2000. 177 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde e Ambiente, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal do Mato Grosso-UFMT, Cuiabá, 2000.

ARAÚJO NETTO, L. F. S.; RAMOS, F. R. S.. Considerações sobre o processo de construção da identidade do enfermeiro no cotidiano de trabalho. **Rev Lat Am Enferm**, 12(1), p. 50-7, 2004.

ARONSSON, G; GUSTAFSSON, K; DALLNER, M.. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. **Epidemiol Community Health**, 54, p. 502-509, 2000.

ASTRADA, C.. A concepção hegeliana do trabalho e a crítica de Marx. *In: Trabalho e alienação*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1968, p. 31-44.

AYRES, J. R. de C. M.. **Sobre o risco**: para compreender a epidemiologia. São Paulo: Hucitec, 1997.

AZEVEDO, C. S.; FERNANDES, M. I. A.; CARRETEIRO, T. C. Sob o domínio da urgência: a prática de diretores de hospitais públicos do Rio de Janeiro, **Brasil Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(10): p. 2410-2420, out. 2007.

BAKHTIN, M.. O discurso de outrem. *In: Marxismo e filosofia da linguagem*. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, p. 144-154.

BARDIN, L.. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF**, v. 8, n. 1, p. 63-70, jun. 2003a.

BARROS, P. C. R.; MENDES, A. M. B. Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. **PsicoUSF**. [online], v. 8, n. 1, jun. 2003b. [citado 21 ago. 2009], p. 63-70. Disponível em: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000100009&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1413-8271. Acesso em: 20 set. 2009.

BECK, C. L. C.. **O sofrimento do trabalhador: da banalização a re-significação ética na organização da enfermagem**. 2001. Teses (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC. Florianópolis, 2001.

BELANCIERI, M. F.; BIANCO, M. H. B. C.. Estresse e repercussões psicossomáticas em trabalhadores da área da enfermagem de um hospital universitário. **Texto e Contexto Enferm**, 13(1) p. 124-31, 2004.

BENJAMIN, C.. **Desemprego em uma abordagem teórica**: notas sobre neoclássicos, Keynes e Marx. Disponível em: <http://www.desempregozero.org.br/artigos/desemprego_em_uma_abordagem_teorica.pdf>. Acesso em: 23 out. 2004.

BERGER, P. I.; LUCKMANN, T.. **A construção social da realidade**. Petrópolis: Vozes. 9 . ed. 1991

BERTONCELLO, N. M. F; FRANCO, FCP, Estudo bibliográfico de publicações sobre a atividade da enfermagem em saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 5. set. 2001.

BORJA, L. **Violência urbana e atropelamentos**: repercussões na atenção de enfermagem em emergência no Hospital João XXIII. 2004. 176 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2004.

BRASIL. **O exercício da enfermagem em instituições de saúde do Brasil – 1982/1983**. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, COFEN/ABEN, v. 1, 1985. 236 p.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução CFM nº 1451/95**, de 10 março de 1995 [Internet]. São Paulo: CFM.

BRASIL. **Resolução nº 196/96** de 06 de novembro de 1996. Sobre pesquisa envolvendo seres humanos.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.224/GM** de 05 de dezembro de 2002. Estabelece o sistema de classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2002/Gm/GM-224.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2007.

BRASIL. Ministério da saúde. **Projeto de reorganização da atenção às urgências e emergências** – implantação do componente pré-hospitalar móvel e regulação da atenção às urgências SAMU 192. 2003. 33p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. 57 p. (Textos Básicos de Saúde, Série B).

BRASIL. Ministério do trabalho e emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações (CBO)**. Brasília. 2002. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/>>. Acesso em: 21 set. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de atenção às urgências**. 3. ed. ampl. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. 2008. Disponível em: <<http://reforsus.saude.gov.br/home.asp>>. Acesso em: 23 set. 2008 às 22:46h.

BRAVERMAN, H. Divisão do trabalho. *In*: **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no séc XX. Rio de Janeiro: Zahar, 1987, p. 70-81.

BRITO, M. J. M.; MELO, Marlene Catarina de O. Lopes. A identificação de enfermeiras-gerente com a organização em que trabalham: o caso de um Hospital Filantrópico de Belo Horizonte. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 5, n. 1/2, p. 44-51, 2001.

BRITO, M. J. M.; PENNA, C. M. M.; ALVES, Marília. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 4, p. 441-446, 2004.

BRUNHOFF, S. **A hora do mercado**: crítica do liberalismo. Tradução de Álvaro Lorencini. São Paulo: Editora UNESP, 1991. 182 p.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Florianópolis: Ed. Universitária UFPEL, 1998. 183p.

CARVALHO NETO, Antônio. **Relações de trabalho e negociação coletiva na virada do milênio**. Petrópolis: Vozes, 2001.

CATTANI, A. D. **Trabalho e autonomia**. Petrópolis: Vozes, 2000.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **Physis – Rev Saude Coletiva**, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O.. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 4(2), p. 315-329, 1999.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E.. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *In*: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.. **A construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, 2003, p. 197-210.

CERVO, A. L.; BREVIAN, P. A.. **Metodologia científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.

CHANLAT, J. F.. Modos de gestão, saúde e segurança no trabalho. *In*: VASCONCELOS, João; DAVEL, Eduardo (Org.). **Recursos humanos e subjetividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995, p. 118-128.

CHARAUDEAU, P.; MAINGUENEAU, D.. **Dicionário de análise do discurso**. São Paulo: Contexto, 2006. 555p.

CHERCHIGLIA, M. L. *et al.* Remuneración y productividad: el caso de la Fundación Hospitalaria del Estado de Minas Gerais, Brasil, 1992-1995. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 4, n. 2, ago. 1998.

CHIAVENATO, I.. **Introdução a teoria geral da administração**. 7. ed. Rio de Janeiro: Edição Compacta, 2004. 664p.

CIAMPONE, M. H. T.. **Administração participativa**: análise de uma experiência vivenciada por um grupo na prática de enfermagem hospitalar. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da USP. São Paulo, 1987.

CICARELLO, C. M.; NAKAMURA, E. K. K.. **O “stress” e a dupla jornada de trabalho do enfermeiro**, monografia do curso de pós graduação em enfermagem do trabalho. Curitiba: CEBES, 2006.

CODA, R.. **Satisfação no trabalho e caracterização das políticas de recursos humanos para executivos**. 1986. Tese (Doutorado em administração) – Faculdade de economia e administração, USP. São Paulo, 1986.

CODO, W.. **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis/Brasília: Vozes/CNTE/UnB, 2000.

COHN, A.; MARSIGLIA, R. G.. Processo e organização do trabalho. *In*: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L. E.; RIGOTTO, R. M.. **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo: Vozes. 1994, p. 56-75.

CORREIA, L. M. *et al.* Repercussions of the work organization in the health and the quality of life of the coordinators of the nursing: a qualitative study. **Online Brazilian Journal of Nursing** [serial online] 5(3). dec. 2006. Disponível em: <<http://www.uff.br/objnursing/index.php/nursing/article/view/531/121>>. Acesso em: 20 set. 2009.

COSTA, A. P. P. R. F.; CUNHA, G. R.; TRAJANO, A.. **Diagnóstico administrativo dos setores SEC/SAC/SAV da emergência do Hospital João XXIII**. Belo Horizonte, out. 2003. 73 f. [mimeo].

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R.. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 1, feb. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 aug. 2009. doi: 10.1590/S0034-71672009000100006.

Dal Pai, D.. **Enfermagem, trabalho e saúde : cenas e atores de um serviço público de pronto socorro**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFRGS. Porto Alegre, 2007.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C.. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 17(68), p. 70-84, 1989.

DEDECCA, C.S.; PRONI, M.W.; MORETO, A. O trabalho no setor de atenção à saúde. *In*: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. **Brasil: radiografia da saúde**. 2001. p. 175-216.

DEJOURS, C.. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5. Ed. São Paulo: Cortez-Oboré. 1992. 168 p.

DEJOURS, C.. Carga psíquica do trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E., JAYET, C.. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994. cap. 1, p. 21-431.

DEJOURS, C.. **Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: FUNDAP, 1999a.

DEJOURS, C.. A violência invisível. **Le Courier**. Tradução de Leda Leal Ferreira e edição de Ana Maria Ciccacio. **Revista Caros Amigos** São Paulo, n. 26, p. 16-17, maio 1999b.

DEJOURS, C.. Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER): abordagem através da psicodinâmica do trabalho. **Laboratório de Psicologia: Paris**, São Paulo, Plêiade, p.37, 38, 40, 2000a.

DEJOURS, C.. Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforços repetitivos (LER): abordagem através da psicodinâmica do trabalho. *In*: SZNELWAR, Laerte; ZIDAN, Leila Nadin. **O trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços**. São Paulo, Plêiade, 2000b, p. 37, 38, 40.

DEJOURS, C. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas. 4 ed. 2003a. 104p.

DEJOURS, C.. **A banalização da injustiça social**. 5. ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 2003b. 160p.

DEJOURS, C.. Subjetividade, trabalho e ação. **Rev. Produção**, v. 14, set./dez., 2004a.

DEJOURS, C.. Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMAN, S.; LAERTE, I. S.. **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004b, cap. 1, p. 47-104.

DEJOURS, C..Análise psicodinâmica das situações de trabalho e sociologia da linguagem. *In*: LANCMAN, S.; LAERTE, I. S.; DEJOURS, C.. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004c, cap. 7, p. 197-241.

DEJOURS, C.. O trabalho como enigma. *In*: LANCMAN, S.; LAERTE, I. S.; DEJOURS, C.. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004d, cap. 3, p. 127-139.

DEJOURS, C..Sofrimento e prazer no trabalho: a abordagem pela psicopatologia do trabalho. *In*: LANCMAN, S.; LAERTE, I. S.; DEJOURS, C.. **Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004e, cap. 4, p. 141-163.

DEJOURS, C.. Prefácio. *In*: MENDES, Ana Magnólia. **Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.. Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C.. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994, cap.5, p.119-145.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E., JAYET, C.. **Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. São Paulo: Atlas; 1994.

DEJOURS, C.; DESSORS, D.; DESRLAUX, F.. Por um trabalho, fator de equilíbrio. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 98-104, 1993.

DEJOURS, C.; JAYET, C. Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. *In*: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994, cap. 4, p. 67-118.

DEMO, P.. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1985.

DESLANDES, S. F.. O atendimento às vítimas de violência na emergência: prevenção numa hora dessas? **Cienc Saúde Coletiva**, 4(1): p. 81-94, 1999.

DESLANDES, S. F.. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

DESLANDES, S. F. *et al.* (Org.). **Pesquisa social**. Teoria método e criatividade. Petrópolis, RJ.: Vozes, 1994. 80p.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.. Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.. **Caminho do pensamento epistemológico e métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, cap. 7, p. 195-223.

DESLANDES, S. F. *et al.* Diagnostic characterization of services providing care to victims of accidents and violence in five Brazilian state capitals. **Cienc Saude Coletiva**, 11(2), p. 385-96, 2006.

DIAS-DA-COSTA, J. S. *et al.* Utilização de serviços ambulatoriais de saúde em Pelotas, RGS, Brasil: alguns fatores relacionados com as consultas médicas acima da média. **CAD Saúde Pública**, 24(2): p. 353-63, 2008.

DIETERICH, H.. **Nueva guía para la investigación científica**. México: Colinia Arenal, 1997.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L.. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-Am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ENRIQUEZ E. Imaginário social, recalçamento e repressão nas organizações. **Tempo Brasileiro**, Rio de Janeiro, p. 36-37; 53-94, 1974.

ENRIQUEZ, E.. Vida psíquica e organização. *In*: MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E.. **Vida psíquica e organização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002, p. 11-22.

EUROTIALS. Saúde em mapas e números. **Boletim Informativo**. Portugal, n. 5, jun. 2001.

FARIA, J. H. **Comissões de fábrica: poder e trabalho nas unidades produtivas**. Curitiba: Criar, 1987.

FARINA, H. D.. **Sofrimento psíquico**: um estudo entre médicos e enfermeiros em um Hospital de Manaus. 2004. 113 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Pesquisa Leônidas e Maria Deane da Universidade Federal do Amazonas. Manaus, 2004.

FENAM, 2009. **Justiça garante direito de greve aos médicos do Hospital João XXIII**. Disponível em: <<http://ptl.fenam2.org.br/portal/showData/116862>>. Acesso em: 26 jan. 2009.

FERNANDES, C. A.. **Análise do discurso**: reflexões introdutórias. Goiânia: Trilhas Urbanas, 2005. 118 p.

FERREIRA, L. L.. Apresentação. *In*: **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992, p. 9-10.

FERREIRA, M. C.; MENDES, A. M.. Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. **Revista Estudos de Psicologia**, 6 (1), p. 97-108, 2001.

FERREIRA, M. C.; Mendes, A. M.. **Trabalho dos AFPS e índices de adoecimento**: estado de alerta. Brasília: Fenafisp. (no prelo).

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **FHEMIG 25 anos de história**. Belo Horizonte, Instituição, dez. 2002. 50 p.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Instituição, out. 2005, ano 1, n. 5. 12p.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte, Instituição, 2006. Disponível em: <<http://www.fhemig.mg.gov.br>>. Acesso em: 14 nov. 2006.

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Boletim de normas e ocorrências**. ago. 2007. Belo Horizonte: Instituição, 2007a. [mimeo].

FHEMIG. Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais. **Revista 30 anos da FHEMIG**. 2007. Belo Horizonte: Instituição, 2007b. 79p.

FLEURY, A. C. C.. Organização do trabalho na indústria: recolocando a questão nos anos 80. *In*: FLEURY, M. T. L.; FISCHER, R. M.. **Processo e relações do trabalho no Brasil**. São Paulo: ATLAS S.A., 1987, p. 51-66.

FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (Org.). **Organização do trabalho**. São Paulo: Ed. Atlas, 1987a.

FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N.. Aspectos conceituais. *In*: FLEURY, A. C. C.; VARGAS, N. (Orgs.). **Organização do trabalho**. São Paulo: Atlas S.A., 1987b, p. 17-37.

FOUCAULT, M.. O sujeito e o poder. *In*: DREYFUS, H.; RABINOW, P.. Michel Foucault. **Uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005. 236p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. 288p.

FREITAS, M. E.. A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise. *In*: MOTTA, F. C. P.; FREITAS, M. E.. **Vida psíquica e organização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002, p.40-73.

FUENTES, M. R.. Setor Informal e Reestruturação Produtiva: uma alternativa de emprego nos anos 90? *In*: CARLEIAL, L.; VALLE, R. (Org). **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997, p 357- 374.

GADOTTI, M.. A dialética: concepção e método. *In*: **Concepção dialética da educação**. Um estudo introdutório. São Paulo: Editora Autores Associados, Cortez, 1983, p. 15-39.

GARCIA PRIMO, G. M.; PINHEIRO, T. M. M.; SAKURAI, E.. Absenteísmo no trabalho em saúde: fatores relacionados. **Revista Médica de Minas Gerais**, v. 17, p. 27, 2008.

GASPAR, P. J. S.. Enfermagem profissional de risco e desgaste: perspectivas do enfermeiro do serviço de urgência. **Rev. Nursing**, São Paulo, v. 10, n. 109, p. 23-24, 1997.

GEHRING JÚNIOR, G. *et al.* Absenteísmo-doença entre profissionais de enfermagem da rede básica do SUS Campinas. **REVBRas Epidemiol**, São Paulo, 10(3), p. 401-9, 2007.

GELBECKE, F. I.. Política de saúde do trabalhador: limites e possibilidades. **Texto e Contexto em Enfermagem**, 11(1), p. 66-85, 2002;

GHIORZI, A. R.. O cotidiano dos trabalhadores em saúde. **Texto e contexto enferm.** 12(4), p. 486-94, 2003.

GIL, A. C.. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002. 176 p.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L.. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. **Formação**, Brasília, Ministério da Saúde, v. 2, n. 6, p. 15-35, 2002.

GODOY, S. C. B.. **Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário**. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2001.

GODOY, S. C. B.; ALVES, M.. Absenteísmo-doença entre funcionários de um hospital universitário. **Rev Bras. de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 27, n. 103-104, p. 33-48, 2002.

GODOY, S. C. B. *et al.* Ausências ao trabalho por motivo de doenças em uma rede de hospitais de Minas Gerais. **Online Brazilian Journal of Nursing**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, 2006.

GODOY, S. C. B.; ALVES, M.. **Estudo sobre o trabalho do enfermeiro da urgência e emergência**. Belo Horizonte, 2007. [mimeo].

GONZALEZ, R. M. B. **Sufrimento na práxis da enfermagem**: real ou descolado em seu sentido. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; 2001. 195 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Enfermagem da UFSC Florianópolis, 2001.

GONZÁLES, R. M. B.; BECK, C. L. C.. O sofrimento e o prazer dos trabalhadores de enfermagem. **Texto e Contexto**, Santa Catarina, 11(1), p.169-186, jan./abr. 2002.

GUEDES, M. V. C.; FELIX, V. de C. S.; SILVA, L. de F. da. O trabalho no centro cirúrgico: representações sociais de enfermeiros. São Paulo. **Rev. Nursing**, n. 34, p. 20-24, jun. 2001.

GUERIN, F. *et al.* **Compreender o trabalho para transformá-lo**. A prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher. 2004. 200p.

GUSTAVO, A. S.; LIMA, M. A. D. S.. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Rev Bras Enferm**, 56(1), p. 24-7, 2003.

HARBS, Thaiana Crisley; RODRIGUES, Silvia Terezinha; QUADROS, Valdete Alves da S. de. Estresse da equipe de enfermagem no Centro Municipal de Urgências Médicas. Boletim de enfermagem, ano 2, v. 1, p. 41-56, 2008.

HELOANI, R.. **Organização do trabalho e administração**. Uma visão multidisciplinar. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1996. 112p.

HOLZMANN, L.. Divisão social do trabalho. *In*: CATTANI, A. D.. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Rio de Janeiro: Vozes, p. 84-87, 2002.

HOPFER, K. R. **Organização, poder e controle social**. 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – CEPPAD/UFPR. Curitiba, 2002.

HOSPITAL JOÃO XXIII. **Regimento do serviço de enfermagem**. Belo Horizonte, Minas Gerais, 2002. 17 f. [mimeo]

JACQUEMOT, A. G.. **Urgências e emergências em saúde**: perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. 144p.

JAYET, C.. **Psychodynamique du travail au quotidien**. Paris: AleXitére, 1994.

JORNAL WEB MINAS, 2008. Disponível em: <http://www.jornalwebminas.com.br/minas_noticia.php?noticia=3834>. Acesso em: 08 jul. 2008.

JORNAL O TEMPO, 2006. Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=principal_temp.php&ID_MATERIA=3830>. Acesso em: 23 fev. 2006.

- KONDER, L.. **O que é dialética**. 25. ed. São Paulo: Brasiliense, 1993. 84p.
- KOSIK, K.. **Dialética do concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.
- LANCMAN, S.. O mundo do trabalho e a psicodinâmica do trabalho. *In*: LANCMAN, S.; LAERTE, I. S.. **Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. Rio de Janeiro: Fiocruz; Brasília: Paralelo, 2004, p. 23-43.
- LANCMAN, S.; UCHIDA, S.. Trabalho e subjetividade: o olhar da psicodinâmica do trabalho. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 79-90, 2003.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M.. O processo de trabalho. *In*: **Processo de produção e saúde**. Trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1987, p. 175-204.
- LAUTERT, L.. A sobrecarga de trabalho na percepção de enfermeiras que trabalham em hospital. **Rev. Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 50-64, 1999.
- LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.. A violência como objeto da assistência em um hospital de trauma: o olhar da enfermagem. **Cienc Saude Coletiva**. 10(2), p. 419-31, 2005.
- LEFEBVRE, H.. Lógica concreta (Dialética). *In*: **Lógica formal**. Lógica dialética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A., 1979, p. 236-241.
- FERREIRA, L. C.; LEITE, E.. **Relatório diagnóstico dos técnicos e auxiliares de enfermagem**. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, set. 1997. 121 p. [mimeo].
- FERREIRA, L. C., LEITE, E., **Treinamento do papel gerencial** – relatório de acompanhamento evolutivo. Programa Vivendo e Trabalhando Melhor-HU-UFSC. Brasília, Centro de Aprendizagem Vivencial, 1998. 172 p. (mimeo).
- FERREIRA, L. C.; LEITE, E.. Interferências e Possibilidades Sociológicas de Intervenções no Mundo do Trabalho. *In*: **VIII Colóquio Internacional de Sociologia Clínica e Psicossociologia**. Belo Horizonte – MG, 2001.
- LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto&Contexto Enfermagem**, SC, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.
- LIMA JÚNIOR, J. H. V.. Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional. 1998. 409 f. Tese (Doutorado) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 1998.
- LIMA JÚNIOR, J. H. V.; ÉSTHER, A. B.. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 20-30, 2001.
- LIMA, F. P. A.. Noções de organização do trabalho. *In*: OLIVEIRA, C. R. (Org.). **Manual prático de LER**. Belo Horizonte: Editora Health, 1999, p. 167-180.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P.. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. The nursing work in the production of health care in the clinical model. **Rev. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 20, n. esp., p. 86-101, 1999.

LIMA, F. P. A.; MOURA, J. E.. Figuras do processo de trabalho. *In: Organização do trabalho*. Belo Horizonte: [s.n.], 2003, p. 1-32.

LOCKE, E. A.. Job Satisfaction. *In: GRUNEBERG, M.; WALL, T.. Social psychology and organizational behaviour*. NY: John Wiley e Sons, 1984, p. 93-117.

LOPES, M. J. M.. Poder, interdependência e complementaridade no trabalho hospitalar: uma análise a partir da enferm. **Rev. Bras. Enfermagem**, 50(3), p. 381-90, 1997.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A.. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUNARDI FILHO, W. D.. **Prazer e sofrimento no trabalho**: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. 1995. 288 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Ciências Econômicas da UFRGS. Porto Alegre, 1995.

LUNARDI FILHO, W. D.. Prazer e sofrimento no trabalho: contribuições à organização do processo de trabalho da enfermagem. **Rev Bras. de Enfermagem**, Brasília, v. 50, n. 1, p. 77-92, 1997.

LUNARDI FILHO, W. D.; LUNARDI, V. L.; SPRICIGO, J.. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev Latino-Am Enfermagem**, Ribeirão preto, 9(2): p. 91-6, mar. 2001.

MACIEL, T. R. S.. **Fatores interferentes na satisfação dos trabalhadores de uma unidade de alimentação e nutrição hospitalar**. 2002. 95f. Dissertação (Mestrado) – Engenharia de produção da UFSC. Florianópolis, 2002.

MAINGUENEAU, D.. **Novas tendências em análise do discurso**. Campinas: UniCamp, 1997. 198p.

MAINGUENEAU, D.. **Termos-chave da análise do discurso**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. 155p.

MARANHÃO, R. M. C. S.. Marcas de um trabalho: cenários e recortes. **Cadernos IPUB**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 19, p. 67-88, 2000.

MARQUES, G. Q. *et al.* As práticas e o cotidiano de profissionais em serviços públicos de saúde, na ótica de estudos acadêmicos. **Online Braz J Nurs** (Online), 6 (2), p. 1-5, 2007.

MARTINEZ, M. C.; PARAGUAY, A. I. B. B.. Satisfação e saúde no trabalho – aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 6, p. 59-78, 2003.

MARX, K.. **O capital**. Afonso Bertangnoli (rev.). 4. ed. São Paulo: Edições e Publicações Brasil Editora S.A., 1960. 168p.

MARX, K.. Processo de trabalho e processo de produzir mais valia. *In: O capital*. 8. ed. São Paulo: Diefel, 1982, livro 1, vi, p. 201-223.

MARZIALE, M. H. P.. **Estudo da fadiga mental de enfermeiras atuantes em instituição hospitalar com esquema de trabalho em turnos alternados**. 1990. 122 f. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Filosofia Ciências e Letras da USP. Ribeirão Preto, 1990.

MARZIALE, M. H. P.. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, maio 2001.

MATOS, E.; PIRES, D.. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um Hospital Escola. **Texto & Contexto Enfermagem**, 11(1), p. 187-205, 2002.

MATTOSO, J.. **O Brasil desempregado**: como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 1999. 48p.

MEDEIROS, S. M. *et al.* Condições de trabalho e enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 8(2), p. 233-40, 2006. Available <from: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_2/v8n2a08.htm>.

MENDES, A. M.. **Prazer e sofrimento no trabalho qualificado**: um estudo exploratório com engenheiros de uma empresa pública de telecomunicações. 1994. 82f Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 1994.

MENDES, A. M.. Os novos paradigmas de organização do trabalho: implicações na saúde mental dos trabalhadores. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 23 (85/86), p. 55-60, 1995.

MENDES, A. M.. Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. **Revista de Psicologia**, 13/14 (1/2), p. 27-32, 1996.

MENDES, A. M.. **Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional**. 1999. 112 f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 1999.

MENDES, I. A. C. *et al.* O referencial da educação popular na ação gerencial e de liderança do enfermeiro. **Texto Contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, june 2007. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072007000200013&lng=en&nrm=iso>. Access on: 30 sept. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072007000200013.

MENDES, A. M.; ABRAHÃO, J. L.. A influência da organização do trabalho nas vivências de prazer-sofrimento do trabalhador: uma abordagem psicodinâmica. **Revista de Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 26(2), p. 179-184, 1996.

MENDES, A. M.; LINHARES, N. J. R.. A defesa como uma estratégia frente ao sofrimento no trabalho: um estudo com enfermeiros de UTI. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 49(2), p. 267-280, 1996.

MENDES, A. M.; TAMAYO, A.. Valores e vivências de prazer-sofrimento no contexto organizacional. **Psico-USF**, 6(1), p. 39-46, 2001.

MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C.. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Universidade de Brasília, 2002.

MENDES, A. M.; MORRONE, C. F.. Vivências de prazer-sofrimento e saúde píquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. *In*: MENDES, A. M.; BORGES, L. O.; FERREIRA, M. C.. **Trabalho em transição, saúde em risco**. Brasília: Editora UNB, 2002, p. 25-42.

MENZIES, I.. **O funcionamento das organizações como sistemas sociais de defesa contra a ansiedade**. São Paulo: Escola de Administração de Empresas/SP da FGV, 1970. 56p.

MENZIES, J. E. P.. A case study in functioning of social systems as a defense against anxiety. **Humans relations**, Londres, 3, 1983. [Mimeo].

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

MESQUITA, M. P. L.. **A dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) na percepção da equipe de enfermagem: uma perspectiva de construção coletiva**. Dissertação (Mestrado) –Programa de Pós–Graduação em Enfermagem da UFSC. Florianópolis (SC), 2002.

MINAS on line. Portal de informações sobre o serviço do estado de MG, 2009. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/portalmg/do/noticias;jsessionid=4B94F2D569481B8431DDA3CCBA91E686?op=estruturaConteudo&opMenu=hoje&coConteudo=55232&coSeqPagina=18&coSeqOrigemAcesso=7>>. Acesso em: 8 fev. 2009 às 17:11h.

MINAYO, M. C. S.. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 2000. 269 p.

MINAYO, M. C. S.. Hermenêutica-dialética como caminho do pensamento social. *In*: MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (Orgs.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002, cap. 3, p. 83-107.

MONTANHOLI, L. L.; TAVARES, D. M. S.; OLIVEIRA, G. R.. Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. **Rev Bras Enferm**, Rio de Janeiro, 59(5) p. 661-5, set./out. 2006.

MORRONE, C. F.. **Só para não ficar desempregado**. Resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais. 2001. 141 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2001.

MOTTA, F. C. P.. **Teoria das organizações** – evolução e crítica. São Paulo: Livraria Pioneira Editora, 1986.

MOTTA, F. C. P.. Os pressupostos básicos de Schein e a fronteira entre a psicanálise e a cultura organizacional. *In*: Motta, F. C. P.; FREITAS, M. E.. **Vida psíquica e organização**. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2002, p.75-102.

MOTTA, F. P.; VASCONCELOS, I. F.. **Teoria geral do administração**. 3 ed. rev. São Paulo: Thompson Learning, 2006.

MUROFUSE, N. T.. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da FHEMIG**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. 2004. 298 f. Tese (Doutorado) – Escola de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 2004.

NARDI, H. C.; TITTONI, J.; BERNARDES, J. S.. Subjetividade e trabalho. *In*: CATTANI, A. D.. **Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia**. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 302-308.

OLIVEIRA, E. B.; LISBOA, M. T. L.. Análise da produção científica da vertente saúde do trabalhador de enfermagem: subjetividade e trabalho. **R. Enf UERJ**, 12(2), p. 1-13, mar./abr. 2004.

PAHO/WHO. Empregabilidade e trabalho dos enfermeiros no Brasil. Instituto de Medicina Social Estação do IMS/UERJ. Rede observatório de recursos humanos em saúde, **Relatório final**, UERJ, nov. 2006. 130 p.

DAL PAI, D.. **Enfermagem, trabalho e saúde: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro** Porto Alegre. 2007. 127 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, UFRGS. Porto Alegre, 2007.

PALÁCIOS, M.. **Trabalho hospitalar e saúde mental – o caso de um hospital geral no município do Rio de Janeiro**. 1993. 81 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Medicina Social da UERJ. Rio de Janeiro, 1993.

PARAGUAY, A. I. B. B.. Da organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. *In*: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2005. v. 1, p.812-823.

PÊCHEUX, Michel. **Por uma análise automática do discurso**. Campinas: Unicamp, 1990.

PEREIRA, J. A. S.. **Vivências de prazer e sofrimento na atividade gerencial em empresa estratégica: o impacto dos valores organizacionais**. 2003.135 f. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Brasília, 2003.

PEREIRA, L. S. B. E.. **Ações do enfermeiro em um hospital de urgência/emergência da rede pública estadual de Belo Horizonte-Minas Gerais**. Belo Horizonte, dez. 2007. 32f. [mimeo].

PIERANTONI, C.; FRANÇA, T.; VARELLA, T. C.. Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. *In*: FALCÃO, A. *et al.* (Org.). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: **FIOCRUZ**, 2003, p. 279-292.

PINTO, J. A. R.. O direito do trabalho e as questões do nosso tempo. *In*: REIMANN, L.; FRANCISCO, M. (Orgs.). **Cidadania e contratos atípicos de trabalho**. Porto Alegre: Sergio Antônio Fabris Ed., 1998.

PIRES, D.. Organização do trabalho na saúde. *In*: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papalivros, 1999, p. 23-81.

PIRES, D.. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 13, n. 1-2, p. 83-92, 2000.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E.. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 311-325, 2004.

PITTA, A.. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990. 171p.

POLL, M. A; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.. Atendimento em unidade de emergência: organização e implicações éticas. **Acta Paul. Enferm.** [online]. São Paulo, v. 21, n. 3, 2008. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002008000300021&lng=en&nrm=iso>. Access on 30 sept. 2009. doi: 10.1590/S0103-21002008000300021.

PORTALMG, 2009. Disponível em: <<http://www.mg.gov.br/portalmg/do/noticias;jsessionid=4B94F2D569481B8431DDA3CCBA91E686?op=estruturaConteudo&opMenu=hoje&coConteudo=55232&coSeqPagina=18&coSeqOrigemAcesso=7>>. Acesso em: 8 fev. 2009 às 17:11h.

PRADO, L. K. P. P. *et al.* Delirium. **Rev Bras de Medicina**, São Paulo, v. 65, n. 1/2, jan./fev. 2008.

PRIMO, G. M G. **O perfil dos trabalhadores, seu adoecimento e absenteísmo em um hospital público universitário**. 2008. 106 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.

REIMANN, L.; FRANCISCO, M. (Org.). **Cidadania e contratos atípicos de trabalho**. Porto Alegre: Sérgio Antônio Fabris Ed., 1998.

REIS, R. J.; LA ROCCA, P. F.; SILVEIRA, A. M.. Fatores relacionados ao absenteísmo por doenças em profissionais de enfermagem. **Rev. Saúde Pública** (online). v. 37, n. 5, 2003, [citado em 2006-10-05]; p.616-623. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034>.

RODRIGUES, T. R. S.. **Os sentidos do trabalho para enfermeiros de um hospital geral**. 2006. 106 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 2006.

ROSENFELD, C. L.. Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência no trabalho na indústria de processo. **Revista Sociologias**, Programa de

Pós-Graduação em Sociologia, IFCH/UFRGS, ano 5, n. 10, p. 350-378, jul./dez. 2003.

ROSENFELD, C. L.. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. **Revista Sociologias**, Porto Alegre, ano 6, n. 12, p. 220-227, jul./dez. 2004.

ROSENFELD, C. L.. Autonomia e trabalho informacional: o teletrabalho. **XXIX Encontro Anual da ANPOCS**. Caxambu, p. 25-29, out. 2005.

ROYAS, M. D. V.; MARZIALE, M. H. P.. The work situation of the nursing personnel from an Argentine hospital: a study based on ergonomics. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 1, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000100015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 07 Oct. 2007.

SÁ, M. C.. **Em busca de uma porta de saída**: os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. 454f. Tese (Doutorado) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

SAAR, S. R. C.. **Especificidade do enfermeiro**: uma visão multiprofissional. 2005. 135 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Ribeirão Preto, 2005.

SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. A. H.; RUIZ, E. M.. Saúde e trabalho: uma abordagem do processo e jornada de trabalho. *In*: CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.. **Sofrimento psíquico nas organizações**: saúde mental e trabalho. Petrópolis: Vozes, 1995, cap. 4, p. 65-84.

SANTOS, E. H.. Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. **Rev. Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, n. 1, fev./jul. 1997.

SCHRAIBER, L. B.. A pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, 29(1), p. 63-74, 1995.

SCHWARTZ, Y.. Trabalho e valor. **Revista Tempo Social**, 8 (2), p. 147-158, 1996.

SCHWARTZ, Y.. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educ Soc**, 19(65), p. 101-40, 1998.

SCHWARTZ, Yves. Trabalho e uso de si. **Pro-Posições**, Faculdade de Educação, UNICAMP, v. 1, n. 5 (32), p. 34-50, jul. 2000.

SELIGMAN-SILVA, E.. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: UFRJ / Cortez; 1994.

SELL, I.. **Projeto do trabalho humano**: melhorando as condições de trabalho. Florianópolis: UFSC, 2002.

SENNET, R.. **A corrosão do caráter**. São Paulo: Editora Record, 2006.

SENTONE, A. D. D.; GONÇALVES, A. A. F.. Sofrimento no trabalho: significado para o auxiliar de enfermagem com dois vínculos empregatícios. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, v. 23, p. 33-38, 2002.

SILVA, D. M. P. P. da; MARZIALE, M. H. P.. Absenteísmo de trabalhadores de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 5, p. 44-51, out. 2000.

SILVA, E. B.. **Refazendo a fabrica fordista**. São Paulo: HUCITEC/ FAPESP, 1991.

SILVA, E. V. S.; KIRSCHBAUM, D. I. R.. Elementos constituintes da identidade de enfermeiro no discurso de graduandos. **R. Gaúcha Enferm**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 83-100, jan. 2001.

SILVA, K. L. S.; SENA, R. R.. A educação de enfermagem: buscando a formação crítico-reflexiva e as competências profissionais. **Rev Lat Am. Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 755-61, 2006.

SILVA, R. P. O neoliberalismo e o discurso da flexibilidade dos direitos sociais relativos ao trabalho. *In*: ARRUDA, J. E. L.; RAMOS, A. (Org.). **Globalização, neoliberalismo e mundo do trabalho**. Curitiba: IBEJ, 1998, p. 63-94.

SILVA, R. M. *et al.* Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. **Texto Contexto - Enferm.** Florianópolis, v. 18, n. 2, june 2009. Available from: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000200013&lng=en&nrm=iso>. access on 28 sept. 2009. doi: 10.1590/S0104-07072009000200013.

SILVINO, Z. R.. **O desgaste mental no trabalho dos enfermeiros**: entre o real e o prescrito. 2002. 112 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ. Rio de Janeiro, 2002.

SINGER, P.. **Globalização e desemprego – diagnóstico e alternativas**. São Paulo: Contexto, 1998.

SOUSA, N. H. B.. **Gestão do trabalho na indústria da construção civil: práticas tradicionais e perspectivas futuras**. *Ser Social*, 5, p. 159-188, 1999.

SOUZA, N. V. D. O.. **Dimensão subjetiva das enfermeiras frente à organização e ao processo de trabalho em um hospital universitário**. 2003. 348f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem Anna Nery da UFRJ. Rio de Janeiro, 2003.

SOUZA, N. V. D. O.; LISBOA, Marcia Tereza Luz. A organização do trabalho hospitalar influenciando o modo operatório do enfermeiro.. *In*: **Anais....** 14º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, Florianópolis/Santa Catarina, v 1, 2007.

SPAGNOL, C. A.. Da gerência clássica à gerência contemporânea: compreendendo novos conceitos para subsidiar a prática administrativa da enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 1, p. 114-131, jan. 2002.

TELES, A. L.; ALVAREZ, D.. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre o trabalho prescrito e normas antecedentes. *In*: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.). **Labirintos do trabalho**: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 63-90.

TORRES, H. C. A.. **Organização do trabalho da enfermagem nas unidades de internação dos hospitais gerais de Belo Horizonte**. 1999. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da UFMG. Belo Horizonte, 1999.

TREVIZAN, M. A.. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: Ed. UnB, 1988.

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

TURATO, E. R.. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685 p.

URBANETTO, J. S.. **Relações interpessoais e grupais no processo de trabalho das enfermeiras**: convergências encontradas em dois hospitais universitários. 2002. 153f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 2002.

VERAS, V. S. D.. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos Trabalhadores da enfermagem? 2003. 88f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2003.

VIEIRA, A. L. S. Empregabilidade dos enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 6, suplemento n. 1, p. 65-74, 2002.

WIEBBELLING, E. D.; SANTOS, M. F.. Conselho Federal de Medicina – CFM, pela Resolução 1451/95, define como URGÊNCIA. *Enfermagem em urgência e emergência no município de foz do iguaçu, parana, brazil*. O trabalho na emergência. **Enferm UFPE On Line**, 3(3), p. 1-10, jul./set. 2009.

WISNER, A.. **Por dentro do trabalho**. Ergonomia: método e técnica. São Paulo: Oboré, 1984.

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre esclarecido

TÍTULO DO PROJETO: PRAZER E SOFRIMENTO DO ENFERMEIRO NA RELAÇÃO COM O TRABALHO. Estudo em um hospital de Urgência e Emergência de Belo Horizonte

Autora: Solange Cervinho Bicalho Godoy

Sumário do Projeto: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com vistas à obtenção do título de Doutor em Enfermagem, tendo como objetivos: Analisar as manifestações de prazer e de sofrimento do enfermeiro em relação à organização do trabalho em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência na área da rede pública de Belo Horizonte – MG. Identificar as manifestações de sofrimento e prazer que permeiam o trabalho do enfermeiro em uma Unidade de Urgência e Emergência da rede pública de BH/MG; identificar as formas de organização do trabalho da enfermagem em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital da rede pública de BH/MG; e identificar os mecanismos defensivos empregados pelos enfermeiros em relação ao sofrimento/prazer na sua prática cotidiana em uma Unidade de Urgência e Emergência de um hospital referência na rede pública de BH/MG. Consideramos que os sujeitos da pesquisa serão enfermeiros que atuam nos ambulatórios do setor de urgência e emergência, nos plantões diurno e noturno, escolhidos aleatoriamente e que se dispuserem a participar da pesquisa. O estudo será realizado em um hospital público de grande porte, referência para o atendimento de urgência e emergência em Belo Horizonte e estado de Minas Gerais. Neste sentido, o grupo de pesquisa NUPAE (Núcleo de Pesquisa Administração em Enfermagem) vinculado à Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (EE-UFGM) tem o prazer de convidá-lo (a) para participar voluntariamente deste estudo. Para coleta dos dados utilizaremos como técnicas a entrevista e a observação. As entrevistas serão gravadas em fita cassete, sendo realizadas no ambiente de trabalho após o contato com a direção do hospital e enfermeiros para apresentar o projeto e solicitar a participação dos mesmos, condicionada a manifestação de aceite, expresso mediante o termo de consentimento informado. Será garantida, ampla liberdade para responder, o anonimato, o sigilo das informações e a utilização dos resultados somente para fins científicos, além da autorização para gravar as entrevistas, de acordo com a Resolução 196/96 (BRASIL, 1996).

Aos sujeitos do estudo fica preservado o direito de interromper sua participação qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza, bem como, poderão ser solicitados quaisquer informações ou esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessário para o esclarecimento de suas dúvidas acerca dos riscos, benefícios, procedimentos e outros, tendo a liberdade de retirar o seu consentimento e deixar de participar do estudo assim, sem penalização alguma.

Eu-----R.G.nº -----, como participante da referida pesquisa, afirmo que fui devidamente orientado (a) sobre a finalidade e objetivos do estudo, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, tendo a garantia de que meu nome será mantido em sigilo. Não apresentando dúvidas, concordo em participar desta pesquisa. Qualquer informação adicional que desejar poderá ser obtida com as pesquisadoras: Marília Alves (tel. 3409-9826), Solange Cervinho Bicalho Godoy (tel.3409-9853), COEP/UFGM (tel.3499-4592) e CEP/FHEMIG (tel. 3239-9500).

Belo Horizonte, ---- de -----de ----

Assinatura do participante:-----

Assinatura do Pesquisador ----- Data -----

APÊNDICE B – Roteiro para anotações de campo na observação

Nome da pesquisa:

Nome do observador:

Assunto observado: A organização do trabalho hospitalar constitui um aspecto central da observação, pois esta influencia o gerenciamento e a divisão do trabalho. Na unidade de urgência e emergência propõe-se observar os seguintes elementos: a divisão do trabalho; a hierarquia; o controle gerencial do processo de produção; cargas de trabalho; separação entre concepção e execução; estratégias defensivas coletivas e individuais.

Nº da observação:

Local:

Data:

Hora:

Duração:

Notas de observação	Notas de reflexão	Notas teóricas

APÊNDICE C – Instrumento para coleta de dados**Dados de Identificação do entrevistado**

Código de entrevista: _____ **Início:** _____ **Término:** _____ **Data:** _____

Categoria profissional: Enfermeiro

Sexo: () F () M

Idade: _____

Estado Civil : Solteiro Casado Divorciado Outros

Filhos: Sim Quantos: ----- Não

Residência: Belo Horizonte Betim Contagem Outros:-----

Tempo de formado (em anos): menos de 5 5 e 10 10 a 15 15 a 20 20 a 25 25 a 30 mais de 30 Onde graduou:----- Ano-----

Tempo de atuação na instituição (em anos): menos de 5 5 e 10 10 a 15 15 a 20 20 a 25 25 a 30 mais de 30

Possui outro emprego: não sim: função _____
setor _____
jornada de trabalho semanal _____ horas
turno de trabalho _____
faixa salarial _____ salários mínimos

Tempo de deslocamento da moradia para o local de trabalho (em minutos): 10 a 15 15 a 30 30 a 60 acima de 60

Meio de transporte utilizado para ir ao trabalho: caminhando carro ônibus metrô bicicleta motocicleta

Sono e repouso: menos de oito h oito h mais de oito h

Opções de lazer: Práticas esportivas Leitura Cinema outros

_____ **Formação:** Superior Pós- graduação

Quais: _____

Vínculo empregatício: Estatutário Contratado

Função: _____

Turno de trabalho: manhã tarde noite

Jornada de trabalho semanal: 20H 30H 40H

Faixa salarial (em salários mínimos): menos de 3 3 a 5 6 a 10
mais de 10

Número de empregos: () um () dois () acima de dois

Descreva o seu dia de trabalho na unidade de urgência e emergência?

Como se sente realizando o trabalho de enfermagem nessa unidade de urgência e emergência?

Quais as condições de trabalho que o hospital oferece para a realização da sua atividade de trabalho na unidade?

Como você enfrenta as dificuldades em relação à sua atividade na unidade de urgência e emergência?

Descreva como é a sua relação com os colegas e chefias.

Gostaria que falasse um pouco sobre o que lhe dá prazer no trabalho como enfermeiro na unidade de urgência e emergência.

O que acarreta sofrimento ao enfermeiro na unidade de urgência e emergência?

Gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO A – Termo de autorização do COEP-UFMG para realização da pesquisa

Universidade Federal de Minas Gerais
Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG - COEP


Parecer nº. ETIC 102/05

**Interesse: Profa. Marília Alves
ENA/EEUFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP, aprovou no dia 19 de outubro de 2005, depois de atendidas as solicitações de diligência, o projeto de pesquisa intitulado « **Sufrimento e prazer na relação do enfermeiro com o trabalho em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte** » bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido do referido projeto.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


Prof. Dr. Rui Rothe-Neves
Vice Presidente do COEP/UFMG

ANEXO B – Termo de autorização do COEP-hospital para realização da pesquisa



PARECER Nº 391


Interessados: Solange Cervinho Bicalho Godoy

Hospital: Hospital João XXIII

DECISÃO:

O Comitê de Ética em Pesquisa da FHEMIG (CEP/FHEMIG) após cumprimento das solicitações da diligência, aprovou no dia 31 de outubro de 2006 o projeto de pesquisa intitulado « **Sufrimento e prazer na relação enfermeiro com o trabalho em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte** » .

Relatórios parciais e final devem ser encaminhados ao CEP/FHEMIG com um intervalo mínimo de 6 meses (entre os relatórios), a partir da data de início do estudo.


Dr. Robespierre Queiroz da Costa Ribeiro
Coordenador do CEP/FHEMIG

ANEXO C – Esboço da Planta Física da Unidade de Urgência e Emergência de um Hospital da Rede Pública*

