

LEONOR GONÇALVES

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:
BASES QUALITATIVAS PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA
DE TRABALHO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE**

LEONOR GONÇALVES

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:
BASES QUALITATIVAS PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA
DE TRABALHO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

FLORIANÓPOLIS

2007

Ficha Catalográfica

G635p Gonçalves, Leonor

Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação / Leonor Gonçalves — Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007.
298 p.

Inclui bibliografia.

1. Enfermagem. 2. Força de Trabalho – Enfermagem. 3. Hospital – Unidades de Internação. I. Autor.

CDD 19^a ed. – 610.730 699

LEONOR GONÇALVES

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:
BASES QUALITATIVAS PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA
DE TRABALHO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem – Área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Co-orientador: Profa. Dra. Roseni Rosângela Sena

FLORIANÓPOLIS

2007

LEONOR GONÇALVES

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM:
BASES QUALITATIVAS PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM
UNIDADES DE INTERNAÇÃO**

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

Doutor em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 04 de junho de 2007, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Marta Lenise do Prado
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Denise Elvira Pires de Pires
- Presidente -

Dra. Roseni Rosângela Sena
- Co-Orientadora -

Dr. Francine Lima Gelbcke
- Membro -

Dra. Eliana Faria
- Membro -

Dr. Gelson Luiz de Albuquerque
- Membro-

Dra. Marília Alves
- Membro-

Dra. Eliane Palhares
- Suplente -

Dedico este trabalho aos meus filhos e ao meu companheiro.

Natasha,

As minhas ausências me fizeram te respeitar e admirar a cada dia, me dando cobertura em meus afazeres, confundindo por diversas vezes o papel de mãe, ao invés de filha, e me deixando muito orgulhosa de ti.

Nicolau,

O teu jeito silencioso, carinhoso e presente, me deu força para iniciar uma nova vida, pois sempre percebi nos teus olhos o orgulho que tens de mim. Por diversas vezes, abriste mão do teu conforto para me possibilitar crescer, deixando-me muito orgulhosa de ti também.

Guilherme,

Tu és a minha maior fonte de estímulo, por acreditar que eu sou capaz, e por ter uma mente aberta, democrática e progressista, ao ver o crescimento de tua companheira com orgulho, como se fosse a ti mesmo. Te amo profundamente por isto e por ter tido o teu companheirismo por todos estes anos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço...

Ao meu companheiro Guilherme Fátima de Faria, pelo amor, carinho e apoio em todos os momentos.

À Dra. Denise Elvira Pires de Pires, orientadora, que confiou em mim, sabendo interpretar, sistematizar e respeitar minhas idéias e desejos.

À Dra. Roseni Rosangela Sena, Co-orientadora, que me estimulou a enfrentar esta nova etapa em minha vida e confiou em mim e na minha vivência profissional.

Às enfermeiras, às técnicas e auxiliares, aos gestores, aos profissionais de saúde e usuários que participaram deste estudo com tanto carinho, consideração e contribuições.

À Instituição de Saúde privada, por compreender a proposta e abrir as portas para o desenvolvimento do estudo.

Aos meus pais, Luciana Maia Gonçalves (In memorian) e José Nazário Gonçalves, responsáveis pela minha existência e estímulo contínuo na minha formação.

A todas e todos os colegas da Turma de Doutorado 2003, em especial Celina, Zídia, Nazaré, Leocarlos, Eliane, Nádia, Jadete, Lita, com os quais compartilhei momentos de estudo e de amizade.

À Prof^a Ana Lúcia Magela com quem aprendi muito, em vivências e trabalhos.

A todas as professoras e professores, funcionárias e funcionários da PEN e, em especial, Ana Lúcia Kirchof, Flávia, Francine, Marta, Denise Pires, Vânia e Gelson, queridas amigas e amigo que conheci em Florianópolis.

Aos membros da Banca de Qualificação, pelas contribuições e incentivo.

Aos colegas do Grupo PRÁXIS – Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania Saúde e Enfermagem, pelo maravilhoso espaço de debate e crescimento profissional, além das contribuições feitas a este estudo.

Aos membros da Banca de Defesa, pela disponibilidade que demonstraram ao meu convite para análise do relatório final da pesquisa e pelas contribuições ao seu aprimoramento.

Às colegas de trabalho no Hospital Universitário da Universidade Federal de Minas Gerais, que souberam compreender o meu período de afastamento para realização desta importante etapa em minha vida.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pela convivência e oportunidades de aprendizado.

GONÇALVES, Leonor. **Processo de trabalho da enfermagem**: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem nas unidades de internação. 2007. 298f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis. 2007.

Orientador: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-orientadora: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, na perspectiva do materialismo histórico e dialético, com objetivo de analisar os elementos qualitativos do processo de trabalho que são imprescindíveis na definição dos parâmetros de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, em unidade de internação clínico-cirúrgica. O estudo justifica-se porque um dos grandes problemas enfrentados pela gerência de enfermagem, no cotidiano dos serviços de saúde, é a definição qualitativa e quantitativa da força de trabalho de enfermagem necessária para garantir uma assistência de qualidade, que leve em conta as necessidades dos trabalhadores e usuários. Além disso, os estudos disponíveis na literatura apontam, predominantemente, parâmetros quantitativos, os quais têm sido insuficientes para enfrentar os desafios presentes na prática assistencial. A investigação foi desenvolvida em um hospital privado da região sudeste do Brasil, a partir da visão de diferentes atores sociais: sujeitos-do-cuidado/usuários, trabalhadores de enfermagem, gerente de enfermagem, gerentes da instituição e outros profissionais de saúde que interagem diretamente com a enfermagem nas unidades. Os dados foram coletados em duas unidades de internação clínico-cirúrgica, de adultos, no ano 2006, utilizando, como instrumentos, a análise documental, a observação sistemática e entrevistas semi-estruturadas com 22 sujeitos. Sustenta-se na teorização sobre o processo de trabalho em enfermagem e em saúde, e no debate nacional e internacional, sobre dimensionamento da força de trabalho de enfermagem. A pesquisa respeitou todos os preceitos éticos, nos termos da Resolução nº 196 do Conselho Nacional de Saúde, e o relatório final é fiel à realidade e experiências vivenciadas, mas preserva o anonimato das(os) informantes e da instituição estudada. Para a sistematização dos dados foi realizada a análise temática do conteúdo das entrevistas, identificando as categorias e subcategorias que expressassem conteúdos significativos para o objetivo da pesquisa. Os resultados evidenciaram que a questão do dimensionamento da força de trabalho em enfermagem é central, para os administradores, para os trabalhadores e, também, para os sujeitos do cuidado, ou seja, os usuários dos serviços. Evidenciou igualmente que a dimensão qualitativa é imprescindível na definição de parâmetros de dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, especialmente pela característica do trabalho em saúde, que trata da vida humana, que envolve imprevisibilidade e relação entre seres humanos que são distintos – subjetiva, social e culturalmente. Foram identificadas seis dimensões a serem consideradas na definição de parâmetros para o cálculo da força de trabalho em enfermagem. A primeira dimensão é a econômica, que é amplamente reconhecida por estudiosos de vários matizes teóricos, incluindo a análise da dinâmica do setor de serviços e as distinções entre o setor público e o setor privado. A segunda dimensão diz respeito aos sujeitos-trabalhadores. Inclui as condições de trabalho como salário, jornada e turno de trabalho, recursos materiais, equipamentos e condições ambientais; as condições de saúde dos trabalhadores; e o uso que esses sujeitos fazem de suas capacidades e das oportunidades de desenvolvimento permanente. Uma terceira dimensão refere-se aos cenários de trabalho que podem demandar maior exploração e desgaste, ou serem mais adequados, permitindo maior aproximação com a dimensão criativa e satisfatória do trabalho. A quarta

dimensão diz respeito à qualidade do produto do trabalho, ou seja, aos seus resultados, e à percepção de quem recebe o cuidado. A quinta dimensão diz respeito aos instrumentos e dinâmicas de organização do trabalho, levando em conta o trabalho prescrito e o trabalho real. Deve-se considerar, nessa dimensão, o saber tecnológico disponível, as relações de trabalho e o processo de comunicação. E a sexta dimensão é aquela que envolve o objeto de trabalho da enfermagem, diz respeito à visão de mundo e necessidades do sujeito-do-cuidado. Os resultados da pesquisa demonstraram que, apesar da importância das fórmulas matemáticas para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, as mesmas são insuficientes para a gestão cotidiana do trabalho. A sua aplicação, sem incluir as seis dimensões apontadas, distancia-se da possibilidade de aproximação com um trabalho livre de risco para os trabalhadores e para os sujeitos-do-cuidado.

Palavras-Chave: Dimensionamento de pessoal de enfermagem, Recursos Humanos de Enfermagem, Downsizing Organizacional, Trabalho em enfermagem, Trabalho de enfermagem em hospitais.

GONÇALVES, Leonor. **The Work Process in Nursing**: qualitative bases for the dimensioning of the workforce in nursing in overnight wards. 2007. 298f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis 2007.

Advisor: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-advisor: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena

ABSTRACT

This qualitative study is written from the perspective of historical and dialectic materialism. Its objective is to analyze the essential qualitative elements of the work process in the definition of the parameters of dimensioning the nursing workforce in a clinical-surgical overnight ward. The study is justified because it deals with one of the major problems faced by nursing management in day-to-day health care services; the qualitative and quantitative definition of the nursing workforce necessary to guarantee quality care, which in turn takes into consideration the needs of health care workers and users. Beyond this, the available studies in literature predominately point out quantitative parameters, which have been insufficient in facing the challenges present in care practice. The investigation was developed in a private-sector hospital in the southeast region of Brazil, based on the perspective of different social agents: subjects-of-care/patients, nursing workers, nursing manager, institutional managers, and other health care professionals who interact directly with nurses of these units. The data was collected in two clinical-surgical overnight wards for adults in 2006, utilizing document analysis, systematic observation, and semi-structured interviews with 22 subjects. The research was carried out respecting all ethical precepts in the terms of Resolution 196 of the Brazilian National Health Care Council, and the final report is true to the reality and experiences lived by its participants while preserving the anonymity of the informants and the studied institution. The data were analyzed by the thematic analysis of the interview content, identifying the categories and sub-categories that express significant content concerning the objective of the study. The results point out that the question of the dimension of the nursing workforce is central to administrators, workers, and also to patients, who are the users of these services. It also evidenced that the qualitative dimension is essential in defining the parameters of dimensioning the nursing workforce, especially concerning the characteristic of health care work that deals with human life, which involves unpredictability and relationship between human beings who are unique in subjective, social, and cultural terms. The results of this study suggest that six dimensions should be considered in the definition of parameters for nursing workforce calculation. The first dimension is economic, which is amply recognized by scholars of various theoretical matrixes, including the analysis of the dynamic within the service sector and the distinctions among the public and private sectors. The second dimension deals with the subjects/workers. It includes the work conditions, such as salary, shifts, materials, equipment, and environmental conditions; the health conditions of the workers; and the use that these subjects make of their capacities and the opportunities for permanent development. A third dimension refers to the work scenarios that may demand greater exploration and wear, or that are more adequate in order to permit greater approximation with the creative and satisfactory dimension of work. The fourth dimension deals with the quality of the product of work, or rather its results and the perception of whomever receives the care given. The fifth dimension concerns the instruments and dynamics of the organization of the work, taking into consideration prescribed work and real work. One must consider in this dimension the available

technological knowledge, the work relationships, and the communication process. The sixth dimension is that which involves the object of nursing work, dealing with the view of the world and the needs of the subject-of-care/patients. The results of this study demonstrate that although mathematical formulas are important for dimensioning the nursing workforce, they are not sufficient in order to execute day-to-day management of nursing work. Their application, without including the six dimensions pointed out in this study, distances nursing from the possibility of approximation with work that is free from risk to its workers and to patients.

Key words: Dimensioning of nursing professionals, Human Resources in Nursing, Organizational Downsizing, Nursing work, Nursing work in hospitals.

GONÇALVES, Leonor. **Proceso de trabajo de la enfermería**: bases cualitativas para el dimensionamiento de la fuerza de trabajo de enfermería en las unidades de internación. 2007. 298f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Curso de Postgrado en Enfermería, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

Orientadora: Profa. Dra. Denise Elvira Pires de Pires

Co-orientadora: Profa. Dra. Roseni Rosângela de Sena

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo, realizado desde la perspectiva del materialismo histórico y dialéctico, con el objetivo de analizar los elementos cualitativos del proceso de trabajo que son imprescindibles en la definición de los parámetros de dimensionamiento de la fuerza de trabajo de enfermería en unidad de internación clínica y quirúrgica. El estudio se justifica porque uno de los grandes problemas enfrentados por la gerencia de enfermería en el cotidiano de los servicios de salud, es la definición cualitativa y cuantitativa de la fuerza de trabajo de enfermería necesaria para garantizar una asistencia de calidad, que considere las necesidades de los trabajadores y de los usuarios. Los estudios disponibles en la literatura sobre el asunto, muestran un predominio de parámetros cuantitativos, los cuales han sido insuficientes para enfrentar los desafíos presentes en la práctica asistencial. La investigación fue desarrollada en un hospital privado de la región sudeste del Brasil, a partir de la visión de diferentes actores sociales: sujetos del cuidado/usuarios, trabajadores de enfermería, gerente de enfermería, gerentes de la institución y otros profesionales del área de la salud que interactúan directamente con la enfermería en estas unidades. Los datos fueron recolectados en el año 2006, en dos unidades de internación clínica y quirúrgica de adultos, utilizando como instrumentos, el análisis documental, la observación sistemática y entrevistas parcialmente estructuradas con 22 sujetos. La investigación se sustenta en la reflexión teórica sobre el proceso de trabajo en enfermería y en salud, así como en el debate, nacional e internacional, sobre el dimensionamiento de la fuerza de trabajo de enfermería. La investigación respetó todos los preceptos éticos, según los términos establecidos en la Resolución No. 196 del Consejo Nacional de Salud. El informe final es fiel a la realidad y experiencias vividas, pero preserva el anonimato de las/los informantes y de la institución estudiada. Para la sistematización de los datos fue realizado el análisis temático del contenido de las entrevistas, identificando las categorías y subcategorías que expresan contenidos significativos para el objetivo de la investigación. Los resultados obtenidos evidenciaron que la cuestión del dimensionamiento de la fuerza de trabajo en enfermería es central para los administradores, para los trabajadores y, también, para los sujetos del cuidado, o sea, para los usuarios de los servicios. También se evidenció que la dimensión cualitativa es imprescindible en la definición de parámetros de dimensionamiento de la fuerza de trabajo en enfermería, especialmente, por la característica del trabajo en salud, la cual trata de la vida humana, que comprende imprevisibilidad y relación entre seres humanos que son distintos, subjetiva, social y culturalmente. Fueron identificadas seis dimensiones a ser consideradas en la definición de parámetros para el cálculo de la fuerza de trabajo en enfermería. La primera dimensión es la económica, la cual es ampliamente reconocida por los investigadores de varias corrientes teóricas, incluyendo el análisis de la dinámica del sector de servicios y las distinciones entre el sector público y el sector privado. La segunda dimensión se refiere a los sujetos/trabajadores. Incluye las condiciones de trabajo con salario, la jornada y turno de trabajo, recursos materiales, equipos y condiciones ambientales, las condiciones de salud de los trabajadores, y el uso que esos sujetos hacen de sus capacidades y de las oportunidades de

desarrollo permanente. Una tercera dimensión se refiere a los lugares de trabajo que pueden exigir mayor explotación y desgaste, o ser más adecuados, permitiendo una mayor aproximación con la dimensión creativa y satisfactoria del trabajo. La cuarta dimensión alude a la calidad del producto, o sea, de los resultados y la percepción de quien recibe el cuidado. La quinta dimensión está relacionada con los instrumentos y dinámicas de organización del trabajo, teniendo en cuenta el trabajo prescrito y el trabajo real. En esta dimensión se deben considerar el saber tecnológico disponible, las relaciones de trabajo y el proceso de comunicación. Y finalmente, la sexta dimensión que es aquella que se relaciona al objeto de trabajo de la enfermería, se refiere a la visión de mundo y las necesidades del sujeto del cuidado. Los resultados de la investigación demuestran que a pesar de la importancia de las fórmulas matemáticas para el dimensionamiento de la fuerza de trabajo en enfermería, las mismas son insuficientes para el ejercicio cotidiano de la gestión del trabajo. Su implementación, sin incluir las seis dimensiones señaladas, se distancia de la posibilidad de aproximación a un trabajo libre de riesgo para los trabajadores y para los sujetos del cuidado.

Palabras Clave: Dimensionamiento de personal de enfermería. Recursos Humanos de Enfermería. *Downsizing* Organizacional. Trabajo en enfermería. Trabajo de enfermería en hospitales.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABEn	- Associação Brasileira de Enfermagem
AD SAÚDE	- Administração de Serviços de Saúde
AIM	- <i>Acuity Intensity Monitoring System</i>
AVC	- Acidente Vascular Cerebral
BDENF	- Base de Dados de Enfermagem
CADAIS	- Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde
CAPES	- Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CASH	- Commission for Administrative Services in Hospitals
CASU	- Caixa de Assistência ao Servidor da Universidade
CINAHL	- Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature
CLT	- Consolidação das Leis do Trabalho
CME	- Central de Material Esterilizado
CNS	- Conselho Nacional de Saúde
COFEN	- Conselho Federal de Enfermagem
COREN	- Conselho Regional de Enfermagem
CPP	- Cuidado Progressivo do Paciente
CTI	- Centro de Tratamento Intensivo
DPOC	- Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
HMO	- <i>Health Maintenance Organization</i>
HU	- Hospital Universitário
IC	- Índice de Confiança
ICC	- Insuficiência Cardíaca Congestiva
INAMPS	- Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IST	- Índice de Segurança Técnica
JCAH	- Joint Commission on Accreditation of Hospitals

JCLH-Arizona	- <i>John C. Lincoln Hospital</i> em Phoenix no Arizona
LDB	- Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional
LEP	- Lei do Exercício Profissional
LILACS	- Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLARS	Medical Literature Analysis and Retrieval System
MEDLINE	- MEDLARS On-Line
MS	- Ministério da Saúde
NAS	- Nursing Activities Score
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONA	- Organização Nacional de Acreditação
QVT	- Qualidade de Vida no Trabalho
RH	- Recursos Humanos
RN	- Recém-nascido
SAC	- Serviço de Atendimento ao Cliente
SAE	- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCP	- Sistema de Classificação de Pacientes
SCP _r	- Sistema de Cuidado Progressivo
SDM-95	- <i>System Distribution Costs Minimum 95</i>
SES-SP	- Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Horas de cuidado de enfermagem por dia, segundo o tipo de assistência e o tipo de paciente.	43
Quadro 2 - Horas de cuidados de enfermagem, segundo o tipo de assistência e a unidade de internação, nas 24 horas	49
Quadro 3 - Caracterização dos sujeitos trabalhadores e gestores participantes do estudo.	106
Quadro 4 - Caracterização dos sujeitos-do-cuidado (PU), que foram representados pelos familiares entrevistados (filhas(os)), segundo idade, sexo, convênio, tempo de internação, número de filhos, estado civil e diagnóstico.	107
Quadro 5 - Caracterização dos sujeitos-do-cuidado entrevistados diretamente, segundo idade, sexo, convênio, tempo de internação, número de filhos, estado civil e diagnóstico.	107

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
 CAPÍTULO I	
O PROBLEMA, OS OBJETIVOS E A TESE DEFENDIDA	19
1.1 O problema de pesquisa	19
1.2 Os Objetivos	19
1.2.1 Objetivo geral	19
1.2.2 Objetivos específicos	19
1.3 A tese defendida	20
 CAPÍTULO II	
DIALOGANDO COM A TEORIA E A LITERATURA	21
2.1 Processo de trabalho: categoria central na definição da força de trabalho em enfermagem	21
2.2 O debate teórico sobre dimensionamento da força de trabalho da enfermagem	32
2.2.1 Conceituando “dimensionamento”	33
2.2.2 Parâmetros brasileiros no cálculo da força de trabalho de enfermagem em hospitais ...	36
2.2.3 Parâmetros internacionais para o cálculo da força de trabalho de enfermagem em hospitais	84
 CAPÍTULO III	
PERCURSO METODOLÓGICO	101
3.1 Os sujeitos participantes do estudo	103
3.2 Caracterização da instituição e das unidades de estudo	108
3.3 O Percurso da pesquisa	112
3.3.1 A Coleta de dados	113
3.3.2 Os cuidados éticos	116
3.3.3 A análise dos dados	118

CAPÍTULO IV

A INSTITUIÇÃO ESTUDADA - AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E O PERFIL DOS DOENTES, SEGUNDO OS CUIDADOS REQUERIDOS.....120

4.1 Filosofia, objetivos da instituição e da enfermagem das unidades de internação clínico-cirúrgicas estudadas.....	120
4.2 Serviço de avaliação dos usuários	127
4.3 As unidades de internação clínico-cirúrgica	131
4.3.1 Perfil dos doentes internados nas unidades de internação.....	131
4.3.2 Tipos de cuidado que os pacientes internados nessas unidades necessitavam...	132

CAPÍTULO V

MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO INFLUENCIANDO O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM136

5.1 Indicadores quantitativos e qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo	136
5.1.1 Indicadores quantitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo.....	137
5.1.2 Indicadores qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo.....	144
5.2 Organização do trabalho de enfermagem na unidade de internação e implicações no dimensionamento	149
5.2.1 Papéis dos diversos componentes da equipe de enfermagem, na visão dos diferentes sujeitos envolvidos no processo assistencial.....	161
5.2.2 Divisão do Trabalho na Unidade de Internação.....	175
5.3 As relações de trabalho e implicações no dimensionamento	187
5.3.1 As relações de trabalho na equipe de enfermagem.....	187
5.3.2 Relações de trabalho da enfermagem com os sujeitos-do-cuidado e seus familiares...	190
5.3.3 Relações de trabalho da enfermagem com os demais profissionais da equipe de saúde	196
5.3.4 Relações dos demais profissionais de saúde com os sujeitos-do-cuidado e seus familiares	201
5.4 Condições de trabalho e implicações no dimensionamento	204
5.5 Elementos do processo de trabalho: objeto, finalidade e instrumentos de trabalho, e implicações no dimensionamento de enfermagem	213
5.5.1 Instrumentos de trabalho e implicações no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem	213

5.5.2. O Objeto e a finalidade do trabalho	221
--	-----

CAPÍTULO VI

BASES PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO: QUANTIDADE E QUALIDADE EM UM CENÁRIO COMPLEXO E

MULTIDETERMINADO.....	225
------------------------------	------------

6.1 Aspectos relacionados ao objeto de trabalho da enfermagem nas unidades de internação.....	225
--	------------

6.2 Aspectos relacionados à organização e meios/instrumentos de trabalho da enfermagem nas unidades de internação.....	233
---	------------

6.2.1 Dinâmicas no processo de trabalho que interferem no dimensionamento de pessoal de enfermagem.....	233
---	-----

6.2.2 Aspectos relacionados às tecnologias materiais, que favorecem ou dificultam o trabalho da enfermagem	238
--	-----

6.2.3 Aspectos relacionados à instituição hospitalar que interferem no dimensionamento ..	242
---	-----

6.3 Aspectos relacionados à comunicação e relações de trabalho no processo de cuidar, influenciando no dimensionamento	246
---	------------

6.4 Aspectos relacionados ao resultado do trabalho <i>versus</i> dimensionamento ...	248
---	------------

6.5 Aspectos relacionados ao sujeito-cuidador/sujeito trabalhador <i>versus</i> o dimensionamento	250
--	------------

6.6 Sintetizando a reflexão acerca das bases para o dimensionamento.....	260
---	------------

CAPÍTULO VII

A IMPORTÂNCIA DOS ASPECTOS QUALITATIVOS NO

DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM –

À GUIA DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS	262
--	------------

REFERÊNCIAS	266
--------------------------	------------

APÊNDICE A - Especificação dos descritores e bases de dados utilizadas neste estudo	281
--	------------

APÊNDICE B - Roteiro para a observação sistemática nas unidades de internação	283
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi-estruturada I.....	284
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semi-estruturada- II.....	287
APÊNDICE E – Roteiro de entrevista semi-estruturada- III	291
APÊNDICE F - Termo de consentimento livre e esclarecido.....	295
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética.....	297

INTRODUÇÃO

Nas práticas assistenciais de saúde, um dos grandes problemas enfrentados pela gerência de enfermagem é a definição qualitativa e quantitativa da força de trabalho de enfermagem necessária, para garantir uma assistência de qualidade aos seres humanos atendidos na rede de serviços de saúde (hospitais, rede ambulatorial, equipe de saúde da família ou no domicílio). Campedelli et al (1987) esclarecem que o dimensionamento da força de trabalho na área de enfermagem reveste-se de inúmeras dificuldades e que o dimensionamento interfere na qualidade da assistência prestada.

A minha experiência pessoal como gestora em um hospital de ensino de grande porte mostrou a insuficiência dos estudos disponíveis sobre dimensionamento da força de trabalho em enfermagem. Mostrou, também, que o problema é complexo e que múltiplos interesses e necessidades (políticas, econômicas, profissionais, sociais e culturais) estão em jogo no processo de tomada de decisões. A minha experiência como gestora, mostrou igualmente a carência de parâmetros ou indicadores qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem em unidades clínico-cirúrgicas, que são unidades típicas da atenção hospitalar, existindo em praticamente todos os hospitais.

A consulta à literatura nacional e internacional confirmou que os estudos disponíveis priorizam a formulação de parâmetros quantitativos e referem-se às unidades críticas, permanecendo a lacuna mencionada em relação aos aspectos qualitativos envolvidos no trabalho. Tais estudos pouco referenciam a dinâmica e necessidades de trabalho nas unidades de internação clínico-cirúrgicas.

Assim, com o intuito de colaborar de forma mais consistente no enfrentamento dessa problemática, me propus a realizar o presente estudo acerca do processo de trabalho da enfermagem, formulando bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação.

Nesse sentido, a reflexão sobre o processo de trabalho em enfermagem,

buscando identificar parâmetros qualitativos para o cálculo da força de trabalho, com base nas distintas visões dos trabalhadores da equipe de enfermagem e de saúde, incluindo os gerentes institucionais, além da visão dos sujeitos-do-cuidado, contribui para uma melhor aproximação com a complexidade do assunto. E contribui para a formulação de parâmetros mais adequados para o dimensionamento de força de trabalho necessária para uma assistência de enfermagem de qualidade, e que considere as necessidades de trabalhadores e usuários.

As concepções e metodologias para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem e de saúde são determinadas por fatores econômicos, sociais e históricos das políticas de saúde, e pelas formas de organização da produção nos serviços, com parâmetros de racionalização do trabalho.

No caso da enfermagem, a definição da formação e da utilização da força de trabalho está determinada por movimentos que produzem e reproduzem os modos de pensar e fazer saúde. O trabalho de enfermagem nas instituições hospitalares tem uma característica peculiar, por ser um serviço ininterrupto, desenvolvido nas 24 horas do dia e nos sete dias da semana. Ademais, tem elementos internos marcados pela divisão técnica do trabalho e envolve relações entre sujeitos (o sujeito-cuidador e o sujeito-do-cuidado) que são da mesma natureza – humana, por isso envolvendo aspectos subjetivos de difícil percepção.

Além disso, é necessário lembrar que o resultado do trabalho da enfermagem, a prestação da assistência, ou seja, seu produto, é consumido no ato em que se realiza, gerando necessidades e situações inesperadas, de modo que dificulta o planejamento e a previsão de recursos, como ocorre na produção material. Reações individuais e evolução dos tratamentos podem demandar cuidados não previstos, e a atenção tem que ser imediata, pois na maioria das vezes não é possível reverter resultados ou efeitos negativos.

Para estabelecer parâmetros para a previsão e provisão de força de trabalho em enfermagem e atender a prática cotidiana, foi necessário que as(os) enfermeiras(os) utilizassem a sua experiência, seus estudos e suas vivências de assistir em enfermagem, nas diversas situações e áreas de atuação, buscando parâmetros nacionais

e internacionais, como subsídios e fórmulas para dimensionar a força de trabalho.

Apesar da legislação em vigor e de todos os parâmetros vigentes, a(o) enfermeira(o) responsável pelo cálculo de pessoal continua tendo que submeter o seu estudo à análise do administrador do hospital, geralmente um médico, que, ao final, acaba decidindo sobre a contratação de pessoal de enfermagem. Além disso, a grande maioria dos serviços de saúde, especialmente os hospitais, tem historicamente dimensionado a força de trabalho de enfermagem por meio de critérios empíricos e financeiros, definindo um mínimo de pessoal de enfermagem para desenvolver a assistência. No entanto, para um dimensionamento adequado seria recomendável uma negociação entre o Gestor de Enfermagem e o Gestor Institucional.

Com o desenvolvimento técnico-científico e a crescente complexidade da vida em sociedade e do perfil de morbidade, há uma demanda de profissionais de enfermagem qualificados para o cuidado em saúde.

Os estudos de Campedelli et al (1987); Kurcgant, Cunha e Gaidzinski (1989); Santos (1992); Gaidzinski (1991); Magalhães, Duarte e Moura (1995); Karman, Moysés e Aubert (1995) e Pavani (2000) identificaram que a qualidade da assistência de enfermagem se relaciona diretamente ao quantitativo e qualitativo da força de trabalho disponível para a realização do cuidado. Esses estudos ressaltam questões como qualidade e quantidade de profissionais, atenção integral às pessoas e prestação de cuidado livre de riscos ao sujeito-do-cuidado e ao sujeito-cuidador, como é previsto na legislação e no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Porém, os resultados desses trabalhos não avançaram em relação às fórmulas matemáticas para cálculo de pessoal.

No setor saúde, ultimamente, a palavra de ordem é a racionalidade técnica e financeira, devido à constante carência de recursos financeiros para o setor. Por isso, os gestores pressionam as diretorias de enfermagem a realizarem o cálculo de pessoal com base no padrão mínimo, pois é a área que tem o maior contingente de pessoal na instituição. Isto acarreta sobrecarga de trabalho, riscos de acidentes e doenças relacionadas ao trabalhador, além do comprometimento da qualidade do cuidado.

É possível afirmar que, em geral, as organizações hospitalares têm utilizado

modelos gerenciais que busquem incorporação tecnológica adequada, com menor custo. No entanto, o custo hospitalar pode se tornar crescente, caso não sejam adotados estudos prévios de custo-benefício da inclusão de novas tecnologias.

O estudo do processo de trabalho da enfermagem, considerando-se a sua complexidade e sua inserção no trabalho em saúde, em um cenário histórico-social, constitui-se em uma contribuição para superar a exclusividade das fórmulas matemáticas e descobrir novas alternativas que auxiliem no dimensionamento da força de trabalho da enfermagem, na busca da qualidade da assistência em saúde, definindo parâmetros que realmente considerem as necessidades do usuário, do trabalhador e das instituições.

Causa-me, ainda, grande inquietação saber que grande parte do tempo das(os) enfermeiras(os) gerentes é utilizado em freqüentes discussões junto à administração, para recomposição da força de trabalho de enfermagem. Foi a vivência e o enfrentamento desse tipo de situação que despertou meu interesse para analisar o processo de trabalho de enfermagem, relacionando-o com a quantidade de pessoal necessário para a realização das atividades, e buscar formular indicadores com base na percepção dos próprios trabalhadores. É preciso considerar a organização do trabalho, as funções, o papel e as atividades de enfermagem, como dimensões do processo de trabalho em saúde e como ações necessárias para concretizar o cuidado de enfermagem.

A relevância do estudo está na sua contribuição para o gerenciamento da força de trabalho de enfermagem, na instrumentalização dos profissionais e entidades profissionais de enfermagem e de saúde para a defesa de condições de trabalho que propiciem uma assistência de qualidade.

CAPÍTULO I

O PROBLEMA, OS OBJETIVOS E A TESE DEFENDIDA

1.1 O problema de pesquisa

Nesse cenário, foi formulada a seguinte questão de pesquisa:

Que aspectos do processo de trabalho em enfermagem devem ser considerados no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, para a prestação de uma assistência de qualidade?

1.2 Os Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Analisar o processo de trabalho de enfermagem para construir indicadores a serem considerados no dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, em unidades de internação clínico-cirúrgicas.

1.2.2 Objetivos específicos

- Analisar o processo de trabalho da enfermagem em unidades de internações clínico-cirúrgicas;
- Identificar as visões de diferentes atores sociais (sujeito-do-cuidado, trabalhadores de enfermagem, gerente de enfermagem, gerentes institucionais e outros profissionais de saúde), com vistas à formulação de indicadores para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem;
- Formular indicadores para o dimensionamento da força de trabalho em

enfermagem, considerando a percepção dos sujeitos envolvidos no trabalho em enfermagem e o cenário político-institucional e legal em que ele ocorre.

1.3 A tese defendida

O estudo realizado fundamenta a tese de que:

A análise dos elementos qualitativos do processo de trabalho é imprescindível na definição dos parâmetros de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem.

CAPÍTULO II

DIALOGANDO COM A TEORIA E A LITERATURA

A sustentação teórica deste estudo teve como suporte: a teorização sobre processo de trabalho em saúde e em enfermagem, e uma reflexão crítica sobre dimensionamento, com base nos estudos disponíveis na literatura nacional e internacional.

2.1 Processo de trabalho: categoria central na definição da força de trabalho em enfermagem

Os conceitos de trabalho, trabalho humano, processo de trabalho na saúde e na enfermagem são centrais no âmbito desta pesquisa, que visa formular indicadores para a definição de força de trabalho de enfermagem. Esses conceitos foram resgatados do materialismo histórico e dialético de Marx (2002) e utilizados por autores como Braverman (1977), Melo (1986), Oliveira (1987), Pires (1989, 1998, 2000), Leopardi (1999), Almeida et al (1989, 1997), Ramos (1999), Capella (1998), Capella et al (1999) e Gelbcke (2002).

Oliveira (1987, p. 5), em seu livro *História do Trabalho*, define que trabalho:

[...] é a atividade desenvolvida pelo homem, sob determinadas formas, para produzir a riqueza. São as condições históricas que lhe dão validade e estabelecem o seu limite [...]. A história do trabalho começa quando o homem buscou os meios de satisfazer suas necessidades.

Ainda é Oliveira (1987, p. 6) quem define processo de trabalho como:

[...] o resultado da combinação do objeto, dos meios, da força e do produto do trabalho. O objeto do trabalho é a matéria com que se trabalha: matéria bruta é a matéria que se encontra em estado natural; matéria prima é a matéria que já sofreu a intervenção do homem [...]. Os meios de trabalho são os instrumentos que o homem utiliza para realizar a transformação da

matéria e o ambiente em que ocorre essa transformação: o serrote e a oficina de marcenaria são meios de trabalho. Força de trabalho é a energia humana empregada no processo de transformação, mas não pode ser confundida com o trabalho (o trabalho é o rendimento da força de trabalho). Produto é o valor criado pelo trabalho e corresponde ao objeto produzido para satisfazer as necessidades humanas (o produto é então um valor de uso). Logo pelos conceitos expostos, o trabalho está embutido num processo que envolve elementos concretos e abstratos em todas as suas etapas.

Braverman (1977, p. 49) conceitua trabalho como:

[...] uma atividade que altera o estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade. Assim, a espécie humana partilha com as demais as atividades de atuar sobre a natureza de modo a transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades.

No entanto, o que distingue o homem dos animais é que o trabalho humano é consciente e proposital, ao passo que o dos animais é instintivo. Assim “o trabalho como atividade proposital, orientado pela inteligência, é produto especial da espécie humana” (BRAVERMAN, 1977, p. 52).

Ainda é Braverman (1977, p. 53-54) quem diz:

Nos seres humanos, diferentemente dos animais, não é inviolável a unidade entre a força motivadora do trabalho e o trabalho em si mesmo. A unidade de concepção e execução pode ser dissolvida. A concepção pode ainda continuar e governar a execução, mas a idéia concebida por uma pessoa pode ser executada por outra. A força diretora do trabalho continua sendo a consciência humana, mas a unidade entre as duas pode ser rompida no indivíduo e restaurada no grupo, na oficina, na comunidade ou na sociedade como um todo.

Segundo Braverman (1977, p. 70),

[...] embora todas as sociedades conhecidas tenham dividido seu trabalho em especialidades produtivas, nenhuma sociedade antes do capitalismo subdividiu sistematicamente o trabalho de cada especialidade produtiva em operações limitadas.

A divisão social do trabalho “é aparentemente inerente característica do trabalho humano tão logo ele se converte em trabalho social, isto é, trabalho executado

na sociedade e através dela” (BRAVERMAN, 1977, p. 71-72).

No entanto, a divisão do trabalho, que implica no parcelamento dos processos acessíveis para a feitura do produto em numerosas operações, executados por diferentes trabalhadores, só emerge com o modo capitalista de produção. Assim,

[...] a divisão pormenorizada do trabalho destrói as ocupações, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção [...]. Enquanto a divisão do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem. (BRAVERMAN, 1977, p. 72).

A divisão parcelar do trabalho busca, com o mesmo número de pessoas, produzir um volume maior de trabalho, devido ao aumento da destreza de cada uma delas e a economia do tempo que é perdido, em geral, na passagem de uma espécie de trabalho para outra. Finalmente, a invenção de grande número de máquinas que facilitam e abreviam o trabalho permitiu que um homem faça o trabalho de muitos (BRAVERMAN, 1977).

“Em termos de mercado, isto significa que a força de trabalho capaz de executar

Muitas dessas características ajudam a explicar a lógica da fragmentação do trabalho de enfermagem encontrado na prática institucional em saúde no Brasil. Nos serviços de saúde, no âmbito do trabalho de enfermagem, a(o) enfermeira(o) apropriou-se do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual na equipe. Dono de um saber que, inicialmente, é sobre as técnicas profissionais e, mais tarde, com a institucionalização do ensino, reveste-se de uma complexidade que envolve o saber administrar, supervisionar e ensinar, isto garante às(aos) enfermeiras(os) uma posição privilegiada na divisão social do trabalho da enfermagem (ALMEIDA, 1997).

Fica claro que a divisão parcelar do trabalho na enfermagem, no Brasil, não surgiu por acaso e nem permanece pela tradição, mas surgiu como forma de adaptação da estrutura ocupacional às necessidades do gerenciamento das instituições de saúde (MELO, 1986), seja de aumentar o rendimento do trabalho com vistas à acumulação privada, seja para redução dos custos nas instituições públicas (PIRES, 1998).

A mesma autora descreve que

[...] no conjunto dos trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário da economia. Como os demais trabalhos humanos, tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Foi influenciado pelos princípios da "organização científica do trabalho", e, atualmente, está sendo influenciado em parte, pelas transformações atuais do processo de trabalho. O trabalho em saúde é um tipo especial de serviço que é consumido no momento que é produzido e que pode ser prestado de diversas maneiras: na forma de serviço que é oferecido no mercado, diretamente pelo produtor ao consumidor; na forma de trabalho coletivo prestado em instituições públicas ou privadas, envolvendo trabalho assalariado e trabalho autônomo; na forma de trabalho coletivo desenvolvido por uma rede de empresas que realizam parte do trabalho em saúde, cooperando para a produção do serviço em si. (PIRES, 1998, p. 233).

Como exemplos de modalidades de trabalho em saúde, se podem citar: hospitais, os *homecare* (atenção domiciliar), consultórios e clínicas/instituições privadas e públicas, cooperativas de profissionais.

Os serviços de saúde fazem parte das atividades imprescindíveis para a vida em

sociedade e, quando os custos envolvidos na sua produção passam a ser inviáveis, economicamente, não existe um caminho único a ser seguido. Diversas saídas são possíveis, como: a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho qualificada; a redução de salários; a precarização das relações de trabalho, dentre outras. A implementação de uma ou de outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos fatores, como os conhecimentos disponíveis, as regras jurídico-legais, as relações de trabalho acordadas ou impostas, bem como da capacidade dos diversos grupos e classes sociais para fazerem valer os seus interesses (PIRES, 1988).

As origens históricas da estruturação da enfermagem como profissão, no Brasil, ajudam a explicar o perfil da força de trabalho em enfermagem, que, em termos gerais, se mantém até hoje. A enfermagem estrutura-se como profissão, segundo o modelo Nightingale inglês trazido por enfermeiras americanas. Estas vieram para o Brasil e formaram enfermeiras(os) para a coordenação, controle e supervisão dos serviços e dos demais profissionais de enfermagem. Criaram, também, a formação profissional de enfermagem em nível médio. A esses trabalhadores coube o trabalho do tipo manual, realizado sob o controle e supervisão das(os) enfermeiras(os) (PIRES, 1989).

A característica da divisão parcelar do trabalho, presente nas empresas do sistema capitalista, aparece também no setor saúde e, internamente, na enfermagem. A(O) enfermeira(o),

[...] formada para o ensino e para a administração da assistência de enfermagem, controla esta assistência, delegando tarefas específicas às/aos demais trabalhadoras/es de enfermagem que executam um trabalho alienado, sem controle do processo e do produto final. (PIRES, 1989, p. 138).

Apesar das características apontadas, a mesma autora, em outro estudo (PIRES, 1998), refere que, nas situações cotidianas de trabalho, sempre existe um espaço para arranjos e reconfigurações do trabalho prescrito, de modo que o controle gerencial do processo não se realiza de forma tão efetiva.

Focalizando a análise no trabalho da(o) enfermeira(o), no contexto do trabalho

em saúde, a autora refere que essa profissional é uma:

[...] trabalhadora assalariada, mas que executa um trabalho do tipo intelectual e gerenciador da assistência de enfermagem. No âmbito do trabalho em saúde, o trabalho de enfermagem é parte deste e desenvolve-se com autonomia relativa em relação aos demais trabalhadores de saúde. (PIRES, 1989, p. 138).

Os médicos apropriaram-se do saber de saúde e assumiram o gerenciamento/controlado da prática assistencial em saúde no âmbito hospitalar, garantidos pelas leis que regulamentam o exercício profissional da medicina e pelas instituições formais de ensino e associativas. Os médicos foram “impostos articuladamente, e a serviço do Estado e da classe dominante, nos diversos momentos históricos, como elementos centrais e detentores do poder decisório da ação em saúde” (PIRES, 1989, p. 139).

A mesma autora, resgatando a história da institucionalização das profissões de saúde no Brasil, comenta que os farmacêuticos, dentistas e parteiras inicialmente se organizaram como representantes de ramos do conhecimento em saúde, mas sob o controle das escolas e dos órgãos fiscalizadores do exercício profissional da medicina. Somente no século XX, farmacêuticos e dentistas passaram a ter suas profissões independentes, organizadas e reguladas segundo normas próprias (PIRES, 1989).

A enfermagem se organiza como profissão regulada por normas próprias somente a partir de 1923, absorvendo o trabalho das parteiras e dos práticos. Com a Lei nº 2604 de 1955, ficam estabelecidas as categorias que desenvolvem atividades no âmbito da enfermagem: enfermeiras(os), parteiras, auxiliares e atendentes. Essa lei regulamenta o exercício profissional de enfermagem até 1986, quando foi sancionada a Lei nº 7498/86, que extingue a ocupação “atendente de enfermagem”, dando um prazo para sua qualificação, e inclui o técnico de enfermagem como profissional de enfermagem (PIRES, 1989, p. 139-140).

Esse processo teve múltipla determinação, já que:

A hegemonia médica no setor saúde, verificada na sociedade brasileira e mundial, é fenômeno resultante do processo de apropriação pelos médicos do saber de saúde dos povos, transformando-o em saber médico. A relação orgânica dos médicos aos interesses das classes dominantes nos diversos

momentos históricos, o controle que este grupo exerceu sobre o processo de profissionalização dos demais exercentes das ações de saúde, sobre a formação e a emissão das normas disciplinadoras do exercício profissional e pela apropriação dos cargos administrativos gerenciais das instituições de saúde a serviço dos interesses econômicos hegemônicos e da manutenção do *status quo*, bem como pela intervenção, enquanto categoria, no próprio aparelho de Estado. (PIRES, 1989, p 145).

Segundo essa mesma autora, analisando o processo histórico de constituição das profissões de saúde no Brasil, com a implantação do modo capitalista de produção e sua consolidação nos diversos setores da vida social, a organização do trabalho em saúde é fortemente influenciada por essa nova lógica. Ela exemplifica essa influência, apontando o parcelamento cada vez maior das atividades do campo da saúde, surgindo cada vez mais profissões e especializações em cada uma delas, além do parcelamento das tarefas que ocorre internamente às diversas profissões, como se verifica na enfermagem, farmácia e nutrição (PIRES, 1998).

Xavier et al (1987) descreveram que, na maioria das instituições de saúde brasileiras, os processos de trabalho das diversas profissões de saúde são complementares entre si. Outros autores, também analisando a inserção do trabalho da(o) enfermeira(o) no conjunto das práticas dos demais trabalhadores de saúde, identificam os aspectos de complementaridade, destacando as conseqüências destas no produto final, o cuidado prestado (MELO, 1986; ALMEIDA; ROCHA, 1989, 1997; GONÇALVES, 1994).

Diante dos referenciais teóricos apresentados e tomando como base minhas vivências, observações e reflexões, concordo com Almeida et al (1989, 1997), Pires (1989, 1998, 2000), Gelbcke (2002) e Leopardi (1999), sobre o fato de que, na maioria dos serviços de saúde, a forma como o trabalho na enfermagem é organizado, entre as diferentes categorias que compõem a equipe, gera fragmentação do cuidado, desenvolvimento de atividades sem uma compreensão mais ampla do processo de trabalho, perda da visão de integralidade do sujeito-do-cuidado, não-visualização dos resultados do trabalho executado e insatisfação do sujeito-cuidador.

Encontramos ainda a duplicação de esforços, a valorização do saber em

detrimento do fazer e a hierarquia de poder presentes na maioria das relações de trabalho. A(O) enfermeira(o) estipula as ações de cuidado e os trabalhadores de nível médio são simples executores desse cuidado. Os trabalhadores de enfermagem, assim organizados, realizam suas atividades de forma independente um do outro, gerando conflito e alienação no processo de trabalho. Conseqüentemente, é necessária a superação desse modelo tradicional de trabalho, rompendo, com essa forma de divisão por tarefas e possibilitando uma visão mais global das necessidades do sujeito-do-cuidado, permitindo que o trabalhador exerça a sua criatividade.

O trabalho da equipe de enfermagem no Brasil segue, basicamente, dois modelos: o dos “cuidados integrais” ou o dos “cuidados funcionais”. Para Pires (1998), os cuidados integrais possibilitam que o trabalhador de enfermagem recupere, em parte, a compreensão sobre o processo assistencial, o que a execução de tarefas parceladas e padronizadas dificulta. No cuidado integral, o trabalhador de enfermagem é responsável pelos cuidados necessários à pessoa doente, àquele ser humano. Esse modelo demanda trabalhadores mais qualificados e uma relação quantitativa diferenciada, coerente com o que é esperado de um trabalho profissional.

Na divisão do trabalho por tarefas, o trabalhador é responsável pelas tarefas. Portanto o foco central é a tarefa, muitas vezes negligenciando ou ficando obscurecida a percepção sobre o indivíduo que recebe o cuidado. Esse modelo aproxima-se da lógica de divisão parcelar e de organização taylorista do trabalho, bem como essa fragmentação e modelo gerencial estão legalizados na lei do exercício profissional de enfermagem.

Concordo com Canário (1997, p. 162) acerca de que o processo de mudanças no contexto de trabalho é sobretudo resultado de uma ação política. Essa afirmativa reforça que não se faz mudanças sozinho, a ação coletiva é necessária. Portanto, os sujeitos-do-cuidado e os sujeitos-cuidadores devem lançar mão das suas competências específicas de pensar e buscar transformar o cenário do trabalho em saúde, com vistas a uma assistência que respeite ambos, nas suas diferenças e similaridades, permitindo o constante diálogo, em qualquer lugar em que estiverem, superando assim as formas tradicionais de organização do trabalho nas instituições.

Capella (1998), com base em uma pesquisa realizada com a metodologia construtivista, chega à formulação de um modelo capaz de romper com essa forma tradicional de organização do trabalho na enfermagem. Propõe que os componentes da equipe de enfermagem, como atores envolvidos na ação terapêutica, devem se tornar mediadores do processo de recuperação do sujeito hospitalizado e dos sujeitos familiares. Espera-se, também, que os sujeitos-do-cuidado exerçam os seus direitos de cidadania, definindo, juntamente com os profissionais, um novo processo de assistência à saúde, onde estejam presentes na discussão do planejamento e seus olhares e desejos sejam respeitados. É fundamental também garantir a participação dos sujeitos-cuidadores, de todos os níveis de formação, no planejamento e execução da assistência ao sujeito-do-cuidado.

Os estudos apresentados acima, sobre a realidade do trabalho em saúde e na enfermagem, apontam para a necessidade de superação do modelo hegemônico de organização do trabalho da enfermagem, rompendo com a divisão por tarefas, a divisão entre trabalho manual e intelectual e com o enfoque biologista do processo saúde/doença. Essa superação possibilitaria uma visão global das necessidades do sujeito-do-cuidado, objeto das ações da enfermagem, tornando o trabalho mais efetivo, gratificante, não-alienante e criativo para o sujeito-cuidador.

Capella (1998, p. 152) descreve que a força de trabalho em enfermagem, no Brasil, é constituída por enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem. Diz que o que vai determinar a constituição da força de trabalho de uma determinada atividade é a finalidade colocada para o desenvolvimento do trabalho, ou seja, o tipo de transformação que se deseja ver operada no objeto de trabalho em si, ou ainda o tipo de transformação que os dois, objeto-sujeito e a força de trabalho, numa atitude conjunta, desejam ver efetivada. Isto é o que vai determinar a qualidade do trabalho. Para tanto, no caso da enfermagem, existem condições que precisam ser apontadas: atribuições dos trabalhadores de enfermagem, relações e organização das ações de enfermagem, instrumentos de trabalho, relações entre os diferentes trabalhadores. Em síntese, o estudo do processo de trabalho.

Considerando que a força de trabalho da enfermagem é determinada pelo tipo

de transformação que se deseja realizar no objeto de trabalho, é necessário esclarecer sobre que objeto se está falando.

Existem divergências de opiniões na literatura brasileira quanto ao objeto de trabalho da enfermagem. Almeida et al (1989, 1997) e Chompré et al (1998) entendem que o cuidado é o objeto de trabalho da enfermagem. Outros, como Pires (1989, 1998, 2000), Leopardi (1999), Ramos (1999), Peduzzi (2001), Capella (1998) e Capella et al (1999) entendem que o objeto de trabalho da enfermagem é o sujeito-do-cuidado. É importante explicitar minha opinião, neste estudo, declarando a partir de que referencial basearei a minha análise. Concordo com a visão dos autores que dizem que o objeto de trabalho da enfermagem é o sujeito (indivíduo, família, grupos) que recebe o cuidado de enfermagem. O cuidado é o trabalho em si, “traduz uma ação de tratar de alguém, atender alguém”, “o cuidado é o tratamento, é a atenção dispensada” (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 32).

O trabalho de enfermagem envolve três ações básicas, não dissociadas: a educação em saúde, o cuidado e a gerência dos sistemas de enfermagem. A assistência de enfermagem se realiza por diferentes profissionais, utiliza diferentes instrumentos e possui diferentes finalidades, sem que necessariamente tenha diferentes objetos.

No processo de trabalho “cuidar”, a finalidade da enfermagem é atender as necessidades relacionadas à manutenção da saúde do ser humano. E o seu objeto de trabalho é *sui generis*, é o sujeito-do-cuidado, que se expõe à manipulação do sujeito-cuidador e consome o trabalho, durante o processo. Esse objeto possui uma natureza física e social.

No processo de trabalho “gerenciar”, a finalidade é a organização do espaço terapêutico, realizado preferencialmente pela(o) enfermeira(o), que distribui e controla o trabalho da equipe de enfermagem, com vistas a desenvolver condições para a realização do cuidado, tendo como objeto a organização em si. Quando a(o) enfermeira(o) atua junto à equipe de enfermagem, na ação de educação permanente, a equipe de enfermagem é o seu objeto. Educar é um processo de trabalho dirigido para a transformação da consciência individual e coletiva dos sujeitos e deve ter como

princípio o desenvolvimento do direito de cidadania¹ (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001).

O ser humano, portanto, é o objeto de trabalho da enfermagem, tanto na educação, como no processo de cuidar. “O cuidar começa, se desenvolve e termina com a pessoa, que se torna momentaneamente objeto desta ação, mas também a transcende, para assegurar sua ampliação à coletividade” (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 47).

Considerando-se que o sujeito-cuidador é responsável pelas ações a serem desenvolvidas junto ao sujeito-do-cuidado, farei uma breve análise quantitativa e qualitativa de como essa força de trabalho vem se configurando, nas últimas décadas.

Dados do Ministério da Saúde (MS) descrevem que a área de enfermagem corresponde a 49,6% do setor saúde, enquanto que a soma de todas as especialidades médicas alcança 30,3% desse setor. Ele chama atenção ainda, no estudo realizado pela Secretaria de Gestão do Trabalho do MS, que, desses 49,6% do setor saúde que correspondem à enfermagem, 57% são compostos por auxiliares e técnicos de enfermagem (BRASIL, 2005).

Segundo estudo do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), o total de 304.287 trabalhadores de enfermagem atuando no Brasil, em 1983, estava constituído por 8,50% (25.889) de enfermeiras(os); 6,60% (19.935) de técnicas(os) de enfermagem; 21,10% (64.289) de auxiliares de enfermagem e 63,80% (194.174) de trabalhadores de enfermagem classificados como atendentes (COFEN, 1985, p. 35).

Dados do COFEN de 29/10/2004 indicam que a enfermagem contava com um contingente total de 790.107 trabalhadores, sendo destes: 105.841(13,39%) enfermeiras(os), 181.093 (22,92%) técnicas(os) de enfermagem, 477.034 (60,37%) auxiliares de enfermagem, 26.098 (3,3%) atendentes e 41 (0,01%) parteiras. (COFEN, 2004).

No portal do COFEN (2007), em 15 de março de 2007, o Brasil contava com

¹ Adoto neste trabalho o conceito de cidadania do Grupo Práxis: “cidadania se define pela existência de um indivíduo que compartilha interesses coletivos e trabalha no sentido de sua consolidação, para romper com a relação de anomia, quando expressar sua identidade particular não o coloca nem acima, nem abaixo, da identidade dos outros, supondo-se que o livre desenvolvimento de cada um é condição para a convivência e o desenvolvimento de todos” (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 41).

um contingente total de 1.023.984 trabalhadores de enfermagem, dos quais 137.896 (14%) eram enfermeiras(os); 309.111 (30%) técnicas(os); 553.354 (54%) auxiliares e 23.623 (2%) atendentes de enfermagem (COFEN, 2007).

A partir dos dados descritos acima, podemos concluir que a força de trabalho de enfermagem vem crescendo, e com aumento significativo das(os) enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares e redução drástica do número de atendentes. Isso demonstra os resultados da luta da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em âmbito nacional, pela profissionalização dos atendentes. Um marco nessa luta foi a conquista da Lei do Exercício Profissional (LEP), de 1986. A aplicação da lei tem tido impacto positivo na ampliação do contingente de força de trabalho qualificada em enfermagem.

No processo de produção em saúde se precisa analisar, inicialmente, como a gestão institucional deve operar com o jogo de disputas dos distintos agentes, inclusive no modo como conformariam o espaço institucional no jogo entre o público e privado.

O trabalho de enfermagem ocorre em um cenário histórico-social do qual é parte constituinte e determinante, ao mesmo tempo em que é por ele determinado. A política de saúde vigente, bem como a cultura institucional e os valores a respeito de saúde e organização social influenciam a organização do trabalho e as escolhas dos dirigentes, para a definição da força de trabalho em saúde.

2.2 O debate teórico sobre dimensionamento da força de trabalho da enfermagem

Neste capítulo, incluí alguns aspectos conceituais da expressão “dimensionamento de força de trabalho” e também os parâmetros nacionais e internacionais mais significativos nos estudos sobre o tema, na área de enfermagem.

Nos estudos disponíveis na literatura, sobre o assunto, constata-se que a maioria trata da adequação da força de trabalho em enfermagem à demanda das instituições hospitalares. Isto tem levado à formulação de diferentes modelos de cálculo de pessoal. Os estudos abordam aspectos quantitativos e qualitativos: complexidade da assistência, grau de dependência do paciente, horas de enfermagem gastas com os

sujeitos-do-cuidado, jornada de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, métodos de trabalho da equipe de enfermagem, área física do hospital, número de sujeitos-do-cuidado a serem atendidos, índice de segurança técnica, quantitativo por categoria profissional na equipe de enfermagem, serviços de apoio existentes na instituição, disponibilidade de recursos tecnológicos. E, mesmo assim, os modelos que emergiram desses estudos não têm atendido, de forma satisfatória, às necessidades de pessoal de enfermagem para dar conta da complexidade do cuidado.

2.2.1 Conceituando “dimensionamento”

Kurcgant et al (1991), Kurcgant e Cunha (1989), em livro e artigo muito usados no meio acadêmico, e também pelas(os) enfermeiras(os) da prática assistencial, afirmam que:

[...] dimensionar o pessoal de enfermagem constitui a etapa inicial do processo de provimento de pessoal e tem por finalidade a previsão quantitativa de funcionários por categoria, requerida para atender, direta ou indiretamente, às necessidades de assistência de enfermagem a clientela. (KURCGANT et al, 1991, p. 91).

Esse conceito de dimensionamento é de grande importância, pois chama a atenção para a necessidade de provisão de força de trabalho para o conjunto da assistência e, também, para as características específicas do processo de trabalho de enfermagem, como é o caso do conjunto dos aspectos que participam direta e indiretamente no processo de cuidar.

É comum no discurso informal das(os) enfermeiras(os) utilizar-se da terminologia “cuidados indiretos”, para referir-se às condições necessárias para a realização dos cuidados diretos. Dentre esses cuidados indiretos destacam-se a organização da assistência (gerenciamento do espaço ou local de trabalho, dos tempos de trabalho e do tempo das pessoas envolvidas no trabalho, organização e divisão de atividades na equipe de enfermagem; e o gerenciamento de ações com a equipe de saúde) e a educação continuada (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 39-40).

Tanto o cuidado direto ao sujeito hospitalizado quanto as dimensões organizativas, gerenciais, educacionais e de investigação sobre o cuidado, que não estão, no plano imediato, diretamente vinculadas ao cuidado, são essenciais para o desenvolvimento de um trabalho profissional de enfermagem. Considerando-se o formulado por Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), as ações de enfermagem envolvem o cuidado em todas as suas dimensões (imediatas e mediatas), e o cuidado direto é mais que a realização de procedimentos com objetivo terapêutico. Ele envolve, também, ações de educação em saúde e de promoção da saúde, com vistas a estimular o potencial dos indivíduos para viver com saúde, ou melhor, com qualidade de vida.

No espaço institucional do hospital, o trabalho de enfermagem ocorre continuamente, nas 24 horas, e é realizado por uma equipe de enfermagem que também é parte de uma equipe de saúde. Além disto, esse trabalho profissional de enfermagem relaciona-se com o trabalho de diversos outros grupos de trabalhadores ou profissionais, que dão suporte para que a assistência em enfermagem e em saúde se realize (PIRES, 1998). É preciso considerar ainda que o trabalho de enfermagem busca atender as necessidades do sujeito-do-cuidado, mas que, nesse processo, também estão envolvidas as necessidades dos sujeitos-cuidadores, e que ambas devem ser consideradas na previsão da força de trabalho.

Para exemplificar atividades de assistência indireta para atender ao sujeito-do-cuidado, se pode citar: o preparo do material a ser utilizado na assistência aos sujeitos, como comadres, marrecos, aspiradores, escarradeiras, cuba rim, material de retirada de pontos, entre outros. Também são atividades indiretas do cuidado de enfermagem aquelas necessárias aos sujeitos-cuidadores e à organização do seu trabalho, como: os horários destinados ao descanso noturno, aos lanches e alimentação em geral; os horários para higiene pessoal; as atividades de organização e gerenciamento da unidade assistencial, que é o espaço onde ocorre o cuidado.

Gaidzinski (1991) refere-se ao dimensionamento de pessoal como sinônimo de cálculo de pessoal. Acrescenta que a inadequação numérica e qualitativa de trabalhadores de enfermagem acarreta o não atendimento do princípio de assistência livre de riscos, prejudicando o usuário do serviço de saúde e comprometendo a

instituição, legalmente, por falhas ocorridas. Afirma, ainda, que o dimensionamento de pessoal, em qualquer organização, tem sido considerado um dos desafios mais complexos, pois os demais recursos institucionais: área física, equipamentos, materiais de consumo e permanente, exigem a presença de pessoas para que possam ser utilizados.

Gainsinsk (1998) argumenta que, no dimensionamento da força de trabalho em enfermagem:

[...] a variável mais difícil de ser conhecida consiste na determinação do tempo necessário de assistência de enfermagem [...] considerando que o tempo de trabalho não possui apenas, a dimensão quantitativa, contempla também, uma dimensão qualitativa, antropológica de como os trabalhadores organizam o seu tempo nas instituições em que trabalham. [...] Ao concentrar a atenção, apenas, sobre o tempo quantitativo, a sociologia industrial subestimou a importância do tempo qualitativo, negligenciando que o tempo é vivido como uma abstração subjetiva e heterogênea, de contornos variáveis. Assim, as relações complexas que unem os sistemas de produção, a mão-de-obra e o ambiente, originam tipos de temporalidade e ritmos temporais extremamente diversificados. (HASSARD, 1992 apud GAIDSINSK, 1998, p. 58).

Na reflexão sobre o dimensionamento é importante também considerar a contribuição de Alves (1996), quando refere que o saber técnico-científico, ou seja, o conhecimento, aliado ao referencial ético-político, é o que possibilitará às(aos) enfermeiras(os) desenvolver relações de trabalho pautadas na justiça e honestidade, tornando-as(os) capazes de inovar a forma de gerenciamento da assistência, onde o cuidar do outro de forma responsável possa elevar o sujeito-do-cuidado à condição de cidadão, em um ambiente de trabalho solidário e democrático.

Nesse sentido, para pensar o dimensionamento é preciso considerar a complexidade do processo de cuidar, incluindo os aspectos qualitativos do processo de trabalho em saúde e em enfermagem.

2.2.2 Parâmetros brasileiros no cálculo da força de trabalho de enfermagem em hospitais

Considerando-se a revisão da literatura nacional e internacional realizada nas bases de dados Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), MEDLARS² On-Line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL); Administração de Serviços de Saúde (AD SAUDE), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), sem restrição de data (Apêndice A), e após avaliação minuciosa, selecionei os artigos mais citados entre os estudiosos do dimensionamento da força de trabalho em enfermagem em hospitais, com especial atenção aos que estudaram o dimensionamento em unidade de internação clínica e cirúrgica, por ser este o tema do estudo. Desse universo, foram selecionados textos que mostram os padrões atuais utilizados no contexto brasileiro e alguns parâmetros usados internacionalmente, os quais estão descritos no próximo item.

Segundo Gaidzinski (1998, p. 19), o primeiro método de dimensionamento de pessoal era intuitivo e determinístico. A primeira enfermeira que adotou esse método foi Florence Nightingale, na segunda metade do século XIX, em plena revolução industrial, ao descrever as necessidades de pessoal de enfermagem baseada na sua experiência e intuição, tendo como referência a sua vivência na Guerra da Criméia, de 1853 a 1856, quando reduziu de 40% para 2% o índice de mortalidade entre os soldados.

No Brasil, a fase legal da administração de pessoal se iniciou em 1930, com a regulamentação das horas diárias de trabalho, o direito ao descanso semanal remunerado e o direito a férias anuais. Outro marco na legislação trabalhista foi a aprovação, em 1945, da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT). A mesma autora também aponta que, no Brasil, o método adotado para o cálculo de trabalhadores de enfermagem era intuitivo. Baseava-se em uma relação de proporção (regra de três

² Medical Literature Analysis and Retrieval System (MEDLARS)

simples) entre o número de trabalhadores necessários para realizar essa tarefa, e a quantidade de tarefa a ser realizada diariamente (GAIDZINSKI, 1998, p. 19).

Faltavam, na época, dados e técnicas que possibilitassem algum tipo de medição do trabalho. O modelo de dimensionamento era subjetivo, baseado na vivência do administrador, sendo que as variáveis eram a proporção de trabalhadores/tarefa/dia. Portanto, pode ser assim descrito: “A quantidade diária de enfermeiras necessárias está para o número total de leitos disponíveis numa dada razão de proporção” (GAIDZINSKI, 1998, p. 21).

Uma publicação da ABEn (ABEn, 1980 apud GAIDZINSKI, 1998, p. 24), da década de 80, refere um estudo realizado por uma comissão de peritos, denominada “Comissão de Peritos do Centro de Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil”, ocorrido no período de 1956/1958, que estabeleceu parâmetros para a alocação de trabalhadores de enfermagem por leito hospitalar. O estudo preconizou, para um hospital geral de 100 leitos, a relação de 1:1, uma pessoa de enfermagem por leito, e a proporção de uma(um) enfermeira(o) para cada 16 leitos, distribuídos nas 24 horas, incluindo apenas a cobertura para folgas. Não estava incluída nesse parâmetro a previsão para cobertura de férias e licenças. A comissão reconheceu que não pretendeu estabelecer critérios para todos os hospitais brasileiros,

A autora também cita outros fatores que contribuem na redução de pessoal, como a planta física. Um hospital horizontal ou vertical, em que há várias unidades distribuídas funcionalmente nas suas alas, facilita a distribuição de pessoal, permitindo acesso mais rápido entre as diversas alas e/ou cada andar, reduzindo, sensivelmente, a necessidade de força de trabalho e de pessoal para supervisionar. Ao contrário de um hospital vertical que disponha de, no máximo, uma unidade por andar, exigirá um maior número de pessoal. Conclui que a circulação, tanto vertical como horizontal, quando bem estudada desde o projeto de construção, evita perda de tempo nos percursos entre os diferentes serviços para execução das tarefas. Outros aspectos, também mencionados pela autora, dizem respeito às instalações e aos equipamentos. Os sistemas de sinalização e comunicação podem auxiliar no estabelecimento de contato entre os setores, evitando longos percursos. A qualidade e a quantidade de equipamentos também são destacadas como fatores que podem trazer mais economia no dimensionamento de pessoal (VALLE, 1958, p. 19).

No funcionamento da instituição, deve-se considerar, ainda, a finalidade do hospital, o tempo de permanência do paciente, o corpo clínico, a classificação do hospital, os recursos orçamentários. Para a autora, um hospital geral, com todas as especialidades em funcionamento, exige maior contingente de pessoal do que um hospital com uma única especialidade, sendo que o número se eleva ainda mais nos hospitais de ensino. Os doentes agudos, acamados e cirúrgicos necessitam de maior quantidade de pessoal que os doentes crônicos, ambulantes ou convalescentes. Hospitais privados com quartos privativos e semiprivados necessitarão de mais pessoas. Um corpo clínico bem organizado e obedecendo a normas e rotinas, principalmente horário, economizará tempo de trabalho de enfermagem. Ela conclui que os recursos orçamentários são o que permitirá ao hospital dimensionar o pessoal necessário ao cumprimento de suas finalidades, sendo que, em situações de poucos recursos, haverá limitação. Afirma ainda que:

[...] jamais devemos esquecer que o setor de pessoal é um dos itens mais dispendioso e por este motivo cabe aos responsáveis prever o pessoal e fazer um estudo racional, minucioso e honesto, levando em consideração apenas as necessidades de cada serviço, de modo que todos concorram, sem gastos inúteis para que os dirigentes possam fazer uma administração equilibrada. (VALLE, 1958, p. 19).

O Sistema de Classificação de Pacientes (SCP), como subsídio para o dimensionamento de pessoal de enfermagem, foi introduzido no Brasil por Ribeiro (1972). A sua tese de doutorado apresenta um cálculo de horas de assistência de enfermagem, com base em pesquisa realizada em unidades de Clínica Médica e Cirúrgica de um hospital-escola de grande porte, localizado no Município de São Paulo. A pesquisa identificou um percentual de ausências previstas (folgas e férias) de 27,6% e 27,9%, respectivamente, e de ausências não previstas (faltas e licenças) de 8,8% e 9,2% , o que significou um índice total de ausências de 36,4% na Clínica Cirúrgica e 37,1% na Clínica Médica. Conseqüentemente, identificou que o percentual de 20% preconizado, à época, para cobertura das ausências previstas e não previstas, era insuficiente. Propôs que o cálculo de pessoal de enfermagem fosse realizado pelo SCP, por permitir o planejamento de acordo com as necessidades de cada grupo de pacientes, permitindo maior satisfação para a clientela, para a equipe de enfermagem e médicos, o que resulta, também, em maior rendimento e eficiência no trabalho, com menor tempo de permanência no hospital (RIBEIRO, 1972).

Oliveira e Román (1976) definem “perfil de paciente” como sendo: grau de necessidade *versus* nível de atendimento ao paciente. O sistema assistencial deve basear-se em aspectos situacionais evolutivos do quadro geral de necessidades do indivíduo, acrescido das necessidades específicas da sua condição de doença. O perfil deve ser feito em vários períodos, com avaliações periódicas, e, a partir dos resultados obtidos, levantam-se os indicadores relativos a cada área. Esses dois aspectos devem delinear os aspectos qualitativo e quantitativo da equipe de saúde.

O estudo teve como base o Cuidado Progressivo do Paciente (CPP), pois, segundo a autora, estudiosos de diversos países se voltaram para a análise de um atendimento mais racional, mais efetivo e ao mesmo tempo menos oneroso, e vislumbravam esse sistema para atender tais requisitos. A criação das unidades de terapia intensiva (UTI), em diversos hospitais no país, nessa década de 70, representou o primeiro passo para escalonar a assistência médica e de enfermagem a ser prestada ao paciente, sendo a análise do perfil do paciente o parâmetro para orientar a admissão de pacientes em áreas próprias do CPP, estabelecendo-se normas para rotatividade de

leitos, transferências de pacientes de uma área para outra e acompanhamento domiciliar. O grupo que desenvolveu esse estudo e implantou esse sistema constituiu-se de enfermeiras e médicos, os quais, depois da pesquisa bibliográfica, verificaram que inexistia literatura sobre o assunto em português e tomaram como base as únicas referências encontradas em inglês: *The Mc Pherson Experiment*, *Indicador de Maryland do Public Helth Departament*, *Elements of Progressive Patient Care*, resultando daí a elaboração de um quadro consolidado de critérios para seleção de pacientes. A autora conclui que muitas variáveis influenciam a necessidade efetiva de pessoal de enfermagem, como:

[...] pacientes com restrição de locomoção cujos índices de indicadores encontrados eram mais altos para área de cuidado intensivo, entretanto os mesmos estavam já em fase de cronicidade da doença. O mesmo ocorre com alguns pacientes em uso de respiradores também já em fase considerada como crônica. (OLIVEIRA; ROMÁN, 1976, p. 57).

Dessa forma, para se estabelecer o CPP é indispensável considerar o perfil do paciente.

Atála (1978), Administrador Hospitalar, descreve em detalhes fórmulas matemáticas de cálculo de pessoal para os serviços não-médicos de um hospital geral de 300 leitos, baseando todos os parâmetros em referências internacionais, em especial a americana. Considera que esses serviços compreendem aqueles que contribuem para que o médico possa desempenhar com eficiência suas atribuições na instituição, sendo eles: Enfermagem, Nutrição, Serviço Social, Arquivo Médico e Estatística, Farmácia e Odontologia. Classifica o serviço de enfermagem como um grupo muito importante, e que é aquele que caracteriza o hospital, sendo encarregado de ministrar o tratamento prescrito pelo corpo médico, com atividades ininterruptas nas 24 horas; em virtude de tal fato compreendendo de 50 a 60% do pessoal hospitalar (ATÁLA, 1978). Esse autor, mesmo reconhecendo que a enfermagem é composta por um grupo de pessoas com vários graus de instrução e preparação, antecedentes e experiências em trabalhos desiguais e que realizam um trabalho complexo em horários e turnos diferentes, afirma que algumas fórmulas padrão, usadas com critério, poderão ser de grande valia na composição do quadro de pessoal hospitalar.

Classifica, ao mesmo tempo, o pessoal de enfermagem como um dos maiores

problemas da administração hospitalar, em virtude de ser o maior contingente de pessoal da instituição e também pela sua escassez em qualidade e em quantidade, devendo o cálculo ser preciso e feito com muita cautela. Afirma que as escriturarias são responsáveis pela maior parte dos serviços burocráticos das unidades de enfermagem, e que “com elas o tempo gasto pela enfermagem nos serviços burocráticos caiu de 38% para apenas 3%” (ATÁLA, 1978, p. 250). Considera, ainda, que o maior volume de trabalho da enfermagem concentra-se no período matutino, por isso destinou 50% do pessoal para esse período, seguido de 30% para o período vespertino e 20% para o noturno. Essa organização do trabalho ainda influencia diversos serviços de saúde no Brasil.

O mesmo autor, comparando estudos internacionais e nacionais, concluiu que é difícil estabelecer, de modo categórico e convincente, um valor padrão para a relação “número de trabalhadores por doente”, e sugere que não se pode estabelecer um índice inferior a 1,5 trabalhadores/leito. Considera que esse é um índice “aceitável” para um hospital que disponha de uma administração capaz e equilibrada. O estudo também aponta o cálculo de pessoal de enfermagem para o atendimento ambulatorial, para o Centro Cirúrgico, para UTI, para Sala de Recuperação, além de todas as outras unidades e serviços hospitalares.

Cabe destacar a visão bastante limitada do referido autor acerca do trabalho da enfermagem, ou seja, de que é o grupo que tem a “função de ministrar o tratamento prescrito pelo médico”. Nesse sentido, reduz o trabalho da enfermagem à “adequada” execução das prescrições médicas, e o trabalho de cuidado humano ao indivíduo na sua integralidade, tão necessário à cura, ao conforto e à reabilitação, fica desconsiderado.

Na década de 80, para calcular as horas de assistência para cada tipo de cuidado, Alcalá et al (1982) desenvolveram um estudo junto à Superintendência Médico Hospitalar de Urgência do Município de São Paulo, sobre dimensionamento de pessoal, também utilizando a equação da Associação Americana de Hospitais / Liga Nacional de Educação em Enfermagem de 1945. Pesquisaram diversas instituições particulares e governamentais, considerando o tipo de clientela, a intensidade de

atenção aos pacientes, de acordo com sua faixa etária, e assim obtiveram valores-padrão de horas de enfermagem.

A análise das autoras, em relação aos estudos anteriores, foi que nada havia mudado em relação à forma de calcular pessoal de enfermagem desde 1977, época do primeiro estudo do grupo, não existindo até então critério oficial padronizado. Na prática, diversos modelos foram seguidos, de acordo com a política de cada instituição. E como, naquele momento, a Organização Mundial de Saúde (OMS) indicava o modelo de cuidado progressivo para as instituições de saúde que possuíssem terapia intensiva, o grupo optou por fazer essa escolha. Teoricamente, seis elementos compõem o cuidado progressivo: cuidado intensivo, cuidado intermediário, autocuidado, cuidado por prazo longo ou de crônicos, cuidado domiciliar e cuidado ambulatorial. Acrescentaram, ainda, o cuidado semi-intensivo, para caracterizar o paciente que não se enquadra no cuidado intensivo e nem no intermediário, e que é muito comum na realidade hospitalar.

Esses pesquisadores adotaram o SCP para determinar a complexidade de assistência e horas de enfermagem, estabelecendo o perfil de cada tipo de cuidado, a partir do conceito do CPP, classificando os pacientes internados em quatro tipos de cuidado: intensivos, semi-intensivos, intermediários e mínimos ou autocuidado. Encontraram uma diferença entre as horas de cuidados intermediários e mínimos de pacientes adultos e para pacientes pediátricos.

Esse estudo demonstrou a complexidade do tema, ou seja, além de tudo que já foi mencionado, cuidar de adulto é diferente de cuidar de criança em unidade de internação hospitalar, conforme mostra o quadro 1.

Tipo de cuidado	Tipo de paciente	
	Adulto/Hora	Pediátrico/Hora
Intensivo	18,0	18,0
Semi-Intensivo	10,0	10,0
Intermediário	4,5	5,5
Mínimo	2,5	4,5

Fonte: Alcalá et al (1982).

Quadro 1 - Horas de cuidado de enfermagem por dia, segundo o tipo de assistência e o tipo de paciente

Os estudos efetuados por esses autores mostraram um percentual de 24% para as ausências previstas (folgas e férias) e, dentro das ausências não previstas, mencionam o recurso legal que o servidor municipal tem de abonar dois dias ao mês, o que representa 2,8% de ausências. Outro aspecto refere-se ao fato do quadro de pessoal de enfermagem ser composto, predominantemente, por elementos do sexo feminino, o que acarretaria um acréscimo constante de ausências por motivo de licença maternidade, o que os levou a propor o acréscimo do percentual de 30% para cobertura das ausências, alterando assim, o padrão tradicional de 20%.

Nesse mesmo período histórico, destaca-se o estudo de Lima (1985) sobre dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de clínica médica; onde a autora resgata a literatura brasileira e internacional e apresenta um conjunto de fatores a serem considerados no dimensionamento de pessoal de enfermagem. São eles: tipo de paciente e grau de dependência; metodologia do trabalho (método funcional/por tarefa ou integral e características de trabalho em equipe); se o estudante faz parte do quadro de pessoal; padrão do cuidado de enfermagem; objetivos do hospital; planta física; sistema de comunicação e instalações elétricas e hidráulicas; capacidade do hospital; tipo de doença dos usuários, tratamento e tempo de permanência; se admite pessoal já treinado e com experiência profissional; existência de serviços médicos complementares, ambulatórios e pronto socorro; política de pessoal e regime de trabalho, organização, supervisão e flexibilidade do pessoal; tipo de corpo clínico; recursos orçamentários.

A mesma autora chama a atenção para o fato de que diversos dos fatores acima mencionados têm sido considerados pela administração e pela enfermagem para o dimensionamento da força de trabalho. No entanto, esses aspectos geralmente são considerados quando é possível incluí-los em fórmulas matemáticas, como é o caso da jornada de trabalho, taxas de ocupação, número de leitos, horas de enfermagem por doente.

A contribuição da autora merece destaque, por ter desenvolvido um cálculo detalhado das horas necessárias de enfermagem para o cuidado direto ou ações diretas ao sujeito-do-cuidado. O que pode ser exemplificado com os resultados numéricos que

ela obteve, ao medir o tempo gasto em múltiplas atividades, a saber: o tempo de cuidado com dieta oral foi em média de 6,15 minutos, tempo este considerado insuficiente; o banho de leito gastou, em média, 45 minutos e a medicação foi a atividade de enfermagem que demandou mais tempo, ou seja, 7 horas e 1 minuto. Ela explicita, ainda, que o tempo gasto para administração de medicação intramuscular e venosa é semelhante; que a atividade de educação em saúde com o doente e família não ocorreu, significando um gasto de tempo zero, e diferindo da literatura, que recomenda a utilização de 60 minutos em 24 horas por doente, para a realização dessa atividade; o tempo utilizado para atividades de atendimentos espirituais, emocionais e sociais foi de apenas 2 minutos; para a mensuração de sinais vitais foi de 7,21 minutos, sendo considerado pela autora um grande dispêndio de tempo; o tempo médio de registro nas 24 horas/doente foi de 3,58 minutos.

A autora aponta que, nas 24 horas, são gastas, em média, 2,9 horas de cuidados diretos por doente, e 9,19 horas em atividades de planejamento na assistência de enfermagem. Considerou ainda o tempo gasto com cuidados diretos no noturno, que correspondeu a 26,4% das horas de enfermagem, e que foi proporcional ao encontrado no turno da tarde (29,9%), sendo que, no turno da manhã, o tempo gasto com cuidados diretos foi o maior, correspondendo a 43,7%. Verificou-se que 3/4 dos cuidados diretos ao paciente foram exercidos pelo pessoal auxiliar/técnico.

A autora sintetiza sugerindo a adoção de 4 horas/doente/dia, que corresponderia ao acréscimo de 10% para educação em saúde com os doentes e familiares, 30% de margem para pausas e transferência de uma atividade a outra, acrescentando, ainda, 20% para ausências previstas e não previstas (conforme fórmula internacional já mencionada), além de um acréscimo de 20% no resultado da fórmula matemática para os cuidados indiretos. Sugeriu que o contingente de trabalhadores de enfermagem fosse distribuído por turnos de trabalho, da seguinte maneira: 45% do contingente no turno da manhã, 20% no turno da tarde e 25% no turno da noite.

Campedelli et al (1987, 1988), ao analisarem a problemática enfrentada pela Direção de Enfermagem de um hospital universitário, em duas clínicas (clínica médica e pediátrica), frente à necessidade de pessoal de enfermagem para a assistência,

ênfâtizaram que as fórmulas para cálculo de pessoal de enfermagem devem ser utilizadas considerando: a qualidade de assistência pretendida, as características da instituição, o percentual de cuidados que os sujeitos-do-cuidado requeiram; e que os cálculos deverão ser refeitos, sempre que surgirem mudanças que interfiram na assistência de enfermagem. Os estudos mencionados registram, ainda, que o cálculo de pessoal de enfermagem, além de ser da competência da(o) enfermeira(o), representa uma preocupação constante para a enfermagem, visto que “está diretamente ligada ao produto final de seu trabalho; a qualidade de assistência prestada e a segurança do paciente” (CAMPEDELLI et al, 1988, p. 199-200). Acrescentam que, para estabelecer índices de pessoal de enfermagem compatíveis com a realidade, é necessário manter uma classificação diária dos pacientes por tipo de cuidados, com padrão fixado, por período mínimo de seis meses.

Campedelli et al (1987, 1988), citando outros autores, apontam que o índice de pessoal de enfermagem nas instituições hospitalares corresponde a 60% do número total de servidores dos hospitais. Esse índice elevado, segundo eles, representa um alto custo para as instituições e que, por motivos econômicos, políticos e outros, ocorre interferência de profissionais de outras áreas na determinação do quantitativo e qualitativo dos trabalhadores de enfermagem. No hospital universitário (HU) por eles estudado, os trabalhadores de enfermagem correspondiam a 35,94%, do total da força de trabalho, portanto um percentual bem abaixo dos demais achados a que fizeram referência. Outras dificuldades que podem ocorrer, são a ausência ou indefinição de programas e objetivos na instituição, ou o conflito destes com os objetivos do serviço de enfermagem.

Para fazer o cálculo, utilizaram três parâmetros:

1- ABBOUD (20% absenteísmo, 80% de índice de ocupação, sem classificação de horas por tipo de cuidado);

2- ALCALÁ et al (30% de absenteísmo, 80% de índice de ocupação, 30% de leitos para cuidados mínimos; 60% para cuidados intermediários e 30% para cuidados semi-intensivos); e

3- Parâmetros da realidade do hospital, encontrada no HU (91,52% de

ocupação, 37% de absenteísmo e classificação de ocupação de 53,12% de cuidados mínimos, 34,73% de cuidados intermediários, 9,37% de cuidados semi-intensivos e 3,12% de cuidados intensivos).

Utilizando esses parâmetros, chegaram aos seguintes números, relativos ao total de funcionários necessários à prestação de assistência de enfermagem em Clínica Pediátrica: a) segundo o parâmetro de ABBOUD, seriam necessários 29 trabalhadores de enfermagem; b) segundo o parâmetro de ALCALÁ et al, seriam necessários 34; e c) considerando-se o parâmetro da realidade do HU, seriam necessários 74 trabalhadores de enfermagem. O mesmo estudo, para unidade de clínica médica chegou aos seguintes resultados: a) utilizando o parâmetro de ABBOUD, seriam necessários 20 trabalhadores de enfermagem; b) com o parâmetro de ALCALÁ et al, seriam necessários 28, e c) com base nos dados da realidade do HU, seriam necessários 34 trabalhadores de enfermagem (CAMPEDELLI et al, 1987, 1988).

Os resultados evidenciaram uma variação entre os índices dos autores citados e os dados reais do hospital universitário estudado, apontando que o emprego de um determinado critério pode ser um ponto de partida para se efetuar estudos dessa natureza. Ficou evidente que a variação nos resultados se deveu aos índices diferentes de taxa de ocupação e absenteísmo, mas principalmente pela classificação do tipo de cuidado.

Os estudos de Campedelli et al (1987, 1988) são significativos, para estudos de dimensionamento, por mencionarem que é preciso a atualização diária da classificação dos doentes, para a definição do contingente de força de trabalho necessário. Portanto, se devem estabelecer índices que sejam compatíveis com a realidade de cada instituição.

Um grupo de trabalho nomeado pelo então presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), Dr. Hésio Cordeiro, coordenado para estabelecer parâmetros para o cálculo de recursos humanos de enfermagem, objetivando padronização, adequação quanto à clientela e/ou especialidade, assim como à capacidade instalada, às peculiaridades regionais e ao perfil assistencial (BRASIL, 1988). Tendo em vista a proposta de implantação do Sistema Unificado e

Descentralizado de Saúde (SUDS) e a vigência da Lei 7.498 de 26/06/86, Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, o projeto buscou dotar a instituição de um referencial que pudesse “corrigir as distorções existentes entre a inserção de recursos humanos do pessoal de enfermagem e a clientela a ser atendida” (BRASIL, 1988, p.3). A pesquisa bibliográfica realizada pelas autoras demonstrou que:

[...] nada mudou em relação a cálculo de pessoal de enfermagem. As condutas são as mesmas, havendo uma identificação maior com o sistema tradicionalmente utilizado, que é calculado através da fórmula das horas de cuidados de enfermagem. Este sistema não se aplica a nossa realidade [...] (BRASIL, 1988, p. 9).

O trabalho realizado pelo referido grupo considerou os critérios de “assistência progressiva” e “nível de atenção de enfermagem”. A assistência progressiva é entendida como:

[...] a concentração variável de recursos humanos e materiais em torno das necessidades do cliente, visando uma assistência integral e humanizada. Esta assistência permite uma adequação entre recursos humanos, materiais e clientela; além de fortalecer o trabalho em equipe (BRASIL, 1988, p. 12).

As autoras esclarecem, também, que a assistência progressiva compreende: cuidados intensivos, cuidados intermediários ou semi-intensivos, cuidados prolongados para pacientes crônicos, cuidados para pacientes fisicamente auto-suficientes ou autocuidado ou cuidado mínimo, cuidados ambulatoriais e cuidados domiciliares. A estrutura e a finalidade das unidades assistenciais é que indicam os parâmetros para estabelecer o nível de atenção da enfermagem, sendo que o percentual a ser adotado deve basear-se: na capacidade de ocupação da unidade; na média de ocupação da unidade; nas horas de cuidado de enfermagem; no estado ou situação do doente e nas ações de enfermagem a serem desenvolvidas.

O estudo realizado pelo grupo deu origem a um modelo operativo, com base na progressividade da assistência, ou seja, no nível de atenção e na estrutura apresentada nas unidades selecionadas, para a definição da força de trabalho de enfermagem por leito (BRASIL, 1988). A proposta elaborada e apresentada (Quadro 2) levou em

consideração os dados identificados na realidade estudada e os parâmetros propostos pela Associação Americana de Hospitais e pela Liga Nacional de Educação em Enfermagem de 1945. Acrescentou para cobertura das ausências, nas unidades que funcionam 24 horas, um índice de 45% (considerando duas folgas semanais, feriados, férias e faltas concedidas pelo regimento de trabalho). E outro de 15% para unidades com funcionamento de 12 horas diárias, ou seja, que não funcionam sábado, domingo e feriados (esse índice considera apenas férias e faltas concedidas pelo regimento do trabalho).

Esse trabalho inovou, ao desenvolver um modelo operacional para a rede do antigo INAMPS, com base nos níveis de atenção e em dados da realidade estudada. Apresentou ainda um índice de absenteísmo, baseado na realidade institucional e legal do Brasil, no que diz respeito às folgas de finais de semana e feriados, demonstrando que as mesmas constituem um fator de grande impacto no dimensionamento de pessoal.

Unidade de internação	Tipo de assistência			
	Intensivo	Intermediário	Autocuidado	Pediátrico
Intensivo	11,0	-	-	-
Semi-Intensivo	7,0	10,0	-	-
Cuidado Especial	-	-	4,5	5,0
Intermediário	-	4,5	3,0	4,5
Mínimo	-	2,5	2,5	3,0

Fonte: Brasil (1988, p. 10-11).

Quadro 2 - Horas de cuidados de enfermagem, segundo o tipo de assistência e a unidade de internação, nas 24 horas

Kurcgant e Cunha (1989) argumentam que, pelo fato dos serviços de enfermagem estarem inseridos em contextos distintos, atendendo comunidades com necessidades diferentes, torna-se impossível e inadequada a simples proposição e utilização de fórmulas pré-estabelecidas para estimar recursos humanos de enfermagem, apresentando parâmetros quanti-qualitativos em seus estudos. Afirnam

ser esse o motivo pelo qual os resultados obtidos com a utilização de métodos universais são ineficazes. Explicitam que “é o contato direto da enfermeira com a clientela que propicia subsídios para justificar o quadro de pessoal de enfermagem requerido” (KURCGANT; CUNHA, 1989, p. 80). Apontam que a estimativa das necessidades de força de trabalho de enfermagem seja sistematizada de acordo com três fases. A primeira seria o diagnóstico da situação, a qual engloba:

- A caracterização da instituição quanto à filosofia, objetivos e propostas assistenciais, bem como os recursos humanos, financeiros, materiais e físicos disponíveis;
- A caracterização do serviço de enfermagem: a filosofia, os objetivos, os programas e propostas assistenciais; a categoria e recursos humanos existentes, e suas correlações com o tipo, número e complexidade das atividades direta ou indiretamente relacionadas com a assistência; o preparo técnico específico dos elementos da equipe de enfermagem, identificando as áreas críticas, a jornada de trabalho e a distribuição de pessoal nas 24 horas; as rotinas, normas e procedimentos executados em cada plantão e sua adequação; a sistematização utilizada na prestação da assistência de enfermagem (métodos e técnicas); o tempo médio gasto pelo pessoal de enfermagem no desenvolvimento das atividades;
- A caracterização da clientela: classificá-la segundo o grau de dependência e o tipo de assistência de enfermagem necessária.

A segunda fase é o cálculo de pessoal de enfermagem propriamente dito, que utiliza componentes adaptados da fórmula tradicional de 1945, incluindo:

- As necessidades de pessoal de enfermagem por grau de dependência;
- O número de clientes em um mesmo grau de dependência;
- O número de horas de assistência de enfermagem gastas pelos profissionais de enfermagem nas 24 horas, para atender o paciente, segundo o grau de dependência;
- Os dias trabalhados na semana;

- A jornada de trabalho semanal;
- O percentual de absenteísmo do pessoal de enfermagem.

E a terceira fase seria a de avaliação permanente, pois o processo é dinâmico, complexo e sofre interferências de muitos fatores. Os argumentos apresentados por Kurcgant e Cunha (1989) reforçam minha tese de que o estudo do processo de trabalho, em busca de dados qualitativos para definição da força de trabalho de enfermagem, é essencial.

Robazzi et al (1990, p. 65) argumentam que, “quando um hospital admite um doente e assume a responsabilidade de assisti-lo, empenha-se num contrato em que se obriga a fornecer cuidado completo, sendo a assistência de enfermagem, um dos aspectos mais importantes”. As ausências de trabalhadores de enfermagem desorganizam o trabalho de equipe e vão alterar a qualidade e quantidade do atendimento prestado ao doente, acarretando problemas às(aos) enfermeiras(os), aos chefes de enfermagem, que têm sob sua responsabilidade a resolução dos problemas de enfermagem.

Essas autoras estudaram os índices e tipos de absenteísmo dos trabalhadores de enfermagem lotados na clínica cirúrgica de um hospital de Ribeirão Preto, no período de um ano. A categoria da equipe de enfermagem que mais se afastou foi a de auxiliar de enfermagem, representando 45,6% do total de ausências. Assim, cada auxiliar afastou-se 9 dias, cada atendente 4,2 dias; cada escriturária 10,7 dias; cada enfermeiro 5,6 dias; cada técnico 5 dias; e o enfermeiro chefe 1,5 dia. Concluíram como uma das explicações para as ausências que “a manutenção de dois empregos possibilita a sobrevivência, apesar de resultar em maior cansaço; este, por sua vez, induz os funcionários a ausências, provavelmente intercaladas entre os dois empregos” (ROBAZZI et al, 1990, p. 69). Os resultados apontaram, ainda, para maior número de ausências durante a semana, ao invés de em final de semana, e nos períodos diurnos ao invés do noturno. O tipo mais freqüente de afastamento foi por licença de saúde, correspondendo a 63,2%, seguido de 19,5% por acidente de trabalho, 10,2% por falta injustificada, 1,6% por falta justificada, 2,9% por nojo e 1,3% por licença especial.

Concordo com as autoras quanto a que a ausência de trabalhadores de enfermagem desorganizam o trabalho e comprometem a qualidade da assistência, pois, em minha prática profissional, verifico que a maior parte do tempo despendido pela(o) enfermeira(o) é para adequar o seu quadro de pessoal à assistência requerida. Quando ocorrem ausências, o problema é ainda maior, pois significa ter de remanejar alguém do seu setor, o que freqüentemente resulta em insatisfação sentida pelas duas equipes, e não só por uma delas, desorganizando o trabalho e prejudicando a assistência planejada.

Nos anos 90, observa-se uma produção maior de estudos brasileiros sobre a temática de dimensionamento de força de trabalho de enfermagem, o que sinaliza aumento da preocupação com o assunto. Destaco, a seguir, alguns estudos desse período.

Ueti et al (1991) coordenaram o estudo de um grupo-tarefa da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP), para desenvolvimento de um método de dimensionamento de pessoal de enfermagem. O estudo foi realizado através do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde (CADAIS).

As autoras, a partir de fontes bibliográficas e da experiência dos componentes do grupo, buscaram definir variáveis a serem consideradas no cálculo da força de trabalho em enfermagem. Para isso, realizaram oficinas de trabalho com o objetivo de unificar informações e definir a linha mestra da proposta. O grupo adotou, como texto base, o trabalho de Alcalá et al (1982), baseando-se no nível de dependência do doente e na complexidade da assistência, para a definição das horas de enfermagem. Sugerem ainda as autoras que para dimensionar o real quantitativo de enfermagem necessário no âmbito hospitalar, seja feita uma análise com base em dados monitorados por, no mínimo, seis meses.

O grupo inovou, quando criou um SCP para unidades de internação com doze indicadores, que inclui uma graduação/pontuação de zero a três para a definição da complexidade assistencial (mínimo ou autocuidado, intermediário, semi-intensivo, intensivo). A soma dos valores dos doze indicadores é o que determinará o nível de dependência do doente. Os indicadores foram: necessidade de comunicação; nível de

consciência; motilidade; necessidade de alimentação; necessidade de oxigenação; necessidade de eliminação; necessidade de reabilitação; necessidade educacional; necessidade ambiental; necessidade terapêutica de medicação; necessidade terapêutica de curativo, necessidade psicossocial e espiritual; controle de sinais vitais e dados antropométricos.

A seguir, o grupo aplicou as horas de enfermagem, segundo a autora escolhida, com índice de absenteísmo, taxa de ocupação e demais dados. Para determinar o índice de absenteísmo ocasionado por folgas, faltas, férias, licenças e faltas por demissões, as autoras usaram a fórmula de Mezano (1981).

Coelho e Maeda (1992), dando continuidade aos estudos de Ueti et al (1991), elaboraram outro estudo de Parâmetros para o Dimensionamento de Recursos Humanos em Hospitais Gerais, para a SES-SP em 1992, com objetivo de orientar e facilitar as tarefas dos administradores dos serviços de saúde, autoridades municipais e demais responsáveis pelo planejamento de Recursos Humanos (RH), mas salientaram que tais parâmetros devem ser adaptados às condições locais.

Propuseram três parâmetros, o primeiro focalizando os fatores determinantes referentes à concepção do modelo assistencial, como política de saúde, política de pessoal, porte do hospital, grau de complexidade, e parâmetros gerais e específicos (eles usaram os parâmetros estabelecidos do grupo tarefa do CADAIS). O segundo é relativo à metodologia para determinação do Índice de Segurança Técnica (IST)³. E o terceiro é a fixação de parâmetros específicos para determinação do quadro de pessoal para as áreas: assistencial⁴; apoio diagnóstico e terapêutico; apoio técnico; apoio administrativa; gerenciamento de RH e apoio institucional.

³ A partir dos índices de horas reais trabalhadas por funcionário e as taxas de absenteísmo por falta, por licença maternidade, férias e feriados, o IST se dará pela fórmula:

$$IST = \frac{\text{número de horas contratadas / semana}}{\text{número de horas reais trabalhadas / semana}}$$

⁴ O tempo médio de horas de enfermagem por paciente/dia padronizado foi: clínica médica: 4hs; clínica cirúrgica: 5,5 hs; clínica pediátrica: 6 hs; clínica obstétrica: 6hs; clínica médica/AIDS: 7hs; berçário patológico: 8hs; UTI: 12 hs; Clínica psiquiátrica: 5,5 hs; clínica de queimados: 10hs. O quantitativo foi realizado a partir da fórmula matemática modificada com os dados de taxa de ocupação, IST e jornada de trabalho de cada realidade estudada.

Segundo os autores, o trabalho permitiu concluir que:

[...] o momento pelo qual passava o setor de enfermagem, onde a oferta de mão de obra especializada é maior que a formação e colocação deste tipo de profissional no mercado, levaram a distribuição proporcional do quantitativo de pessoal de enfermagem em 23% de enfermeiros e 47% de auxiliares de enfermagem e 30% de atendentes. Os parâmetros propostos projetam um quadro de pessoal de enfermagem com itens médios de: 5,0 funcionário/leito (excluindo médicos); 2,2 pessoal de enfermagem/leito e 1 médico/leito; as relações entre funcionários são: 1 enfermeira/2 auxiliares de enfermagem; 1 enfermeira/1,4 atendentes de enfermagem; 1 enfermeira/2 médicos e 1 médico/2 funcionários de enfermagem; a proporção média de pessoal do hospital são: 17% médicos; 36% de enfermagem; 10% área de apoio diagnóstico terapêutico; 13% área de apoio técnico e 24% área administrativa. Os ajustes necessários, para se chegar aos parâmetros apresentados, convergindo à realidade a que se destinam, geraram acirradas discussões (COELHO; MAEDA, 1992, p. 35).

Rodrigues Filho (1992) relata a importância de um SCP, como um instrumento essencial e gerencial da prática administrativa, favorecendo a tomada de decisão em áreas referentes à alocação de recursos humanos, monitoramento dos custos e produtividade da enfermagem. Explicita que esse instrumento ainda carece de publicações e estudos, considerando os poucos trabalhos encontrados em revisão bibliográfica, devendo fazer parte de uma agenda de pesquisa de enfermagem. Lembra ainda que a simples utilização de fórmulas matemáticas resultará em dados que não refletirão a real necessidade das instituições e que, ao contrário, o SCP se baseia na realidade com o objetivo principal de projetar a demanda de tempo de cuidado de enfermagem.

O mesmo autor afirma que, na década de 70, surgem outros modelos de SCP que adotam duas estruturas básicas. O primeiro modelo, do tipo “protótipo” ou subjetivo/qualitativo, descreve o perfil de cada tipo de cuidado ou grau de dependência baseado CPP, e estabelece três ou quatro categorias de pacientes, com descrição da exigência de cuidados de enfermagem/categoria. E o segundo, do tipo “avaliação de fatores” ou objetivo, identifica os indicadores de cuidados diretos de enfermagem, tais como: higiene, nutrição, eliminações, movimentação, que são avaliados, separadamente, e depois combinados para formar uma categoria de cuidado ao paciente. Esse tipo de instrumental, hoje conhecido como score ou pontuação, é o

mais difundido, envolvendo uma lista de “indicadores críticos” das diferentes exigências dos cuidados de enfermagem, consideradas separadamente, e com a soma dos indicadores indicando a categoria do paciente (RODRIGUES FILHO, 1992).

Chaia e Leite (1993) realizaram estudo para determinar o perfil de dependência de enfermagem, dos pacientes das unidades de clínica médica e clínica cirúrgica de um hospital de ensino de grande porte de Belo Horizonte, e encontraram 4,5 horas de enfermagem/paciente/24 horas. Explicitaram que os hospitais de ensino refletem a crise político-sócio-econômica do país, e que a enfermagem sofre desgaste pela escassez de recursos humanos, associada ao *turnover* de pessoal, ao agravamento do cliente internado nas instituições públicas e de ensino, gerando insatisfação profissional. A escolha dessas unidades justificou-se por ser uma área, do ponto de vista da enfermagem do hospital, entre as mais críticas, no que se refere às horas de enfermagem demandadas pelos pacientes; e pela grande quantidade de alunos e pesquisadores, por serem clínicas básicas para sua formação. Devido ao reduzido número de trabalhadores, o hospital havia sofrido redução de leitos, para garantir a qualidade da assistência, acarretando aumento da rotatividade nos leitos, nos últimos 4 meses.

Para medir as horas de enfermagem, as pesquisadoras utilizaram a observação direta, ou seja, um observador/funcionário a cada 6 horas/turno. O formulário para anotação das observações continha atividades diretas, indiretas, de ensino, administrativas e pessoais. O observador ia lanche e descansar junto com o observado. Cada técnico atendia cinco pacientes por dia/turno, e à noite sete pacientes. O grau de dependência dos pacientes foi estabelecido pelas(os) enfermeiras(os) mais experientes da clínica, e após treinamento. As atividades que caracterizavam os níveis de dependência do paciente (básico, intermediário, semi-intensivo e intensivo) e o formulário específico foram desenvolvidos pelas pesquisadoras e com as(os) enfermeiras(os) das clínicas, sendo as atividades caracterizadas pelos verbos: observar, orientar e fazer (CHAIA; LEITE, 1993).

Os resultados apontaram que apesar das(os) enfermeiras(os) desenvolverem principalmente atividades de assistência direta ao paciente, a(o) enfermeira(o) do turno

da manhã despendia um tempo maior com as questões administrativas do que a(o) enfermeira(o) da tarde. A média de horas despendidas na Clínica Cirúrgica, por turno, foi de: manhã: 1,41; tarde: 1,56 e noite: 1,51. Isto demonstrou que o tempo despendido em cuidados aos pacientes é maior à tarde do que pela manhã, o que se justifica, segundo as autoras, pelo grande número de pós-operatórios e preparos de cirurgia, à tarde.

Na Unidade de Clínica Médica os resultados foram: manhã: 1,27; tarde: 1,39 e noite: 1,41, ficando comprovado que os tempos gastos na assistência aos pacientes do turno da manhã, tarde e noite são equivalentes, nessa clínica, e justificam uma distribuição equivalente dos trabalhadores (CHAIA; LEITE, 1993). Esse trabalho utilizou a metodologia de medida de horas de enfermagem de Lima (1985) e inovou, quando acrescentou as medidas de cuidados indiretos; atividades de ensino; atividades administrativas e necessidades pessoais. Outro aspecto relevante apontado no estudo foi a constatação de que as necessidades de força de trabalho de enfermagem no turno da manhã não foram mais relevantes do que nos demais turnos, possibilitando rever essa distribuição.

Dias et al (1994 apud GAINZINKI, 1998, p. 45) relatam que, em 1993, um grupo de enfermeiras do Hospital Moinhos de Vento, situado na cidade de Porto Alegre, iniciou um estudo que teve por objetivo buscar dados para gerenciar a distribuição das equipes de enfermagem nas unidades de internação, pois constataram que, em um mesmo turno, havia ociosidade em algumas unidades, enquanto que, em outras, havia falta de pessoal para prestar a assistência. A partir disso, desenvolveram um instrumento de classificação de pacientes, para administrar o redimensionamento do pessoal de enfermagem nas unidades de internação. Isso possibilitou à enfermeira estabelecer padrões de atendimento, fornecer dados e, com o auxílio da informática, calcular, através de um *software*, o número de horas de enfermagem por cliente, por turno e por unidade de internação, possibilitando ainda redimensionar o quadro de pessoal dinamicamente, a cada turno de trabalho.

Entretanto, para Gaindzinski (1998), esses estudos, embora constituam um ponto de partida para a generalização do SCP, como critério para o dimensionamento

de pessoal, ainda não apresentam, claramente, a sistematização de como proceder para a determinação dos parâmetros envolvidos nesse dimensionamento.

Apesar dos elevados custos do absenteísmo para as organizações, os estudos são escassos. Na enfermagem, é particularmente problemático, pois o atendimento do cliente não pode ser adiado e o padrão da qualidade existente não é garantido, devido à ausência de profissionais. Silva (1983 apud Alves, 1994, p. 72) diz que: “a maior ameaça a um resultado satisfatório é a sobrecarga dos profissionais, confiando-lhes mais trabalho do que podem realizar de maneira adequada”.

Os motivos que levam às ausências no trabalho vão desde os problemas de relacionamento com a chefia e a supervisão, insatisfação com o trabalho, com as condições de trabalho, salário, jornada, controle, até às doenças familiares ou próprias. São de difícil controle, mas certamente medidas que aumentem a satisfação no trabalho podem fazer decrescer o absenteísmo.

Alves (1994) relata, em estudo realizado em cinco hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, que o percentual encontrado de licença (80%) manteve-se mais elevado que o das faltas (20%), confirmando a literatura. Os índices de absenteísmo foram maiores nos hospitais públicos do que nos privados. Entretanto as faltas, nos hospitais privados, foram da ordem de 30%, bem superior ao percentual dos hospitais públicos. O absenteísmo na enfermagem, segundo a autora, é um problema complexo e de difícil controle por parte das chefias.

Segundo Fugulin et al (1994), as instituições hospitalares, no anseio de atingir o objetivo de excelência na qualidade de assistência, têm procurado desenvolver estratégias que conciliem as dificuldades de adequação dos recursos humanos, materiais e financeiros, com as metas de níveis elevados de assistência.

A Unidade de Clínica Médica do HU-SP, cenário do estudo desta autora, iniciou suas atividades em 1984. Após cinco anos de atividades e inúmeras dificuldades em equacionar os recursos disponíveis com a excelência de qualidade assistencial almejada, observou que o foco central dos problemas incidia sobre o esquema de distribuição dos pacientes pela unidade. O esquema adotado, até então, era o de distribuição dos pacientes por especialidade médica e sexo. No dia-a-dia, surgiam

variáveis incontroláveis: pacientes de diferentes complexidades assistenciais distribuídos geograficamente por toda a unidade, dificultando uma assistência planejada e de execução efetiva; dificuldades para a manutenção de quantitativo e qualitativo de recursos humanos para atender pacientes com perfil assistencial diversificado; descentralização de recursos materiais na unidade para atendimento aos pacientes; alteração do perfil dos pacientes atendidos na clínica médica do HU-SP, com agravamento da complexidade do paciente; situação de desconforto para pacientes e familiares, convivendo com outros pacientes em estado geral mais comprometido; assistência de enfermagem predominantemente direcionada para o atendimento de necessidades psicobiológicas, em detrimento das psico-socio-espirituais, com acentuado prejuízo para as ações educativas do paciente. O SCP, devido à complexidade assistencial, mostrava-se como alternativa a ser adotada.

A reorganização da unidade iniciou-se pela definição das categorias de pacientes por complexidade, com o estabelecimento de 5 categorias: cuidado intensivo; semi-intensivo; alta dependência; intermediário e autocuidado. Após a clara definição das categorias de pacientes, foram elaborados os perfis de pacientes que se enquadravam em cada uma dessas categorias.

Vale salientar o que as autoras anteriormente citadas dizem:

[...] a descrição do perfil do paciente pertencente a cada categoria deve ser elaborada conjuntamente pela equipe médica e de enfermagem, de modo a contemplar os aspectos globais da assistência, envolver e comprometer os profissionais com a proposta adotada, aspecto fundamental para a sua operacionalização e concretização. (FUGULIN et al, 1994, p. 65).

As orientações aos pacientes nos aspectos relacionados ao autocuidado podem ser iniciadas em quaisquer níveis de cuidado, desde que o paciente tenha condições físicas e emocionais para recebê-las (FUGULIN et al, 1994).

Após estabelecimento de categorias e perfis, a unidade foi reestruturada, sob o ponto de vista organizacional; foi feita a redistribuição de leitos (3 leitos intensivos; 5 leitos semi-intensivos; 9 leitos de alta complexidade; 21 leitos intermediários e 10 leitos de autocuidado); adequação de planta física (uma das áreas sofreu adaptação para concentrar os pacientes de maior complexidade, com colocação de painéis de UTI

e monitores), recursos materiais (agrupados em sala específica com esquemas de manutenção, assegurando o seu bom funcionamento), recursos humanos (recolocados a partir da preferência e desempenho dos funcionários, com treinamento específico para atendimento do tipo de paciente que gostariam de cuidar), orientação da equipe e detalhamento da dinâmica operacional do sistema (visitas diárias da equipe multiprofissional, a todos os pacientes da unidade, com objetivo de enquadrá-los no perfil específico, remanejando-os quando necessário).

A implementação do sistema ocorreu em 1990; e estudos retrospectivos, de 1989 a 1992, apontaram sua eficiência. Reduziu-se a média de permanência e o número de óbitos após 48 horas dos pacientes de 11,57 dias e 12,20 óbitos para 8,72 dias e 10,88 óbitos, houve racionalização dos recursos materiais e equipamentos; maior satisfação da equipe de trabalho; melhoria da competência da equipe para o atendimento a cada grupo de pacientes; favorecimento das ações educativas; maior satisfação de pacientes e familiares; favorecimento de atividades de ensino-aprendizagem (FUGULIN et al, 1994).

No estudo relatado, considero que o maior avanço que pôde ser notado foi o desenvolvimento da prática multiprofissional na assistência, através de discussão de parâmetros de trabalho e decisões conjuntas, por interação efetiva da equipe e complementaridade das ações assistenciais, com resultados comprovados na qualidade de assistência ao usuário, família, trabalhadores e instituição envolvida.

Resultados da tese de Gaindzinki (1994), também divulgados em Gaindzinki e Kurcgant (1998), apurados junto a 14 enfermeiras com experiência em dimensionamento de pessoal, na busca do desvelamento de como se dá o fenômeno de dimensionar pessoal de enfermagem, evidenciaram nove diferentes temas ou categorias: a visão do processo; o paciente; o acompanhante; a equipe médica; a equipe de enfermagem; o órgão deliberativo; a dinâmica institucional; a planta física e a tecnologia. Foi constatado, ainda, que os administradores, bem como os responsáveis de enfermagem utilizam o método de fórmula proposto pela Liga Nacional de Educação em Enfermagem dos Estados Unidos e pela Associação Americana de Enfermagem (1946), sem considerar as profundas diferenças entre a situação

americana e brasileira.

Assim, essas enfermeiras demonstraram, em suas falas no estudo acima, que os determinantes internos e externos à instituição influenciam o dimensionamento.

Entretanto, como não estão alicerçadas com dados objetivos que lhes possibilite a análise do comportamento das variáveis intervenientes nesse processo, a negociação do quadro de pessoal pela chefia de enfermagem com a administração do hospital torna-se difícil e frágil.

Acredita-se que um ponto que torna frágil o poder decisório das enfermeiras frente ao poder da administração deva-se a:

[...] atitude ingênua das enfermeiras que assumem o compromisso total da assistência, como se fossem as únicas responsáveis pela qualidade dos serviços prestados, aceitando muitas vezes, trabalhar em condições as quais, nem sempre foram ouvidas no seu posicionamento. [...] É necessário, também, uma reflexão da prática vivencial para que as enfermeiras assumam uma postura ético-política em contra posição à situação de exploração econômica e de dominação política. Dessa forma, estarão denunciando e compromissando os responsáveis pela aprovação do quadro de pessoal de enfermagem da instituição, quanto aos riscos a que os pacientes estão expostos, quando não são providos os recursos necessários para a prestação de uma assistência segura ao paciente. (GAIDZINSKI, 1994; GAINDSINSK; KURCGANT, 1998, p. 34).

Santos e Chaia (1995) realizaram um outro estudo para dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de neonatologia, segundo o perfil de dependência assistencial, em hospital público de ensino em Belo Horizonte. Utilizaram metodologia semelhante à dos estudos de Lima (1985) e Chaia e Leite (1993), exceto pelo fato de que não mediram o tempo despendido em cuidados indiretos, atividades administrativas, necessidades pessoais e atividades de ensino. Utilizaram, como compensação, 10% para orientação de familiares, 30% para margem de pausa e transferência, e 20% para atividades administrativas e educação em serviço, totalizando 60% na medida de horas de enfermagem/paciente/24hs. O objetivo era adequar o quantitativo de enfermagem à demanda assistencial, definindo o perfil assistencial dos pacientes em relação à média de permanência e horas de assistência de enfermagem requeridas (SANTOS; CHAIA, 1995).

A unidade contava com 20 leitos neonatais, os recém-nascidos (RN) foram classificados pelo nível de dependência, com resultados de 40% para alto risco ou

semi-intensivo, 50% para médio risco ou intermediário e 10% para baixo risco ou cuidados básicos. O critério de classificação utilizado foi baseado no critério existente da própria unidade, e considerado adequado pelo grupo de profissionais da unidade em questão. O tempo de medida de horas de enfermagem foi de 24 horas (SANTOS, CHAIA, 1995).

A média de permanência encontrada, apesar da queixa dos trabalhadores de que a grande maioria dos RNs permanecia em período superior a 30 dias, não foi confirmada, pois 52% permaneciam de 0 a 9 dias; 14% de 20 a 29 dias; 14% de 20 a 39 dias, e apenas 3,6% de 40 a 89 dias. O tempo de horas de enfermagem utilizado em cuidados diretos foi semelhante nos três turnos: manhã 33%, tarde 32% e noite 35%.

O tempo gasto por atividade para cada recém-nascido de alto risco na administração de dietas foi de 22%; administração e preparo de medicação 20,7% ; nas atividades de higienização 17%; lavagem de mãos 11,5%; sinais vitais 17% e antropometria 11,5%. Para os RN de médio risco, o tempo gasto foi de: dieta 37,7% (2/2 horas); 19,5% na medicação; 17,9% na higienização; 6,55% na lavagem de mãos; sinais vitais 11,7% e antropometria 0,50%. Para os RN de baixo risco, utilizaram o seguinte tempo: dieta 68,3% (dieta no copinho); medicação 36,8%; higienização 37,5%; 6,55% na lavagem de mãos; sinais vitais 11% e antropometria 1%. O total de tempo despendido em cuidados diretos foi de 3 horas, mesmo acrescido dos 60%, encontrando-se abaixo do estabelecido em estudos de Alcalá et al (1982). Foi sugerida a ampliação de 4 leitos de alto risco, com o mesmo número de trabalhadores existentes, a partir dos resultados encontrados nos cálculos, baseados nos estudos de Alcalá et al (1982), de Marinho (1995), considerando uma jornada de 30 horas semanais, os 7 dias da semana, horas por complexidade de cuidado e IST de 30% (SANTOS; CHAIA, 1995).

Fontes (1995), Amorim, Façanha e Barros (1996) desenvolveram dois estudos em um hospital universitário do Paraná, o primeiro em Unidade de Pronto Socorro e o segundo em uma unidade de internação feminina. Classificaram, nos dois estudos, os pacientes por grau de dependência e compararam a alocação de recursos humanos de enfermagem através dos métodos de assistência progressiva e tradicional. No decorrer

dos estudos, encontraram uma diferença acentuada em relação aos resultados obtidos com os métodos analisados. No método de assistência progressiva, encontraram a diferença de 45% a mais no quadro de pessoal, em relação ao método tradicional, apontando o primeiro método como o mais adequado para dimensionamento do pessoal de enfermagem.

Magalhães, Duarte e Moura (1995), em suas reflexões acerca da quantificação e qualificação do pessoal necessário para desenvolver a assistência de enfermagem junto à clientela, identificou dois pontos polêmicos. O primeiro refere-se à filosofia da assistência, que representa os valores da enfermagem como profissão, orientada por uma assistência integral ao indivíduo sadio ou doente, entendendo-o como ser integrante de uma família e de uma comunidade, que exige pessoal qualificado e em quantidade adequada. O segundo relaciona-se com os administradores das instituições de saúde, os quais apresentam, freqüentemente, uma visão distorcida dos trabalhadores de enfermagem, considerando-os responsáveis pelos altos custos operacionais da assistência hospitalar. O olhar dos administradores, em relação aos recursos humanos de enfermagem, deveria vê-los, ao contrário, como uma importante fonte de combate ao desperdício. O aumento crescente da complexidade do perfil dos pacientes e dos hospitais (alta tecnologia), as restrições impostas pelo contexto do país e pela baixa relevância da saúde, como um valor humano fundamental, dificultam a obtenção de parâmetros adequados para o dimensionamento de pessoal de enfermagem nas instituições.

As autoras afirmam que: “a definição do número de horas de enfermagem despendidas com o paciente é um valor numérico extremamente complexo para ser atribuído, pois o número de horas tem relação direta com a qualidade do atendimento pretendido” (MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995, p. 7).

Os diversos resultados, entre autores brasileiros e estrangeiros, traduzem interpretações e filosofias de assistência diferentes. Diversas variáveis são apontadas na literatura como importantes para o dimensionamento de pessoal: tipo de paciente; grau de dependência de enfermagem; absenteísmo; método de trabalho da equipe de enfermagem; área física do hospital; filosofia e objetivos da instituição; política de

pessoal; recursos tecnológicos; sistema de apoio; análise de funções e cargos nos serviços de enfermagem; fator fadiga (de 15 a 22%, na literatura disponível); orçamento; investigação.

O estudo em questão buscou, junto às chefias de enfermagem de hospitais de grande porte de Porto Alegre (81% dos hospitais da região), através de entrevistas semi-estruturadas, identificar que variáveis estavam sendo efetivamente utilizadas no dimensionamento de pessoal. O número de enfermeiras(os) nas instituições variou de 9,2% a 18%, sendo a média de 12,1%. O de técnicos de enfermagem variou de 0% a 10%, com a média de 2,7%, refletindo a inclusão recente desse profissional no mercado de trabalho, executando, na prática, as mesmas funções dos auxiliares, com salários maiores, onerando as instituições. O percentual de auxiliares de enfermagem variou de 62% a 83%, com a média de 74%; os atendentes de enfermagem e similares apresentaram um percentual de 0% a 25%, com média de 9,7%.

As autoras descrevem que:

Existe autonomia das chefias de enfermagem quanto a transferências e remanejamentos internos, e que não existe autonomia para o aumento quantitativo de pessoal, necessitando sempre de uma “negociação” com a administração do hospital. [...] Na medida em que a autonomia dos setores de enfermagem está restrita apenas aos procedimentos que têm repercussão interna, fica claro que outros setores da organização têm ingerência e autoridade sobre assuntos próprios da enfermagem, sem, no entanto terem o preparo e conhecimento para respaldarem suas decisões. Assim, fica evidente a existência de uma relação de subordinação e dependência dos serviços de enfermagem à outros setores da organização restringindo sua liberdade e poder de deliberação no que diz respeito aos seus próprios assuntos. Este fato deve servir de alerta para os enfermeiros no sentido de buscar alternativas e caminhos que assegurem a participação da enfermagem nos órgãos superiores de decisão, com intuito de assegurar respeito aos princípios e fundamentos que norteiam a assistência e, conseqüentemente garantir a qualidade da assistência de enfermagem pretendida. (MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995, p. 11-12).

Nos resultados do estudo, as autoras identificaram que as variáveis levantadas pela bibliografia estão sendo utilizadas pelas chefias de enfermagem na prática, com exceção daquelas referentes aos recursos tecnológicos, infra-estrutura de apoio e fator fadiga. Por outro lado, constatou-se o surgimento de novos elementos, tais como flexibilidade à mudança e qualidade da assistência de enfermagem exigida pelo

cliente. Elas entendem que:

[...] as variáveis qualitativas ligadas às categorias hospital e serviço de enfermagem merecem uma maior atenção por parte das/os enfermeiras/os e pesquisadores, pois, acredita-se que essas devem ser os elementos que irão preencher a “lacuna” que existe na definição e adequação do dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais em nossa realidade. (MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995, p. 15).

As variáveis “unidade” e “clientela” incidiram com uma frequência maior, com ênfase quantitativa, com parâmetros numéricos: média de horas de assistência, número de leitos, taxa de ocupação. Percebe-se também uma tendência de inclusão de variáveis qualitativas, tais como o grau de dependência, tipo de paciente e qualidade de assistência pretendida. Apesar das inúmeras variáveis levantadas no estudo, as autoras afirmam que existe grande diversidade entre os critérios adotados pelas chefias, apontando para a inexistência de parâmetros oficiais (Órgão de Fiscalização da enfermagem), para dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem (MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995, p. 11-15).

É interessante observar que resultados semelhantes ao dessa pesquisa foram descritos por Gajdzinski (1994) no trabalho de doutorado, onde também ficou demonstrado que as chefias de enfermagem conhecem as variáveis que interferem no dimensionamento, mas não dispõem de dados concretos sobre a realidade que vivenciam e, portanto, não têm o respaldo necessário para argumentar acerca do quadro de pessoal junto à administração da instituição.

No Brasil, a Resolução 189, de 25 de março de 1996, do COFEN, definiu parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde e atribuiu a(ao) enfermeira(o) estabelecer o quadro quantitativo e qualitativo de profissionais necessários para a prestação da assistência de enfermagem (BRASIL, 1997).

Para a definição dessa Resolução foram considerados: os critérios apontados nos seminários nacionais e oficinas de trabalhos coordenados e organizados pelo Sistema COFEN/Conselhos Regionais de Enfermagem (CORENS); o caráter disciplinador e fiscalizador dos conselhos de enfermagem sobre o exercício das

atividades nos serviços de enfermagem do país; a necessidade de garantir a segurança e a qualidade da assistência ao cliente; os avanços tecnológicos e a complexidade dos cuidados ao sujeito-do-cuidado, quanto às necessidades físicas, psicossomáticas, terapêuticas, ambientais e de reabilitação.

Essa Resolução estabeleceu o referencial mínimo para o quadro de profissionais de enfermagem, incluindo as categorias profissionais que compõem as equipes, para as 24 horas de cada unidade de serviço. Definiu que o referencial deveria ter como base:

- a) as características descritas em relação à instituição – missão, porte, estrutura organizacional e física, tipos de serviços e/ou programas; tecnologia e complexidade dos serviços e/ou programas; política de pessoal, de recursos materiais e financeiros; atribuições e competências dos integrantes dos diferentes serviços e/ou programas; indicadores hospitalares do MS;
- b) as características do serviço de enfermagem – respeitando os princípios estabelecidos na fundamentação legal do exercício profissional (Lei nº 7.498/86 e Decreto nº 94.406/87), o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as Resoluções do COFEN e as Decisões dos CORENs;
- c) os aspectos técnico-administrativos – a dinâmica das unidades de serviço nos diferentes turnos, o modelo gerencial, o modelo assistencial, os métodos de trabalho, a jornada de trabalho, a carga horária semanal, os níveis de formação dos profissionais, os padrões de desempenho dos profissionais e um IST não inferior a 30%;
- d) as características em relação à clientela – utilizando o SCP, as horas de assistência de enfermagem, os turnos e a proporção funcionário/leito.

Para efeito de cálculo das horas de enfermagem por leito, nas 24 horas, essa Resolução do COFEN de 1996 estabeleceu como parâmetros: 3,0 horas de enfermagem por cliente, na assistência mínima ou autocuidado; 4,9 horas de enfermagem por cliente, na assistência intermediária; 8,5 horas de enfermagem por cliente, na assistência semi-intensiva; 15,4 horas de enfermagem por cliente, na assistência intensiva. Esses parâmetros foram transformados em fórmula com expressões de cálculo matemático (BRASIL, 1997).

No sentido de aprimorar a classificação dos pacientes, no que se refere à clareza e objetividade de critérios, Perroca (1996), em sua dissertação de mestrado, intitulada “Sistema de Classificação de Pacientes: construção e validação de um instrumento”, divulgada em estudo de Perroca e Gajdzinski (1998), desenvolveu um estudo que teve por finalidade a construção de um instrumento de classificação, do tipo sistema de avaliação, baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. Na estruturação desse instrumento, foram considerados 13 indicadores críticos: estado mental e nível de consciência; oxigenação; sinais vitais; nutrição e hidratação; motilidade; locomoção; cuidado corporal; eliminações; terapêutica; educação à saúde; comportamento; comunicação e integridade cutâneo-mucosa. Cada um desses indicadores possui graduação de 1 a 5, apontando a intensidade crescente de complexidade assistencial. Assim, o paciente é classificado, nos 13 indicadores, na opção que melhor descrever a sua situação. O conteúdo do instrumento foi validado pela técnica Delphi. Os resultados obtidos mostraram concordância dos juízes quanto a: manutenção dos 13 indicadores críticos no instrumento; pertinência e clareza do conteúdo dos indicadores e a existência de nível de complexidade assistencial crescente (PERROCA, 1996; PERROCA; GAJNZINSKI, 1998).

A importância do estudo de Perroca (1996) foi desenvolver um sistema de classificação de pacientes-padrão, através de avaliação de fatores considerados aceitos, dentro dos métodos científicos internacionais objetivos, baseado na realidade brasileira, com indicadores biológicos e psicossociais do cuidado, tais como: comunicação, comportamento, presença do acompanhante e educação para a saúde.

Segundo a autora, o sistema precisaria ser ainda amplamente utilizado, para ser alterado a partir da vivência e consolidado nacionalmente. Os juízes contra-indicaram esse instrumento para uso em pediatria e neonatologia, por considerá-lo inadequado à forma de apresentação de alguns indicadores para essas faixas etárias, de forma que o instrumento está recomendado para clientela adulta (PERROCA, 1996; PERROCA; GAJNZINSKI, 1998).

Fugulin (1997), em sua dissertação intitulada: “Sistema de Classificação de Pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem”, também divulgada em

outras publicações como Fugulin et al (1999 a, b, 2000), analisou, no período de 1990 a 1996, o comportamento das horas de assistência de enfermagem na Unidade de Clínica Médica do HU/Universidade de São Paulo (USP), onde o SCP estava implantado desde 1990. Comparou essa realidade com as horas de assistência preconizadas na Resolução COFEN nº 189/96, uma vez que essa Resolução adotou o SCP, desenvolvido por Fugulin (1994), para identificação das horas de assistência de enfermagem, por categoria profissional, segundo a complexidade assistencial.

O cálculo das horas de assistência de enfermagem requer conhecimento prévio das seguintes variáveis intervenientes na equação utilizada: quantitativo de pessoal, por categoria profissional e por tipo de cuidado; jornada diária de trabalho; quantitativo de leitos por tipo de cuidado; taxa de ocupação; percentual de ausências previstas e não previstas. Após identificação dessas variáveis envolvidas na equação, procedeu-se ao cálculo das horas de assistência de enfermagem, segundo o cuidado. Houve uma tendência das horas totais de assistência de enfermagem se manterem próximas às estabelecidas pela Resolução do COFEN nº189/96 (COFEN, 1997), bem como, às proporções de horas de assistência de enfermagem preconizadas para diferentes categorias profissionais.

Nesse estudo, a análise da variável “ausências da equipe de enfermagem da Unidade de Clínica Médica do HU-USP” demonstrou que o valor médio, calculado para o período do estudo, estava próximo ao valor encontrado por Alcalá et al (1982) e pela Resolução do COFEN nº189/96 (COFEN, 1997), ou seja de 30,35% (+ ou – 2,04%); divergindo do índice preconizado pelo INAMPS (1988).

Isto sugeriu que esses parâmetros estabelecidos pelo COFEN servem para nortear o dimensionamento, levando a uma assistência de enfermagem que garanta a qualidade do atendimento. Contudo, a autora lembra que devem ser levados em consideração outros fatores, como: na Unidade de Clínica Médica do HU-USP, os pacientes estão distribuídos de acordo com o SCP; todos têm os cuidados prescritos pelas enfermeiras; os recursos materiais são apropriados e existe um Serviço de Educação Continuada funcionando efetivamente nesse hospital escola. Há de se considerar que as enfermeiras, em todos os níveis dessa organização, têm poder de

decisão no que se refere ao gerenciamento da assistência de enfermagem (FUGULIN, 1997; FUGULIN et al, 1999a, b, 2000).

A taxa geral de ausências foi de 24,19%, observando-se um predomínio das ausências previstas (18,76% por folgas) em relação às não previstas (5,43% acarretadas por licença maternidade).

Observa-se que as(os) enfermeiras(os) apresentaram o maior índice de folgas (21,58%), o que pode significar sobrecarga de trabalho, uma vez que a política da instituição não prevê a remuneração de horas extras; as(os) técnicas(os) e auxiliares surgiram com 18,71% e as(os) atendentes 16,38%. Ausências por férias apresentaram um valor médio geral de 6,15%. As ausências por acidente de trabalho na categoria de atendentes de enfermagem, com constância no passar dos anos, chamaram a atenção da pesquisadora, podendo ser justificadas pelo tipo de atividade que esses profissionais exercem junto aos pacientes: cuidados de higiene, transporte e movimentação do paciente.

Foram consideradas nesse estudo, como indicadores de produtividade, a taxa de ocupação e a média de permanência. Como indicadores de qualidade, o coeficiente de mortalidade e a taxa de infecção hospitalar. A produtividade da equipe de enfermagem aumentou durante o período do estudo, uma vez que foi constatado um aumento na taxa de ocupação de leitos, maior gravidade dos pacientes e redução das horas de assistência de enfermagem, sem alteração correspondente na taxa de mortalidade (FUGULIN, 1997; FUGULIN et al, 1999 a, b, 2000).

Gaindzinski (1998), em tese de livre-docência intitulada: “Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares”, analisou estudos retrospectivos de dados nacionais e internacionais, para identificar a origem dos cálculos matemáticos de dimensionamento de enfermagem. O que lhe possibilitou afirmar que a equação tradicional utilizada no Brasil não considerou corretamente a cobertura dos dias de folga, causando, até os dias de hoje, uma significativa distorção. Isto que fez com que grande parte dos trabalhos de dimensionamento publicados no Brasil não considerasse corretamente a equação prevista nos estudos internacionais. A partir desse estudo, desenvolveu um novo modelo matemático de dimensionamento de

enfermagem, incluindo esta variável – ausências previstas e não previstas, com vistas a solucionar o problema identificado. O resultado, segundo a autora, é uma equação “complexa” que poderá “ser resolvida, na prática com o auxílio de quadros, ou com a utilização de recursos computacionais como planilhas eletrônicas” (GAINDZINSKI, 1998, p. 81).

Gaindzinski (1998) aponta, ainda, que os principais problemas enfrentados nas instituições de saúde são: má alocação de recursos, desigualdade nas condições de acesso, ineficiência dos serviços e custos crescentes. Para essa autora, o tema do dimensionamento encontra-se dentro de diversos conflitos que se dão entre: o custo e o benefício; o pessoal e o institucional, o capital e o trabalho, e entre o técnico e o ético. Na sua análise da evolução do dimensionamento no Brasil e no mundo, identificou as fases de: método intuitivo ou das relações de proporções, a partir de Florence, na segunda metade do século XIX, na Inglaterra em plena revolução industrial e Guerra da Criméia; introdução da variável “horas médias de cuidado”, a partir de 1930; introdução das variáveis relativas a ausências, a partir de 1956; classificação dos pacientes por tipo de cuidado, a partir de 1960.

Aborda, ainda, que a próxima evolução no dimensionamento de pessoal de enfermagem depende das enfermeiras, a partir de resultados de dimensionamento quantitativo e qualitativo. Tomando como base a sua experiência vivencial, se trata de decidir pela distribuição da força de trabalho de enfermagem, nos diversos turnos, de acordo com a dinâmica de cada unidade, e julgar se o modelo quanti/quali é suficiente para prestar a assistência de enfermagem, no padrão pretendido.

Relata que outras pesquisas, realizadas junto a hospitais gerais de ensino, vêm apontando que as horas totais de assistência de enfermagem estabelecidas pela Resolução COFEN nº 189/96 correspondem às realidades estudadas. Contudo, no que se refere à proporção de horas segundo a categoria profissional, esses estudos evidenciam que, na realidade estudada, a proporção de horas de assistência de enfermagem de enfermeiras é inferior às horas dos técnicos e auxiliares de enfermagem (FARIA; GAIDZINSKI, 1997; BOCHEMBUZIO; GAIDZINSKI, 1997 apud GAIDZINSKI, 1998).

Pavani (2000), em sua dissertação, ao analisar o dimensionamento de pessoal de enfermagem em uma unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca, em um hospital universitário, baseou sua análise em: perfil da equipe de enfermagem, complexidade assistencial dos pacientes, percentual de ausências previstas e não previstas dessa equipe e as horas de assistência de enfermagem preconizadas pela Resolução do COFEN 189/96 e Portaria nº 3.432/98 do MS. Demonstrou que o quadro de pessoal de enfermagem, frente à complexidade dos pacientes, necessita de ajustes para manter a qualidade da proposta assistencial da instituição, bem como a saúde das pessoas que compõem a equipe de enfermagem, utilizando-se também de fórmulas para o cálculo.

Perroca (2001) conduziu sua pesquisa de doutorado, com o intuito de monitorar a confiabilidade e a validade do instrumento de classificação de pacientes na aplicação clínica proposto por ela mesma, em 1996 (PERROCA; 1996), baseado nas necessidades individualizadas de cuidado de enfermagem. O processo de validação clínica compreendeu duas etapas: o teste de confiabilidade entre avaliadores e o teste de validade de constructo.

O instrumento de classificação de pacientes foi aplicado, na primeira etapa, pelas enfermeiras lotadas na UTI Geral de um hospital de ensino, em 50 pacientes escolhidos aleatoriamente. Na etapa posterior, 141 pacientes foram avaliados por enfermeiras de unidades de internação e UTI da mesma instituição. A avaliação do grau de concordância no escore total ou pontuação total obtido pelas enfermeiras foi verificada mediante a utilização do coeficiente de correlação de Pearson e do coeficiente de Kappa.

Para viabilizar a demonstração da validade de constructo do instrumento, se recorreu a múltiplas técnicas, tais como: Pearson (para estudar a associação entre os 13 indicadores); Análise de Componentes Principais e Análise de Variância (para verificar a possibilidade de redução do número de indicadores que compõem o instrumento) e Regressão Logística Ordinal (para determinar a capacidade preditiva do instrumento para captar os diferentes níveis de cuidado).

A análise de confiabilidade revelou que as correlações são altas e positivas entre os escores dados pelas enfermeiras, apresentando um Kappa entre 0,68 e 0,90 com

Índice de Confiança (IC) de 95%, indicando uma boa concordância. Esses métodos demonstraram a validade de construção do instrumento, apontando:

- 1- todos os indicadores críticos como sendo indicadores do grau de complexidade do paciente;
- 2- nítida diferenciação entre as categorias de cuidados, criando gradiente de complexidade;
- 3- o indicador crítico “cuidado corporal” como o mais importante para captar a mudança na categoria de cuidado, e o indicador “sinais vitais” como o de menor importância;
- 4- alto valor preditivo do instrumento (99,8%); e
- 5- adequação do método de padronização do escore utilizado para delimitar categorias de cuidados.

O estudo permitiu concluir que esse instrumento apresentou evidências de confiabilidade e validade, estando em condições de ser aplicado na prática gerencial da(o) enfermeira(o) como norteador das necessidades de cuidado do paciente, bem como da carga de trabalho da equipe de enfermagem (PERROCA, 2001).

Fugulin (2002), em estudo de doutorado elaborado com o objetivo de dimensionar e avaliar o quantitativo de pessoal das unidades de internação do HU-USP, utilizando as variáveis propostas por Gaindzinski (1998) e as horas médias de assistência preconizadas pela Resolução COFEN nº189/96, concluiu que as variáveis permitiram maior aproximação com a realidade assistencial das unidades de internação, contribuindo para a reflexão e análise dos processos assistenciais e gerenciais implantados. Verificou que a classificação diária dos pacientes internados forneceu informações acerca do perfil assistencial e da carga de trabalho existente em cada unidade de internação.

O levantamento do percentual de ausências não previstas da equipe de enfermagem mostrou uma variação entre os índices encontrados em cada unidade, e identificou a licença maternidade e a licença por problemas de saúde como os principais motivos de ausências não previstas dos trabalhadores de enfermagem.

Comparando o quadro de pessoal dimensionado, com o quadro previsto pela instituição para cada unidade de internação, verificou-se que o quantitativo previsto apresentava uma defasagem em relação ao quantitativo dimensionado, quando ao número médio de pacientes foi acrescido o valor do desvio padrão, evidenciando uma sobrecarga de trabalho nos dias em que o número de pacientes internados excedeu a média diária.

Queijo (2002) desenvolveu, em sua dissertação de mestrado, um estudo que teve como objetivos traduzir para o português e avaliar as propriedades de medida do Nursing Activities Score (NAS). A finalidade desse instrumento é medir a carga de trabalho de enfermagem em UTI. O estudo foi subdividido em duas partes. A primeira composta da tradução do NAS para a língua portuguesa, e a segunda da análise da confiabilidade e validade do instrumento. Após o processo de tradução para a língua portuguesa, foi realizada sua aplicação em uma amostra de 200 pacientes adultos internados em UTIs. A partir dessa avaliação, o instrumento mostrou-se confiável e válido para mensurar a carga de trabalho de enfermagem em UTI, na realidade brasileira. O estudo também mostrou correlação estatisticamente significativa entre o *Therapeutic Intervention Scoring System-28* (TISS-28) e o NAS.

Farias (2003) propôs um estudo de parâmetros de dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidade de pronto socorro do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, tendo como parâmetros: a carga de trabalho da equipe de enfermagem (desde o primeiro atendimento de enfermagem, a consulta de enfermagem de urgência ou o atendimento na sala de emergência, até os encaminhamentos interno e externo para a internação no pronto socorro); tempo médio de assistência de enfermagem despendido nesses procedimentos; e o levantamento do número de ausências previstas (folgas semanais, licença-gestante) e não previstas (faltas não justificadas, licenças médicas, licença por acidente de trabalho). A aplicação desses resultados, transformados em fórmula matemática, constatou a defasagem do quadro de pessoal de enfermagem de 31,81% para enfermeiras e de 57% para auxiliares de enfermagem.

Campos (2004), em dissertação de mestrado intitulada “Dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto”, analisou como se tem dado o

dimensionamento de pessoal de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto-SP, tendo como sujeitos da pesquisa as coordenadoras de enfermagem de cinco desses hospitais. Verificou que os responsáveis pelo dimensionamento eram do sexo feminino, tiveram experiências diversificadas de trabalho na profissão e, na época, ocupavam o cargo mais elevado na hierarquia do serviço de enfermagem.

A definição acerca do dimensionamento apreendida pelos sujeitos vem ao encontro daquelas encontradas na literatura. Quanto à finalidade do dimensionamento, existe a previsão dos profissionais, garantia da operacionalização do trabalho da enfermagem, de atendimento à expectativa do cliente com relação às suas necessidades, de provimento dos setores de pessoal, garantia da distribuição desses profissionais na escala. A utilização do dimensionamento ocorre como justificativa para aumentar o quadro, por meio de contratação. Quanto aos parâmetros do dimensionamento, ficaram evidenciados a média de permanência característica da unidade, a taxa de ocupação de leitos, o modelo de assistência de enfermagem, o tipo de clientela, o tipo de convênio, a composição da equipe de enfermagem e do setor, as horas de trabalho por dia e por mês, a taxa de absenteísmo, o SCP.

Em relação às facilidades do dimensionamento, cabe destacar a importância dada ao relacionamento com a diretoria da instituição, devido à política de recursos humanos. O que é visto pela autora como fator motivador para essas coordenadoras de enfermagem realizarem a estimativa de pessoal, bem como para maior envolvimento das demais enfermeiras, devido à perspectiva relacionada à melhoria da qualidade de assistência, atribuída, parcialmente, ao número de pessoal de enfermagem que compõe o quadro de funcionários da instituição.

Como desafios, foram citados a própria política de recursos humanos, que interfere significativamente em algumas diretrizes do serviço de enfermagem; o baixo poder de decisão da(do) enfermeira(o) com relação à contratação de pessoal, tornando a assistência prestada fragilizada; e ainda aqueles ligados ao cálculo propriamente dito, como a compreensão do processo de trabalho de enfermagem, por parte de quem contrata, e a rotatividade. O aspecto legal inerente à profissão também foi abordado, sendo que as coordenadoras de enfermagem compreendiam que caberia a elas a

responsabilidade legal pela estimativa de pessoal.

Nicola (2004), em sua tese de doutorado, e Nicola e Anselmi (2005), em artigo publicado em 2005, descrevem um estudo na unidade de clínica médica e cirúrgica de um hospital universitário localizado no Estado do Paraná, que tem como finalidade promover o ensino, a pesquisa e assistência. O hospital integra o SUS e serve de campo acadêmico às atividades da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e demais escolas que tenham relação com as ciências da saúde. Os parâmetros adotados para o estudo foram baseados na proposta metodológica de Gainszinski (1998); no instrumento desenvolvido por Perroca (2001) em sua tese, para definição de grau de dependência de enfermagem; e para definição do percentual de cada categoria profissional adotou-se como parâmetro a resolução do COFEN 189/1996 e para o índice de ausências previstas e não previstas a fórmula de Gainszinski (1998) (NICOLA, 2004; NICOLA; ANSELM, 2005).

Nicola (2004) afirma que:

[...] a inexistência de comprovação da real necessidade de recursos humanos para o serviço de enfermagem, está relacionada às práticas tradicionais de gerenciamento ainda adotadas na maioria dos hospitais, onde todos os pacientes são assistidos como se demandassem indistintamente a mesma quantidade de cuidados. Sob esse ponto de vista, não se leva em conta que cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente, ou seja, exige da enfermagem, uma assistência diferenciada em termos qualitativos e quantitativos, o que dificulta uma padronização do processo de trabalho. (NICOLA; ANSELM, 2005, p. 187).

A classificação do perfil dos pacientes por leitos foi possível apenas em 72,5% do total, pois 22,1% estavam vagos, em 3% houve recusa por parte do paciente e em 2,4% outras ocorrências. Portanto, para 27,5% a classificação não pôde ser realizada, comprometendo assim o resultado final do dimensionamento. A taxa de ocupação de leitos nas três unidades de estudo foi de, respectivamente: 87%; 80,6% e 70%. A caracterização da média do número de leitos, nas 24 horas, no cuidado intensivo, foi de 4,2; semi-intensivo 6,6; cuidado intermediário 20,3 e no cuidado mínimo 13,9. Observou-se a frequência de um leito de paciente intensivo diário em duas unidades, e de dois a três leitos diários de cuidado semi-intensivo, que dadas as características clínicas desses pacientes, exigem por parte da equipe de enfermagem atenção

permanente, intervenções mais complexas e, portanto, demandando mais sobrecarga de trabalho.

A presença de pacientes com esse perfil nas unidades de clínica cirúrgica se justifica em função da ausência, no hospital estudado, do serviço de recuperação pós-anestésica no centro cirúrgico. Assim, muitos pacientes ainda chegam às unidades sob efeito anestésico e requerem intensa vigilância, bem como assistência total, dado o grau de dependência que apresentam em relação à enfermagem, destacando-se os pacientes de ortopedia, que permanecem imobilizados no leito e totalmente dependentes da enfermagem.

O percentual de ausências encontrado foi: por folga semanal 16%; feriado 3,4%; férias 9%; ausências não previstas 8,23% para enfermeira(o) e 9,27% para auxiliar (as licenças médicas responderam pelo maior percentual, em ambas as categorias). O quadro projetado com base na resolução do COFEN 189/96, de acordo com o modelo desenvolvido nesse estudo, apontava para um déficit de enfermeiras(os) de 50% do quantitativo projetado. A necessidade encontrada no estudo seria de 28 enfermeiras(os) para os 62 leitos de clínica médica e cirúrgica, e a instituição dispunha à época de 27 enfermeiras(os) para os 150 leitos.

Diante desses números, tornaram-se evidentes algumas dificuldades enfrentadas pela gerência de enfermagem, entre elas: elaboração de escalas de trabalho que permitissem alocar enfermeiras(os) para todas as unidades de internação, com as respectivas coberturas das ausências; desenvolvimento de uma supervisão adequada; e minimização de sobrecarga de trabalho incidente sobre a equipe, tornando-se premente a redefinição do quadro de enfermeiras(os).

Em relação aos auxiliares de enfermagem, os resultados indicam excedentes: na unidade F2 50%; na G2 9,09% e na G3 37,5%. Esse quadro possibilitava o remanejamento de auxiliares de enfermagem entre as demais áreas do hospital, visando um melhor aproveitamento dos recursos humanos da instituição (NICOLA, 2004; NICOLA; ANSELMINI, 2005).

Em 2004, o COFEN aprovou uma nova Resolução em relação ao tema, que alterou a de 1996. Resoluções de dimensionamento de força de trabalho de

enfermagem, publicadas por instituições de fiscalização do exercício profissional, buscam instrumentalizar as(os) enfermeiras(os) para negociar a recomposição da força de trabalho em enfermagem junto às diretorias das instituições de saúde, e garantir o cuidado livre de riscos ao sujeito-do-cuidado.

A nova Resolução nº 293, de 21 de setembro de 2004, definiu parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhados (COFEN, 2007). Estabeleceu, na previsão de recursos humanos nas unidades de internação, que a referência pode ser associada ao leito/dia, com índice de Segurança Técnica – IST não inferior a 15%, sendo que 8,33% são para cobertura de férias e os 6,67% restantes são para cobertura da taxa de absenteísmo.

A Resolução estabeleceu, ainda, que o IST poderá ser aumentado, quando:

1) Sessenta por cento (60%) ou mais do total de profissionais de enfermagem, que atuam nas unidades de internação, estiverem com idades acima de 50 anos, aumentando 10% ao IST;

2) A unidade assistencial apresentar a soma das taxas de absenteísmo e de benefícios comprovadamente superior a 15%.

A redução no IST de 30% para 15%, constante na Resolução, diz respeito às ausências programadas e não programadas. No entanto, a literatura registra que são as folgas semanais que impactam esse índice, podendo elevá-lo até acima dos 30% preconizados na resolução anterior. Diante dessa mudança, a opção, praticamente obrigatória, que resta aos serviços é manter atualizado o quadro de taxas de ausência, previstas e não previstas, por unidade, para não verem seu quantitativo de recursos humanos reduzido.

A taxa de ocupação deverá ser baseada na realidade da unidade específica. Para reduzir a margem de variação dessa taxa de ocupação, os dados devem ser obtidos a partir de um período de 4 a 6 meses-padrão, isto é, sem feriados ou interrupções significativas.

Desse modo, as horas de enfermagem por sujeito-do-cuidado estabelecidas pela resolução sofreram um aumento: a assistência mínima ou autocuidado em 3,8 horas de

enfermagem; a assistência intermediária em 5,6 horas de enfermagem; a assistência semi-intensiva em 9,4 horas de enfermagem; e a assistência intensiva em 17,9 horas de enfermagem.

Nessa Resolução, o sujeito-do-cuidado especial ou da área psiquiátrica, com intercorrência clínica ou cirúrgica associada, deve ser classificado em um nível acima, no SCP, iniciando-se com cuidados intermediários. Para berçário e unidade de internação em pediatria, caso não tenha acompanhante, a criança menor de seis anos e o RN devem ser classificados como tendo necessidade de cuidados intermediários. As pessoas com demanda de cuidados intensivos deverão ser assistidas em unidade com infra-estrutura adequada e especializada para esse fim. Os idosos acima de 60 anos com problemas de saúde crônicos e sem acompanhante deverão ser classificados pelo SCP como demandantes de assistência intermediária ou semi-intensiva, sendo acrescidos mais 0,5 às horas de enfermagem.

Minha experiência profissional indica que, se a garantia de assistência aos pacientes de cuidados intensivos, com infra-estrutura adequada e especializada, fosse solucionada, uma parte significativa das tensões na assistência já seria amenizada. No entanto, com a falta de leitos para essa finalidade no Sistema Único de Saúde (SUS), o cumprimento dessas metas de carga horária continuará como pauta de reivindicação dos profissionais de enfermagem. Essa é uma questão importante e deve estar na legislação, para que os profissionais, juntamente com os usuários e familiares, possam reivindicar, junto ao governo e à administração das instituições hospitalares, melhoria no atendimento.

Apesar do reconhecimento de que o paciente crônico necessita de aumento nas horas de enfermagem, teria sido mais adequado reconhecer sua existência, incluindo-o no sistema de classificação de pacientes, como foi sugerido por Fugulin (1997), principalmente considerando que o envelhecimento da população mundial e do Brasil refletirá, fatalmente, no aumento desses clientes para as instituições de saúde. Na Resolução do COFEN de 1996 esse item não foi abordado e, passados 10 anos, essa questão ainda não foi revista.

Segundo a mesma Resolução, a distribuição percentual do total de profissionais

de enfermagem deve observar o SCP e as seguintes proporções: para a assistência mínima e intermediária, 33 a 37% de enfermeiras(os) (mínimo de seis) e os demais, auxiliares e/ou técnicos de enfermagem; para a assistência semi-intensiva, 42 a 46% de enfermeiras(os) e os demais, técnicos e auxiliares de enfermagem; para assistência intensiva, 52 a 56% de enfermeiras(os) e os demais, técnicos de enfermagem.

A distribuição de profissionais, por categoria, deverá seguir o grupo de pacientes de maior prevalência. Este percentual está acima dos dados encontrados nos estudos publicados e na prática vivenciada, 33% a 37% de enfermeiras(os) em unidades com cuidados mínimos e intermediários, se caracterizando em uma situação de difícil negociação junto aos administradores. Por outro lado, a possibilidade descrita nessa Resolução, de manter, no mínimo, seis enfermeiras(os) por unidade de trabalho (30 leitos), permitiria contar com, no mínimo, duas(dois) enfermeiras(os) no turno da manhã e duas(dois) no turno da tarde (plantão de 6 horas, de segunda a sexta-feira, totalizando 30 horas, e um plantão de 10 horas no final de semana, para complementar a carga horária) e uma(um) para cada noite, em escalas de 12/36 (jornada de 40 horas semanais). Esse número seria inadequado para garantir a presença de uma(um) enfermeira(o), em média, para 14 a 15 pacientes, nas 24 horas, em caso de jornada de 30 horas semanais (reivindicação defendida pela ABEn, principalmente nos finais de semana e noturno, e para a efetiva implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A exclusão do auxiliar de enfermagem das UTIs foi oportuna com base na legislação do exercício profissional, que prevê apenas a(o) enfermeira(o) e a(o) técnica(o) de enfermagem prestando assistência ao paciente grave e com risco de vida. Isto permite que as(os) enfermeiras(os) exijam da administração essas correções e contratações, assim como possibilita que os CORENs fiscalizem e cobrem o cumprimento da legislação. Considerando o número expressivo de técnicas(os) e enfermeiras(os) que estão se formando nos últimos anos, é inconcebível que instituições de saúde contratem auxiliares de enfermagem nessa área.

A Resolução de 2004 prevê, ainda, que uma(um) enfermeira(o) só pode coordenar as atividades de, no máximo, 15 profissionais de enfermagem por turno de

trabalho, exceto nas clínicas e/ou hospitais com menos de 50 leitos, voltados para assistência de cuidados mínimos e intermediários, e localizados em regiões onde houver dificuldades para contratar enfermeiras(os). Nesses casos, o COREN, após avaliação, poderá autorizar a complementação das equipes com técnicos de enfermagem, respeitando-se a presença física de pelo menos uma(um) enfermeira(o), por período de trabalho. A importância dessa normatização é impedir que a administração contrate apenas uma(um) enfermeira(o) para supervisionar um número elevado de leitos ou um hospital inteiro, de médio ou grande porte.

A Resolução determina, ainda, que cabe à(ao) enfermeira(o) o registro diário das ausências ao serviço dos profissionais de enfermagem, a presença de crianças menores de seis anos e de idosos crônicos sem acompanhante, e a classificação dos clientes segundo o SCP, para subsidiar a composição do quadro de enfermagem para as unidades assistenciais.

Apesar de reconhecer a importância desses parâmetros no dimensionamento de pessoal, a maneira de realizá-lo deveria ficar a cargo de cada responsável técnico, pois o estabelecimento desse dispositivo de controle como atribuição da (do) enfermeira (o) favorece a administração. Ela pode, a partir da publicação dessa Resolução, exigir da (do) enfermeira (o) o controle de entradas de crianças e de idosos desacompanhados nas unidades, afastando a (o) enfermeira (o) de sua atividade prioritária, que é a assistência. Isto seria um retrocesso, considerando que, em diversas instituições, essas funções de controle de fluxo de entrada e saída de acompanhantes – em atendimento aos estatutos do idoso, e da criança e do adolescente, que garantem o direito de acompanhante – são realizadas pela portaria, sendo as liberações realizadas pelo serviço social, em discussão conjunta com a enfermagem e médico responsável. O registro de ausências dos profissionais de enfermagem já é realizado pela (o) enfermeira (o), pois, quando o trabalhador não comparece, cabe a ela (ele) fazer o remanejamento. No entanto, o setor de pessoal é que faz a apuração do ponto, em muitos casos, inclusive, por meios eletrônicos. Isto poderia ser informatizado, liberando a (o) enfermeira (o) para outras atividades junto ao sujeito-do-cuidado.

A Resolução do COFEN prevê que o responsável técnico de enfermagem deve

dispor de 3 a 5% do quadro geral de profissionais de enfermagem, para cobertura de situações relacionadas à rotatividade de pessoal e participação em programas de educação continuada. As (Os) enfermeiras (os) podem incluir esse percentual no cálculo final, ou manter a equipe em escala e sob o comando direto da gerência do serviço. Na minha experiência, as chamadas equipes volantes são contratadas para essa finalidade, sendo necessárias, pelo menos, duas equipes, uma para assistência aos adultos e outra às crianças, pois essas funções exigem que o trabalhador seja capacitado para substituir, imediatamente, a força de trabalho ausente. Considerando a alta rotatividade de profissionais nas instituições, a necessidade de capacitação dos trabalhadores novatos e a morosidade no tempo de reposição, em especial nas instituições públicas, as equipes-reserva acabam se fixando e deixando de cumprir o papel para o qual foram criadas. Portanto defendo que esse percentual seja incluído no cálculo.

A Resolução do COFEN descreve que deve ser garantida a autonomia da(do) enfermeira(o) nas unidades assistenciais, para dimensionar e gerenciar o quadro de profissionais de enfermagem. A Lei do Exercício Profissional, de nº 7.498/86, e o Decreto nº 94.406/87 já haviam dado essa garantia, quando especificaram que o parecer em assuntos de enfermagem é privativo de enfermeiras(os). Entretanto, não será uma nova Resolução que irá impor isto ao mercado, mas a atuação da(do) enfermeira(o) e o poder de organização da categoria.

A Resolução COFEN nº 293, de 21/09/2004, apesar de ter sido publicada há mais de dois anos, ainda pode ser considerada recente, pois o MS e o Conselho Nacional de Saúde (CNS) não reformularam, ainda, os parâmetros assistenciais existentes no SUS, com relação à força de trabalho em saúde. Eles continuam baseados na Resolução COFEN 189/96. Além disso, os artigos e trabalhos publicados ainda não mencionam a nova Resolução.

Outra questão em que se deve refletir é a da falta de domínio do conjunto das(os) enfermeiras(os) sobre as Resoluções do COFEN. Pois a elaboração do cálculo de pessoal de enfermagem nas instituições de saúde fica, normalmente, sob a responsabilidade das chefias de serviço, demandando muitas horas em cálculos e

recálculos, o que é agravado pela organização hierarquizada e centralizada da enfermagem.

O estabelecimento de uma nova fórmula, com parâmetros matemáticos complexos, acabou gerando muita dúvida e afastando as(os) enfermeiras(os), ainda mais, dessa ferramenta de trabalho e da sua discussão. O desenvolvimento de um programa de informática poderia auxiliar nessa atividade, de modo que às(aos) enfermeiras(os) coubesse, apenas, alimentar o programa com os dados e as informações necessárias, deixando mais tempo para dedicação à assistência propriamente dita, atividades de atualização e busca de novas referências para enfrentar os problemas da área de enfermagem.

Padilha et al (2005) descreveram que o TISS-28 é um sistema que mede a gravidade do paciente e a carga de trabalho de enfermagem em UTI. Foi criado em 1974, a partir do *Therapeutic Intervention Scoring System-76* (TISS-76), e atualizado em 1983. Tem como base as intervenções terapêuticas, segundo a complexidade, grau de invasividade e tempo despendido pela enfermagem para a realização de determinados procedimentos, em pessoas em situações críticas. Em 1996, ampla modificação foi realizada, resultando na versão TISS-28, com o intuito de tornar o índice mais ajustado, para medir a carga de trabalho da enfermagem e facilitar sua aplicação. O sistema passou então a ter sete categorias de intervenção terapêutica: atividades básicas; suporte ventilatório; cardiovascular; renal; neurológico; metabólico e intervenções específicas. Cada ponto do TISS-28 consome 10,6 minutos do tempo de um profissional da equipe de enfermagem.

Esse estudo teve por finalidade traduzir e validar o instrumento para o Brasil, além de reduzir as dificuldades relatadas por enfermeiras(os) intensivistas, no preenchimento do TISS-28. Para isto, apresentando definições operacionais padronizadas por meio de consenso, por enfermeiras(os) intensivistas e docentes do grupo de pesquisa de enfermagem em cuidados intensivos da Escola de Enfermagem da USP, familiarizados com a aplicação do método. O trabalho constituiu-se em um guia que visa contribuir para uma coleta de dados mais fidedigna, permitindo a uniformização do conteúdo obtido por diferentes aplicadores.

O estudo registra ainda que apesar, da importância dessas definições operacionais, elas, por si sós, não são suficientes para garantir uma coleta de dados que resulte em informações corretas. Refere que é indispensável o conhecimento do instrumento, o que exige treinamento prévio; que é preciso ficar-se atento aos itens excludentes, a fim de que não haja atribuição errônea de pontuação; mas que a motivação e o envolvimento das(os) enfermeiras(os) no processo é o que garantirá o seu sucesso.

Elias et al (2006) realizaram estudo de uma coorte prospectiva em uma UTI de adultos de um hospital universitário, com o objetivo de avaliar a utilização do escore TISS-28. Utilizaram um protocolo aplicado em 1641 pacientes, de janeiro de 2000 a dezembro de 2002, a partir da observação direta do paciente e das anotações de enfermagem e médicas, a respeito dos procedimentos terapêuticos e de monitoração. Para a análise estatística, os pacientes foram classificados em sobreviventes e não-sobreviventes, comparando-se os escores TISS-28 e algumas características por meio de testes de *qui-quadrado*, *t de student* e *Kruskal-Wallis*. Os resultados mostraram que o escore TISS-28 permitiu a estratificação dos pacientes por nível de gravidade e evidenciou a relação de valores altos do escore com a frequência de morte entre os pacientes analisados.

Os estudos de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem no Brasil, principalmente os das(os) enfermeiras(os) que vivenciam esse problema, em geral apontam as instituições públicas e de ensino como as mais estudadas. Já as instituições privadas têm um número reduzido de estudos registrados na literatura. Por essência, as instituições privadas buscam o lucro, de modo que suas iniciativas administrativas buscam, basicamente, reduzir custos, o que é comum ser feito com a redução dos custos com a força de trabalho.

Em síntese, da revisão realizada pode-se dizer que, para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, deve-se considerar:

1-No que diz respeito à instituição: a missão, o porte, a estrutura organizacional, a planta física, os custos; a produção, os tipos e complexidade dos serviços e/ou programas, a tecnologia, a política de pessoal e de recursos materiais e financeiros; a

característica pública, privada ou privado-filantrópica.

2-No que diz respeito ao amparo legal: a Lei do Exercício Profissional (Lei nº 7.498/86), o Código de Direito do Consumidor, o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, as Resoluções do COFEN e a Legislação específica de Saúde/SUS/MS.

3-No que diz respeito ao Serviço de Enfermagem: a filosofia; a missão; o grau de autonomia e o poder de deliberação do serviço; as relações de trabalho; a dinâmica e os métodos de trabalho; a dinâmica das unidades nos diferentes turnos; o modelo gerencial; os modelos assistenciais; a jornada de trabalho; a carga horária semanal; os níveis de formação dos profissionais; os padrões de desempenho dos profissionais; o índice de segurança técnica; a relação entre a proporção de profissionais de enfermagem de nível superior e de nível médio.

4-Quanto ao sujeito hospitalizado: o perfil dos usuários; padrões culturais; os níveis socioeconômico e de escolaridade; nível de exigência em relação ao cuidado; conhecimento do usuário sobre os seus direitos.

5-Quanto aos sujeitos cuidadores: vínculo empregatício; satisfação no trabalho; taxa de rotatividade; absenteísmo; jornada de trabalho; duplo emprego; benefícios institucionais; situação familiar; ambiente de trabalho.

A revisão realizada permite afirmar que a disponibilização rápida e eficiente dos estudos acerca do dimensionamento de pessoal para o consumo pelas(os) enfermeiras(os) assistenciais, destacando as metodologias propostas, contribuiria para agilizar a descoberta de soluções, assim como para adequações e aperfeiçoamento de métodos.

Por outro lado, se essas ferramentas não são disponibilizadas, rapidamente, para o uso e para teste na prática, elas perdem sua validade, pois não são atualizadas e adaptadas à realidade vivencial. Os trabalhos desenvolvidos na área de dimensionamento têm ficado muitas vezes restritos às próprias instituições que os desenvolvem, no intuito de solucionar o problema local, ou são publicados como resultado de pesquisa e acessados por um grupo pequeno de profissionais de enfermagem. Além disso, as publicações na área são referentes, em sua maioria, a órgãos públicos e de ensino.

É necessário reforçar que a produção científica nessa área ainda é baixa, assim como o consumo das pesquisas na prática. No entanto, é necessário ter clareza de que fórmulas matemáticas são insuficientes para solucionar os problemas específicos de cada realidade, como também é preciso ter consciência que elas não são capazes de apresentar soluções para as situações inesperadas.

2.2.3 Parâmetros internacionais para o cálculo da força de trabalho de enfermagem em hospitais

Considerando-se as publicações internacionais disponíveis (Apêndice A), foram escolhidos 27 artigos sobre o tema dimensionamento, publicados em inglês, desde os anos 60 até hoje. Considerando-se a forte influência da literatura internacional, especialmente a norte-americana, para os estudos sobre dimensionamento, assim como para os modelos propostos e utilizados no Brasil, e já mencionados no item anterior, destacam-se aqui alguns outros estudos internacionais, levando-se em conta dois critérios de inclusão. Primeiro, foram escolhidos estudos que acrescentam aspectos ainda não incluídos no debate; e, segundo, estudos que foram mencionados explicitamente por autores atuais como referência, ou que foram identificados como influenciando pelo menos cinco estudos nacionais sobre o tema.

Rodrigues Filho (1992) esclarece que o SCP surgiu nos Estados Unidos, nos anos de 1930. Entretanto, estudos sobre a temática, em maior número, foram publicados nos Estados Unidos e Inglaterra somente a partir da década de 60.

Antes da década de 60, a determinação da equipe de enfermagem nas instituições hospitalares, realizada por administradores e enfermeiras(os), era pautada em métodos que tinham como base o censo ou ocupação hospitalar, a experiência vivencial, deficiência ou excesso de força de trabalho e os recursos financeiros disponíveis.

Na década de 60, Wolfe e Young (1965a) já descreviam que a tarefa mais difícil da administração moderna hospitalar é:

[...] a alocação efetiva de recursos e serviços para adequar as mudanças

diárias na demanda para o tratamento. A maioria das dificuldades origina-se da incerteza quanto a demanda esperada. [...] Alguns administradores tentado enfrentar a situação ficando de prontidão todas as horas com as capacidades suficientes para as necessidades de “*peak*”, isto é uma decisão tomada, a fim de ter recursos suficientes disponíveis, para reduzir o risco ao nível aceitável. Entretanto outros têm reconhecido que tais práticas são ineficazes, e desnecessárias. [...] Isto significa que a necessidade das capacidades permanentes, seja somente suficiente para adequar as demandas básicas e contínuas; demandas não normal ou crescentes, podem ser negociadas através da mudança dos recursos suplementares, para aquelas áreas, quando tal ação for necessária. Para a maioria dos administradores, o indicador primário é o censo do paciente hospitalizado, ou seja, número de pacientes ocupando leito na unidade do hospital. Mas como é sabido o censo está sujeito à variabilidade, o censo origina-se da natureza probabilística da doença em si, e conseqüentemente do fenômeno natural que motiva a demanda para os serviços e recursos de um hospital, [...] fatores de oportunidade que estão além da intervenção humana. (WOLFE; YOUNG; 1965a, p. 236, tradução nossa).

Segundo os mesmos autores, as exigências para tratamento variam muito de um para outro sujeito-do-cuidado; ainda, o mesmo sujeito não exige a mesma quantidade de tratamento, durante toda a sua internação. Portanto, em duas unidades de internação com os mesmos níveis de ocupação, uma das alas que tenha doentes com pouca necessidade de cuidado de enfermagem se diferencia de outra que possua doentes com uma grande demanda desses cuidados. Ou seja, pacientes críticos demandam uma proporção maior de trabalhadores de enfermagem.

O ponto a ser enfatizado, segundo os autores, é que a quantidade de tratamento exigido, em uma certa unidade, não é determinada apenas pelo número de pacientes na unidade, mas pelas **necessidades de tratamento direto e indireto de cada doente**. O requisito essencial, então, é a definição do índice/freqüência de carga de trabalho demandado para a enfermagem, baseado numa avaliação realística das necessidades de cuidado do doente, mais do que o censo. Conseqüentemente, a classificação estimativa com base na “auto-suficiência” do doente é essencial. Para a construção dessa demanda, foi solicitada a colaboração da enfermagem para estabelecer indicadores de dependência ou auto-suficiência do doente.

Esses fatores foram agrupados em três categorias de tratamento: a primeira denominada Categoria I, ou Cuidado Sozinho/Auto-suficiente; a segunda, Categoria II

ou Tratamento Parcial/Intermediário, e a terceira denominada Categoria III ou Tratamento Total/Intensivo. Os autores estabeleceram, ainda, um método quantitativo para prever a média de carga de trabalho de enfermagem/paciente esperada para cada andar ou serviço. Ou seja, elaboraram um método para prever as necessidades de equipe de enfermagem para a unidade de internação no dia-a-dia, considerando o censo diário e a importância das condições de dependência do doente (*staff* de variável controlada).

Por outro lado, explicitam que, dependendo dos tipos de doentes internados em uma mesma unidade e necessidades de tratamento, pode haver uma grande variação nas médias de carga de trabalho de enfermagem. Significando que a indicação de pessoal de enfermagem para andares de carga alta, e a remoção de pessoal de andares de carga baixa devem ainda ser baseados na experiência e julgamento da supervisora de enfermagem, tendo como base as condições existentes nos andares sob sua direção, como, por exemplo, a experiência da(do) enfermeira(o) do setor (WOLFE; YOUNG, 1965a).

Os mesmos autores, em seu segundo artigo publicado no mesmo ano, conceituam unidade de enfermagem como: um sistema no qual um número de tarefas deve ser feito por uma equipe de pessoas com qualificação e experiência diferentes, permitindo a aplicação de uma técnica de alocação de pessoal de enfermagem, denominada “programa linear ou múltipla tarefa”, utilizada na área industrial. Essa abordagem, na área de enfermagem, depende de uma avaliação de custo e do número de internações de doentes, tendo como base as tarefas/atividades exercidas/desempenhadas por cada trabalhador de enfermagem (enfermeira(o), técnica(o) e auxiliar de enfermagem).

O uso do método “múltipla tarefa” ou de estimativa das necessidades quantitativas e qualitativas de trabalhadores de enfermagem fornece uma base mais precisa para determinar uma equipe fixa ou básica de enfermagem em cada unidade, para os vários grupos de classificação de doentes, possibilitando, ainda, o estabelecimento de uma equipe suplementar, quando houver demanda ou necessidade. Os tipos de decisão e de tarefas a serem executadas na unidade são mais bem

desempenhados por trabalhadores com qualificação, ou seja, pela(o) enfermeira(o). A complexidade do modelo “múltipla tarefa” torna necessário que as soluções específicas para apoiar uma unidade de enfermagem sejam obtidas por computador (WOLFE; YOUNG, 1965b).

A partir da década de 70, diversos trabalhos com novos modelos de equipe, utilizando sistemas informatizados de classificação de pacientes, foram desenvolvidos por instituições de saúde e ou associações (por exemplo: AIM; GRASP; CASH; CSF Ltda; MEDICUS; JCAH; MECCS; FACTS; PINI; JCLH; MATRIX; KARDEX)⁵, no intuito de definir a necessidade de pessoal de enfermagem. Esses modelos consideram as demandas por unidade de internação, por categoria profissional e também tomam por base as necessidades de cuidados dos pacientes hospitalizados, traduzidas em tempo de enfermagem, e nível de experiência exigidos, que permitam a compensação imediata para aumento ou redução da equipe, sempre que necessário.

Diversas publicações (RYAN; BARKER; MARCIANTE, 1975; DES ORMEAUX, 1977; GIOVANNETTI, 1979, 1984; VAUGHAN; MACLEOD, 1980; BARHAM; SCHNEIDER, 1980; REINERT; GRANT, 1981; ALWARD, 1983; ADAMS; DUCHENE, 1985; WAITE, 1986; KINLEY; CRONENWETT, 1987; HALLORAN; VERMEERSCH, 1987; DE GROOT, 1989; BATTY; MOONEY; LOWRY, 1990) com esses aspectos, apontando as dificuldades e facilidades, foram encontradas na literatura.

Ryan; Barker e Marciante (1975), em estudo no *John C. Lincoln Hospital* em Phoenix no Arizona (JCLH-Arizona), com auxílio de engenheiros industriais da área de gerenciamento e de enfermeiras(os), desenvolveram um programa com auxílio de fórmulas para uso de operações diárias, que determinou o tempo necessário de enfermagem ou horas de enfermagem/doente/nível de cuidado /categoria profissional/turno, considerando, ainda, a distribuição da equipe de enfermagem por

⁵ *Acuity Intensity Monitoring System-AIM; GRASP is a registered trademark of FCG Enterprises; Commission for Administrative Services in Hospitals-CASH; Community Systems Foundation-CSF Ltda; MEDICUS; Joint Commission on Accreditation of Hospitals-JCAH; Management Engineering and Cost Control Service-MECCS; Formula Analysis and Control Technique for Staffing-FACTS; Patient Intensity for Nursing Index-PINI; John C. Lincoln Hospital-Arizona; MATRIX is a registered trademark of Health Maintenance Organization-HMO; The Presbyterian-Saint Luke's Me*

necessidade do paciente. Assim, conseqüentemente, sob esse sistema alguns pacientes são subclassificados. Apontam que os sistemas de análise de carga de trabalho são geralmente muito confusos para a instituição. E também que, quando mudanças ocorrem em métodos, *layout*, área física, equipamentos ou redistribuição de atividades, a maior parte dos sistemas não pode ser facilmente atualizada.

Referem ainda os autores que a maioria dos sistemas não possui meios para verificar se a classificação operacional de pacientes está sendo feita precisamente. O resultado é um sistema feito por medidas, que não contribui para a comparação da eficiência do quantitativo de enfermagem de um hospital com o de outro. Somente mede a performance real do hospital em relação aos padrões do seu próprio sistema, que têm deficiências embutidas. Os autores propõem que as divisões ou conselhos, constituídos de administradores de enfermagem em organizações tais como a *American Nurse's Association*, a *National League for Nursing*, a *American Hospital Association*, tomem a liderança no desenvolvimento de padrões, classificações e definição do contingente de força de trabalho nas 24 horas, para a assistência de enfermagem, em busca da melhoria da metodologia e possibilitando comparações entre instituições, concentrando os recursos financeiros para esse fim (VAUGHAN; MACLEOD, 1980, p. 10-15).

Barham e Schneider (1980), através de empresa própria denominada *Health Maintenance Organization* (HMO), desenvolveram um sistema computadorizado denominado MATRIX, com o objetivo de cumprir os padrões de acreditação hospitalar da JCAH. A entidade enfatiza que o processo de contratação de força de trabalho de enfermagem, para cada unidade, deve ser proporcional às exigências de cuidado dos doentes, à qualificação profissional exigida para cuidar de cada doente, à disponibilidade de serviços de suporte, e em conformidade com o método de medida para a prestação de cuidados para os pacientes, critérios estes obrigatórios a partir de 1980.

Esse sistema proveu uma metodologia para avaliar as necessidades dos pacientes e determinar o recrutamento de pessoal necessário para suprir tais necessidades. Prevê, ainda, um banco de dados que determina tendências comparativas

sobre centros médicos e sobre unidades de cuidado-padrão ou unidades especializadas de cuidado. Contribui nos esforços de contenção de custos de pessoal de enfermagem, identificando o número ideal de pessoas que torna possível o aumento da qualidade e quantidade de cuidado de enfermagem. O pessoal de enfermagem pode inserir avaliações individuais de pacientes por unidade. O computador estoca essas informações, faz sumários de conteúdo, e provê um sumário diário de necessidades equivalentes de tempo integral do pessoal por turno, mantendo a relação custo-efetividade.

Reinert e Grant (1981) desenvolveram um novo sistema no hospital *Presbyterian-Saint Luke's Medical Center*, em Denver, no Colorado, de 465 leitos, onde havia sido implementado, em 1974, o primeiro sistema de avaliação tipo protótipo. Devido à subjetividade desse sistema, os autores apontaram que as(os) enfermeiras(os) “manipulavam a classificação para obter um número maior de trabalhadores de enfermagem e que as mesmas consideravam que o sistema era mais importante para a administração do que para a enfermagem” (REINERT; GRANT, 1981, p. 22). O novo sistema, denominado KARDEX, mais objetivo, e incluindo programa de auto-aprendizagem, era baseado na mescla de níveis de gravidade das necessidades do doente, e determinava as horas-padrão por dia de doente, para cada classificação. Esse sistema inclui a contagem de horas para atividades diretas e indiretas de enfermagem, determina as necessidades de pessoal de enfermagem por turno e permite a monitoração de produtividade (orçamento de horas/dia/paciente). A elaboração do sistema KARDEX contou com a colaboração e participação efetiva de um comitê de enfermeiras(os), administradores e dos trabalhadores de enfermagem da instituição.

Alward (1983) identificou problemas nos sistemas de classificação de pacientes disponíveis no mercado, e descreve o seu principal objetivo como sendo a combinação das necessidades percebidas do doente com os recursos de enfermagem disponíveis. Um índice de carga de trabalho, ou medida de produtividade, é produzido diariamente, por turno, para cada unidade, para estabelecer as necessidades da força de trabalho de enfermagem, mantendo os gestores de enfermagem cientes das deficiências ou

excessos na equipe. Esses dados podem significar redução de custos, justificar horas extras, preenchimento de vagas ociosas ou definição de vagas livres temporárias. Esse método mede a eficiência, ao combinar carga de trabalho, força de trabalho, programa de qualidade, avaliação da quantidade e qualidade do cuidado provido, estabelecendo prioridades, distribuindo a força de trabalho a partir de dados reais e não a partir das unidades ou gestores que “mais gritam por ajuda”. Segundo o autor, esse sistema pode justificar, ainda, ao administrador hospitalar, a necessidade de pessoal adicional, quando ocorre aumento do volume de trabalho na unidade.

Dentre as dificuldades atribuídas aos sistemas, cita: a legitimidade, ou seja, a gerência de enfermagem identifica muitas dificuldades para estabelecer que os instrumentos de classificação de pacientes de fato meçam o que ela solicita que seja medido. Isto é agravado por sistemas existentes com pequena ou nenhuma modificação nos esquemas de categorização ou quantificação de cuidado de enfermagem para cada serviço.

Para definição desses parâmetros, deve ser considerada a filosofia do Serviço de Enfermagem, o sistema de “prestação de cuidados”, “mix” de habilidades, demandas da equipe médica, planta física, equipamentos disponíveis e serviços de suporte. A confiabilidade do sistema também necessita ser verificada. O aspecto mais importante tem relação com a consistência do instrumento de classificação na obtenção dos mesmos resultados, quando utilizado por diferentes medidores (devendo ficar com índice de confiabilidade média de 90 a 95%).

Giovannetti e Mayer (1984) descreveram os problemas comuns encontrados no planejamento e implementação dos sistemas de classificação de doentes: resistência à mudança; falta de confiabilidade nos resultados; dificuldade em motivar para a mudança; trapaças (superdimensionar as exigências de cuidado aos doentes); dificuldade em motivar o pessoal de enfermagem responsável pela administração da assistência; dificuldade em fazer com que as(os) enfermeiras(os) possam classificar os pacientes, um por um, por turno; dificuldade na condução de um estudo; sentimento de *stress* da equipe de enfermagem; dificuldade orçamentária; dificuldade na motivação da administração do hospital; dificuldade de treinamento; problemas de recrutamento;

dificuldade em selecionar um sistema de classificação de pacientes; reclamações da equipe; sentimento de *stress* dos gestores de enfermagem e falta de controle da situação. Essa situação ainda se agrava pela inexistência de programas para a condução da educação da equipe de enfermagem, tendo como base a confiabilidade e validade dos programas e da manipulação destes nos computadores.

A validade e a confiabilidade do sistema podem ser verificadas através de várias formas. Pela avaliação periódica da satisfação da equipe de enfermagem com as horas de cuidado que o sistema indicou. Pela realização de **um julgamento profissional, pois os padrões da prática de enfermagem são, em grande parte, um consenso do julgamento de enfermeiras(os) profissionais**, e o método direto é aquele que conduz o estudo de padrões de tempo para verificar horas de enfermagem, incluindo o cuidado direto e indireto. E também pelo monitoramento anual, para verificar mudanças nos parâmetros institucionais.

O computador sozinho, não assegura suficientemente que as necessidades de cuidado para os pacientes serão supridas. Portanto, o programa educacional deve levar em consideração o conceito de como os sistemas foram qualificados e os caminhos específicos para aplicá-los. As(Os) enfermeiras(os) devem ser capazes de demonstrar competência na classificação de pacientes assim como habilidade clínica, necessitando de supervisão para desenvolvê-la. É preciso desenvolver políticas de admissão de pacientes nas unidades, pois receber, na unidade, doentes que o serviço não suporta mais é irresponsabilidade, e põe em risco tanto a segurança do cuidado oferecido quanto a tolerância das(os) enfermeiras(os) sobre o ambiente de trabalho. O componente educacional é apontado como chave para manter as habilidades, competências e motivações necessárias para a adequada implementação e manutenção do sistema escolhido (GIOVANNETTI; MAYER, 1984).

Adams e Duchene (1985) desenvolveram e descreveram um sistema (*The Spectra Medical Information System*) computadorizado de classificação de pacientes para o *Riverside Medical Center*, de 343 leitos, com identificação precisa das necessidades de cuidado ao paciente, direto e indireto. Essas necessidades precisam ser reavaliadas internamente e alteradas quando necessário, levando em consideração o

tratamento médico e de enfermagem. Os autores do sistema propuseram a transformação dos dados em tabelas, para avaliação pela equipe de enfermagem e pela administração, considerando-se o custo direto de enfermagem/paciente e o impacto no orçamento da instituição.

As vantagens desse sistema foram o conhecimento das bases de dados, com capacidade para alterar o sistema, com vistas a acomodar mudanças: nos modelos de tempo de procedimento; nos níveis de *equipe* necessários para os tratamentos; na porcentagem do tempo dado para atividades indiretas; bem como permite eliminar a elaboração manual da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, substituindo-a pelo sistema (ADAMS; DUCHENE, 1985).

Waite (1986), após testar diversos métodos para determinar números de enfermagem para unidade de emergência em Brighton-UK, na Inglaterra, visando fornecer um nível satisfatório de cuidado, de baixo custo e rápido, desenvolveu um instrumento, com base nos estudos da empresa de consultoria Telford, onde é usado o *juízo profissional das(dos) enfermeiras(os) locais*. Foi criado um formulário de avaliação, para substituir as listas de classificação de doentes consideradas mais complexas e que demandavam muito tempo da enfermagem. Foi proposta, então, uma maneira mais simples e eficaz de registro do grau de dependência do doente, com a preocupação de descobrir quanto de trabalho cada doente demanda da enfermagem.

Esse instrumento permitiu relatar as cargas de trabalho e fazer comparações com outros serviços de urgência, além de ter adequado o registro de faixas etárias, pois verificaram que pacientes acima de 65 anos tendem a pertencer a um nível de maior dependência que os adultos jovens, sendo que a preponderância de pacientes mais velhos acrescenta um elemento extra para a carga de trabalho da enfermagem.

Kinley e Cronenwett (1987) descreveram que o sistema de classificação de doente, GRASP, é uma modificação do sistema de *Acuity Intensity Monitoring* (AIM), e que o mesmo foi desenvolvido com levantamento de dados para cada turno. As autoras estudaram se seria necessária essa classificação e concluíram que, no hospital estudado, nenhuma informação significativa estava sendo obtida com esse levantamento, sugerindo apenas uma avaliação diária para o hospital.

Os motivos para a utilização da avaliação diária foram que: não deve haver mudanças significativas na condição dos pacientes durante as 24 horas do dia; as(os) enfermeiras(os) podem estar copiando informações de turnos anteriores; e que pacientes com mudanças dramáticas nas necessidades de cuidado estejam sendo transferidos para unidades de tratamento intensivo ou estejam sendo desligados do hospital.

Halloran e Vermeersch (1987) descreveram, com base em uma revisão de literatura, que existe uma variabilidade nos modelos de dimensionamento de equipe de enfermagem. Os autores apontaram que os diversos modelos podem ser organizados considerando-se quatro tipos de metodologias utilizadas: a metodologia descritiva; a engenharia industrial; a engenharia de gerenciamento e a metodologia de operações de pesquisa.

A metodologia descritiva é baseada na experiência e julgamento, foi empregada por Florence Nightingale por volta de 1857, e Pfferson e Rovetta na década de 40, em estudos nos Estados Unidos. Utiliza decisões subjetivas referentes a quantitativos de pessoal de enfermagem, usando várias áreas de conhecimento, treinamento, classificações, fórmulas, proporções, a partir de análises estatísticas dos dados empíricos. A fraqueza dessa metodologia é a falta de consistência entre os usuários, apesar de ser a mais usada e a menos clara como protocolo.

A metodologia de engenharia industrial, desenvolvida na década de 50, a partir de técnicas da indústria, para melhorar a produtividade, inclui medição do trabalho, análise das tarefas, distribuição do trabalho e organização. Autores como M. J. Wright; F.L.George e R.P.Kuehn, em estudos realizados na década de 50, foram os primeiros a utilizar essa metodologia, para efetuar mudanças e controle nas unidades de estudo, e ela foi amplamente divulgada nas décadas de 60 e 70. A primeira conceituação da engenharia industrial era “determinar quais tarefas poderiam ser desempenhadas por profissionais de enfermagem, conforme seu nível de formação e quais atividades poderiam ser realizadas por outros profissionais” (HALLORAN, VERMEERSCH, 1987, p. 29).

A segunda conceituação já envolve conceitos de gerenciamento que incluem o

componente psicossocial do paciente. A tarefa é, então, um meio para estabelecer a confiança do doente, no qual um relacionamento terapêutico é desenvolvido entre o doente e a enfermagem. O problema para a metodologia de engenharia industrial era examinar o trabalho e o executor do mesmo, para as interações doente/enfermeira(o). A limitação dessa metodologia é não considerar as necessidades individuais do doente, de cada hospital e da enfermagem.

A metodologia de engenharia gerencial, também largamente adotada, contou com recursos financeiros, a partir de meados da década de 60, proveniente de grupos de consultoria patrocinados ou apoiados por associações hospitalares. Essa metodologia agrupa os conceitos e técnicas da engenharia industrial, tais como medição do trabalho, métodos de aproveitamento e simplificação do trabalho, bem como conceitos e técnicas como carga de trabalho da enfermagem, classificação e modelo matemático. Essa metodologia produziu um protocolo claro, consistente e de fácil implementação por enfermeiras(os) e administradores.

A metodologia de operações de pesquisa, mais complexa que as anteriores, desenvolveu modelos matemáticos para descrever os modelos de equipe de enfermagem existentes, para uso do tempo real ou para decisões futuras, a partir de informação abstrata referente aos elementos essenciais da situação, incluindo as necessidades do doente e do sistema hospitalar. A fraqueza do método é a baixa confiabilidade das medições.

Connor et al (apud HALLORAN; VERMEERSCH, 1987) publicaram o primeiro trabalho com essa metodologia, propondo que “a carga de trabalho em uma unidade varia com o grau de tratamento exigido pelo paciente”. A melhor contribuição dessa metodologia foi a capacidade técnica para gerenciar situações complexas e identificar as conseqüências das decisões adotadas, respondendo algumas perguntas da equipe de enfermagem. As autoras registram que qualquer metodologia pressupõe um conceito de enfermagem e que, para os diversos conceitos, são necessárias diversas soluções (HALLORAN, VERMEERSCH, 1987, p. 30).

Os métodos de estudo de variabilidade de registro da equipe de enfermagem possuem uma barreira importante para sua viabilização, que é a impossibilidade de

desenvolver estudos comparativos, pois existe grande variação de dados e registros. Os estudos são particulares, regionais ou nacionais, e o acesso aos mesmos é limitado, principalmente, para enfermeiras(os) da área administrativa, educadores e pesquisadores, que, para terem acesso aos dados, deverão pagar taxas à instituição ou agência que conduziu o estudo.

Os estudos com esse método possibilitariam identificar tendências na equipe de enfermagem e forneceriam dados empíricos para desenvolver ou intensificar teorias para a prática de enfermagem. Os autores concluíram que esse método pode ter produzido economia financeira para a instituição, mas não tem representado mudanças significativas na qualidade do cuidado de enfermagem ao paciente. E torna-se necessário que as(os) enfermeiras(os) tomem a responsabilidade, para determinar o que constitui o seu trabalho e quem deverá exercê-lo, definindo, com base na complexidade da prática de enfermagem e nas diversas variáveis do cuidado de enfermagem, a equipe de enfermagem necessária (HALLORAN; VERMEERSCH, 1987, p. 31).

Outro estudo significativo com relação a essa temática é o de De Groot (1989), que defende um sistema de classificação de doentes operacional, onde o processo de classificação envolva uma previsão das exigências de cuidados de enfermagem individuais dos doentes, durante um período especificado de tempo. O sistema inclui, ainda, a quantidade de tratamento dado/categoria ou tipo de paciente/unidade/turno; o método utilizado de cuidado de enfermagem/unidade/turno/formação profissional; o mecanismo de revalidação da quantidade de tratamento/categoria de pacientes/modelos de assistência/períodos; as exigências do tratamento de enfermagem com a alocação de recursos humanos/turno/unidade; além de monitorar a confiabilidade do sistema de classificação do paciente/períodos de tempo.

A base filosófica desse sistema envolve a exigência de tratamento do paciente equivalente à soma total de um certo número, tipo e frequência de atividades de enfermagem ou tarefa. A duração, intensidade e/ou complexidade das exigências de tratamento do paciente são diretamente levadas em consideração, assim como se deve considerar que as exigências de tratamento do doente são multidimensionais e

envolvem um intercâmbio complexo entre fatores clínicos objetivos e subjetivos.

A quantidade de tratamento de enfermagem recebida pelos diferentes níveis de paciente pode variar consideravelmente de instituição para instituição, e entre unidades. Essa variação é devido a diversos fatores: as características do doente, formação dos profissionais existentes, considerações da planta física, tipos de serviços auxiliares, necessidades demandadas pelo paciente, análise da unidade, planejamento orçamentário/custo de paciente, manutenção de padrões de segurança da qualidade.

O autor refere que dada a, sempre presente, relação entre restrição econômica e redução da enfermagem, não há nenhuma razão para acreditar que tal interesse irá desaparecer. Somente uma base de dados confiável que relacione uma classificação do doente com as atividades de enfermagem, para alocação da equipe de enfermagem, a qual seja atualizada de modo sistemático e que seja acessível ao departamento de enfermagem, propiciará uma alocação de enfermagem mais próxima das necessidades do doente (DE GROOT, 1989).

Batty, Mooney e Lowry (1990), ao estudarem uma unidade cirúrgica, identificaram que o turno da tarde e da noite exigiam maior número de horas de enfermagem que o turno da manhã. A diferença se deveu à existência de pacientes frequentemente não classificados no turno do dia como admissão de urgência, quimioterapia de estadia curta, transferências, pois a classificação era feita apenas às 10 horas da manhã. Esse estudo não pode ser generalizado e lembra que as cargas de trabalho podem ser alteradas, significativamente, por uma mudança nas práticas de enfermagem.

Na década de 90, outros trabalhos e estudos avaliando e comparando os sistemas existentes foram publicados (VAN SLYCK, 1991; PHILLIPS et al, 1992; ADAMS, 1995). O dado novo encontrado foi a atualização de parâmetros para o sistema de pontuação ou *scoring* de intervenção terapêutica na enfermagem, em especial nas unidades críticas.

Miranda et al (1996) desenvolveram estudos com 22 unidades críticas da Holanda, para construir o TISS-28, uma versão simplificada do sistema de pontuação de intervenção terapêutica, baseada no TISS-76, adequando as dificuldades apontadas

na literatura sobre esse método. Uma(Um) enfermeira(o) é capaz de dar assistência a um (1) paciente/turno para cada 46 pontos do TISS-28. O TISS-76, reconhecido e usado em todo mundo, foi desenvolvido por Cullen et al (1974), em unidades críticas, e possuía 76 atividades a serem consideradas, sendo que 40 a 50 pontos do TISS-76/dia correspondia ao trabalho de uma (1) enfermeira/turno. O TISS-28 busca corrigir um dos principais problemas apontados na utilização do TISS-76, que era o tempo gasto para a realização da pontuação de cada doente. O tempo gasto na classificação de cada doente era de 3 a 4 minutos, o que, no conjunto das horas de trabalho, resultava em gasto excessivo apenas no processo de classificação.

Ledersnaider e Channon (1998) descrevem uma nova abordagem de redução de custos, considerando a disponibilidade de força de trabalho de enfermagem, baseado em 95% do censo hospitalar, que denominaram de *System Distribution Costs Minimum-95* (SDM-95), onde a estratégia utilizada é a partir do custo de trabalho/censo ou ocupação de leito/dia, e não horas de trabalho/paciente/dia. Essa nova metodologia procura deslocar os pacientes entre as unidades ou fechá-las, quando necessário, para possibilitar o máximo de ocupação dos leitos, em busca de um número fixo de profissionais de enfermagem/unidade, reduzindo o tempo de gerenciamento de enfermagem para reposição de déficit ou redução da força de trabalho, e economizando custos em tempo de gerenciamento para contratação de trabalho, em turnos deficientes.

Nas duas últimas décadas, o setor de saúde, público e privado, em todo o mundo industrializado, experimentou a reestruturação do setor, com corte de pessoal com vistas à redução de custos e/ou a busca de maior competitividade. Os resultados dessas medidas adotadas foram sentidos nas publicações a partir do ano 2000. Os trabalhos encontrados tratam, principalmente, da reestruturação e enxugamento da força de trabalho de enfermagem nos hospitais, com descrição dos efeitos desse processo no desgaste do trabalhador de enfermagem. Podem ser citados: Burke e Greenglas (2000) no Canadá; Greenglass e Burke (2001); Unruh (2001) na Pensylvania-EUA; Brown, Arnetz e Petersson (2003) na Suécia; Burke (2003a, b, 2005), Canadá.

Os estudos internacionais apontam que, a partir da década de 70, foram desenvolvidos diversos sistemas informatizados de classificação de pacientes para definição de força de trabalho de enfermagem, com intuito principalmente de redução de custos, tanto por instituições de saúde, como por associações. Reconhecem que os sistemas informatizados são uma metodologia científica de tomada de decisão superior aos métodos manuais, mas apontam diversas deficiências: manipulação de classificação para se obter um número maior de trabalhadores; dificuldade em combinar as necessidades do doente e dos recursos disponíveis de enfermagem; subclassificações de pacientes. Salientam ainda que os sistemas não absorvem mudanças de métodos, área física, equipamentos, redistribuição de atividades; não permitem comparações entre instituições distintas; apresentam falta de confiabilidade dos resultados; muito tempo despendido para classificação de paciente (um a um, por turno) e, dentre outras, a dificuldade de monitoramento das mudanças nos parâmetros institucionais.

Os estudos nacionais e internacionais apontaram modelos manuais e informatizados de definição da força de trabalho de enfermagem, com predomínio de aspectos quantificáveis expressos em fórmulas matemáticas, em busca de readequação desse quantitativo, devido às freqüentes restrições econômicas. Com tais restrições, eles têm sido insuficientes para enfrentar os desafios presentes na prática assistencial, não representando mudanças significativas na qualidade da assistência prestada ao sujeito-do-cuidado.

Considerando-se os conhecimentos disponíveis, constata-se que a temática “dimensionamento da força de trabalho de enfermagem” é complexa e que os trabalhos de abordagem principalmente quantitativa têm sido insuficientes para dar conta desse fenômeno. Diversos autores reconhecem que existem fatores qualitativos envolvidos na questão do dimensionamento, que não podem ser mensurados, e que a vivência do trabalho é a melhor fonte para prever um dimensionamento adequado.

Assim sendo, é urgente repensar criticamente novos métodos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, e buscar alternativas que possibilitem aprofundar e identificar, além dos aspectos quantitativos, os aspectos

qualitativos que interferem nesse dimensionamento.

Este estudo buscou na perspectiva do materialismo histórico e dialético, ampliar os parâmetros qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem em unidades de internação, dando ênfase a uma categoria não explorada pelos autores, nacionais e internacionais, que é a teorização do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. A teoria do processo de trabalho, incluindo os olhares dos diversos atores sociais envolvidos no processo (sujeitos-do-cuidado, sujeitos-cuidadores, sujeitos gestores e profissionais de saúde não pertencentes à enfermagem) pretende contribuir para superar algumas deficiências apontadas nos diversos estudos relatados.

CAPÍTULO III

PERCURSO METODOLÓGICO

Frente à natureza do objeto e aos objetivos deste estudo, foi adotada uma abordagem qualitativa, com a análise do problema na perspectiva do Materialismo Histórico e Dialético. Essa perspectiva possibilitou identificar as concepções sobre a enfermagem, na visão da instituição, da equipe e dos sujeitos-do-cuidado. Assim como identificar os diversos olhares sobre a natureza e finalidade do trabalho de enfermagem, no contexto do trabalho em saúde, sobre a organização e gestão do trabalho e sua influência no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem.

Buscou-se compreender as diferenças na organização do trabalho, tendo como base: os valores institucionais e dos sujeitos-cuidadores sobre saúde/doença e sobre a qualidade da assistência; as características do sujeito-do-cuidado; a composição da força de trabalho em enfermagem, os modelos assistencial e de divisão do trabalho adotados (assistência integral, divisão por tarefas ou trabalho em grupo), e as condições de trabalho.

Os aspectos selecionados reforçaram a necessidade de uma pesquisa de abordagem qualitativa, que levasse em consideração a visão de mundo dos sujeitos, assim como sua interpretação e compreensão dos elementos que influenciam o dimensionamento da força de trabalho da enfermagem. A pesquisa qualitativa, segundo Minayo (2004, p. 36), tem como:

[...] objeto do conhecimento o ser humano e a sociedade. Esse objeto que é sujeito se recusa peremptoriamente a se revelar apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência. Desta forma coloca ao estudioso o dilema de contentar-se com a problematização do produto humano objetivado ou de ir em busca, também, dos significados da ação humana que constrói a história.

A autora diz, ainda, que realizar uma pesquisa qualitativa significa considerar o:

[...] sujeito de estudo: gente, em determinada condição social ou classe com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação (MINAYO, 2004, p. 22).

A pesquisa qualitativa valoriza a participação dos sujeitos pesquisados e coloca o pesquisador também, na condição de sujeito. Neste trabalho de investigação, a fidelidade aos princípios de pesquisa qualitativa foi perseguida durante todo o seu transcurso.

O processo de investigação dialética necessita de um inventário provisório, inicial, para delinear o problema, os objetivos e a direção da investigação. Leopardi (2001) explica que o pesquisador necessita ir à raiz do problema, para desvendar as condições do seu aparecimento, identificando as contradições ou conflitos em relação ao objeto pesquisado. Em seguida, ele tenta identificar possibilidades de análise e indicar premissas de como avançar nesse conhecimento, fazendo o resgate crítico do conhecimento produzido sobre o tema. Posteriormente, avalia conceitos e categorias que possam auxiliar na organização dos dados obtidos na investigação, facilitando a decisão sobre as questões prioritárias que devem ser aprofundadas. A retomada da discussão teórica, nesse momento do estudo, torna-se fundamental para comparar os dados e desafiar o próprio pensamento, para não imprimir, nos resultados, preconceitos e ideologias.

Com os dados levantados e analisados para identificar determinações do problema, o pesquisador estabelece as conexões entre o objeto de estudo e a totalidade, evidenciando mediações e contradições entre a parte e o todo. Desse modo, procura sair da aparência e ir para a essência do fenômeno estudado. Ao final do processo de investigação, o concreto aparece, como síntese e como resultado de múltiplas determinações que explicam o fenômeno como ele é, e possibilita discutir as implicações para uma ação que possa promover as transformações desejáveis socialmente (LEOPARDI, 2001).

No método dialético, o objeto não pode ser estudado nele mesmo. É preciso levar em conta que ele está em constante relação com o todo, com a sociedade, em mútua e permanente complementaridade e determinação. Quando se utiliza o método dialético, significa que, metodicamente, é necessário seguir alguns caminhos para a compreensão do objeto, como apontado por Minayo (2004) e por Nogueira e Gelbecke (2000):

- Resgatar os fenômenos em suas relações que são contraditórias e determinar o movimento do real;
- Compreender as diferenças numa unidade ou totalidade parcial, entendendo as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação;
- Analisar a gênese e o desenvolvimento do objeto, em sua trajetória histórica

para o estudo;

- Ser um profissional da equipe de enfermagem que presta assistência direta aos sujeitos hospitalizados;
- Aceitar participar da pesquisa;
- Ter experiência profissional de, no mínimo, três meses;
- Ser indicado pela maioria dos sujeitos trabalhadores de enfermagem das unidades estudadas, como principal referência de profissional atuante no setor.

3-Em relação aos gerentes e dirigentes institucionais

- Ocupar cargo de comando na administração da instituição, preferencialmente de Diretor ou equivalente;
- Aceitar participar da pesquisa.

4- Em relação aos sujeitos-do-cuidado ou acompanhantes

- Incluir homens e mulheres;
- Ter condições de comunicação e aceitar integrar a pesquisa;
- Estar internado nas unidades estudadas há mais de uma semana e sem perspectiva de alta imediata. Ou acompanhar um paciente nessas condições.

Para manter o sigilo e anonimato dos sujeitos do estudo, adotei as nomenclaturas “PE” para enfermeiras(os); “PT” para profissionais de nível médio, com formação de auxiliares de enfermagem e ou técnicas(os) de enfermagem; “PG” para os gestores da instituição, tanto da área administrativa como da área de enfermagem; “PP” para outros profissionais de saúde não pertencentes à enfermagem e “PU” para os usuários.⁶

Foram entrevistados no estudo 22 sujeitos, sendo: dois enfermeiros assistenciais e um (1) enfermeiro do Serviço de Educação Continuada, (PE10; PE11; PE12); oito

⁶ Neste estudo, PU ou usuário, ou sujeito-do-cuidado, será o paciente ou acompanhante/familiar que tenha sido entrevistado. Na apresentação dos dados, será usado o critério cultural de englobar os dois gêneros no masculino.

auxiliares e ou técnicos de enfermagem das unidades estudadas (PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21 e PT22), cinco gestores da instituição, sendo que três são gestores administrativos (um (1) Diretor Clínico, um (1) Diretor Técnico e um (1) Coordenador de Atenção ao Cliente – SAC: PG1; PG2; PG9) e dois gestores de enfermagem (um (1) enfermeiro Gerente de Enfermagem do Hospital, um (1) Coordenador de Enfermagem das Unidades de Internação: PG3; PG4) e dois profissionais de saúde que não são da área de enfermagem (um (1) Médico e um (1) Fisioterapeuta: PP13; PP14) e quatro sujeitos-do-cuidado (PU5; PU6; PU7; PU8).

O responsável pelo SAC foi ouvido pelo papel desempenhado por esse serviço na avaliação do grau de satisfação do cliente, o que é estratégico no dimensionamento de força de trabalho, uma vez que tais resultados são considerados pela direção, no planejamento institucional.

A especificação detalhada da amostra dos sujeitos trabalhadores e gestores, segundo a idade, sexo, carga horária, jornada de trabalho, profissão, tempo de formado, outros empregos, experiência anterior, tempo na instituição estudada e salário, estão no quadro abaixo.

As unidades de internação estudadas contaram, nas 24 horas, com um total de 20 auxiliares/técnicos e dois enfermeiros; além de um (1) enfermeiro específico do setor de educação continuada. Foram entrevistados dois (100%) dos enfermeiros lotados nas unidades de estudo, e o único enfermeiro do setor de educação continuada (100%), além de oito auxiliares/técnicos participantes das equipes lotadas nas unidades estudadas (40%). O tamanho da amostra foi considerado suficiente, pelo critério de saturação dos dados.

A escolha dos profissionais de saúde que não são da área de enfermagem foi baseada na opinião unânime dos trabalhadores de enfermagem entrevistados, que identificaram os dois profissionais escolhidos como referência, para representar os demais profissionais de saúde presentes e atuantes nas unidades estudadas.

Em relação aos sujeitos-do-cuidado, 50% foram representados pelos seus familiares (PU5; e PU6).

<i>Sujeitos</i>	<i>Idade</i>	<i>Sexo</i>	<i>CH</i>	<i>JT</i>	<i>PROF</i>	<i>TP</i>	<i>TIE</i>	<i>EA</i>	<i>OE</i>	<i>Salário</i>
PT	33	F	40	12X36	AE	3 anos	1 ano	S	N	R\$ 530,00
PT	22	F	40	12X36	AE e TE	2 anos	2 anos 1º emprego	N	S	R\$ 534,00
PT	34	F	40	12X36	AE	10 anos	3 meses	S	N	R\$ 571,00
PT	24	F	40	12X36	AE e TE	2 anos	1 ano 1º emprego	N	N	R\$ 540,00
PT	27	F	40	12X36	AE e TE	8 anos	5 meses	S	N	R\$ 540,00
PT	24	F	40	12X36	AE e TE	2 anos	2 anos 1º emprego	N	N	R\$ 540,00
PT	38	F	40	12X36	AE	12 anos	3 meses	S	N	R\$ 580,00
PT	30	F	40	12X36	AE e TE	9 anos	1 ano	S	S	R\$ 534,00
PE	24	M	40	6 horas diárias	Enf	4 meses	3 meses 1º emprego	N	N	R\$ 1565,00
PE	33	F	40	6 horas diárias	Enf	9 anos	3 anos	S	S	R\$ 1200,00
PE	29	F	40	8 horas diárias	Enf	5 anos	8 meses	S	N	R\$ 1600,00
PP	31	F	40	8 horas diárias	Fisio	7 anos	4 anos	S	N	R\$ 3000,00
PP	39	M	40	8 horas diárias	Médico	15 anos	3 anos	S	N	R\$ 6000,00
PG	30	F	40	8 horas diárias	Enf	12 anos	1 ano TIE e 5 meses no cargo	S	N	R\$ 2300,00
PG	48	M	40	8 horas diárias	Médico	22 anos	4 anos TIE e 4 anos no cargo	S	N	R\$ 5500,00
PG	45	M	40	8 horas diárias	Médico	20 anos	4 anos TIE e 2 anos no cargo	S	N	R\$ 2500,00
PG	36	F	40	8 horas diárias	Psic	8 anos	2 anos TIE e no cargo	S	N	R\$2100,00
PG	33	F	40	8 horas diárias	Enf	10 anos	3 anos TIE e 1 ano no cargo	S	N	R\$ 4500,00

Fonte: entrevistas do projeto de estudo, 2006/2007.

AE - Auxiliar

CH - Carga horária

EA - Experiência anterior

JT - Jornada de trabalho

PE - Trabalhadores de enfermagem de nível superior/enfermeiro

PT - Trabalhadores de enfermagem de nível médio

TE - Técnica de enfermagem

TIE - Tempo na instituição estudada

TP - Tempo de profissão

OE - Outro emprego

PG - Gestores

PP - Outros profissionais de saúde

PROF - Profissão

Quadro 3 - Caracterização dos sujeitos trabalhadores e gestores participantes do estudo

Os Quadros 4 e 5, a seguir, especificam os sujeitos-do-cuidado, segundo: idade, sexo, tipo de convênio, número de filhos, tempo de internação, estado civil e diagnóstico de internação.

Características do Sujeito-do-cuidado	Idade	Sexo	Convênio	Nº Filhos	Tempo de Internação	Estado Civil	Diagnóstico de Internação e cuidados gerais
PU5	85	M	UNIMED	6 filhos	45 dias Internado + 3 dias CTI*	casado	DPOC + ICC +cateter heparinizado Oxigênio, escara, deambulando com ajuda
PU6	88	F	CASU	13 filhos	Há 6 dias internada + CTI* 13 dias	Viúva	Fratura + obstrução intestinal+ Não deambula+ escara +soroterapia

* CTI - Centro de Tratamento Intensivo

Fonte:

3.2 Caracterização da instituição e das unidades de estudo

O local/hospital e as unidades de estudo foram escolhidas intencionalmente. Optei por duas unidades de internação clínico-cirúrgica, que prestam atendimento geral a adultos, em uma instituição hospitalar privada, localizada na região sudeste do Brasil. Foi escolhido um hospital considerado de boa qualidade pela comunidade onde está inserido, e que aceitou a realização da pesquisa em suas dependências.

A escolha pela clínica médico-cirúrgica geral e de adultos se deveu ao fato de que a mesma existe em praticamente todos os estabelecimentos hospitalares, compartilhando características comuns, além de que o atendimento nesses tipos de unidade predomina sob as demais internações, em todas as regiões do Brasil (BRASIL, 2002).

Outro critério considerado para a escolha desse tipo de unidade de internação, com atendimento clínico-cirúrgico a adultos, foi a mudança no perfil demográfico e de morbi-mortalidade da população brasileira. O novo perfil demográfico aponta para o aumento significativo da população de adultos/idosos, e o perfil de morbi-mortalidade mostra a relevância das doenças crônicas e degenerativas, que demandam cuidados, controle, tratamento e prevenção, muitas vezes em unidades clínico-cirúrgicas. Além disso, verificam-se avanços em termos terapêuticos, como o sucesso dos transplantes de órgãos e procedimentos cirúrgicos com tecnologias modernas, com uso de formas menos invasivas de tratamento. Isso possibilita menor permanência do doente nas instituições hospitalares e, conseqüentemente, maior demanda da população adulta/idososa nos serviços de saúde, com forte utilização das unidades de atenção médico-cirúrgica (GIRARDI et al, 2002; BRASIL, 2002). Além disso, o ensino relativo à saúde de adultos e idosos é essencial, na formação de qualquer profissional de enfermagem de nível médio ou superior.

A escolha por uma instituição privada se deveu aos aspectos relacionados a seguir:

- 1- Frequentemente, os gestores públicos, ao questionarem os padrões qualitativos e quantitativos da força de trabalho de enfermagem, junto às chefias de enfermagem responsáveis pelo dimensionamento, se baseiam em padrões da iniciativa

privada, tendo como referencial o seu padrão de eficiência no mercado de saúde.

2- A maioria dos estudos de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem realizados no Brasil ocorreu em instituições públicas de saúde, existindo uma carência de estudos sobre essa temática em instituições privadas.

3- A prestação de um número significativo de serviços ao SUS é realizada pela iniciativa privada conveniada. E a oferta de empregos na área de saúde, pelos estabelecimentos hospitalares lucrativos, somam 25,6%, superando inclusive os 24,6% dos empregos do setor público municipal (GIRARDI et al, 2002; BRASIL, 2002).

4- Em 1998, quase um quarto da população brasileira (24,4%) estava coberta por algum plano de saúde, com ampla predominância dos planos de natureza privada (75% desse segmento). A Região Sudeste, local de realização deste estudo, apresentava a mais elevada taxa de cobertura de planos de saúde (33,3% da população), em contraposição às Regiões Nordeste (12,4%) e Norte (17,0%). Em posição intermediária, estão as Regiões Sul (25,3%) e Centro-Oeste (22,5%) (GIRARDI et al, 2002).

5- Em 2000, o Brasil contava com 8.225 estabelecimentos de saúde cadastrados no SUS. Destes: 643 (8%) estaduais, 49 (0,5%) federais, 1.738 (21%) filantrópicos, 1.604 (19,5%) municipais, 4.055 (49%) privados e 136(2%) universitários, demonstrando a importância da participação da iniciativa privada na prestação de serviço na área de saúde (BRASIL, 2002).

A instituição

O hospital escolhido, em 2004, recebeu o prêmio UNIDAS, na categoria melhor hospital da região metropolitana. A União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (UNIDAS) é uma entidade que congrega 40 empresas de planos de saúde, na Região Sudeste. O hospital vem realizando pesquisas com doentes internados, desde 2005, e elas têm registrado um nível médio de 96% de satisfação de seus usuários. O hospital atende planos de saúde e clientela privada (com pagamento direto). A missão

do hospital, descrita na página da Web (2006)⁷ da instituição, é:

[...] prover serviços médicos hospitalares de alto padrão assistencial, pautados na excelência profissional, diferencial tecnológico e comprometimento com o desenvolvimento científico e institucional, obtendo como resultado a satisfação dos clientes, profissionais, comunidade e acionistas.

O hospital surgiu de uma parceria entre três grandes fundos privados de pensão, iniciando sua operação em maio de 2002. Possui uma concepção de compatibilizar tecnologia de última geração, hotelaria, corpo clínico e assistência diferenciada, com vistas a desenvolver uma produção de serviços segura e de qualidade. O hospital é composto por uma Presidência e quatro Diretorias: Gestão, Clínica, Técnica e Financeira. A Gerência de Enfermagem é subordinada à Diretoria Técnica. Possui diversas comissões: de controle de infecção hospitalar, comissão de óbitos, comissão de acompanhamento de indicadores institucionais, escritório de qualidade e auditoria de enfermagem e médica.

O hospital estudado possui, aproximadamente, 800 funcionários e, destes, cerca de 300 (37,5%) são da enfermagem. A estrutura física é vertical, com 20 andares. As unidades de internação se localizam do 6º ao 16º andar, disponibilizam 174 leitos no total, sendo 132 leitos para internação de longa e curta permanência e 42 leitos de UTI (neonatal, adulta e cardiovascular). O acesso às unidades de internação é realizado por escada e, principalmente, por elevador, devido à localização física dessas unidades. O hospital conta com cinco elevadores: três para atender ao Pronto Socorro, dois elevadores sociais e um para transporte de pacientes e demais atividades (roupa, dieta, lixo, carga, etc.) para as unidades de internação.

Nas unidades de internação existem três tipos de acomodação: suítes (oito leitos), apartamentos (100 leitos) e enfermaria (24 leitos). Todas as suítes e apartamentos dispõem de camas elétricas radiotransparentes, que permitem a realização de exames que utilizem radiação. Elas também auxiliam na prevenção de úlcera de pressão, na realização de fisioterapia respiratória e permitem pesagem

⁷ O site não será informado, para manter o sigilo da instituição pesquisada.

automática. As instalações são amplas, modernas e confortáveis, há disponibilidade de equipamentos e de materiais permanentes. A diferença nas acomodações de apartamento e suíte é a existência de uma sala de estar, na segunda.

O Pronto Atendimento funciona 24 horas, com plantão nas especialidades de cirurgia geral, neurologia, ortopedia, clínica médica, cardiologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia e oftalmologia. Possui, ainda, maternidade, UTI neonatal, UTI adulta e UTI cardiovascular.

O Centro Cirúrgico presta atendimento nas áreas de cirurgia geral, neurocirurgia e cirurgia cardíaca, em oito salas. Possui também um centro de atenção à mulher, com quatro salas cirúrgicas exclusivas, dotadas com equipamentos de transmissão de cirurgias para sala de espera, além de uma sala de recuperação pós-anestésica, com 11 leitos. Conta, ainda, com unidade de tratamento ao paciente oncológico, com tratamento quimioterápico, em regime ambulatorial e de internação, com apoio multidisciplinar. Dispõe de modernos equipamentos: hemodinâmica, ecocardiograma, exames diagnósticos e terapêuticos das patologias vasculares, equipamentos de tomografia computadorizada e ressonância magnética.

O hospital possui 27 consultórios, mais de 30 especialidades médicas, central de consultas, apart-hotel, heliponto diurno e noturno, lojas e estacionamento.

As unidades de estudo

As unidades de internação estudadas foram: uma localizada no 13º andar, com 13 apartamentos, e outra no 15º andar, com oito suítes. As duas unidades de internação possuem sala de prescrição médica conjugada com sala de enfermagem, posto de medicação, rouparia, copa, depósito de material e limpeza, expurgo, sala de equipamentos e banheiros para trabalhadores, feminino e masculino.

As unidades de internação do 13º e 15º andar eram supervisionadas pelo mesmo enfermeiro, do horário da manhã e da tarde. Sendo que, no horário noturno e final de semana, o hospital contava com um enfermeiro para cinco andares ou unidades de internação (supervisão), ou seja, dois enfermeiros para 10 unidades de internação. A equipe de enfermagem contava ainda com três auxiliares de enfermagem no 13º

andar/turno e dois auxiliares de enfermagem no 15º andar/turno, ou seja, uma média de quatro a cinco sujeitos-do-cuidado por sujeito-trabalhador, em regime de trabalho de 12X36 horas diurnas e noturnas. Cada unidade dispunha também de uma secretária no faturamento. O hospital disponibilizava três secretárias para todas as unidades de internação, para organização de prontuários, agendamento de exames externos e internos, e ainda duas maqueiras/auxiliares de enfermagem para transportes dos pacientes internados, para exames externos e internos.

A infra-estrutura hospitalar, o suporte tecnológico de materiais e equipamentos, os recursos humanos descritos e a capacidade instalada implicavam em boas condições de trabalho, não necessitando o deslocamento do sujeito-do-cuidado para realização de exames/procedimentos em outras instituições ou prestadores de serviços externos.

3.3 O Percurso da pesquisa

O Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) aprovou o projeto (Anexo A) para o final de dezembro de 2005 e, em janeiro de 2006, iniciei o contato com a instituição hospitalar escolhida. A instituição estudada recomendou o início da realização do estudo, em uma reunião conjunta da Diretoria com a chefia de enfermagem da instituição, no dia 26/01/2006. Posteriormente, realizei uma reunião junto à chefia de enfermagem do hospital, a Coordenação e equipe de enfermagem das Unidades de Internação escolhidas para realização do estudo, para informá-los do projeto e em seguida dar início a coleta de dados.

Antes da coleta dos dados empíricos, e com o objetivo de encontrar estudos sobre o processo e organização do trabalho em enfermagem, com ênfase nos aspectos de recursos humanos, dimensionamento de pessoal e absenteísmo, pesquisei outros trabalhos sobre o assunto, em bases de dados bibliográficos nacionais e internacionais, de reconhecida qualidade no meio científico e acadêmico. Além delas, consultei também catálogos de bibliotecas e *sites* de instituições que trabalham com aspectos relativos à organização do trabalho em enfermagem e saúde.

A maior parte das buscas foi feita *on-line*, mas consultei também os acervos das

bibliotecas da UFSC e Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Utilizei, como estratégia preliminar, a pesquisa nas bases de dados bibliográficas de forma ampla, isto é, utilizando palavras genéricas e sem especificar limite de tempo. Após a leitura dos resumos dos artigos identificados, foram selecionados os estudos mais relevantes e, através dos descritores que os representavam, foi realizada uma segunda pesquisa, mais específica, utilizando descritores (listados no Apêndice A) e limitando o período de tempo em cinco anos.

Com os descritores, foram realizados diversos cruzamentos entre eles, visando encontrar o máximo de estudos relevantes.

3.3.1 A Coleta de dados

Na coleta de dados empíricos, decidi utilizar três estratégias diferentes. A finalidade de realizar essa triangulação na coleta dos dados foi a de obter informações mais consistentes, para compreender o fenômeno em toda a sua complexidade e, ainda, para poder validar os dados a cada etapa. Na coleta de dados empíricos, foram utilizados três instrumentos: estudo documental, observação sistemática e entrevista semi-estruturada.

No estudo documental, para iniciar a triangulação na coleta de dados, foi feita a análise em alguns documentos da instituição que diziam respeito à organização do trabalho e estavam disponíveis (normas, rotinas, protocolos, livro de relatórios). Verifiquei também as atribuições dos diversos profissionais envolvidos na assistência e as diretrizes políticas da instituição; e, em especial, documentos relativos ao dimensionamento do pessoal de enfermagem. Nos prontuários, investiguei a metodologia assistencial implantada, a forma de registros dos diferentes profissionais, os tipos de cuidados prestados e os tipos de patologias mais recorrentes nas unidades de estudo. Assim, foi possível complementar a compreensão do processo de trabalho, auxiliando na análise dos discursos dos sujeitos do estudo.

A ordem na utilização dos instrumentos não foi rígida, ocorrendo, em alguns momentos, concomitantemente, conforme necessário para melhor entendimento dos

achados, ou por conveniência dos entrevistados ou da dinâmica institucional.

Em continuidade à coleta de dados, foram realizadas observações nas unidades de internação. A primeira visita teve o objetivo de conhecer a sua localização e os responsáveis pelas unidades, e foi acompanhada pela enfermeira Coordenadora. Posteriormente, foram realizadas reuniões com as equipes dos diferentes turnos de trabalho, para explicar sobre a pesquisa e a importância da participação de todos. Além disso, foi assegurado que o desenvolvimento do estudo não alteraria o ritmo de trabalho dos envolvidos.

A segunda visita de observação teve como foco conhecer a estrutura física do serviço, sua organização, os profissionais envolvidos, horários de funcionamento e atividades desenvolvidas. Para isso, primeiramente foi feita uma aproximação com os trabalhadores e as chefias da instituição e das unidades escolhidas, de forma a estabelecer uma relação de convivência com a equipe, fazendo com que os trabalhadores se sentissem à vontade com a minha presença como observadora. Mas foram necessários alguns dias para isso ocorrer.

Mesmo tomando esses cuidados, a minha presença causou, num primeiro momento, um pouco de apreensão, mas procurei colocar-me como uma profissional que estava à disposição para qualquer ajuda. Após alguns dias, fui aceita por todas as pessoas que, às vezes, recorriam a mim, se esquecendo de que eu não era membro da equipe.

A observação sistemática nas unidades foi realizada no período de dois meses, nos diferentes turnos de trabalho (manhã, tarde e noite). Durante esse período, utilizei um diário de campo, para que pudesse registrar o cotidiano da observação (Apêndice B).

A observação foi utilizada para apreensão do processo de trabalho em enfermagem, para compreender e contextualizar as falas dos sujeitos entrevistados e problematizar questões não formuladas pelos mesmos. A observação, segundo Lakatos e Marconi (1991, p. 191), “ajuda o pesquisador a identificar e a obter provas sobre as quais o indivíduo não tem consciência, mas que orientam seu comportamento [...] obriga o investigador a um contato mais direto com a realidade”.

A observação incluiu: o desenvolvimento do trabalho da equipe de

enfermagem; o relacionamento dos trabalhadores de enfermagem entre si, com o sujeito hospitalizado e seus familiares, com os demais profissionais da equipe de saúde, com os trabalhadores de outros setores e com os gerentes da instituição. Foi observado, também, em que cenário esse trabalho ocorreu (condições de trabalho, modelo assistencial, forma de divisão do trabalho).

Observou-se o trabalho dos profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiro e auxiliar/técnico de enfermagem), nos turnos diurno e noturno, assim como os tipos de cuidados prestados aos sujeitos-do-cuidado, de modo a construir uma lista dos diversos tipos de atividades, tarefas e ações realizadas, em relação a:

- a) condições para que o cuidado ocorra (material e equipamentos disponíveis, organização do espaço institucional);
- b) tipos de cuidados de enfermagem prestados (ex: banho de leito, curativos, sondagens, sinais vitais);
- c) tipos de patologias e problemas de saúde apresentados pelos sujeitos-do-cuidado hospitalizados;
- d) quantitativo da força de trabalho diária, para realização dos cuidados;
- e) atividades educativas desenvolvidas com o sujeito-do-cuidado e com a equipe de enfermagem (incluindo ações de pesquisa e de educação continuada dos trabalhadores, orientação para o autocuidado do sujeito-do-cuidado, procedimentos a serem realizados no domicílio e ações educativas com as famílias);
- f) atividades de coordenação do trabalho coletivo, incluindo a articulação entre as diversas equipes que garantem o trabalho contínuo, nas 24 horas.

Na outra técnica de coleta de dados, utilizei entrevistas semi-estruturadas com apoio de roteiros (Apêndice C; D e E), testados previamente. Esse tipo de entrevista é definido por Minayo (2004, p. 108) como aquela “que combina perguntas estruturadas e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem resposta ou condições pré-fixadas pelo pesquisador”.

Lakatos e Marconi (1991) descrevem a entrevista semi-estruturada como “uma

forma de poder explorar mais amplamente uma questão, [...] as perguntas são abertas e podem ser respondidas dentro de uma conversa informal”. A entrevista, assim definida, valoriza o informante e, ao mesmo tempo, fornece a liberdade e a espontaneidade necessárias para enriquecer a investigação.

O foco explorado, nas entrevistas desta pesquisa, foi a percepção dos profissionais de saúde sobre o processo de trabalho da enfermagem e suas indicações de critérios para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, considerando as necessidades do trabalhador (sujeito-cuidador) e dos sujeitos que recebem o cuidado (sujeitos-do-cuidado).

As entrevistas com os trabalhadores participantes da pesquisa foram individuais, realizadas no próprio hospital, em local escolhido pelo entrevistado, para garantir a privacidade. Elas foram gravadas, com o consentimento dos entrevistados. Optei por essa ferramenta, pois a gravação “tem a vantagem de registrar todas as expressões orais, imediatamente, deixando o entrevistador livre para prestar toda atenção ao entrevistado” (SANTOS, 1995, p. 43).

Considerei as 22 entrevistas realizadas como uma amostra suficiente, levando em conta o critério de saturação dos dados, e encerrei a coleta de dados da pesquisa.

A observação do serviço e das atividades desenvolvidas, as entrevistas e o estudo documental possibilitaram fazer um levantamento abrangente e detalhado de dados, para propor bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, em unidades de internação médico-cirúrgica, geral e de adulto.

Procurei resgatar, nesse movimento, o fenômeno e suas relações, para poder compreender as suas determinações essenciais no contexto histórico e temporal, ultrapassando o plano da aparência e buscando revelar a sua essência.

3.3.2 Os cuidados éticos

Por envolver seres humanos, a pesquisa atendeu as exigências éticas explicitadas na Resolução nº 196 do CNS (1996). Foi encaminhada e aprovada pelo Comitê de Ética da UFSC (Anexo A), assim como foi encaminhada e aprovada na instituição pesquisada, e discutida com os sujeitos entrevistados.

Nesta pesquisa ficaram firmados os seguintes compromissos éticos: a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos envolvidos (Apêndice F); a ponderação entre riscos e benefícios; a utilização de procedimentos para assegurar a confidencialidade, privacidade e proteção da imagem; o respeito aos valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos; o respeito aos hábitos e costumes dos participantes; a garantia do retorno dos dados e benefícios obtidos com a pesquisa, para as pessoas envolvidas.

Em todos os momentos da pesquisa, os sujeitos-do-cuidado e acompanhantes, bem como os sujeitos-cuidadores, gestores e profissionais de saúde foram informados sobre o trabalho desenvolvido, para que fosse executado com a concordância e o envolvimento de todos. O rigor científico foi um norte perseguido neste trabalho, para que seus resultados sejam válidos.

Meus comparecimentos nas unidades, para as entrevistas e observação das atividades, foram agendados com os participantes, no horário de trabalho, com autorização das chefias dos serviços, de modo que a minha presença não perturbasse o desenvolvimento de suas atividades.

Antes de realizar as entrevistas, expliquei detalhadamente os objetivos do trabalho, solicitei a sua assinatura no termo de consentimento informado e a permissão para gravar. Para cada entrevistado, garanti que seria preservado o seu anonimato e esclareci que, na entrevista, não estava sendo feito nenhum tipo de julgamento pessoal ou sendo avaliadas as respostas como certas ou erradas.

As entrevistas foram gravadas e, no seu transcorrer, foi necessário solicitar maiores esclarecimentos sobre uma ou outra afirmativa. Foi necessário, também, retornar ao assunto, quando os entrevistados desviavam a sua resposta do foco da questão, dando algumas explicações ou retomando os objetivos do trabalho, para deixar os entrevistados à vontade. Esse processo buscou estabelecer uma relação de confiança e interação com os sujeitos da pesquisa, baseada em princípios éticos e de respeito às pessoas.

Este relatório final apresenta total transparência e fidelidade, com relação aos dados obtidos e experiências vivenciadas, preserva a essência do discurso dos participantes e procura garantir o anonimato dos informantes e das situações

encontradas nas observações.

3.3.3 A análise dos dados

Para análise dos dados, foi utilizado o referencial do materialismo histórico e dialético, que ajudou a compreender a dinâmica do processo de trabalho, a interpretar e localizar o fenômeno em um determinado momento histórico, através de um recorte micro do real, mas que pode ser analisado na totalidade da instituição pesquisada e no contexto da realidade das instituições de saúde do país.

Considerarei, inicialmente, alguns indicadores para a captação da realidade do trabalho de enfermagem nas unidades de internação de estudo, para analisar o processo de trabalho da enfermagem, como base para a definição da força de trabalho em unidades clínica médico-cirúrgica, geral e de adulto:

- Perfil de complexidade (Sistema de Cuidado Progressivo (SCPr)) das necessidades assistenciais dos sujeitos internados nas unidades estudadas;
- Modelo assistencial em saúde;
- Metodologia de assistência implantada, incluindo a forma de organização e divisão do trabalho (cuidado integral; parcelado/ por tarefas ou em grupo);
- Carga horária diária de trabalho (diurna, noturna, e de finais de semana e feriados);
- Condições de trabalho, incluindo os instrumentos de trabalho e a disponibilidade de equipamentos e de tecnologia de ponta ou de alta complexidade;
- Organização do trabalho coletivo em saúde e número de profissionais envolvidos (De que maneira o trabalho de enfermagem faz parte desse trabalho coletivo?);
- Forma de registro do trabalho pelos profissionais de saúde;
- Legislação nacional em relação a direitos de afastamento do trabalhador e reposição do quadro de recursos humanos (licença-gestante, licença-saúde, aposentadoria, demissões, dentre outros);

- Indicadores para o cálculo da força de trabalho em enfermagem formulados pelos sujeitos participantes da pesquisa.

As categorias iniciais para a análise do processo de trabalho em enfermagem, conforme o referencial teórico, a revisão de literatura e os dados obtidos do processo de pesquisa, sofreram ajustes, ficando assim definidos:

- O contexto político institucional onde o trabalho se desenvolve;
- Indicadores para o dimensionamento quantitativo e qualitativo da força de trabalho em enfermagem, conforme formulações dos entrevistados;
- Organização do trabalho e implicações no dimensionamento;
- Relações de trabalho e implicações no dimensionamento;
- Condições de trabalho e implicações no dimensionamento;
- Elementos do processo de trabalho e implicações no dimensionamento;
- Indicativos para o cálculo da força de trabalho em enfermagem.

Em relação às categorias discutidas, foram incluídos os dados coletados através dos três instrumentos já mencionados: entrevista semi-estruturada, observação sistemática e estudo documental. Essas categorias foram reconstruídas no processo de pesquisa, fazendo os ajustes necessários, considerando-se o apreendido com os dados do cotidiano dos trabalhadores de enfermagem. Os dados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas foram a principal base de análise, e as entrevistas foram utilizadas de forma explícita, neste texto. Os dados obtidos no estudo documental e observações não estão explicitamente apresentados, mas foram triangulados com as entrevistas, dando suporte a pesquisadora na análise de dados e com vistas a dar segurança às conclusões da pesquisadora.

CAPÍTULO IV

A INSTITUIÇÃO ESTUDADA - AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO E O PERFIL DOS DOENTES, SEGUNDO OS CUIDADOS REQUERIDOS

Neste capítulo e no Capítulo V, serão apresentados os dados que permitem compreender o contexto do estudo, os sujeitos, e a lógica de funcionamento das duas unidades de internação estudadas, seguida do perfil dos sujeitos-do-cuidado, do tipo de cuidado prestado aos mesmos e das múltiplas dimensões do processo de trabalho que influenciam o dimensionamento da força de trabalho. As sínteses analítico-reflexivas serão articuladas no Capítulo VI e as considerações finais no Capítulo VII, focalizando o objeto deste estudo, ou seja, a compreensão do dimensionamento de pessoal de enfermagem contextualizado na complexidade do trabalho assistencial em unidades hospitalares. Pensar dimensionamento, para além de cálculos e fórmulas, é importante e necessário, mas é insuficiente, se considerarmos que o trabalho em saúde é pouco padronizável, é imprevisível e envolve vidas humanas, nas suas singularidades e complexidades. Como calcular a força de trabalho necessária, em contextos político-econômico, estrutural e histórico que envolvem múltiplos interesses, demandas e necessidades? Em contextos que envolvem, também, relações entre grupos de trabalhadores e entre trabalhadores/profissionais de saúde e usuários?

4.1 Filosofia, objetivos da instituição e da enfermagem das unidades de internação clínico-cirúrgicas estudadas

A filosofia institucional está indicada, nos documentos formais e nas falas de gestores e profissionais de saúde, destacando-se a preocupação com a qualidade da assistência e com a plena satisfação do usuário, a custos suportáveis para a “saúde financeira” da instituição. A estrutura física, de equipamentos e de serviços, bem como

os mecanismos de avaliação da qualidade da assistência, como é o caso da existência e monitoramento de indicadores de controle de qualidade, apontam para a busca do cumprimento desse objetivo e da missão institucional.

A dimensão econômica e a característica empresarial da instituição que, segundo os participantes da pesquisa, tem foco no retorno financeiro e no lucro, aproxima-se do encontrado por outros autores, como Pires (1998).

Segundo os gestores institucionais,

[...] o hospital tem uma visão de valor técnico[...] de solução, de qualidade, de saúde, tem uma visão empresarial de sobrevivência, de resultado, de dar lucro, porque, senão, ela não se recicla, não se renova, e se extingue no tempo. E a empresa tem uma necessidade, por definição, de se perpetuar. Então todos eles compartilham dessa visão do hospital, isso é disseminado, faz parte do planejamento estratégico e o hospital tem ambição de caminhar para essa certificação, ONA ou ISO ou Jones Almische Americana. E obviamente isso é um processo integral, não pode isolar nenhum tipo de funcionário, ninguém, todos têm que ter a mesma visão dentro do hospital, do superintendente ao funcionário de nível hierárquico mais baixo (PG).

Promover saúde de altíssima qualidade, dentro de um panorama econômico aceitável (PG2).

A adesão ao aspecto empresarial do hospital foi verificada tanto entre gestores, quanto entre profissionais que atuavam no âmbito assistencial.

Olha, isso ficou bem claro, no dia em que a gente entrou aqui, que houve a inauguração e falou: A nossa filosofia aqui é lucro. Isso ficou bem claro, nunca foi escondido e nem eu acho que isso é condenável e vergonhoso. Porque, na verdade o hospital foi feito em função de grupos de previdência privada, os fundos de pensão, que são os investidores. E investidores, quando investem, querem o retorno do investimento em forma de lucro. Então isso fica bem claro, para mim (PP13).

Gestores da área de enfermagem e enfermeiro assistencial demonstravam a identificação do trabalho desse grupo profissional para com a missão do hospital (PG3; PG4; PE10).

A missão institucional, como um todo, é prover serviços hospitalares de alto padrão assistencial, pautado na excelência profissional, no diferencial tecnológico e comprometido com o desenvolvimento científico institucional, obtendo como resultado a satisfação dos nossos clientes, profissionais, comunidades e acionistas. Para mim, a enfermagem está toda casada aqui dentro da missão da instituição (PG3).

Alguns auxiliares, técnicos de enfermagem e um enfermeiro descreveram a filosofia da instituição como a busca pelo atendimento de qualidade aos sujeitos hospitalizados, estando estes em primeiro lugar (PT15; PT19; PT20; PE10):

Tem que estar vestindo a camisa do hospital. Eu acho que é visar muito isso, o atendimento ao paciente, ele está acima de tudo, a gente está vendo esse lado de estar ouvindo o paciente, a gente está tentando suprir as necessidades dele. Eu acho que é assim, o paciente em primeiro lugar, isso é um dos pontos que o hospital cobra muito da gente (PE10).

Bom, aqui, pelo menos quando a gente entra, é aquele negócio: em primeiro lugar o atendimento. Eles cobram muito isso, muita responsabilidade com esse negócio, [...] é prioridade (PT19).

No entanto, predominava, entre enfermeiros, profissionais de saúde, técnicos e auxiliares de enfermagem, o desconhecimento acerca da filosofia e missão da instituição e da enfermagem (PT17; PT16; PT18; PT21; PT22; PE11; PP14). Alguns atribuíam esse desconhecimento a problemas relacionados à comunicação entre instâncias gestoras e trabalhadores (PE11; PP14):

Filosofia? Não, não, não. Quando eu fui admitida, ninguém falou nada disso para mim. Só falou para mim onde eu ia ficar, qual andar e seja bem-vinda. Se vire (PT16)!

No entanto, para os entrevistados, os padrões de qualidade eram plenamente identificados, como exemplificado no enunciado a seguir:

Eu sei que o intuito da diretoria é que a gente busque qualidade. Eu sei que, o tempo todo, a diretoria está voltada para isso: qualidade em saúde. Nas minhas pesquisas e no trabalho que eu acompanho, a diretoria gostaria que a nossa clientela sáísse daqui 95% satisfeita, essa é a meta que a gente tem que atingir nas nossas pesquisas de satisfação [...]. Nas unidades de internação, até o mês passado, nós estávamos com 96% {de satisfação}. A gente varia, já há 4/5 meses, de 94% a 96% (PG9).

As críticas ao discurso dominante na instituição eram evidentes e ilustradas pelas manifestações de profissionais entrevistados, que apontavam os riscos que a busca do lucro pode gerar nos cuidados aos sujeitos hospitalizados. E também em relação à sobrecarga gerada pela diminuição do contingente da força de trabalho, com

vistas a diminuir custos.

Agora, os modos pelos quais eles querem o lucro, em relação à medicina ou aos cuidados com o paciente, às vezes é condenável ou {podem ser} criticado por causa disso. Porque toda vez que você quer otimizar lucro com custo baixo, isso não dá certo. Agora, fazendo uma analogia para o hospital, toda vez que uma instituição se propõe a dar assistência médica, quer otimizar lucro, com custo baixo, quem sofre é o paciente. E é verdade. Eu acho que o fator que pesa mais talvez seja que o hospital tem uma filosofia de tentar otimizar os recursos humanos que, do ponto de vista trabalhista, {são} mais caros. Então eles tentam otimizar isso, mas com essa otimização quem perde é o paciente. Eu acho que a relação paciente/enfermeira é pouca. Até pouco tempo atrás, no hospital era uma por andar, e hoje já não é assim (PP13).

É importante destacar que, como nas empresas de outros setores da economia, os gestores tendem a buscar redução de custos na força de trabalho, seja na contenção de salários, seja na diminuição do contingente. No entanto, os instrumentos de trabalho, em uma dimensão mais ampla que inclui a área física e também os equipamentos e materiais utilizados, são menos sensíveis à redução de custos.

A infra-estrutura hospitalar não era vista pelos gestores como custo, mas como um investimento para atender ao cliente:

A infra-estrutura é cara, mais as pessoas que vêm para cá. Aí é que está. Quando eu agrego um valor a um produto e o produto aqui é o hospital, isso pode não ser encarado como um custo, porque isso traz benefício para o doente, a família, o bem-estar... Você entra aqui, é diferente (PG2).

No discurso dos gestores, no que diz respeito à força de trabalho hospitalar, esta é considerada investimento, e não custos a serem cortados, quando um determinado trabalho especializado pode gerar retorno financeiro e lucro. Esse fato é exemplificado pela disponibilização de serviços das especialidades médicas. O corte nesses serviços é realizado somente quando o retorno financeiro é menor que o investimento, aproximando-se da teorização de Offe (1991) sobre a dinâmica do setor de serviços e do que foi encontrado por Pires (1998), em estudo realizado em dois hospitais da Região Sudeste do país.

Para viabilizar a Filosofia Institucional, de sobrevivência no mercado e de

geração de lucro, exemplificando essa dinâmica, o gestor descreveu as estratégias utilizadas, a seguir:

Então o hospital hoje tem uma filosofia de ficar entre as especialidades que efetivamente dão mais lucro para o hospital, que são: cirurgia cardíaca, com a cardiologia, a neurologia e neurocirurgia, a ortopedia com material de órteses e próteses. O hospital hoje é uma grande farmácia. A assistência médica, isso aí é para inglês ver [...]. Temos que vender alguma coisa, para sobreviver. Nós estamos no mercado tentando mudar essa filosofia, ou seja, nós queremos receber pela assistência, [...], o hospital virou isso, uma farmácia ambulante enorme, caríssima. E a assistência não recebe nada, as diárias são baixas, com material, medicamentos é que a gente ganha dinheiro. Por isso que estas cirurgias são mais privilegiadas, porque se usa mais órteses e próteses e o doente fica mais caro. Olha, atendimento clínico, no conceito da palavra “clínico”, eu acho que vai desaparecer. É procedimento, e a clínica como suporte. A clínica vai dar o suporte ao doente que foi operado, mas não vai ser a clínica que vai tratar dos pacientes não. Hoje, qualquer pronto socorro dá prejuízo, nós temos prejuízo no nosso pronto socorro, mas é estratégico, sem pronto socorro eu não tenho doente para operar. Tem que ter um link (PG2).

O depoimento abaixo reforça a análise de mudanças no papel das especialidades médicas no mercado de saúde. É apontada novamente a tendência de desaparecimento das clínicas de adulto e pediátrica, como especialidades, e sua manutenção apenas como suporte a outras especialidades.

E como há muitas especialidades, [...] eu acho que as coisas estão ficando muito nas mãos dos especialistas, e o que eventualmente vem internando para a clínica médica são pessoas idosas, que, como todo idoso, têm um período de hospitalização maior. Pela própria circunstância orgânica, a resolução não é tão rápida, aí eles falam: ‘Não, essa aí é da clínica’. Então hoje, os pacientes mais comuns de clínica médica são os idosos, mas a clínica está se tornando muito interconsultora, ela existe no hospital geral muito mais para dar suporte a dúvidas dos especialistas, do que ela mesmo sobreviver (PP13).

Hoje um pediatra tem que ser sustentado pelo hospital, praticamente. Nós acabamos com a pediatria aqui, porque ela não dava lucro nenhum, ela dava prejuízo e a gente bancava o profissional. Aí chegou a um ponto, que eu falei: Não, não dá!... O hospital pagava. Mas operar criança eu quero, porque não tem nada a ver com pediatria. Uma neurocirurgia em uma criança, ok. Mas eu não quero ter a pediatria. Aí você tem um pediatra como suporte dessa criança. Fora isto, a obstetrícia dá prejuízo. Bloco obstétrico dá prejuízo, mas temos que manter a UTI neo. Nossa tendência é ter uma unidade cirúrgica (PG2).

Outro gestor descreveu ainda o que vem ocorrendo com as empresas privadas de prestação de serviço de saúde no mercado, ao longo dos anos, apontando a necessidade de mudanças nas formas de pagamento aos prestadores. Ele defendeu o pagamento diferenciado, medido por resultados atingidos, identificando os recursos humanos e o trabalho multidisciplinar como o diferencial para atingir os melhores resultados:

O primeiro passo era conta aberta, o que eu usar eu insiro, maravilha, os hospitais nadaram de braçada e levaram muitos convênios à falência. Segundo: o pacote – agora está todo mundo apertado. E o terceiro: nós vamos ter que receber um pouquinho melhor. Não tem sentido eu receber um pacote igual ao do hospital São, São, São, “um biboca” que não tem um milésimo da estrutura que a gente tem, e ele recebe o mesmo. Então eu tenho que fazer alta complexidade, ter resultados, para receber uma tabela diferenciada. Então eu acho que o nosso futuro é esse, receber por resultados. Para fazer resultados, eu tenho que controlar e, para controlar, eu tenho que ter indicadores: de enfermagem, médica... Todas as estruturas evoluíram muito nos indicadores administrativos. Qualquer hospital evoluiu muito pensando que [...] você tem que controlar perda, mas chegou num ponto que só controlar perda não deu, nós temos que ter um diferencial e esse diferencial depende de recursos humanos. E nós vamos receber aqui por resultado e, por isso, é tão importante a multidisciplinaridade. Eu não posso pensar só no meu trabalho. Se você não fizer o seu, vai refletir no meu. Imagina um cirurgião maravilhoso de carótida... O cara opera e o doente vai ficar infecto! Então tem que funcionar o todo (PG2).

Outro profissional de saúde reforçou a necessidade de mudanças na forma de remuneração da prestação de serviços de saúde pelos convênios, apontando os pacotes e limites estabelecidos pelos planos de saúde como um limitador na qualidade de assistência.

Então assim, eu acho que realmente quanto maior a complexidade, maior o investimento. Agora teria que negociar com quem é o pagador do serviço e falar: ‘Olha, os pacientes estão apresentando mais demanda... Tem também que ter uma remuneração diferenciada e, na verdade, hoje, está tudo sendo empacotado, não é? Você quer ter o meu convênio? Está bem, mais eu te pago X. Passou disso, não tem’. [...]. Aí o que o hospital faz? Fica gerenciando essa cota, aí chega um determinado dia do mês, daquele dia em diante que a cota estourou, aí não interna mais e isso é ruim. Aí você tem ou não tem um convênio? E como que você explica para os que chegam depois, que a cota já venceu e que você não vai ser internado porque não tem, e aí no outro mês ele pode internar. Para a cabeça do usuário, isso fica confuso (PP13).

O papel do gestor na empresa, segundo um dos entrevistados exige uma postura

de cobrança, controle e manutenção de resultados, acompanhamento de todos os índices da instituição, buscando soluções para erros ou flutuações de resultados. E demanda para a enfermagem uma postura de vigilância fundamental sobre toda a estrutura, sendo uma fonte de informações para a administração, repassadas pela gerência de enfermagem. E, quando necessário, caso a informação não chegue ou chegue distorcida, ele faz as cobranças:

Então falo que a enfermagem é uma grande vigilância sobre toda a estrutura. Ela é uma fonte de informação fundamental, assim como os problemas relacionados com ela também, [...] você demanda postura e aprimoramento técnico da equipe, oferece também. A pessoa que quer crescer através de cursos, através de aprimoramentos técnicos, educação continuada constante, a gente faz isso, mas dentro da capacidade e da formação básica de cada um (PG1).

Um dos gestores expressa que mecanismos financeiros de atração da clientela dos três fundos de pensão foram criados pela administração, como descontos, e descreve que esse mecanismo tem sido insuficiente:

Não basta ser bom, tem que parecer bom. Mas não basta parecer, tem que ser bom. Porque, se eu mando vir um doente de um dos fundos de pensão para cá porque eu dou um desconto, eu estou sendo desonesto. Porque, se eu acredito que eu tenho o melhor corpo clínico, eu posso falar e eu falei isso com a Direção do fundo. Então eu sou o melhor em histerectomia, porque os meus resultados estão aqui. Você tem o seus? Porque eu tenho os meus (PG2).

Considerando que a principal missão da instituição, identificada nos discursos e nas observações de campo, era a busca da satisfação do usuário, através de uma adequada assistência, não perdendo a visão empresarial de sobrevivência, dar lucro define-se, por si só, como uma questão contraditória, pois atender com qualidade exige investimento e isso, freqüentemente, aumenta os custos e reduz o lucro. Para enfrentar essa contradição, a instituição buscou desenvolver serviços que gerassem receita compatível com os investimentos, como foi o caso de ampliação de leitos para pacientes prioritariamente cirúrgicos, que geram lucro. E também restringiu as internações de pacientes pediátricos e eminentemente clínicos, que geram prejuízos. Por outro lado, a principal explicação para que o sujeito-do-cuidado seja o foco das atenções, se verifica quando os principais financiadores (fundos de pensão) da

instituição são os fornecedores da maioria dos seus usuários.

4.2 Serviço de avaliação dos usuários

A filosofia da instituição e a sua principal fonte de financiamento (fundos de pensão privados) justificavam a necessidade da instituição privada estudada dispor de uma ferramenta administrativa para auxílio na gestão denominada Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC). O mesmo foi criado com o objetivo de acompanhar a qualidade do atendimento fornecido ao usuário. O objetivo, a dinâmica de funcionamento e a composição de recursos humanos para desenvolver esse trabalho estão descritas a seguir:

O SAC foi criado com o objetivo de dar acompanhamento à qualidade do atendimento que o nosso cliente recebe. Atualmente, ele tem uma estrutura de três pessoas, a coordenadora [...] e duas estagiárias, uma no pronto socorro e uma nas unidades de internação. São estagiárias do curso de psicologia, administração com ênfase em RH ou atendimento, e relações públicas e comunicação. Então fazemos todo o acompanhamento, visitas diárias aos pacientes internados, visando avaliar que conceito que o paciente tem do nosso atendimento, se ele tem alguma observação a ser feita, alguma falha a ser corrigida, e os elogios também, em relação ao atendimento. Nós temos o questionário que o cliente preenche espontaneamente, tanto na alta da internação, como na alta do atendimento do pronto socorro. As visitas diárias, elas são mais para dar esse acompanhamento mesmo. Eu faço algumas ligações para determinados clientes, diante de alguma observação que alguém da equipe fez, ou que algum médico percebeu alguma coisa. Ai nós entramos em contato espontaneamente, para entendermos o que houve com aquele cliente. Recebemos o relato do cliente, de acordo com o que ele percebeu do que ele vivenciou, e fazemos então a passagem desse relato para a coordenação de enfermagem, e ela vai fazer uma apuração. Então a gente checa o que o cliente nos relatou com o relato da enfermagem, e aí vamos apurar se realmente o atendimento foi adequado ou não (PG9).

O SAC, implantado na instituição havia dois anos, tem importante papel na avaliação dos resultados do trabalho desenvolvido, ao realizar o acompanhamento do indicador do grau de satisfação dos usuários. Esse indicador é estratégico na condução de conflitos entre interesses do usuário, da instituição e trabalhadores; e no dimensionamento da força de trabalho. No entanto, para desenvolver esse trabalho,

estavam lotadas apenas uma psicóloga, com dedicação exclusiva, e duas estagiárias. Durante a observação realizada, identificou-se que as estagiárias desenvolviam atividades tipicamente de um profissional, substituindo força de trabalho contratada, caracterizando uma economia com contratação formal de pessoal especializado.

A relação da equipe de enfermagem com a equipe do SAC era vista pela administração como uma relação harmônica de ajuda, pois a idéia não era apenas de mostrar o erro, mas de encontrar uma melhoria para o problema.

Hoje eu percebo que aqui, pelo fato de a gente ter vindo desde o início, a equipe de enfermagem é muito próxima ao SAC. De forma alguma a gente tem uma conotação negativa. Então a equipe nos aciona, eles usam o nosso trabalho como ajuda, como suporte mesmo, no dia-a-dia deles. Não é aquela coisa daquele olhar que vai punir, que vai ver a coisa errada não. Muito pelo contrário, eles acionam esse suporte mesmo. Nós já fomos até o nosso limite. Vem, para ver o que vocês conseguem. Com esse trabalho que a gente apura, tem coisas que procedem, tem coisas que não procedem, a gente já conseguiu melhorar algumas rotinas, facilitar algumas coisas, inclusive para a enfermagem. Coisas que às vezes sobrecarregam o trabalho deles, os tiram da assistência (PG9).

Na visão dos gestores administrativos, o SAC era central, todas as queixas e elogios sendo enviados para as áreas afins. Eles descreveram detalhadamente o tratamento que era dado às informações recebidas.

A gente passa por uma amostragem, são cerca de 300 entrevistas, temos em torno de 1080 pacientes todo o mês, entrando e saindo. Do jeito que eles falam, é compilado. E isso é enviado para todos os cinco diretores e para os gerentes administrativo e a Assembléia Geral Mensal que a gente faz. E há uma discussão mensal, com todos os gerentes [...] e todo mundo vai atrás de sua meta e procura resolver o problema (PG1).

Recebo do SAC, todo mês, todas as reclamações. Eu respondo e, aquelas que são feitas por escrito para mim – porque o cliente está sendo muito exigente – então eu preciso colocar os pingos nos ‘is’. Então eu mando uma correspondência para cada pessoa. E as que foram muito veementes verbais e que não têm razão, eu também explico para o doente como tem que funcionar (PG2).

A descrição a seguir revela o olhar das entrevistadas, gestoras de enfermagem, quanto ao papel do SAC (PG3; PG4):

Olha, é fundamental a participação do SAC. O SAC aqui tem um trabalho

brilhante, [...] porque ela lida com problemas de todas as ordens, e ninguém gosta que seus problemas sejam apontados. Então você falar assim: Ah, a enfermagem está ineficiente, a enfermagem está isso... No início, isso em 2003, o pessoal tinha o SAC como um setor que ficava vigiando o trabalho da enfermagem. Hoje já tem como um grande parceiro. [...] Então, é online, apareceu o questionamento, já é acionado a enfermeira, a supervisão; se é caso que depende de uma atuação maior, até eu sou envolvida. Então, assim, é um grande parceiro que a gente tem hoje. É também um grande norteador para a gente para consertar, evitar, é uma questão de umas críticas construtivas... Então, a gente consegue propor melhorias em cima dos dados consolidados, ao final do mês (PG3).

Um dos enfermeiros entrevistados apontou como estratégia de solução, para situações de insatisfação do cliente, buscar auxílio do SAC. Mas salientou que:

[...] quando tem algum problema no andar com o paciente, a gente chama o SAC, em off mesmo, passa o problema, eles vão até o quarto assim, fazendo a visita como se fosse uma rotina deles. Estaria entrando em todos os quartos (PE10).

Na visão da maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem, o SAC representava um grande estresse para eles, com cobranças. Segundo os entrevistados, os trabalhadores não tinham acesso ao relatório, na maioria das vezes, salvo quando existiam queixas ou alguns elogios realizados pelos familiares, acompanhante e paciente (PT15; PT17; PT19; PT18; PT21; PT22).

O Serviço de Atenção ao Cliente – SAC é onde o pessoal reclama, qualquer tipo de reclamação, liga para lá. Então o SAC sobe na hora no andar. Então é onde fica muito esgotado, muito estressante para nós [...]. Você tem que ser cem por cento, senão eles reclamam (PT19).

Por outro lado, alguns auxiliares e técnicos de enfermagem identificaram o SAC como uma ajuda (PT16; PT20):

Bom para resolver os problemas que ninguém consegue resolver. São problemas mais delicados. O paciente está mais estressado: 'Ah, eu quero fazer o exame agora!'. Eles conseguem explicar melhor sobre esses requisitos do hospital. Por exemplo: 'Ah, eu tranquei a porta do quarto e meu dinheiro sumiu!'. Vem o SAC e conversa com o acompanhante ou com o paciente (PT16).

A gente já tentou, já foi lá já conversou com o paciente, a enfermeira foi e

conversou com o paciente, e não resolveu... A gente vai e chama as meninas do SAC para estar resolvendo o problema. Por exemplo, exame que o convênio não libera e o acompanhante fica nervoso. Aí resolvem o problema e dão retorno positivo para a equipe. (PT20).

Na assistência, o retorno das avaliações demonstrava um atendimento satisfatório de 96%. Quanto à insatisfação dos usuários relatados ao SAC, a mais significativa foi o atraso no horário das medicações.

O mais significativo em termos da enfermagem, que tem aparecido nos últimos tempos, é essa questão vinculada à medicação. Alguns relatos, bastante significativo, do cliente se queixar de demora de medicação (PG9).

Recebo todas as ocorrências. Nesses relatos, eu posso dizer que a enfermagem não é o ponto maior de complicação das queixas. Nós temos queixas de atrasos de exames, de atraso de medicação, etc. Mas que a gente entende isso como uma dificuldade no processo. Eu não acho que é pessoal, mas sim estrutural (PG2).

Nas observações de campo, identificou-se que o atraso se referia aos medicamentos para dor, febre e novas prescrições, que não possuíam estoque nas unidades e deveriam ser solicitados e buscados, quando necessário. A localização física da farmácia hospitalar, no 20º andar do hospital, dificultava o acesso: por escadas, devido à distância entre as unidades de internação que se localizavam do 6º ao 16º andar; e o acesso por elevador, normalmente utilizado, também era prejudicado pelo reduzido número de elevadores (três) para atender todo o fluxo do hospital, consumindo, em média, um tempo de 15 a 20 minutos no deslocamento para aquisição dessa medicação.

Nas observações de campo, identificou-se que o SAC era um instrumento de controle administrativo para medir satisfação do sujeito-do-cuidado, identificando as anomalias cometidas pelos sujeitos cuidadores ou inadequações institucionais, na visão dos usuários, que pudessem ser imediatamente adequadas ou minimizadas. Por outro lado, o perfil do sujeito-do-cuidado e de seus familiares, nessa instituição, caracterizava-se por um alto nível de exigência no atendimento imediato a suas solicitações.

Ah! Com certeza, que antes eram quatro funcionários, o atendimento era mil vezes melhor. Eu creio que até no SAC também, eu acho que tinha até menos reclamações. [...] Quando foi para três, o que piorou é que às vezes existe demora em atender o cliente. E ele reclama. A gente consegue fazer tudo. Só que não é assim na rapidez. Ou, na hora, tem que esperar um pouco, tem que priorizar (PT18).

Conseqüentemente, esse grau de exigência, pelo usuário, de assistência imediata resultava em estresse para o sujeito cuidador, que se sentia permanentemente “ameaçado” pelo sujeito-do-cuidado e temia um relato negativo deste ao SAC, pois compreendia que qualquer reclamação poderia acarretar prejuízo na sua permanência no emprego. Assim, para evitar constrangimentos e avaliações inadequadas, em face de problemas de difícil solução ou que estivessem fora de sua governabilidade, o SAC era acionado preventivamente pelos próprios sujeitos cuidadores.

4.3 As unidades de internação clínico-cirúrgica

4.3.1 Perfil dos doentes internados nas unidades de internação

Segundo os entrevistados, os problemas cirúrgicos mais comuns eram de: ortopedia, cirurgia geral (apendicite, vesícula, laparoscopia, laparotomia), neurocirurgia, cirurgias de obesidade mórbida (PG1; PG2). Já os diagnósticos clínicos mais comuns eram: a senilidade, doenças pulmonares obstrutivas crônicas (DPOC), diabetes descompensado, doenças cardiovasculares como: Acidente Vascular Cerebral (AVC), hipertensão, infarto (PE10; PE11; PE12; PT16; PT17; PT20; PT21; PT22; PG9).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem relataram um aumento do número de cirurgias de gastroplastia em portadores de obesidade mórbida e de pacientes de origem da UTI. Lembraram que a unidade se caracterizava como policlínica, pois atendia de tudo (PT15; PT20; PT21; PT22).

Tem cirúrgico, a gente está tendo, tem dia que tem 50 cirurgias. Então a gente está tendo muito paciente cirúrgico. Antes não. Antes era mais clínica

mesmo, internava por causa de uma pneumonia, tratava aqueles dias e vai embora. Agora não, a gente está tendo muito paciente cirúrgico no hospital. Eu acho que, de um tempo para cá, agora o forte do hospital é a cirurgia. (PE10).

Aqui no meu andar é mais pós-operatório, e é difícil ter um paciente clínico que fica aqui muito tempo. Quando fica, são pacientes acamados que está desidratado. Paciente que teve queda, mais idoso. Por exemplo, tem Alzheimer que teve queda e teve que fazer cirurgia, um problema levou a outro, já ficou prostado, já precisa de fisioterapia (PT16).

O perfil dos sujeitos-do-cuidado, nas unidades em estudo, identificado nas observações e anotações de campo, apontou os clínico-cirúrgicos, com predomínio de perfil cirúrgico. Por outro lado, os sujeitos-do-cuidado com maior tempo de permanência nas unidades foram os de perfil geriátrico, perfil clínico com intercorrência cirúrgica ou de complicações cirúrgicas.

4.3.2 Tipos de cuidados que os pacientes internados nessas unidades necessitavam

Na visão dos gestores administrativos, o perfil do cuidado variava desde os cuidados básicos, até aqueles para atendimento de doentes muito dependentes da enfermagem. No entanto, o cuidado básico era o mais freqüente na unidade. Consideravam, ainda, que o paciente de cuidado básico exigia praticamente cuidados gerais e de hotelaria, e o paciente com alta dependência de enfermagem era o mais complexo e exigia intervenções multiprofissionais.

O cuidado básico, o cuidado padrão, é o normal. Na unidade de internação, existem alguns níveis de complexidade para ela. Você tem aquele paciente eletivo que vem para uma cirurgia, às vezes, estética, que demanda, quase um serviço de hotelaria, então deve-se ter um cuidado básico; até aquele paciente que é dependente de toda a atenção, que depende a sua higiene pessoal, a sua alimentação, a sua movimentação no leito, receber a medicação, seja ela via oral, enteral ou parenteral. Então você tem gamas de interferências e inúmeros profissionais intervindo, vai depender da complexidade desse paciente (PG1).

Os gestores da área de enfermagem concordavam parcialmente com a visão dos

entrevistados citados, quando descreviam as unidades de internação, conforme abaixo:

O hospital tem uma característica muito interessante, 50% dos nossos pacientes são de cuidados mínimos. Porque é um hospital de alta rotatividade, que são cirurgias de poucos dias de internação, então eles não incorporam tanto, assim, uma necessidade grandiosa de assistência. Eu já sei que os outros 50% do meu hospital é de cuidados intensivos. No entanto, devido à verticalização, um mês ele está no sétimo andar, outro mês ele está no décimo, outro mês ele está no décimo primeiro. Então, verticalização me faz dançar com o número de profissionais. Às vezes eu posso ficar com dois funcionários em um andar, mas às vezes eu tenho que levar quatro funcionários para outro andar (PG3).

A visão dos enfermeiros da unidade pesquisada, no que diz respeito ao perfil de classificação dos pacientes, era diferente daquelas da gerência administrativa e da enfermagem, o que é exemplificado pelo discurso a seguir (PE10; PE11):

Intermediário para semi-intensivo, eu tenho pacientes que são mais críticos, que têm que ter um pessoal treinado que saiba mexer. Eu falo que tem, até hoje, medicação que eles não sabem diluir. É comum você ter no CTI. Dentre os diversos cuidados realizados na unidade de internação, entre eles aspiração de traqueostomia, cuidados com sonda nasoentérica, sonda vesical, feridas, drenos, eu considero que o cuidado que mais exige da enfermagem é a higiene oral e corporal, tanto do ponto de vista do hospital, como do ponto de vista do usuário (PE10).

Na visão dos outros profissionais de saúde e da maioria dos auxiliares e técnicos de enfermagem, a unidade contava com um número expressivo de pacientes idosos e dependentes, que demandavam muita atenção e acompanhamento da enfermagem. Principalmente os pacientes clínicos, que são pacientes debilitados, que apresentam frequentemente distúrbios respiratórios, muitas vezes traqueostomizados e precisando de vigilância respiratória e aspiração freqüente, sequelados, com dieta por sonda nasoentérica em bomba de infusão (PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22; PP13; PP14).

Os cuidados que mais demandam tempo da enfermagem são: banho de leito, troca de fraldas, administração e cuidados com dietas por sondas, bolsa de colostomia, punções venosas de difícil acesso, cuidados com sondagens em geral, curativos, mudanças freqüentes de decúbito, da cadeira para a cama, e mudar o paciente de posição na cama a cada duas horas. Esses cuidados muitas vezes são demorados e

pesados, inclusive fisicamente, no caso de pacientes obesos. Eles foram unânimes em se lembrar ainda da responsabilidade na administração da medicação, dos diversos medicamentos para um só paciente, nos diversos horários, e da exigência do paciente na pontualidade de administração dessas drogas, no respeito aos horários (PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22; PP13; PP14).

Eu acho que a parte que mais pesa mesmo é a medicação, porque eu acho [...] que isso aí não pode ter erro, é o principal. Banho de leito, que não tem como dar de uma só, às vezes você depende de uma outra colega e ela está ocupada, aí você tem que ficar esperando porque, normalmente, o acompanhante não ajuda. Às vezes o acompanhante até sai do quarto. Não, às vezes eles se oferecem e tal, às vezes a gente até pede: Oh, vai demorar, tem um colega ocupado, vamos aguardar. E às vezes a pessoa diz: Não, eu te ajudo, serve? Aí tudo bem, mas, senão, eu espero (PT19).

Os banhos. O que aperta mais são os banhos. As punções, que às vezes a gente passa muita dificuldade, porque tem pacientes edemaciados e a punção se torna mais difícil. E a gente já sabe que aquela campainha que está tocando é de um paciente mais exigente, que quer que você vá lá na hora imediata, aí você passa apertado (PT16).

São demandados os maiores cuidados, mais o cuidado respiratório. São pacientes muitas vezes idosos, acamados, que não têm uma proteção de vias aéreas, então a gente tem que trabalhar com o objetivo de favorecer uma higiene brônquica, para que não complique, não vá para UTI. Basicamente é isso. Com certeza, esses tipos de pacientes demandam mais da enfermagem. Há pacientes que exigem a troca de fraldas, pacientes que exigem cuidados mesmo, de banho, de curativo. Muitas vezes você tem pacientes acamados que desenvolvem escaras de pressão, então elas têm que estar fazendo curativo, medicação. Muitas vezes são pacientes que estão com gastrostomia, então tem essa administração de dieta (PP14).

Os usuários concordavam que os cuidados mais demandados eram os relacionados à higiene corporal, higiene oral e à medicação. Esperavam que estes fossem realizados no horário prescrito, sem atrasos, e que o profissional o fizesse com capacidade de interação com o sujeito-do-cuidado, estimulando-o a reagir (PU5; PU7; PU8).

Nas observações de campo, pude constatar que os cuidados mais demandados foram os de higiene e conforto, principalmente pelo perfil do sujeito-do-cuidado e seu acompanhante, que aguardavam a presença da enfermagem para fazê-lo, mesmo quando o doente se encontrava independente. O acompanhante exigia a presença da enfermagem para a realização e acompanhamento do banho. O banho de leito foi o que

mais demandou tempo de cuidado, pois sempre vinha conjugado a outros cuidados, como sonda nasoentérica, sonda vesical de demora ou coletor com extensor de urina, curativos (úlceras de pressão, cateter central), dietas por sondas, troca de fraldas, mudanças de decúbito, cuidados com traqueostomia. E existia uma preocupação por parte do sujeito-cuidador em que o sujeito-do-cuidado estivesse adequadamente higienizado para a visita médica, que ocorria no turno da manhã. Em segundo lugar, administrar a medicação demandava um tempo significativo, na assistência de enfermagem, pois existia um grande volume de prescrições de antibióticos injetáveis, medicações em bomba de infusão e de prescrições de remédios, se necessário (dor e febre), com exigência do atendimento imediato, sem atrasos, por parte dos sujeitos-do-cuidado e acompanhantes.

CAPÍTULO V

MÚLTIPLAS DIMENSÕES DO PROCESSO DE TRABALHO EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO INFLUENCIANDO O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM

Este capítulo trata das múltiplas dimensões do trabalho nas unidades estudadas. Está organizado em cinco categorias: indicadores quantitativos e qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem; organização do trabalho e implicações no dimensionamento; relações de trabalho e implicações no dimensionamento; condições de trabalho e implicações no dimensionamento; elementos do processo de trabalho e implicações no dimensionamento de pessoal. Cada uma das categorias está apresentada, considerando os diversos olhares: dos gestores, dos diferentes profissionais de enfermagem, e dos demais profissionais que compõem a equipe de saúde, além do olhar dos usuários (incluindo o sujeito-do-cuidado, familiar ou acompanhante).

5.1 Indicadores quantitativos e qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo

Existem na literatura diversos conceitos de indicadores de força de trabalho, na área de saúde.

Neste estudo, indicadores são entendidos como instrumentos administrativos importantes para tomada de decisão gerencial. No entanto, são limitados e devem ser relativizados nos contextos onde são utilizados; além disso, incluem aspectos quantitativos e qualitativos. Para quantificar, é necessário conhecer os aspectos qualitativos, foco deste estudo.

5.1.1 Indicadores quantitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo

Resgatando a história dos parâmetros para o cálculo de força de trabalho em enfermagem na instituição, a maioria dos entrevistados (PG4; PE10; PE11; PE12; PT15; PT16; PT17; PT18 PT19; PT20; PT21), disse desconhecer a origem dos parâmetros vigentes. Apenas um enfermeiro e outro profissional de saúde relataram suas vivências em relação ao assunto:

A primeira escala de enfermagem que iniciaram aqui foi baseada em um modelo de um hospital bem próximo ao grupo, que era o hospital “X”. Estabeleceram um número de profissionais por leito. Acho que eram três profissionais ou quatro, para 13 leitos. Eles implantaram aqui. Só que o hospital que eles pegaram para estar fazendo esse modelo era um hospital horizontal. Era mais fácil o técnico estar se deslocando dentro da unidade. Então pegou o modelo de uma estrutura diferente, horizontal, e colocou aqui dentro, um hospital vertical (PP14).

Eu acho que, desde que abriu o hospital, sempre foram três funcionários, mas eram dois auxiliares e um bolsista. [...] A gente começou com três pessoas, mas o número de pacientes em um andar desses, com treze leitos, só tinha cinco pacientes internados. [...] A partir do momento que começou a crescer muito o hospital, não teve mudança. A única mudança foi: saiu um bolsista e entrou outro auxiliar. Eu tenho 13 pacientes e, quando um tem alta, já tem outro subindo. Então eu acho que a coisa está crescendo, mas esqueceram de estar mexendo nessa parte dos funcionários. Então eu acho assim, está na hora de rever isso aí (PE10).

Na visão dos gestores, o dimensionamento de pessoal de enfermagem deveria ser baseado em dados extraídos de cada realidade.

Eu acredito muito em dados, fatos não é? Nós temos uma idéia, porque o hospital “X” tem uma relação e “Fulano” tem outra. Mas nós temos uma realidade que é diferente, mas eu preciso saber qual é a nossa realidade. Eu falo o seguinte: Em Deus eu acredito. No resto, você me traz dados. Esse dado passa por uma análise, essa análise eu avalio e checo. É o PDCA (Planejamento; Desenvolvimento; Controle; Avaliação), não tem outra forma. O número de enfermagem que nós temos nas unidades de internação, a partir desses relatórios eu acho que são suficientes (PG2).

Mencionaram, também, que o número de profissionais de enfermagem existentes era adequado para o perfil do doente assistido na instituição, pois

consideravam que, quando os doentes internados são de clínica médica, demandam predominantemente procedimentos simples, como realização de diagnóstico, administração de medicação e acompanhamento de exames laboratoriais. Complementaram, ainda, que em face da política dos planos de saúde, esses doentes traziam prejuízo para a instituição e, conseqüentemente, é dada preferência para os sujeitos-do-cuidado com indicação cirúrgica.

É uma distorção louca do mercado, que tem que ser corrigida. A clínica médica, a não ser os hospitais públicos, todos os demais têm restrições de atender clínica médica pura, por quê? Porque os planos de saúde remuneram [...] o material, o medicamento, a hotelaria, mas não remuneram o resultado. Se o paciente entrou gravemente doente e 48 h depois recebeu alta bem, ou ele entrou mais ou menos e permaneceu 72 horas e saiu mais ou menos, eu recebo o mesmo tanto, pois eu não sou remunerado pela minha qualificação de resultados, sou remunerado ainda pela minha capacidade de usar materiais ou ter tecnologias avançadas. Isso é absolutamente insustentável (PG1).

Sobre a distribuição de pessoal de enfermagem nas 24 horas de trabalho, a visão das gerentes de enfermagem era distinta da visão da Gerência Administrativa. Para a Gerência de Enfermagem, era fundamental manter o equilíbrio da força de trabalho de enfermagem nas 24 horas, enquanto que, para a Gerência Administrativa (PG1), o horário diurno exigia um maior contingente de trabalhadores, pois a demanda de trabalho era maior (PG3).

Porque de dia tem mais funcionários? Porque de dia tem mais cuidados freqüentes do que à noite, de dia tem o almoço, o banho, e à noite a maioria dos pacientes dormem, então você tem uma demanda um pouco menor. Isso é ajustado a esse processo, conforme a complexidade de demanda (PG1).

O paciente está internado para os cuidados médicos, mas quem presta assistência 24 horas é a enfermagem. Então, realmente a gente tem uma preocupação muito grande nesse contexto das 24 horas de assistência, tanto em termos, assim, da qualificação profissional, quanto o dimensionamento. A gente não tenta reduzir tanto a escala noturna, em termos de auxiliares e técnicos de enfermagem, para poder preservar uma assistência de qualidade, durante as 24 horas do dia (PG3).

Ao contrário da visão dos gestores administrativos e de enfermagem, a visão da maioria dos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, e outros profissionais de saúde das unidades de internação, era de que o número de um (1) trabalhador de

enfermagem para quatro doentes vinha sendo inadequado. Entendiam que o doente, muitas vezes, tinha de aguardar o término do atendimento de outro doente, para ser atendido em suas necessidades. Para eles, a proporção de três doentes por auxiliar/técnico de enfermagem possibilitaria que esse atendimento fosse agilizado, e que o doente e seus familiares se sentissem assistidos, gerando uma satisfação maior e evitando queixas. O número de quatro auxiliares/técnicos para 12 apartamentos também era visto por eles como um mecanismo para cobertura de faltas, férias ou licenças, reduzindo os remanejamentos realizados para cobertura dessa demanda (PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PE10; PE11; PE12; PP13; PP14).

Apenas uma auxiliar de enfermagem entendia, assim como os gestores, que a relação do quantitativo de auxiliares de enfermagem era adequado à realidade e possibilitava uma boa qualidade da assistência. Essa entrevistada justificou sua posição pelo espírito de equipe presente na unidade onde trabalhava e pela forma como os profissionais se ajudavam na realização do trabalho. Por outro lado, concordava com outros participantes do estudo sobre a necessidade de um (1) enfermeiro por andar ou unidade. Entendia ainda que o aumento do número de profissionais deva acompanhar o grau de dependência do doente.

Acho que até aqui sim, porque a gente divide, é tudo dividido, tudo organizado. Se uma está ocupada, a outra está fazendo. A gente não tem aquilo assim, o paciente é seu, o paciente é nosso. Até aqui, três tem sido suficientes {para cuidar de quatro a cinco doentes}. Bom, eu acho que, em termos de turno, está de bom tamanho. Um supervisor a cada seis horas por unidade, eu acho que está adequado. É tudo conversado. Eu acho que a divisão e o aumento de auxiliar deveria ser a partir da avaliação do grau de dependência do paciente. Acho que, daí, você fala: 'Não, acho que em tal lugar eu estou com um nível maior de doentes dependentes, então eu vou estar aumentando um pouco o número de pessoal' (PT22).

Outra sugestão de estratégia de previsão quantitativa para o pessoal de enfermagem, apresentada por uma auxiliar, foi a existência de um (1) enfermeiro por andar, profissionais volantes para cobertura de ausências e férias, além de uma equipe administrativa fixa desenvolvendo um trabalho cooperativo.

Cada andar tinha que ter essas pessoas. Quatro pacientes para cada auxiliar. Mas eu queria o enfermeiro aqui no andar, o técnico de faturamento aqui no andar e o secretário aqui no andar, porque cada um faz o seu serviço, um dando suporte para o outro. À noite também, um(1)

auxiliar para quatro pacientes, só que não teria necessidade de secretário, porque à noite não ia pedir tanto exame, igual no horário diurno. Então poderia ter mais técnico de faturamento, porque como é só digitar o exame, pedir o exame e pedir medicamento. Ele poderia fazer, um para cada cinco andares. Teria pessoas volantes. Mas nisso o quadro tinha que estar todo completo. Quando estivesse de férias, teria essa pessoa contratada como volante, a pessoa iria lá para cobrir. Então não teria aquele desfalque de funcionários. E não ficaria pesado nem para mim, nem para ninguém (PT16).

No que diz respeito à percepção dos sujeitos-do-cuidado acerca do quantitativo de pessoal de enfermagem necessário para atender as suas necessidades, um dos entrevistados tinha um entendimento que coincidia com o apontado pelos trabalhadores de enfermagem e profissionais de saúde.

Para 13 apartamentos, eu penso que tem que ter pelo menos quatro auxiliares de enfermagem. Eu penso isso, porque dá uma média aí de três {doentes} para cada um, e aí facilita [...]. Nos três turnos, porque as pessoas ficam cansadas e isso reflete tudo no paciente, nos acompanhantes. A aflição dela, o stress, tudo acaba dando isso. Então eu penso que tinha que ser pelo menos quatro para 13 apartamentos. Depende do número de apartamentos. Aqui, por exemplo, tem duas pessoas. Eu acho que é muito pouco porque, mesmo que, às vezes, falam: “Ah, é porque os apartamentos não estão todos cheios...”. Mas os que estão aí precisam de atenção, e duas pessoas, por exemplo, eu acho que não dá conta não [...]. A enfermagem é muito importante, para o paciente, para os acompanhantes, para tudo, aliás, não funciona sem a enfermagem (PU6).

Identifiquei, ainda, que o conjunto desses sujeitos-do-cuidado percebia a adequação, ou não, do quantitativo numérico de pessoal de enfermagem, pelo pronto atendimento de suas solicitações (PU5; PU6; PU7; PU8).

Eu acho que a distribuição do pessoal [...] deixa muito a desejar, principalmente à noite, que é um problema. À noite a gente chama, demoram a vir, porque estão atendendo outros pacientes, e realmente a gente vê que o número é pequeno, então é difícil [...]. Inclusive eu reclamei com uma enfermeira sobre isso, porque eu passei aperto aí à noite com a minha mãe e não tinha enfermeira para vir olhar, pelo menos, se a pressão dela estava normal ou se não estava (PU6).

Eu acho que o número de enfermagem é o mesmo nos diferentes horários. Eu estou satisfeita com o atendimento e, portanto, com o número de pessoas. Até que, na hora que a gente chama, elas têm vindo rapidinho (PU7).

Dois auxiliares/técnicos de enfermagem relataram que o trabalho em equipe do tipo colaborativo, existente entre os enfermeiros, fazia com que os mesmos conseguissem dar cobertura às demandas urgentes, durante a semana. Essa estratégia era insuficiente, nos finais de semana, quando o número de enfermeiros de plantão era muito reduzido (PT15; PT21).

Final de semana, eu acho mais complicado, porque ficam só dois a três enfermeiros, para o hospital todo. Já, nos dias de semana, quando não falta ninguém e a escala está completa, é tranquilo sim, fica um enfermeiro por andar ou, no máximo, em dois andares. Por que é da mesma forma, se a gente chama o nosso supervisor e ele estiver ocupado, a outra dá assistência. É uma equipe mesmo. Por exemplo, se eu chamar ao telefone {o enfermeiro “X”} e atender o enfermeiro “Y” {este pode responder, porque} já foi comunicado pelo outro enfermeiro, ou seja, se precisarem de mim, favor me cobrir, pois eu vou ao banheiro ou vou a tal lugar, [...] em qualquer intercorrência em algum andar com problema, ela vem e assume o andar dele (PT15).

Outro entendimento, de profissionais de enfermagem e outros profissionais de saúde, dizia respeito à necessidade de permanência de um (1) enfermeiro no andar ou unidade no período diurno, para estar colaborando na assistência. A referência dessa necessidade tinha por base o argumento de que, quando precisavam do mesmo na unidade, ele, freqüentemente, estava em outro andar ou solucionando questões burocráticas, distante do doente e da equipe, comprometendo a qualidade de assistência e dificultando a integração da equipe. Identificaram que os auxiliares/técnicos ficavam sem referência e sem acompanhamento direto nas unidades assistenciais. Nessa perspectiva, também, os próprios enfermeiros relataram que a jornada de 6 horas que realizavam não era suficiente para dar suporte ao volume de trabalho de duas unidades de internação (PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PP13; PP14; PE12; PE10; PE11).

O problema é que aqui o número de leitos por andar é pequeno para um enfermeiro, por isso que eles ficam deslocando de um andar para o outro. Acaba que o assistencial fica um pouco aquém, e o que eu sugiro é ter um maior número de enfermeiros (PP14).

Eu colocaria quatro auxiliares e um (1) enfermeiro, acho que daria excelente. {Além disto} teria secretário, técnico de faturamento, para o

hospital inteiro, a maqueira. {Pois sem ela, existe prejuízo} na atividade da auxiliar de enfermagem. Ela tem que parar, quando a maqueira está em outro transporte, largar a atividade que elas estão fazendo, para levar paciente para exame. E vem de novo, a questão do elevador. Ficam 15 minutos parados (PT16).

Meu horário agora, e de todas as enfermeiras, mudou para 6 horas. Então a gente tem o enfermeiro de manhã de 7 às 13 horas, e um que pega de 13 às 19 horas. Quando era de 7 às 17, eu tinha a parte da manhã toda e a parte da tarde para estar olhando paciente, eram 8 horas por dia. [...]. E no final de semana eu acho que deveria ter mais enfermeiro, são cinco andares para um enfermeiro. São dois enfermeiros para o hospital todo, então fica muito sobrecarregado, a gente tem que olhar todo mundo, e fora as intercorrências e outras coisas (PE11).

Nas observações de campo, foi possível constatar as necessidades de aumento quantitativo da força de trabalho de enfermagem, para cobertura de férias, licenças e remanejamentos, e para atender as necessidades dos sujeitos-do-cuidado. Verificou-se a sobrecarga de trabalho dos enfermeiros, quando estes se encontravam dando cobertura em duas ou mais unidades de internação, o que também apareceu nos discursos da maioria dos trabalhadores de enfermagem e profissionais de saúde entrevistados.

O discurso da maioria dos sujeitos-cuidadores, reforçado por um dos sujeitos-do-cuidado, revelaram a necessidade de adequação quantitativa da força de trabalho de enfermagem à realidade da instituição. Esse dado apresenta divergência em relação ao discurso dos gestores institucionais, que consideravam o quantitativo de pessoal existente adequado. A mesma percepção de trabalhadores de enfermagem, outros profissionais de saúde entrevistados e de um sujeito-do-cuidado, em relação à necessidade de ampliação do número de trabalhadores nas unidades, era resultado da vivência cotidiana de trabalho dos primeiros, e da vivência de ser cuidado do segundo. Portanto, o fato de diferentes sujeitos (sujeito cuidador e sujeito-do-cuidado), em posições distintas na vivência do processo assistencial, apontarem a mesma perspectiva, demonstra que esse é um parâmetro significativo para pensar o dimensionamento de pessoal de enfermagem, nas instituições de saúde.

A literatura nacional e internacional já reconhece que as ausências previstas e não previstas podem se constituir em dificultadores para o dimensionamento de

peçoal de enfermagem, e encontram-se fórmulas específicas e diversificadas para minimizar esses problemas.

A diferença de discurso entre gestores, trabalhadores de enfermagem e sujeitos-do-cuidado nos remete a pensar que isso seja fruto da diferença de interesses presentes nessa relação. Enquanto os gestores têm por objetivo a prestação de serviços de qualidade, de modo a atender as necessidades dos usuários com o menor custo possível, garantindo o saneamento das finanças da instituição e a lucratividade, os trabalhadores e os doentes consideram outros fatores, como, por exemplo, condições de trabalho mais adequadas e, no caso dos doentes, o pronto atendimento de suas necessidades.

No trabalho assistencial em saúde, é necessário considerar, no dimensionamento quantitativo e qualitativo de pessoal, a satisfação do sujeito-do-cuidado e do acompanhante/familiar. É a eles que a instituição presta o serviço. E, no caso dos hospitais privados, são esses sujeitos, também, que podem ou não garantir a existência e a permanência da instituição no mercado. São eles que vão utilizá-la ou não, recomendá-la a outros sujeitos e inclusive para a empresa de prestação de seguros de saúde. Esses fatos foram o que determinou que a instituição desenvolvesse uma importante “ferramenta administrativa” ou de “controle”, que é o SAC, com vistas a identificar os problemas e construir propostas de solução para os mesmos.

Embora o questionamento apresentado aos entrevistados fosse dirigido à dimensão quantitativa do dimensionamento de pessoal, diversos indicadores qualitativos foram citados como importantes para essa avaliação, demonstrando a interligação essencial desses fatores. São eles: suporte de outros profissionais da área administrativa; dinâmica de organização do trabalho na unidade; dinâmica de remuneração no mercado de saúde privado; estrutura de apoio; estrutura arquitetônica (construção vertical) da instituição; trabalho de grupo/equipe; adequação ao perfil do doente; remanejamentos; colaboração ou não do familiar/acompanhante nos cuidados; e avaliação do nível de exigência do sujeito-do-cuidado e do acompanhante/familiar, dentre outros.

5.1.2 Indicadores qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, segundo os sujeitos do estudo

Para o gestor, o dimensionamento qualitativo de pessoal se baseava na demanda legal, institucional, na satisfação do sujeito-do-cuidado e na percepção da área gerencial.

Um processo que você tem dois tipos de demanda, a demanda legal, que parece que mudou agora, inclusive. Ainda está uma briga nisso aí e você tem o número que você considera ideal na assistência, que inclusive é uma percepção do cliente... Eu posso achar que aquele número está ótimo, a assistência está ótima, e o cliente se sentir desassistido, ou eu posso identificar ociosidade em determinados horários. Então esse é um processo ainda em construção, alguns setores já prontos e outros ainda aprendendo (PG1).

O entrevistado deixou claro, ainda, que o dimensionamento de pessoal de enfermagem tinha, como parâmetro fundamental, a “saúde financeira da instituição”, o que possivelmente esclarecia a inexistência de um (1) enfermeiro por unidade, na instituição. Entendia que a legislação era obedecida e que, dependendo do interesse da instituição, seria possível garantir parâmetros acima dos exigidos por lei, quando desejasse manter uma unidade lucrativa.

O número de funcionários não é aumentado assim à revelia. Ele tem que ter uma justificativa, porque a visão respeita a saúde financeira da instituição. Seria ótimo se eu pudesse ter uma supervisora por andar tomando conta, porém é a empresa que paga todo mundo, o mundo real é o mundo real, o mundo legal é respeitado 100%. Em alguns setores, eu tenho até mais recursos humanos do que o exigido pela legislação. Por exemplo, na UTI adulta, eu tenho praticamente um técnico por leito, porque o médico que está lá, que é o coordenador, demandou isso. Então isso aí é tranquilo, eu tenho setores em que o médico quase que indica a enfermeira, não só a supervisora, como as técnicas. Passa pelo crivo dele, porque é ele que vai trabalhar diretamente com elas (PG1).

A legislação do exercício profissional é explícita, quando diz ser privativo da(do) enfermeira(o), na instituição pública ou privada, a direção, organização, avaliação, consultoria e execução dos serviços de enfermagem. Como também a supervisão e orientação das atividades das(os) técnicas(os) e auxiliares de

enfermagem, não cabendo, portanto, a profissional de outra área, mesmo que na coordenação, a escolha e avaliação desses profissionais. Por outro lado, ficou explícito que a definição da força de trabalho, na instituição, sofria influência expressiva da corporação médica, nos serviços ou especialidades que geravam lucro, pois a instituição ficava dependente desse profissional, que era responsável por trazer o sujeito-do-cuidado para ser assistido na instituição.

No entendimento dos gestores institucionais, outros fatores qualitativos interferiam no dimensionamento de pessoal. Nesse sentido, apontaram os indicadores oficiais, como índice de infecção hospitalar, índice de mortalidade, taxa de permanência, dentre outros. Apontaram, também, o índice de satisfação do usuário, o índice de eventos adversos (perdas de medicação, pontualidade na administração de cuidados e medicação, número de acessos venosos perdidos ou não, duplicação de medicamento prescrito, tempo efetivo de troca de curativos, surgimento de úlceras de pressão), ou seja, a mensuração de vários desempenhos ou problemas, que eram analisados e acompanhados como indicadores (PG1; PG2).

O que a gente faz, nós temos uma estatística de número de chamadas, tempo demandado de assistência de enfermagem. Significa o quê?: o tempo gasto entre a chamada e o momento em que a assistente de enfermagem encerra o processo de chamada. Quando ela aperta o botão de chamada dentro do quarto, qual é o tempo que ela demandou? Com isso, ela está descobrindo outra chamada, alguém que está dando uma retaguarda para ela. A partir dessa estatística, você dimensiona qual é o nível de cuidado e o número de pessoas para atender 13 leitos (PG1).

A insatisfação do paciente com horário de medicação, são coisas que a gente identifica como problema. Eu crio como indicador e aí eu passo a analisar aquele problema como indicador. Eu tenho uma análise qualitativa. Eu recebo um relatório aqui, que fala que a medicação está atrasando, certo? Eu penso assim: eu escrevo o fluxo da medicação, desde a dispensa, compra e, a partir daí, eu começo a usar essa queixa como indicador. Qual é o nível que eu quero? Qual é a meta? – 90% de satisfação consegui atingir isso? Não, não consegui. Você vê o processo, cada queixa passa a ser um indicador (PG2).

Ainda sobre as estratégias para definição da força de trabalho de enfermagem na instituição, os gestores entendiam que o processo inicia no momento de contratação. Nesse sentido, defenderam que se deva exigir na contratação, pelo menos,

formação básica para cada cargo; avaliação da capacitação e experiência de cada profissional contratado, alocando-o na área que tenha mais afinidade; identificação do perfil do profissional, o modo como se relaciona com os demais trabalhadores e com o sujeito-do-cuidado; e a iniciativa que o profissional tenha no trabalho.

Destacaram também a necessidade de avaliação do contingente de pessoas de enfermagem em cada unidade, estabelecendo uma relação equilibrada de funcionários novos e antigos, de modo a garantir os fatores relacionados à experiência e à possibilidade de inovação. Entendiam que os trabalhadores inexperientes exigem mais tempo para adequar-se ao trabalho e que isso pode sobrecarregar as unidades assistenciais, quando esse aspecto não é observado (PG1; PG2; PG3; PG4).

Eu acho que, desde o processo de contratação, a gente já começa a selecionar melhor o que a gente está buscando no mercado, porque é diferente você colocar dentro do hospital, e isso interfere na assistência por um tempo, um funcionário que é recém-formado e um funcionário que já tem experiência. Porque, aquele que já tem experiência, você vai avaliar a qualidade da assistência que ele presta e vai adequar aquele funcionário às normas e rotinas do hospital. E o funcionário recém-formado, ele requer um tempo maior. Às vezes você torna aquele funcionário excelente, dentro dos padrões do hospital, mas ele requer um tempo maior para ele começar a desenvolver suas práticas, pegar segurança das atividades que ele vai desenvolver. Normalmente eu procuro ver, assim, como é que estão os setores. Então eu equilibro, conforme a situação existente. Isso, porque, o funcionário recém-formado, ele precisa de um acompanhamento, não é um a mais que você está contratando (PG4).

O treinamento em serviço, com definição de protocolos assistenciais e o controle gerencial no cumprimento dos mesmos, é essencial para a instituição desenvolver parâmetros de assistência de qualidade e livre de riscos, na visão dos gestores.

É lógico que varia de profissional para profissional, vai interferir, nossa! Médico é um problema, eu fico muito tranquilo para falar, por uma coisa muito séria: eu acho que médicos e algumas enfermeiras não têm disciplina. E é fundamental! Eu estou trabalhando em equipe, é fundamental que eu tenha disciplina, é fundamental que eu tenha uma noção do que é, por exemplo, obeso mórbido. Já cheguei para um cirurgião e falei, porque nós temos educação continuada, então vira para a menina e fala o que ele quer, ela pode dar um jeito de treinar (PG2).

Para a totalidade dos sujeitos do estudo, a condição do doente assistido (conveniado, particular ou de convênio-enfermaria) era um fator importante no dimensionamento de pessoal de enfermagem, uma vez que os doentes de apartamentos tinham um maior nível de exigência de assistência que os pacientes de enfermaria. A presença do acompanhante também representava maior demanda para a equipe de enfermagem, pois este solicitava mais atenção ao doente e questionava mais os cuidados (PG1; PG2; PG3; PG4; PP13; PP14; PE10; PE11; PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22). Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gelbcke (2002), onde os trabalhadores reconheceram que essa demanda gerava desgaste e sobrecarga no trabalho.

Quando você tem enfermaria, você não tem o acompanhante. O acompanhante é um fator agravante da demanda da enfermeira, porque ele chama a enfermeira com mais insistência do que o paciente sozinho. Então às vezes a gente fala assim: Tem apenas 13 leitos... Mas provavelmente eu vou necessitar do mesmo número de auxiliar/técnicas que eu tenho no andar de enfermaria, onde eu tenho 23 pacientes, porque a demanda é menor, o nível de cobrança é menor. Então não é só o perfil do paciente, tem também o perfil do acompanhante, nós conseguimos identificar isto. O acompanhante chama a enfermagem mais da metade das vezes, ou por comando do paciente, ou por inferência dela. Ela olha para o paciente e acha que ele precisa de alguma coisa e ela chama, mesmo que o paciente não tenha pedido (PG2).

Não é só o paciente. Vem junto a família, que quer tudo na hora, que quer saber por que está atrasando o banho... Então eu acho que isso é importante, porque tem direito a família ficar. Então a gente tem paciente, mas tem a família também. Então eu acho que o paciente é o principal. Baseado no tipo de paciente que a gente atende, é que eu acho que deveria ter mais funcionário, porque eu acho que iria ficar mais redondo (PE10).

Os acompanhantes que chamam toda hora, mais o paciente. A gente está ali fazendo o nosso trabalho, então, por mais que canse atender o paciente, é o nosso trabalho, você sabe não vai te cansar. O problema é o acompanhante, porque o acompanhante não quer nem saber (PT19).

Para a maioria dos entrevistados, nas unidades de acomodação coletiva ou enfermarias, a proximidade dos doentes, a manutenção de um número maior de doentes num mesmo espaço permitem assistir um número maior de pessoas, com o mesmo número de profissionais de enfermagem (PG1; PG2; PG3; PG4; PP13; PP14; PE10; PE11; PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22).

Dentre as estratégias apontadas por outros profissionais de saúde para dimensionar o pessoal de enfermagem, acrescenta-se a redução de demanda de tarefas burocráticas para os enfermeiros (PP14; PP13). Um auxiliar de enfermagem e outro profissional de saúde sugeriram, ainda, a inclusão nas unidades de internação, de um auxiliar de enfermagem exclusivamente para ajudar nos cuidados (PP13; PT18).

Enfermagem para mim é cuidar, é o cuidado, é o assistencial. Só que, com o tempo, o que eu estou observando na dinâmica, a gente observa assim, que o enfermeiro está mais hoje ligado, ele é mais cobrado pelas questões burocráticas, de fazer relatório, preencher aquele monte de papel. Eles mesmos reclamam: “Quase não fiquei na assistência hoje, fiquei o dia inteiro resolvendo problema, burocracia.”. Problemas com secretaria, problemas no quarto, ar-condicionado, chamar manutenção, problemas no banheiro, problemas de chamar para o exame, e até agora não chegou para o exame, ele que tem que ligar e resolver. E o que eu sugiro é diminuir a burocracia. Hoje em dia, a gente está com tudo computadorizado, a tecnologia está aí, vamos colocar isso no computador, fazer um programa mais rápido do que ficar anotando no papel, aqueles relatórios enormes, monte de cruzinhas que eles fazem (PP14).

Uma pessoa somente para ajudar. Na hora do banho, para carregar o paciente, que aqui a gente carrega muito paciente para passar para a poltrona, para passar para o leito... Eu acho que isso ajudaria muito. Uma poderia ficar como colaboradora da assistência, da campanha que toca muito e a gente tem que ir, e não pode demorar... Acho que isso melhoraria muito (PT18).

Os dados qualitativos obtidos, através dos diversos olhares dos sujeitos (gestores, profissionais de saúde e de enfermagem, sujeitos-do-cuidado e/ou acompanhante/familiar), acrescentam que, além da demanda legal, institucional, é imprescindível considerar a realidade, com: atendimento adequado da demanda do sujeito-do-cuidado e acompanhamento contínuo pela área gerencial de todos os resultados assistenciais; estabelecimento de índices de eventos adversos; rotatividade da força de trabalho; perfil do sujeito-do-cuidado, capacitação da força de trabalho, dentre outros.

5.2 Organização do trabalho de enfermagem na unidade de internação e implicações no dimensionamento

Considerando-se o conceito ampliado de organização do trabalho da enfermagem, adotado neste estudo, a partir das formulações de Pires (1998; 2000) e Matos (2002), entendo que essa dimensão do processo de trabalho envolve os seguintes aspectos:

- a força de trabalho disponível para atuação sobre o objeto de trabalho;
- as características do trabalho coletivo, no espaço institucional, envolvendo múltiplos agentes, com posições diferenciadas no processo de trabalho (usuários, profissionais de saúde e gestores);
- o tipo de instituição e seu caráter – empresarial ou de serviço da esfera pública, e o modo como as atividades são desenvolvidas e distribuídas entre os diversos agentes;
- 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.

Gelbeck (2002) sintetiza o conceito de organização do trabalho como:

Um processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia e que ocorre numa determinada estrutura institucional. Sofre influências estruturais, relacionadas à estrutura macro-econômica, bem como organizacionais, como o modo de gestão empreendido pela instituição, que está, por sua vez, relacionado ao modo de produção vigente. Desta forma, pensar na organização do trabalho não significa somente refletir como se dá o modelo internamente implementado à referida instituição. Há que se pensar na totalidade que compõe este contexto. (GELBECK, 2002, p 26).

Apesar desses conceitos de referência, as condições e relações de trabalho, pela sua importância no dimensionamento, não estão apresentadas como subitens da categoria “organização do trabalho”.

A dinâmica de trabalho, nas duas unidades estudadas, em áreas físicas distintas, caracteriza-se por prestar assistência a sujeitos-do-cuidado com problemas clínicos e cirúrgicos, envolvendo uma rotina formal e múltiplos arranjos e trocas interpessoais, para dar conta do cumprimento das atividades necessárias, em cada dia de trabalho.

Foi destacado pelos gestores o grande valor do trabalho da enfermagem, na instituição de saúde, pela sua responsabilidade no cuidado direto ao sujeito-do-cuidado, diuturnamente, além de constituir-se no maior contingente da força de trabalho institucional. Por outro lado, foi destacada ainda pelos gestores a importância da supervisão direta do enfermeiro, para evitar erros que possam causar prejuízo ao sujeito-do-cuidado, bem como quanto aos arranjos necessários para manter a organização do trabalho nas unidades.

A enfermagem desenvolve um trabalho de grande valor, mas que precisa de uma supervisão direta porque, se você não estiver muito bem inteirado com o que os seus colaboradores estão fazendo, pode ocorrer erros e prejudicar algum paciente. Eu falo dos enfermeiros que são responsáveis pelos auxiliares de enfermagem que formam a equipe. E eu, num âmbito maior, que sou responsável pelos enfermeiros e pelos auxiliares. Você tem uma equipe, você está lá esperando quatro funcionários para trabalhar e um não veio. Então aquela equipe, que ia trabalhar em quatro, muito provavelmente ela vai trabalhar em três. Isso gera uma insatisfação para o próprio funcionário, porque ele sabe que ele vai ter que assumir os pacientes do outro que faltou. E às vezes por um motivo justo, uma doença, um problema que realmente a pessoa não pode comparecer, e às vezes não. Quando eles sabem que {isso ocorreu} pela falta de coleguismo do companheiro que faltou, existe uma revolta entre eles próprios, porque ele sabe que aquele colega vai entregar um atestado e vai receber no final do mês o mesmo valor do que o outro que trabalhou os trinta dias. Isso acaba, de alguma forma, interferindo no cuidado. Por quê? Porque, se você tem uma pessoa que estava ali toda sorridente, toda animada para começar o seu trabalho, a hora que {sabe da} falta do colega, esse ânimo já dá uma caída. E, nem sempre, de última hora você consegue um funcionário a mais, para ficar no plantão (PG4).

A equipe de enfermagem, na instituição, era composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Aos enfermeiros cabia a coordenação do trabalho da equipe de enfermagem, desenvolvendo atividades que lhe são privativas, conforme

prevê a LEP nº 7.498/86 (BRASIL, 1997). O cuidado direto aos sujeitos-do-cuidado era prestado pelos trabalhadores de nível médio, auxiliares de enfermagem, sendo que cinco trabalhadores (67%), ou seja, a maioria, possuía também a formação de técnicos de enfermagem. A política institucional expressa pelos gestores de enfermagem e administrativos era a de que “a legislação profissional não exige contratação de técnicos nos setores abertos” e, portanto, contratavam auxiliares de enfermagem para essas unidades, mesmo que os profissionais possuíssem formação de técnico de enfermagem.

Para os auxiliares e técnicos de enfermagem, a avaliação das necessidades da força de trabalho de enfermagem era atribuição do Enfermeiro Supervisor.

Olha, eu acho que isso aí realmente depende do supervisor, ele é quem sabe como que está o andar. Então, a partir do momento que ele está vendo o andar com mais pacientes dependentes, mais pacientes acamados, família que chama toda hora, eu acho que isso aí cabe ao supervisor mesmo olhar (PT19).

A assistência era prestada seguindo o modelo dos cuidados integrais, dispondo de um (1) enfermeiro para gerenciar uma a duas unidades de internação, durante a semana, e três auxiliares de enfermagem, divididos segundo a escala (diária e mensal), para cuidar de um número médio de quatro a cinco sujeitos-do-cuidado por turno, por unidade. Cada auxiliar de enfermagem era responsável por prestar todos os cuidados necessários aos sujeitos-do-cuidado sob sua responsabilidade. O trabalho era desenvolvido em turnos, sendo duas equipes de enfermagem diurnas e duas noturnas, por unidade, em uma jornada de trabalho de 12 horas/diárias alternadas e 40 horas semanais.

O número de auxiliares de enfermagem era semelhante, em todos os turnos de trabalho, favorecendo o cuidado, o que não ocorria com o enfermeiro, que, nas equipes noturnas e de final de semana, era em número reduzido. Nos finais de semana, os enfermeiros supervisionavam cinco unidades de internação. Ou, quando um colega se ausentava por motivos previstos (férias, folgas, licenças-gestante) e não previstos (faltas, licença-saúde), durante a semana, cobriam duas a três unidades. Essa redução representava um dificultador no processo de assistência de enfermagem e na

organização do trabalho, obrigando os enfermeiros a desenvolverem um trabalho tipicamente administrativo e burocrático, conforme relatado pelos gestores de enfermagem, pelos enfermeiros e alguns auxiliares de enfermagem (PG4; PE10; PE11; PE12; PT22; PT16; PT18).

Quando os enfermeiros estão de férias, acabamos unindo andares, para cobrir. O fato de o enfermeiro ficar em duas unidades {de dia, para cobrir férias e folgas} é um problema. Ele é um problema, pelo hospital possuir uma estrutura física vertical. Tem duas equipes diferentes. Nos finais de semana, é esquema de plantão. Então, tem vezes que a gente consegue deixar três enfermeiros [...]. Aí cada um fica com cinco andares, outro fica com quatro. Tenho muita reclamação. Eu tenho mais reclamação da noite, do que de dia. {Tenho} o mesmo número de auxiliares de dia e de noite. É menos enfermeiro para acompanhar, supervisionar, estar próximo (PG4).

Todo o atendimento fica prejudicado; porque, no fim de semana, (o enfermeiro) elege as intercorrências ou admissões e altas que venham a ocorrer. Não conseguindo atender todos os pacientes com a mesma qualidade. Avaliar cinco andares é impossível. {Adequar o número de enfermeiros} reduziria desgaste, diminuiria as reclamações que ocorrem devido à falta de assistência. Solucionaria a descontinuidade do trabalho da enfermagem (PE10).

O período matutino era o mais agitado. O horário de visita era livre até as 22 horas, mas a maioria dos familiares visitava o sujeito-do-cuidado pela manhã. Nesse horário, também se concentravam os cuidados de higiene (oral e corporal), os curativos, a assistência prestada por outros profissionais de saúde, como médicos e fisioterapeutas, assim como a realização da maioria dos exames.

Tem que fazer o banho direito, os curativos, e tem aquela coisa toda de deixar o paciente organizado para o médico avaliar. Mas, ao mesmo tempo, o médico chega para avaliar também, e quer que você faça isso, faça aquilo outro, muda a prescrição. Então de manhã é mais agitado, por causa disso. A gente tem que parar todos os cuidados para o médico atender, para o fisioterapeuta atender... Estamos no meio do banho, a gente tem que dar o banho rápido, ou dar o banho depois. Após o banho, temos que voltar e trocar o curativo (PT15).

Outro aspecto da organização do trabalho na unidade que tinha implicações no dimensionamento de pessoal era a existência de trabalhadores que não faziam parte da equipe profissional de enfermagem, mas que desenvolviam atividades de apoio, contribuindo para diminuir as cargas de trabalho e para promover condições para

assistência de qualidade. Esses funcionários eram considerados pelo conjunto dos trabalhadores de enfermagem como essenciais para a organização do processo de trabalho da unidade. Os trabalhadores de enfermagem defenderam que o ideal seria que cada unidade pudesse contar com um (1) técnico de faturamento e um (1) secretário no horário diurno, e pelo menos um (1) técnico de faturamento no plantão noturno, para cinco unidades. Acrescentaram, ainda, que a presença desses trabalhadores na unidade era essencial, pois garantia a continuidade da assistência administrativa, não sobrecarregando a enfermagem com essas atividades.

As atribuições do técnico de faturamento e do secretário da unidade foram assim descritas:

O técnico de faturamento tem a função de digitar e solicitar as medicações, material de consumo, fechar conta, ligar para o médico, e chamar no som. Às vezes o médico não responde. Aí tem que ficar atrás dele, liga para casa, e no consultório. Manter o prontuário em ordem, digitar exame, ver horário de exame... Acho que aqui no hospital eles ficam muito sobrecarregados. As atribuições da secretária são: arquivar, montar a papeleta, elas ligam também para marcar exame, fechar a conta. [...] agora tem uma sala da secretária em outro andar, centralizada, aí você liga para secretaria vir. Só que, às vezes, ela não vem na hora certa. Aí o que acontece? Acaba o técnico de faturamento pegando e fazendo. É muito mais rápido porque, até ela pegar o elevador, subir, fazer o pedido... Às vezes você liga e já consegue marcar com o técnico de faturamento. É uma questão de agilidade (PT16).

Para o conjunto dos trabalhadores, o técnico de faturamento realizava uma função bem mais complementar para a enfermagem, do que a secretária da unidade, o que, no olhar deles, “ajudava, e muito”.

O desenvolvimento de atividades administrativas, por um trabalhador específico para esse fim, reduzia a sobrecarga de atividades que não se caracterizam em atribuições específicas da enfermagem, disponibilizando assim essa força de trabalho, para a realização de sua principal finalidade – promover uma assistência integral e de qualidade ao sujeito-do-cuidado – trabalho este que não pode ser delegado a leigos, ou a profissionais de outras áreas.

Estão incluídos nesse grupo também trabalhadores que são membros da equipe de enfermagem, pela Lei nº 7.498/86, como é o caso das(dos) auxiliares de

enfermagem que são contratadas(os) para uma função específica – a de “maqueiras(os)”. Estas(es) têm a função de transportar os sujeitos-do-cuidado para realização de exames em outros setores do hospital, ou fora dele. Além de existência de maqueira(o) específica(o) para transporte dos que serão submetidos à cirurgia. Essa atividade, associada à disponibilidade de equipamentos eletrônicos, modernos, confortáveis e de fácil manipulação, para mudanças de posicionamento dos sujeitos-do-cuidado, também foi citada como facilitadora do trabalho da enfermagem.

A equipe de enfermagem percebia, ainda, que esses profissionais têm um importante papel, por lhes permitir permanecer na unidade cuidando dos demais sujeitos-do-cuidado e garantindo a continuidade da assistência. Essa característica do trabalho foi mencionada por três dos entrevistados (PT15; PT17; PE11).

Os auxiliares de enfermagem do transporte são funcionários de grande valia e creio eu que deveria ser incluído ainda mais um funcionário de transporte. Ele facilita, porque a equipe não precisa parar a assistência, para poder transportar um paciente. Ela pode dar uma assistência contínua, que alguém irá transportá-lo (PE11).

Outras características da organização do trabalho, nas unidades de internação estudadas, apontadas como facilitadoras para a assistência de enfermagem foram: as rotinas de hemotransfusão feitas por uma técnica do setor de hemodinâmica, que colhia a prova cruzada e trazia o sangue ou hemoderivado para o enfermeiro infundir; e também a existência de equipe específica de quimioterapia, para preparo e administração no sujeito-do-cuidado, deixando a equipe de enfermagem da unidade desonerada dessa atividade (PT15).

O médico prescreve, nós comunicamos à hemodinâmica, a técnica vem, colhe o sangue do paciente. [...] Isso é ótimo, né? Ela vem, ela colhe, olha o tipo sanguíneo, faz os exames todos que tem que fazer, desce e, depois de alguns minutos, quarenta minutos, ela desce com a prescrição já pronta, com o tipo de sangue ou plasma, o que for que o paciente vai receber. Tudo prontinho, só para o enfermeiro infundir. Os funcionários da quimioterapia vêm ao andar com tudo pronto, nos horários, ou então, se tem condição de se preparar na hora, prepara aqui, vai lá e administra. Isso é muito bom, facilita muito. Geralmente esses pacientes são muito graves, a gente fica com ele o dia inteiro, é um paciente que dá muito trabalho, paciente que está precisando de mais atenção. Então, também, isso ajuda muito a gente (PT15).

Apesar de reconhecer que o maqueiro realiza uma tarefa do tipo repetitivo, que oportuniza pouco a expressão e desenvolvimento de um trabalho mais criativo, aproximando-se da fragmentação do tipo taylorista, existe uma dimensão de facilitar o trabalho do conjunto da equipe, permitindo uma assistência de melhor qualidade. O trabalho do maqueiro pode ser visto como do “homem-robô”. No entanto, deixa o restante da equipe mais disponível para atender as necessidades dos sujeitos-do-cuidado, o que ficaria dificultado, se o trabalhador de enfermagem tivesse que se deslocar da unidade para realizar esse transporte, ou preparar os quimioterápicos, ou buscar e coletar o sangue para hemotransfusão. Essa dimensão também necessita ser considerada.

Nesse sentido, a utilização dessas estratégias de organização do trabalho, apesar dos prejuízos e riscos que a fragmentação da assistência pode trazer aos sujeitos-do-cuidado, pelo foco na tarefa, prejudicam menos a assistência do conjunto dos sujeitos internados, pelo não afastamento de um dos membros da equipe responsável pelos cuidados, assim como favorece a própria organização do trabalho nessas unidades. A destinação de força de trabalho específica, para desenvolver atividades que exigem conhecimento específico (hemotransfusão, quimioterapia), também contribui para reduzir a exposição ocupacional (com a preparação de quimioterápicos em capela de fluxo laminar e equipamentos de proteção individual específico, por pessoal qualificado). Reduz, igualmente, o estresse e a sobrecarga de trabalho do sujeito-cuidador, além de permitir que o sujeito-do-cuidado seja atendido em menor tempo, por profissionais experientes e qualificados.

Nas observações de campo, a maqueira buscava se integrar à equipe, auxiliando nas unidades de internação, nos intervalos de transporte. Ao adentrar no apartamento, já havia se informado com o enfermeiro da unidade e com o auxiliar/técnico de enfermagem das condições do sujeito a ser movimentado. Avaliava o melhor meio de transportá-lo e procurava providenciá-lo (cadeira, maca, deambulando, com ambulância). Os auxiliares e técnicos de enfermagem da hemotransfusão e quimioterapia também agiam de forma semelhante, dentro da especificidade das suas atribuições. Assim, apesar da motivação econômica de reduzir custos, que leva os

empregadores a contratar um trabalhador para a realização de tarefas específicas, na prática, o sujeito-trabalhador possui uma reserva de resistência e inventividade própria, capazes de manter sua capacidade de interagir com o sujeito-do-cuidado e demais sujeitos-cuidadores, atuando em um sentido mais colaborativo e criativo.

Esses achados relatados no estudo coincidem com resultados relatados por Girardi (2006, p. 143 -144):

[...] Segundo os gestores, a tendência ao crescimento da utilização de pessoal nas áreas de administração e de serviços é um dado da realidade dos hospitais, estando o processo vinculado, pelo lado da oferta dos serviços, a fatores tecnológico-organizativos, financeiros e culturais, e pelo lado da demanda de serviços, a mudanças na estrutura de preferências e hábitos de consumo dos usuários/clientes de serviços de saúde. Os gestores apontam para um movimento concomitante de especialização do trabalho na área de enfermagem – que tenderia a se concentrar em atividades típicas de enfermagem (especialmente na área de cuidados) – e para uma especialização dos serviços: de transporte externo e interno de pacientes; de hotelaria (cama, copa, arrumação de quartos etc); de escrituração dos prontuários; de comercialização e controle de contas; de recepção de pacientes; de dispensação de medicamentos e dieta; de apoio propedêutico; de lavanderia.

A efetiva fiscalização dos CORENs, a partir da Lei nº 7.498/86, que proibiu a contratação de profissionais não regulamentados para o exercício de atividades de enfermagem e fez a exigência de qualificação profissional dos atendentes, aumentou os custos da contratação de profissionais de enfermagem, pois passou a exigir contratação de força de trabalho qualificada. Em consequência, as instituições de saúde buscam reduzir atividades administrativas desenvolvidas pela enfermagem, com contratação de pessoal administrativo com custos menores e, dentro do possível, concentrando atividades de assistência direta ao sujeito-do-cuidado, especificamente, na força de trabalho de enfermagem, em busca também da redução de custos.

A equipe de enfermagem utilizava igualmente algumas estratégias de organização do trabalho, conforme descrito a seguir, para realizar cuidados, dependendo do contingente numérico de força de trabalho disponível. As reduções desse contingente poderiam ser por motivo de férias, remanejamentos, licenças ou de faltas. Em situações onde o quantitativo previsto da força de trabalho estava adequado, mas existiam muitos sujeitos-do-cuidado com cuidados complexos, ou que exigissem

muito tempo para realizá-los, também foram identificadas estratégias para a adaptação entre o prescrito, o demandado e a capacidade da equipe para realizar o trabalho. É importante salientar que o atendimento do sujeito-do-cuidado ou de seu familiar, no sentido de evitar reclamações ou queixas, era o primeiro item a ser considerado como motivador de mudanças, estratégias ou arranjos.

Independente do contingente numérico de sujeitos-trabalhadores disponíveis, a equipe descreveu ser fundamental realizar, inicialmente, as atividades de organização do espaço assistencial e de preparo das condições para a realização do cuidado direto, tais como: identificação da existência de material disponível e as necessidades de reposição; validade dos materiais; organização da sala de equipamentos, solicitando e repondo o material esterilizado; prover material de consumo (papel toalha, sabonete, álcool gel), medicamentos, roupa; identificação dos horários da medicação, separar os remédios, abrir folha de medicação, de evolução, visitar os pacientes escalados para o seu cuidado no quarto (PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT22).

Quando existia déficit numérico, a equipe de enfermagem descreveu que o processo iniciava com a assistência direta aos sujeitos-do-cuidado de menor complexidade ou de cuidados mais rápidos. A seguir, prestavam cuidados aos doentes que demandassem uma atenção mais complexa ou cuidados mais demorados. Esse procedimento permitia que um número maior de sujeitos-do-cuidado fosse atendido, evitando assim reclamações. A exceção era feita quando existiam familiares com nível de exigência alta, e que se manifestavam, freqüentemente, fazendo reclamações e ameaças. Quando necessário, transferiam alguns procedimentos para o turno da tarde, como curativo e troca de cobertura das punções de subclávia, o que era justificado pela diminuição na administração de medicações no período da tarde (PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT22).

Quando o quadro de trabalhadores de enfermagem estava completo, era dada prioridade para o sujeito-do-cuidado com cuidados mais complexos, ou mais demorados, como o banho de leito. Nessa situação, procuravam manter sempre um membro da equipe no posto de enfermagem, para atender as intercorrências e solicitações dos acompanhantes e sujeitos-do-cuidado, sem deslocar todos ao mesmo

tempo para os cuidados e administração de medicação nos apartamentos. Havendo necessidade de deslocamento de um dos membros da equipe, para buscar material na Central de Material Esterelizado (CME) ou medicação na farmácia, por exemplo, aguardavam o outro trabalhador de enfermagem retornar ao posto, a não ser que fosse uma situação urgentíssima (PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT22).

Eu me organizo assim: eu chego de manhã, vejo tudo que tem, procuro todo material, você tem que ter tudo lá. Se precisar ir na CME, aí já vou e já busco tudo. Aí eu dou os banhos mais rápidos e depois os mais demorados. Quando tem que trocar cateter, esse tipo de coisa eu faço mais tarde, porque aí já estarão todos {mais} tranqüilos, todos comendo. Como à tarde tem menos medicação, eu já faço estes procedimentos à tarde. Mas se tiver mais pessoas, as coisas mudam de figura, porque o serviço vai ficar mais distribuído. Por exemplo, você está num banho mais demorado, então eu vou ficar mais atenta e vou {executar as} prescrições que são mais rápidas, porque, se a campainha tocar, eu atendo. Igual a gente faz aqui, eu e a “X” fazemos assim. Porque todos vão estar bem em suas caminhas, às vezes até dormindo (PT16).

Dou prioridade para o paciente que está mais, tipo assim, que a família cobra mais (PT19).

Mas a gente procura, no máximo, estar ficando sempre alguém no posto, porque sempre vai alguém procurar alguma coisa, outra campainha chamar, pode ser alguma urgência que não pode esperar (PT17).

Schwartz (citado por SCHERER, 2006), na abordagem de trabalho prescrito, descreve a existência de mecanismos de sobrevivência do ser humano no trabalho, muitos destes exemplificados e relatados nos discursos dos trabalhadores entrevistados, para possibilitar o atendimento das demandas assistenciais que se apresentam cotidianamente ao sujeito cuidador. Essas estratégias vivenciadas pelos trabalhadores são apontadas também por Dejours (1992), como formas de sobrevivência no trabalho que podem reduzir a tensão e o adoecimento no trabalho.

[...] considerando o lugar dedicado ao trabalho na existência, a questão é saber que tipo de homens a sociedade fabrica através da organização do trabalho. Entretanto o problema não é, absolutamente, criar novos homens, mas encontrar soluções que permitiriam pôr fim à desestruturação de um certo número deles pelo trabalho. (DEJOURS, 1992, p. 139).

Os protocolos de trabalho das unidades de internação, segundo a observação de campo e informações obtidas durante as entrevistas, existiam apenas para serem

apresentados à fiscalização extra-institucional, atendendo aos padrões exigidos para o funcionamento da instituição, em especial pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). Poucos trabalhadores tinham conhecimento dos mesmos e, os que conheciam, não os utilizavam como parâmetro para suas atividades assistenciais (PT16; PE12).

Aqui tem uma pasta que fala a respeito do protocolo de atendimento de cuidados de enfermagem, e de procedimentos. Ela fica no fundo da gaveta. Desde que eu estou aqui, não existiu nenhum treinamento desses protocolos. Mas a respeito da função do protocolo, sentar e discutir com a gente, nunca teve. Ele existe, mas está só no papel (PT16).

Os pontos positivos na assistência de enfermagem, no olhar do usuário, diziam respeito à: atenção do profissional para com ele; relação interpessoal, assumindo, em muitos momentos, “ar de intimidade”, pessoa amiga; frequência ou presença no apartamento; pontualidade na observação e prestação de cuidados diretos ao sujeito-do-cuidado, demonstrando carinho e disponibilidade para a atenção e a escuta; competência técnica prestando o cuidado preciso, como administração de medicamentos na dose correta. O usuário considerava esses elementos essenciais para o cuidado e a cura (PU5; PU6; PU7; PU8).

Elas são tão atentas à administração dos remédios, a oferecer, qualquer hora pode chamar, às vezes a gente até se acanha um pouco, não é? “A hora que a senhora precisar...” – Passa para visitar sem necessidade: “Como a senhora passou?” – Quer dizer que ela te dá também aquele prazer de você poder falar, porque às vezes a gente fica precisando de um desabafo: Hoje eu estou com mais dor de barriga, hoje eu não estou. E ela ouve a gente e se entrega muito à disposição de atender, do atendimento. Isso é muito bom (PU8).

Outro aspecto a ser acrescentado, na visão do sujeito-do-cuidado, como ingrediente para uma boa assistência de enfermagem, era a disponibilidade de profissionais em quantidade adequada, pois, quando isso não ocorria, havia prejuízo na qualidade do cuidado prestado. Acrescentaram, ainda, os déficits no cuidado decorrentes das regras institucionais e das diferentes atribuições de médicos e dos trabalhadores de enfermagem, no cuidado aos sujeitos hospitalizados.

Às vezes, a gente tem que estar pedindo para olhar ali, limpar aqui, sabe, e às vezes a gente vai ajudar. Tem que ajudar, porque eu sei quando o

paciente está inquieto, às vezes está com uma assadura... Hoje, por exemplo, ela estava com assadura debaixo dos dois seios. Aí eu já pedi para trazer Hipoglós de casa, porque eu sei que o médico tem que prescrever, e aí o médico tem que avaliar, e isso demora, então eu pedi para trazer. E a gente sempre fica tomando conta, passando um pouco de Maisena, pedindo para limpar mais ali, mais aqui. Então, assim, o atendimento é bom, mas tem essas falhas e também pouca gente. Às vezes tem uma menina para tomar conta dos apartamentos todos. Eu acho isso, assim, horrível, porque, se tem um passando mal lá, ela não pode deixar para vir, e isso não é legal, eu acho que tem que ter mais gente (PU6).

Eu {trata-se de um familiar} presenciei. A enfermeira veio com o remédio e ele disse: 'Não, não, o volume é a metade, você volte lá e parta o comprimido ao meio.'. E ela falou: 'Ah, vou conferir.'. Ela conferiu e realmente ele {estava certo, ele} é atento, ele sempre foi atento com remédio. Horário, dose é sagrado. O plantão estava muito apertado, tinha poucos trabalhando (PU5).

A administração da instituição explicitou, através de dados obtidos a partir dos questionários de avaliação dos pacientes e de visitas realizadas aos mesmos, pelo SAC, que o trabalho da enfermagem é bom, devido ao reduzido número de reclamações.

Bom, tecnicamente eu não tenho recursos para avaliar, então, como que é feito isso; eu avalio que aqui no hospital em relação ao volume de queixas que nós temos, nós estamos conseguindo desempenhar um bom trabalho na assistência aos pacientes internados (PG9).

Na descrição de um dos entrevistados, a instituição criou, a partir da própria mídia, um diferencial no mercado, com um serviço de hotelaria hospitalar diferenciado, o que refletiu diretamente em um nível elevado de exigência do usuário. Ele identificou ainda que essa expectativa foi boa, porque fez com que o hospital buscasse uma excelência no atendimento, mas acreditava que, para alcançar esses objetivos, a instituição deveria investir no profissional de saúde e principalmente no corpo clínico.

Então, realmente, quando o paciente entra no hospital, ele tem um nível de exigência maior, do que uma pessoa mais humilde que está em um hospital público (PP13).

Por outro lado, apontou a redução de custos e o desconhecimento do dia-a-dia por parte de alguns gestores administrativos responsáveis pelas decisões, constituindo-

N .

. , ' * (, " 4 , " S TO " = " ! *

P W2Q

7 @ J

E N

O \$

'S

F ? ?

E S

F ? ?

N

J

F ? ?

N

O

E

\$

S

O ' S

F

? ? \M

]S

J

O

F ? ?

F ? .50

F

M

F ?

N

N

F ? ?

.)

N

\

].

) \$

(

+ &

(] + (0&-94-'Q##+ 8\$+ (4T-)-(&##+ 8# #%3#&5(1#53#&#%0##+ \$)/(&##+

3 S E

B E O

de todos os cuidados diretos (higienização corporal e oral, dietas, medicação) e indiretos (fornecer roupa, fraldas) aos sujeitos-do-cuidado a eles delegados, a partir de escala previamente estabelecida pelo enfermeiro (PE10; PE11; PE12; PP13; PP14; PT15; Pt16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22).

Ainda, eram os auxiliares de enfermagem que atendiam às prescrições médicas, às demandas vindas diretamente dos sujeitos-do-cuidado e familiares, fornecendo a maioria das informações acerca dos sujeitos-do-cuidado que eram utilizadas pelos outros profissionais de saúde no raciocínio clínico, em especial pelos médicos (PE10; PE11; PE12; PP13; PP14).

Os auxiliares de enfermagem, sim, estão diretamente, ligados aos pacientes, apesar da pouca informação, da pouca formação que eles têm, eles acabam executando cuidados, às vezes, muito mais complexos do que a capacidade que eles têm (PE12).

O técnico, hoje, nos dá mais informações úteis no raciocínio do que a enfermeira. Mas os técnicos também, dentro do hospital, eu acredito que estão em um número aquém do ideal, por diversas razões que depois a gente comenta (PP13).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem descreveram o trabalho que desenvolviam como o “cuidar integralmente” dos sujeitos-do-cuidado a eles delegados, buscando o seu melhor bem-estar. Consideravam, ainda, que o cuidado se valoriza principalmente com “atenção diferenciada ao doente”, através da “presença contínua e íntima junto ao paciente”, na busca da “escuta” e do “atendimento de todas as suas necessidades” (PT15; PT16; PT19; PT20; PT21).

Aquele cuidado de perto mesmo. O paciente, quando está debilitado, precisa de um acompanhamento de perto. É esse papel que a gente faz. Não só passar uma medicação, mas dar um banho, dar um bem-estar melhor para o paciente, ajudá-lo em uma deambulação (PT16).

[...] é estar atento ao paciente, aos cuidados com ele, que é o nosso serviço, admiti-los, evoluir tudo que faz, tudo que tem que evoluir. Admitir o paciente, os cuidados, o curativo, medicação, banho, os sinais vitais, para aferir glicemia capilar, curativos, todos os cuidados e medicação (PT19).

A assistência direta era compreendida por eles como o exercício do diálogo e da escuta para com o sujeito-do-cuidado, administrar as medicações, fazer a higiene

E
 . 1 @ M O
 F ? ? O .6
 E F \$ ' F ? ?
 \$ ' @ Q B @
 # . 1 \
 @ O] \$ 32 S 32 S 32-S 320S 32/S 3+,S 3+2S 3++'.)
 \] \]
 D E @ .
 6 Q \$ O
 J E #
 E F'S
 \$ E@ @ '
 N M G
 \$ 32 S 32 S 32-S 320S 32/S 3+,S 3+2'.
 C E E
 @J J
 \] .6 \]
 \$ 32 S 32 S 32-S 320S 32/S 3+, S 3+2S 3++'.
 > (" (# (; , , P/01Q &9
 7 D \
] O F ?
 E \$ 32 S)2,!.
 , " & , *) !
 (, ,

coisa, para manter o andar. Às vezes está cheio, às vezes Fulano está com preguiça: “Ah, não quero fazer isso hoje não!”. Ai, o que acontece? Não faz, e na hora que dá uma emergência, você precisa daquilo, está estragado! Sendo que era uma coisa que poderia ter sido evitada (PT16).

Outros auxiliares/técnicos de enfermagem entendiam que as tarefas acima mencionadas eram de responsabilidade do grupo, e acreditavam que a cooperação possibilitava um melhor resultando.

Então a gente tem que estar mantendo a organização da unidade. Tem uma rotina, existe uma escala para essa organização, que a gente também não segue. É feita pelo supervisor de enfermagem, é feita uma escala de cortar algodão, dobrar sacos, a gente estar encaminhando material para a CME, buscando material da CME, estar buscando o carrinho na farmácia, para manter expurgo em ordem. Existe esta escala, a gente assina, no final do plantão está tudo pronto, mas, se eu estou ali no posto parada, eu não vou ficar parada batendo papo, eu vou pegar uma coisa para fazer e vou fazer. Se eu vou até a sala de equipamentos e a sala de equipamentos está desorganizada, em dois minutos eu organizo a sala de equipamentos. Mesmo que não seja eu na escala (PT22).

Considerando os dados das observações de campo e informações documentais, pode-se afirmar que os auxiliares e técnicos de enfermagem eram os responsáveis pelo cuidado direto no cotidiano e, também, por prover todo o instrumental e organização do ambiente necessários para que esse cuidado se realizasse, cabendo ao enfermeiro a supervisão/controle do cuidado, conforme relatado por um auxiliar/técnico de enfermagem entrevistado.

A gente também acompanha o paciente. E a responsabilidade total é nossa, porque a gente é que está com ele, a gente tem que saber se ele está respirando, se o coração dele está batendo ou não, e a gente tem que estar acompanhando de perto. Eu acho que a equipe toda de enfermagem, o enfermeiro, o auxiliar e o técnico atuam no mesmo papel, porém um tem certa responsabilidade maior, em nível de formação (PT16).

Esses resultados também são relatados em estudo de Peduzzi et al (2004), em que a concepção e a execução do trabalho de enfermagem estão cindidas, representando a divisão clássica entre o saber e o fazer, na enfermagem.

O material empírico analisado nesta pesquisa mostra a presença dessa rígida divisão, quem executa o cuidado de enfermagem não participa diretamente do seu planejamento, embora forneça informações diárias sobre as

observações e as intervenções executadas, material que colabora na fundamentação do planejamento. E, por outro lado, quem faz o planejamento, o enfermeiro, está, sobretudo, envolvido com ações de gerenciamento e distante do cuidado direto ao usuário do serviço. O aspecto principal a ser destacado nessa dinâmica refere-se à ausência de apropriação do saber de enfermagem por parte dos auxiliares e técnicos, pois a eles cabe, majoritariamente o cuidado cotidiano dos pacientes que é o objeto nuclear de intervenção no campo (PEDUZZI; 2004, p.76-77).

Existe uma limitação de autonomia profissional ou autonomia técnica das(os) auxiliares/técnicas(os) de enfermagem, pois a possibilidade de julgamento ou avaliação técnico-científica da situação apresentada pelo usuário e a tomada de decisão quanto às condutas pertinentes ficam a cargo das(dos) enfermeiras(os). Esses achados foram também confirmados por Schraiber (1993, 1995) e Schraiber e Peduzzi (1993).

b) As atribuições dos enfermeiros – diferentes olhares

Na visão dos gestores institucionais, o hospital estudado tinha crescido em número de sujeitos-do-cuidado de alta complexidade, sendo o papel do enfermeiro fundamental na intermediação do processo assistencial, nas unidades de internação (PG1; PG2; PG3; PG4).

Esses mesmos gestores descreveram que observavam dois perfis de enfermeiros no contexto nas unidades de internação: um enfermeiro que se distanciou da assistência, até pela demanda mais gerencial, podendo ser denominado “enfermeiro gerencial-administrativo”, e outro “enfermeiro assistencial-cuidador” que tinha o papel de desenvolver ações de cuidado.

Na história inicial da instituição, relatada pelos gestores, o perfil do enfermeiro era de “controlador do trabalho médico e da enfermagem”, ou seja, uma “ferramenta administrativa”. Relataram que, mesmo com a modificação da política institucional e a substituição de diversos profissionais, no desejo da retomada do enfermeiro junto ao sujeito-do-cuidado, tinha sido difícil conquistarem essa mudança.

Eu penso que a enfermagem, ela deixou de ter uma assistência direta com o paciente e virou uma ferramenta administrativa. Eu tenho tentado buscar e resgatar a assistência ao paciente, a assistência de enfermagem mesmo, ao invés de ter uma função essencialmente administrativa, cobrando relatório. A enfermagem virou uma gerente, esse hospital teve um perfil muito forte

nisso, porque era um sistema controlador, quase que um serviço secreto a serviço da diretoria, e está muito difícil quebrar isso, quer dizer, aos poucos foram mudando bastante pessoas e, com isso, o retorno à assistência é o que eu tenho buscado (PG2).

Os gestores de enfermagem reafirmaram o desejo da instituição, expresso em reunião, de que os enfermeiros priorizassem sua atividade profissional junto ao sujeito-do-cuidado, mas acrescentaram que as atribuições do enfermeiro eram muito abrangentes e que a característica do enfermeiro do hospital estudado não era puramente assistencial (PG3; PG4).

As enfermeiras foram orientadas em reunião para realizarem uma avaliação e evolução do paciente, de forma adequada, e não simplesmente um registro automático; não permitindo que atividades burocráticas, que são competência de outras pessoas, interfiram no seu trabalho (PG3).

A enfermeira responde pela garantia de assistência ao paciente, procura descobrir porque os exames não foram realizados, outra hora responde pelo trabalhador, porque a auxiliar está demorando no café, no almoço, não chegou para trabalhar. Então, assim, nem tem como a gente querer que ela seja só assistencial, pois ela é responsável pela gerência e assistência das unidades sob sua responsabilidade (PG4).

Na visão dos enfermeiros das unidades de internação pesquisadas, os mesmos, por terem uma elevada carga de trabalho, respondiam mais pela “supervisão assistencial”. Só esporadicamente prestavam cuidados diretos ao sujeito-do-cuidado internado, e a demanda aumentada era percebida pelo fato do enfermeiro assumir mais de uma unidade de internação, por turno.

Mencionaram, ainda, que as atividades assistenciais dos enfermeiros estavam relacionadas à avaliação inicial/admissão e exame físico do sujeito-do-cuidado. Este não era realizado de forma aprofundada, porque eram muitos sujeitos-do-cuidado para poucos enfermeiros. Também avaliavam e acompanhavam a evolução de feridas complicadas e grandes queimados internados. Realizavam visitas diárias aos sujeitos-do-cuidado, para informação aos mesmos sobre sua situação na internação. Nessas visitas às unidades, realizavam a admissão, o exame físico, a evolução e orientação de alta dos sujeitos-do-cuidado (PE10; PE11; PE12).

Eu vejo que a enfermeira está mais ligada às questões burocráticas e de organização de serviço. Mas a parte assistencial, a parte da enfermagem mesmo, que é a prescrição dos cuidados, da sistematização da assistência de uma forma geral, ela é bem prejudicada devido a essa sobrecarga de trabalho. Não tem como você estar em dois lugares ao mesmo tempo, nem se concentrar em duas atividades que, às vezes, são completamente diferentes. Então, acho que isso prejudica bastante (PE12).

Então eu visito os pacientes, colho os dados, verifico a evolução da enfermagem, as medicações se estão sendo checadas, se estão sendo feitas ou não (PE10).

Todo paciente que interna na unidade, recebe a orientação da sua patologia na admissão e a orientação de alta (PE11).

Nas observações de campo, as admissões e evoluções dos sujeitos-do-cuidado eram obrigatoriamente realizados pelo enfermeiro diariamente, os cuidados mais complexos também, a partir de solicitações da equipe de enfermagem. A implantação da sistematização da assistência de enfermagem – SAE – ainda se encontrava incipiente; iniciou-se pela discussão e elaboração do histórico de enfermagem e do exame físico. Observou-se a dificuldade no preenchimento desses protocolos da SAE para todos os sujeitos-do-cuidado, quando o enfermeiro estava cobrindo duas unidades de internação. Encontravam-se em discussão na instituição as demais etapas da SAE (o diagnóstico e a prescrição de enfermagem), assim como a revisão das etapas já implantadas (histórico e exame físico).

Os enfermeiros eram chamados também de “donos do andar”, pois tinham de dar conta de tudo que ocorria nas suas ausências e na sua presença, e ainda desenvolver atividades burocráticas de auditoria prévia de prontuário (olhar e conferir se todas as anotações por turno haviam sido registradas, se estava faltando alguma coisa na evolução, se o balanço hídrico que havia sido pedido para fazer estava sendo feito e devidamente registrado), além da solicitação e conferência de pedidos de conserto.

O enfermeiro é esse profissional como eu falei um pouquinho antes, ele é o dono do andar. Então, na minha forma de ver, ele é a pessoa que tem que estar por dentro de tudo que acontece com o paciente, de tudo que a equipe daquele andar realiza, a equipe que está ali aos cuidados dele. Então eu vejo que o que diferencia é esse conhecimento, dessa formação que ele já tem, desse nível até gerencial de equipe, de liderança dessa equipe para ele

fazer realmente a coisa funcionar dentro do andar, ele detenha o conhecimento do que se passa no andar, do que falta, do que acontece, do que precisa, do que o auxiliar fez ou deixou de fazer, se aquele paciente está assistido adequadamente, se ele tem alguma dúvida e se a dúvida foi esclarecida (PG9).

Eu estou aqui fazendo o exame físico, eu sou chamada porque a cadeira quebrou lá, do quarto tal. Eu que tenho que sair e ver se a cadeira realmente quebrou, para ligar para manutenção. A gente nunca fica só no nosso trabalho. Acaba fugindo da rotina. Então acaba que todo mundo vai até ele. – “Quem que é o enfermeiro?”, “Cadê o enfermeiro? Porque sumiu a pecinha tal...” – Chama às vezes porque teve algum problema na auditoria, tem que largar e ir lá para a auditoria. Então eu faço meu papel e essas coisas extras que eu acho que, de certa forma, cabe um pouquinho ao enfermeiro, mesmo porque ele é a referência do andar (PE11).

Nas observações de campo, pude constatar todas as situações relatadas nos discursos dos enfermeiros. Acrescentaria o telefone e o som, que os chamavam a todo o momento, inclusive no horário de lanche ou alimentação, interrompendo-os e solicitando a sua presença em diversos setores, não permitindo que os enfermeiros permanecessem em nenhuma das unidades de internação por muito tempo. Isso gerava insatisfação no sujeito-cuidador de enfermagem, e nos demais profissionais de saúde, pois estes verbalizaram que tinham um grande volume de trabalho e não conseguiam planejá-lo, principalmente por não perceberem retorno algum das atividades que desenvolviam. Assim, a característica do trabalho dos enfermeiros, nas unidades de internação, era de “muito trabalho”, não permitindo tempo para reflexão, para o diálogo e para pensar, portanto extremamente alienante e frustrante.

Alguns auxiliares e técnicos de enfermagem reconheciam no supervisor, ou no enfermeiro, a capacidade de identificar “coisas que a gente às vezes não vê”, ou um problema com o sujeito-do-cuidado que lhes passava despercebido. Ele observa, “vê as mudanças, consegue enxergar um pouco mais, por causa mesmo da sua formação e até mesmo pela experiência”. Quando o sujeito-do-cuidado vai agravando “e a gente não percebe”, ele consegue identificar durante sua visita diária ou na elaboração de escala de trabalho.

A diferença de atuação dos enfermeiros com experiência e sem experiência, nas unidades, é percebida pelos auxiliares e técnicos de forma distinta: eles descrevem

que, apesar da boa vontade do enfermeiro recém formado, este, na prática, demonstrava insegurança, mesmo que possuísse muito conhecimento teórico, pois ainda não dispunha de vivência (PT22; PT15; PT16; PT17;PT18;PT19).

É muito perceptível a diferença de atuação dos enfermeiros da unidade. [...] A Fulana é muito atuante, [...] ela está preparada para prestar qualquer assistência de enfermagem, desde um banho de leito a uma emergência. Talvez sejam os anos de enfermagem. {A outra} pelo fato de ser recém-formada, {transmite} certa insegurança, tem muito conhecimento teórico, mas não tem ainda a prática do dia-a-dia, aquele gingado de alguns anos de profissão (PT16).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem, percebiam ainda que, por estarem mais próximos dos sujeitos-do-cuidado, no dia-a-dia, suas observações deveriam ser consideradas, com atenção, pelos enfermeiros. Pois eles se preocupavam com as mínimas alterações de comportamento ou de parâmetros biológicos dos sujeitos-do-cuidado, e buscavam no enfermeiro a referência de avaliação desses parâmetros. Seja para confirmar que realmente tinham importância para o quadro clínico do paciente, ou não. Relataram que, quando o enfermeiro não dava atenção às suas solicitações, o sentimento que permanecia era o de que o enfermeiro não estava dando importância ao comunicado, e que o mesmo não confiava nas informações dadas pelos profissionais, irritando-os (PT16; PT22).

Eu pedi uma ajuda para o outro enfermeiro novato e ele não quis me dar. Custa alguma coisa?Então assim, às vezes não é nada, mas poxa, o que custa ele vir aqui dar uma olhada? Foi um processo muito, muito rápido mesmo e, quando a gente percebe que está começando, o paciente está começando a ficar debilitado, eu estou muito mais dentro do quarto. Não é que a gente sabe das coisas. É importante a avaliação do enfermeiro, eu acho que é importante, entendeu? (PT22)

Peduzzi et al (2004) apresentam argumentação que vai ao encontro da opinião dos auxiliares/técnicos de enfermagem, quando afirmam em seus estudos que:

No trabalho em saúde e em enfermagem, dada a singularidade de cada “caso” ou situação apresentada pelo usuário e a presença intrínseca da intersubjetividade, de fato, o que denominamos “o olho clínico” ou “a mão”, enfim, o saber prático acumulado ao longo da experiência de cuidado, constitui importante ferramenta de trabalho (PEDUZZI et al, 2004, p. 77).

O enfermeiro era visto ainda por metade dos auxiliares de enfermagem entrevistados como fundamental, nas soluções dos problemas nas unidades que não estavam no seu nível de competência, sendo acionados por eles, quando essa situação surgia, ou mesmo para ajudar na assistência, quando a unidade estava muito apertada (PT16; PT19; PT20; PT22).

O enfermeiro no caso, se a gente precisar de alguma coisa, se a gente não consegue resolver, o chamamos. Quando você está no aperto, o enfermeiro ajuda [...]. Então, quando eu estou no aperto, é ótimo [...] passa uma sonda, punciona uma veia [...], faz um curativo, que não está prescrito, vamos supor uma colagenase que é para colocar ou não... Aí você quer tirar essa dívida, se é para colocar ou não. Eu acho que cabe ao supervisor estar olhando, avaliando e falando. Pode usar, não pode (PT19).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem apontaram o que esperavam da atuação dos enfermeiros, nas unidades de internação:

Qual papel o enfermeiro deveria ter na assistência? É ter condições para resolver todos os problemas que você não tenha condições de resolver. Exemplo: ele está acompanhando a rotina de enfermagem um pouco mais de perto. Ou seja, estar em uma unidade fisicamente presente e não só burocraticamente. Não é só aqui, mas em todos os outros hospitais. E aí você já deve ter escutado esses termos muitas vezes. Nós, auxiliares e técnicos, nós costumamos usar muito esse termo: “enfermisora” e “enfermesa”. [...] A enfermeira está muito distante, porque ela não está nem de um lado e nem do outro, como se diz, elas muitas vezes não são respeitadas pela sua equipe, que são os auxiliares e técnicos, e também não são respeitadas pelos médicos. Ah, ela é tida às vezes como um dedo duro (PT22).

Os gestores de enfermagem percebiam, de forma distinta dos auxiliares de enfermagem, o papel do enfermeiro. Descreveram que estes não compreendiam muito bem o papel dos gestores e queriam que eles resolvessem qualquer problema que aparecesse na unidade. E, às vezes, não lhes reportavam as condutas que haviam sido adotadas na assistência ao sujeito-do-cuidado (PG3; PG4).

Os demais profissionais de saúde reforçaram os achados descritos pelos auxiliares de enfermagem e pelos Gestores Administrativos institucionais, afirmando que o enfermeiro vinha tendo, na instituição, uma função predominantemente administrativa ou burocrática. Tinham pouca participação na equipe multidisciplinar,

pouca atuação ao lado do sujeito-do-cuidado, sendo co-responsáveis pela melhora do mesmo. O cuidar era realizado pelo auxiliar de enfermagem (PP13; PP14).

As enfermeiras têm pouca participação como uma equipe multidisciplinar. Ela tem mais uma função administrativa do que efetivamente de participar ou opinar no dia-a-dia do quadro clínico do paciente, e sempre muito atarefada com as questões de escala, de medicações e pouca atuação principalmente na atividade delas, que seria uma visão de estar ao lado do paciente ao leito, de uma forma assistencialista mesmo, e co-responsável pelos resultados da melhora do paciente. Eu vejo, com relação à enfermagem, talvez muito mais próxima de algo mais administrativo do que próximo do técnico (PP13).

O distanciamento da enfermeira para assuntos administrativos, afastando-a do paciente, é motivo de frustração para nós profissionais de saúde (PP14).

As justificativas relatadas e observadas para o distanciamento do enfermeiro em relação ao sujeito-do-cuidado eram identificadas na contradição da própria instituição, que, ao mesmo tempo em que tinha um discurso de necessidade de um enfermeiro assistencial, demandava/exigia a realização de atividades administrativas. Eram atividades tais como: gerar relatórios de faturamento junto aos convênios; supervisionar duas unidades e duas equipes; fazer relatórios; “preencher um monte de papel”; solucionar problemas com a secretaria de contas e faturamento; buscar garantir os exames (fosse para chamar para fazer, ou buscar os resultados para serem avaliados); solucionar questões junto à família, com o sujeito-do-cuidado, sujeito-cuidador e outros profissionais de saúde.

O médico não chegou, eu é que tenho que ir atrás do médico, perguntando que horas que irá comparecer na instituição. Fica tudo em cima do enfermeiro, para ele estar resolvendo, então isso demanda tempo. A verticalização da estrutura hospitalar dificulta que um {1} enfermeiro dê cobertura a duas unidades em áreas físicas diferentes, mesmo que o número de leitos seja considerado adequado por profissional. O ideal seria ter um número maior de enfermeiros, um {1} enfermeiro por andar e redução da burocracia (PE11).

Considerando-se os diversos olhares e as observações de campo, pode-se afirmar que havia uma concordância em relação à necessidade do enfermeiro desempenhar o seu papel “assistencial de cuidador”, no entanto as condições objetivas

do trabalho se contrapunham ao mencionado como desejo e necessidade.

c) O papel dos diferentes profissionais da equipe de saúde, na visão dos entrevistados

As unidades recebiam o sujeito-do-cuidado com intercorrência clínica ou cirúrgica das diversas especialidades e com diferentes graus de complexidade. Com o objetivo de otimizar os resultados obtidos pela equipe de saúde, os gestores viam na enfermagem o elo do trabalho assistencial, principalmente no que dizia respeito a trabalho médico. Os sujeitos-do-cuidado eram organizados nas unidades, por especialidades médicas, esperando com isso que “haja um melhor resultado deste trabalho, da assistência (PG1; PG2)”.

Na realidade todo o trabalho visível do médico, 80 a 90% da atuação do médico em que é percebido pelo paciente, é através da assistência da enfermagem, do cuidado básico, a medicação, a atenção. Até mesmo a atenção a uma queixa e a transposição desta queixa para o médico, ela é feita através da enfermagem. Sendo ela de nível técnico ou superior, vamos nivelar nesse momento, pois enfermagem é enfermagem. Então você tem a enfermeira como interface fundamental, pois o médico tem uma presença física menor junto ao paciente, e aquilo que o paciente vai perceber enquanto tratamento, enquanto atenção, enquanto cuidado, vem através da enfermeira. De toda a forma, ela é a continuidade, pois ela que vai dar o toque final de qualidade e de resultado no tratamento médico. Então ela é fundamental nesse entrosamento (PG1).

O trabalho em saúde era percebido pelos gestores e profissionais como um trabalho em equipe, sendo esse trabalho em equipe sinônimo de trabalho multidisciplinar.

No trabalho em equipe, é necessário criar esse elo de assistência ininterrupta. Eu tenho que esperar que você faça a sua parte e você esperar que eu faça a minha. Para que eu saiba a sua parte, eu tenho que confiar e estar informado e para que você saiba a minha parte (PG2).

O médico faz uma visita diária ao paciente e estabelece a terapêutica [...]. O fisioterapeuta é responsável por fisioterapia motora e respiratória. Tanto o fisioterapeuta como a enfermagem aspiram os doentes quando necessário. A nutricionista não convive diretamente com a enfermagem, ela é responsável pela nutrição do doente (PT19).

O médico tende a dividir mais as responsabilidades da assistência ao paciente hospitalizado. O paciente é complexo, e, até por uma questão de tempo, não é possível o médico assumir a parte nutricional, recomendações fisioterápicas, a parte de cuidados de enfermagem, a parte de medicamentos. Cabe ao médico estabelecer um diagnóstico e uma

terapêutica. No contexto da terapêutica, vem a equipe multidisciplinar, colaborando cada um na sua área de conhecimento específico (PP13).

A composição da equipe dizia respeito aos avanços do conhecimento para dar conta da complexidade do cuidado às pessoas, mas a viabilidade econômica influenciava na disponibilidade dos diversos profissionais, como parte da equipe de saúde.

O fisioterapeuta tem ganhado muito mais terreno na participação com o paciente do que a enfermagem, quer dizer, por menos história de especialidade, e hoje tem muito mais peso do que a enfermagem, tem muito mais anos de curso ou de formação. E a terapia nutricional também tem ganho e isso nos ajuda muito, porque detecta precocemente a anormalidade de perda de peso significativa, já estabelece estratégia de suporte nutricional, então adiantou o serviço. A fonoaudióloga, principalmente para pacientes idosos, e sinto muita falta da terapeuta ocupacional, pois percebo que os pacientes em internações prolongadas são carentes de ocupação. Sinto que esta profissão ainda não foi incorporada no processo de equipe multidisciplinar, precisam de um reconhecimento maior para ter a importância. Por outro lado, lembro que a participação de todos estes profissionais na equipe multidisciplinar e na assistência tem o limite do impacto econômico (PP13).

Destacaram que era necessária uma organização para dar conta da assistência ininterrupta nas 24 horas e que, para sua melhor qualificação, era preciso um trabalho em equipe, no sentido de colaboração, complementaridade e certa identidade de objetivos entre os membros de uma mesma profissão e entre as diversas profissões.

A instituição não precisa de um Pavarotti, não precisa do melhor médico do mundo, e nem do pior médico do mundo, precisa de uma equipe bem treinada. O trabalho de equipe multidisciplinar é entendido como se fosse uma cadeia, que o seu trabalho acabou o meu continua, e não fragmentado (PG2).

O melhor exemplo de trabalho de equipe, na minha vivência, é a unidade de terapia intensiva. Se a equipe for heterogênea, a mortalidade é maior, se a equipe for mais homogênea nas condutas, os resultados são melhores. As condutas anteriores e vice-versa, em um plantão, vão refletir no plantão seguinte (PP13).

Um dos profissionais de saúde entrevistado demonstrou ainda preocupação com o distanciamento de profissionais médicos/internistas dos sujeitos-do-cuidado, uma

vez que os mesmos eram contratados apenas para cobrir plantões, atender intercorrências, não possuindo vínculo empregatício e nem nenhum estímulo para estabelecimento de aderência institucional.

O internista não conhece a história do paciente e não tem compromisso com o doente e o resultado da assistência prestada. Deveria ser cobrado um pouco mais de compromisso com o doente e com a instituição. Alguns têm e outros não têm, algumas clínicas se aderiram bem, outras não. Nas intercorrências, o internista simplesmente prescreve para os sinais e sintomas, como se fossem farmacêuticos e, não, médicos: se está com a pressão alta, eu dou um anti-hipertensivo; se está com cefaléia, eu dou um analgésico; se está com vômito, eu dou um antiemético. É preferível ter residência. Porque, na residência, a pessoa veste a camisa da instituição. Ela fica aí direto e conhece os pacientes (PP13).

A política contratual dos médicos exemplificava o caráter privado da instituição.

Uma vez, alguns médicos queriam entrar aqui, mas eles eram do corpo clínico de outro hospital. Aí o dono do hospital disse assim: “Ou vocês ficam aqui, ou no outro hospital, eu não aceito que vocês fiquem nos dois.”. E aí o pessoal pôs o rabinho entre as pernas e foram embora. Por quê? Porque ele não quer dois senhores, entendeu? – “Você vai trabalhar no meu concorrente? Na minha cara? Eu que sou dono deste hospital e vocês vão trabalhar em outro?”(PP13)

Os usuários também identificaram o parcelamento das responsabilidades no trabalho da equipe de enfermagem e de saúde. Descreveram aspectos positivos e negativos, no que dizia respeito à organização do trabalho em saúde e ao papel desempenhado pelos diversos profissionais na assistência. Identificaram como aspecto positivo que os diversos profissionais de saúde abordavam diferentes aspectos e possuíam responsabilidades distintas. O médico via o quadro clínico, de modo geral; a fisioterapia via as dificuldades de mobilização e capacidade respiratória; a enfermagem prestava os cuidados diretos ao sujeito-do-cuidado, incluindo administração de medicações, a realização de ações de higiene corporal e oral, dentre outras; o fonoaudiólogo verificava se o paciente podia começar com alimentação oral e se estava deglutindo adequadamente os alimentos. Cada um cumprindo a sua função, possibilitaria uma atenção integral, completa, ao sujeito hospitalizado.

Destacaram a necessidade da colaboração entre os diversos membros da equipe.

Entendiam, também, que a equipe responsabilizava-se pelo conjunto da assistência ao sujeito-do-cuidado que se encontrava internado a qual era desenvolvida de forma articulada, em busca de soluções aos seus problemas. Percebiam que os diversos profissionais eram tecnicamente treinados e coordenados pelo médico, mas que era necessária uma comunicação mais eficiente entre os mesmos (PU5; PU6; PU7; PU8, PU9).

Seja {a equipe} multidisciplinar, que atua em áreas específicas, eles contribuíram para reforçar essa recomendação de que ele saia da cama e vá para a cadeira, então os vários profissionais contribuíram (PU5).

Considerando-se as observações de campo e registros documentais, compunham a equipe básica os enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, médicos, fisioterapeutas e nutricionistas. Os demais profissionais, como o psicólogo, fonoaudiólogos e médicos especialistas, eram chamados, quando necessário. Havia certo grau de interação entre os membros da equipe de saúde, mas ainda não se constituía em um trabalho de equipe como formulado por Pimenta Filho.

[...] Uma equipe de trabalho é aquela que reconhecendo e discutindo suas dificuldades, pode construir mecanismos coletivos capazes de superá-las, que não se exime de expressar seus interesses, suas qualidades, seus defeitos e seus limites. [...] Uma equipe de trabalho é aquela onde cada componente ou indivíduo participante pode se expressar, pode se colocar. Onde a existência do coletivo não se torna um impeditivo para a expressão da individualidade, não sendo, portanto, o impeditivo da expressão da singularidade de cada um (PIMENTA FILHO, 2005, p. 1).

5.2.2 Divisão do trabalho na unidade de internação

Critérios para distribuição do pessoal de enfermagem/leito

Os enfermeiros e gerentes de enfermagem descreveram a metodologia utilizada para distribuição dos sujeitos-do-cuidado por sujeito trabalhador de enfermagem, nas unidades de internação.

Então eu trabalho com três auxiliares de enfermagem, tenho a ajuda da maqueira, que ela cobre o hospital inteiro, mas ela permanece mais aqui no meu andar, no décimo terceiro. São 13 leitos. A gente distribui esses 13

leitos para os três funcionários. Dá quatro leitos, mais ou menos, para cada um; sobra um, que vai ficar com cinco leitos (PE10).

A enfermeira responsável pela unidade elaborava uma escala mensal de trabalho e realizava alterações diárias, quando necessárias (PG3; PG4; PE10; PE11).

{Para elaboração da escala mensal} existem critérios como: a posição do leito {em relação} ao posto de enfermagem, o nível de complexidade do paciente. Aqueles pacientes mais complexos, o funcionário teria que ficar com um número menor, e a questão da distância mesmo e a adequação do próprio funcionário ao paciente. Essas regras ficam a critério do funcionário e do enfermeiro. Mediante a situação de momento, ele realiza a divisão (PE11).

A escala mensal de trabalho definia a distribuição de leitos/apartamentos por sujeito-cuidador de nível médio. Muitos auxiliares consideravam o período de 30 dias muito prolongado para o rodízio, modificando o período, na prática, para 15 dias. Essa escala funcionava como referência para os familiares/acompanhantes, sujeitos-do-cuidado e médicos, sobre quem estaria responsável por cuidar integralmente do paciente, porque todos os sujeitos-cuidadores podiam atender intercorrência (PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22; PP13; PP14).

Os médicos sabem que eu sou enfermeira do andar. [...] Eles sabem exatamente, que a Fulana está no apartamento 1304 e isso, para mim, é interessante, porque eu não preciso chegar todo dia e falar quem está no 1304, porque eles já sabem que a gente tem a escala. E já acostumam ver o funcionário ali. Então eles já trabalham vendo que a escala esse mês é a Fulana. {vão até ela e perguntam} 'Você que está com o meu paciente, né? Eu queria que você fizesse isso e isso...' (PE10).

Segundo alguns entrevistados, as alterações na escala dependiam das boas relações de equipe; discutiam e redividiam os sujeitos-do-cuidado, para não sobrecarregar o colega, caso contrário, a escala permanecia como estava prevista. A enfermeira da unidade não tinha como prática diária reavaliar essa escala para realizar alterações necessárias, o que acarretava insatisfação por parte de alguns auxiliares, que identificavam nela a responsabilidade quanto a essa função (PT16; PT17; PT21; PT15;

PT22).

Tem a escala. Por exemplo, um funcionário fica de tal leito a tal leito, outro de tal leito a tal leito. Nem sempre tem resolvido. Por exemplo, tem 10 pacientes pesados... não, tem cinco pacientes pesados. E a escala é de um a cinco, mas tinha cinco pacientes pesados. Então, quando tem uma equipe boa de trabalho, a gente muda entre a gente. Eu vou ficar com cinco pacientes pesados? [...] Eu pego um, você pega outro. Te ajuda? – “Ajuda, ajuda muito.” – Ai a gente redivide, entre a gente. É a gente mesmo que pega e faz. O supervisor poderia fazer isso também (PT16).

Porque três pacientes super dependentes, você fica muito sobrecarregada. Você entra e não consegue ficar menos de uma hora com o paciente, dependendo da patologia dele. É lógico que você tem a equipe te apoiando, mas a responsabilidade é toda sua. Já aconteceu e não pedi para o enfermeiro reavaliar. É, porque eu acho assim, a gente é muito cobrada. Você tem que fazer, você tem que dar conta de tudo, mas a enfermeira, nossa supervisora, está aqui para te acompanhar. Se ela está vendo que está sobrecarregado e tem mais três funcionários em uma escala mais tranqüila, acho que deveria partir dela a alteração (PT21).

Os afastamentos previstos sem reposição e os não previstos geravam sobrecarga de trabalho e também dificultavam a assistência e a integração das equipes de enfermagem e de saúde, sendo um importante item gerador de insatisfação (PT16; PT18; PT19; PG3; PG4).

O principal exemplo é o remanejamento de força de trabalho de enfermagem, por ausência de auxiliar de enfermagem ao trabalho. Esta ausência acarreta sobrecarga e insatisfação no trabalho, pois a dificuldade para reposição, nesta situação, é grande. Agravado pelo fato de que alguns trabalhadores têm facilidade de apresentar atestados, sem estarem doentes (PG4).

Apesar das escalas de divisão de trabalho elaboradas pelos enfermeiros, um deles relatou que eram realizados, diariamente, muitos remanejamentos por motivos distintos, como: alta rotatividade de auxiliares de enfermagem na instituição; ausências de auxiliares, sejam na própria unidade ou em outra; e necessidade de remanejamento de auxiliares de sua unidade, para dar cobertura em outras unidades que estivessem com maior sobrecarga de trabalho.

Todo mês eu faço uma escala, eu divido os leitos, mas é aquele negócio falho. E, no dia que não vem funcionário, como é que eu posso trabalhar com isso? Eu tenho que ligar para alguém: Gente como é que eu faço? E às vezes a gente discute assim: “Ah, não, três seguram muito bem.”. Às vezes

eu não estou no andar, vem outro enfermeiro: “Fulano, desce aqui, porque está precisando de você em outro andar.”. Eu chego aqui no andar: Cadê fulano de tal? Foi lá para o décimo andar, porque temos dois pacientes acamados, então precisa de mais gente lá (PE10).

Eu fiz o que eu pude, lá embaixo, de manhã. Eu abri todas as evoluções, dei banho de leito, fiz curativo e tal, para poder adiantar, porque sobrecarrega. Só que também é ruim para mim, porque eu faço lá em baixo, aí eu subo e faço aqui em cima também. Então esse negócio é ruim. Por isso que deveriam ser quatro em todos os andares, e pronto. Você vê que, quando uma tira férias, sobrecarrega todo mundo. Porque vai ficar aquele mês inteiro de duas. [...] Então, nesta situação, a gente não fazia horário para o almoço, a gente almoçava correndo, às vezes não tomava o café à tarde(.) (PT19).

Estratégias apontadas pelo gestor, para definição da ampliação ou redução da força de trabalho, eram: a qualificação de todos os trabalhadores de enfermagem, para assistir qualquer demanda assistencial; os remanejamentos internos, sempre que houvesse necessidade, a critério do enfermeiro; e a avaliação do grau de dependência de cuidados do sujeito-hospitalizado.

Hoje [...] eu tenho o processo de cobertura de um andar e outro. Ou seja, hoje eu não tenho um andar estanque, eu não tenho um corpo de enfermagem dando assistência só a um andar; se necessário há uma cobertura de um andar subsequente. À medida que o andar vai ganhando especificidade, existe uma atualização da necessidade de pessoal, por exemplo: quando eu interno um paciente queimado, grande queimado, eu coloco naquele andar... praticamente quase que uma pessoa por paciente, porque, para movimentar a cama, ele precisa de ajuda. Curativo, uma hora a uma hora e meia; ele tem que trocar os curativos todos. Para dar o banho, outra hora. É um paciente que, praticamente, ele ganha um auxiliar/técnico de enfermagem exclusivo para cuidar dele, porque, caso contrário, sobrecarregaria demais os outros. Por outro lado, quando eu tenho um andar clínico tranqüilo, existe um remanejamento destes profissionais para outras unidades que estão mais sobrecarregadas. Esta movimentação a coordenadora tem autonomia para realizar: Ela reloca, desloca a hora que ela quiser, por isso que eu não tenho uma especialização muito grande. Então todo mundo passa pela educação continuada, por um aprendizado geral das demandas do hospital (PG1).

Na visão dos trabalhadores de enfermagem, as combinações de fatores, como rotatividade, tempo de permanência de doentes e perfil do doente, eram indicadores estratégicos na definição do dimensionamento de enfermagem (PE10; PE11; PT15;

PE10; PE11; PE12; PT19; PT16; PT15; PT22).

Tem que estar sendo reavaliado {o} nível de dependência de paciente: “Olha, eu tenho, na unidade tal, nove pacientes acamados.”. Não, não é apenas um número de leitos por funcionários, é o grau de dependência dos pacientes daquela unidade, eu acho que é por aí. Porque às vezes as pessoas falam: “Ah, o banho de leito...”. Mas não é só o banho, tem a mudança de decúbito, ligado à dieta de tanto em tanto tempo, tem que passar o paciente da cadeira para a cama e da cama para a cadeira. Então, assim, são coisas que realmente a gente tem que estar fazendo: aspiração, um número de medicação maior, um número de intervenções de enfermagem maior. Então, assim, quanto maior a dependência do paciente, maior é o número de vezes que a gente vai ter que estar entrando no quarto (PT22).

Tipo de paciente que interna aqui, entendeu? Eu acho que isso é fundamental. A rotatividade dos pacientes também é demais. Eu acho que exige. Na verdade, não é nem porque rode demais, eu acho que, a cada dia, você vai estar lidando com familiares diferentes, pacientes diferentes, e a cobrança é diferente. Às vezes, você começa a acostumar com o jeito daquela família, o jeito daquele paciente, ele já teve alta no pós-operatório e aí vem outra. Vamos ter que trabalhar tudo em cima de novo. Então eu acho que ter mais uma pessoa, eu acho que seria mais fácil (PE10).

Contrariamente à posição do gestor, uma dos enfermeiros apontou os remanejamentos freqüentes da força de trabalho de enfermagem, como um parâmetro que comprometia qualitativamente a assistência prestada.

Eu vejo muito que a equipe é a cara do andar. Então eu acho que, de certa forma, desgasta um pouco a equipe, entendeu? Você está tendo que sair do seu andar para cobrir e, chega lá, pega tudo meio perdido, não conhece os pacientes. Então eu sempre bati na tecla, mesmo aqui eu falo com a Coordenadora de Enfermagem da Unidade de Internação, eu falei com a Gerente Assistencial, entendeu? Desde que a outra enfermeira saiu, estou aqui no andar. Eu já rodei, já saí daqui, mas é assim. A gente cria um ambiente com a nossa cara, a gente monta a equipe de acordo com o que a gente está acostumada e, quando você é remanejado, você cai de pára-quedas no lugar e, de certa forma, você vai ficar ali no andar só naquele momento. Então, quer dizer, eu acho que cada andar tinha que ter a cara da equipe. Eu acho que o remanejamento é prejudicial. A equipe já conhece o jeito de trabalhar de cada um, naquele ambiente. Como é que a gente vai estar fazendo as coisas? Quando você vai para outro andar, você vai ter que se adequar e, às vezes, o tempo é curto para você fazer isso. Mas, porque lá em cima eu trabalho é assim, e aí já cria aquele atrito (PE10).

Na observação de campo, identificaram-se as dificuldades na adequação de pessoal de enfermagem para atender às exigências/necessidades de cuidado do doente,

especialmente pela imprevisibilidade ou instabilidade do quadro clínico e necessidades do sujeito-do-cuidado. Essa instabilidade gerava mudanças freqüentes de trabalhadores, de uma unidade para outra. Esse fato é consoante ao encontrado na literatura, que aponta a importância da definição diária do perfil do doente internado, para auxiliar a superar essa dificuldade. Estudos nacionais já disponibilizam métodos de classificação dos doentes, como é possível observar nos trabalhos de Ribeiro (1972), Fugulin (1997; 2002), Perroca (1996; 2001), Perroca e Gaidizinski (1998).

A rotatividade ou remanejamento de força de trabalho entre as unidades de internação na instituição, conforme descrito anteriormente, se por um lado pode afetar as relações de equipe, por outro facilita a redução de sobrecarga de trabalho, quando obedece ao critério da complexidade assistencial. No entanto, há resistência do sujeito cuidador e das gerências de unidade para efetivar esses remanejamentos, mesmo quando uma unidade está tranqüila e outra sobrecarregada. Uma das explicações possíveis para essa reação pode ser o que Dejours (1992) descreve em seus estudos, de que as mudanças de setor de trabalho reativam a ansiedade do trabalhador frente ao desconhecido, pois ele não conhece “dicas” ou “macetes”, na nova atividade. A rotatividade, ou remanejamentos, de força de trabalho, portanto representa uma situação de mudança efetiva de setor, o que pode gerar insegurança e desgaste, porque o trabalhador deverá se adaptar às novas funções, desenvolver novas relações, ou seja, é um novo trabalho.

No que diz respeito ao perfil de gravidade do doente, a experiência e/ou conhecimento do trabalhador para lidar com esse doente e com a tecnologia de assistência que envolvia o cuidado, os gestores vinham utilizando a estratégia de concentração de doentes de uma mesma especialidade, com a mesma complexidade e com características de cuidados similares, internados em uma mesma unidade (PG1; PG2; PG3; PG4).

Isso é tranqüilo que muda, nós estamos querendo montar a clínica de dor, tratamento de dor pós-operatório. Mando um doente com um cateter peridural e uma pessoa injeta um remédio inadvertido nele! É óbvio que isto influi, a gravidade do doente influi. E aí tem um problema, porque, se eu escolho profissionais de altíssima qualidade e coloco os pacientes mais graves, aí eu os estou penalizando. Você treina uma pessoa, ela dá aquela assistência, e o outro do andar de baixo fica com o doente menos grave. Quem trabalha bem fica penalizado. Então eu não sei como a gente vai

resolver isso, mas a gente está tentando fazer assim: determinados andares para neuro, de tal forma que a pessoa consiga habituar e atender aquele tipo de doença mais grave com cateter, com uma pressão intracraniana. Então eu acho que o tipo de doente dificulta e até inviabiliza o trabalho de um grupo de enfermagem, se a complexidade for muito grande (PG2).

Para além das estratégias apontadas pelas fórmulas de dimensionamento de pessoal, as gerências de enfermagem, enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem incluíam, como estratégia possível, a rotatividade do sujeito-do-cuidado, conforme perfil de complexidade, a partir da avaliação do seu estado de saúde, na solicitação de internação. Solicitavam, também, a inclusão no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem da cobertura para descanso e alimentação, conforme verificado nos discursos abaixo:

E seria muito importante também se a gente conseguisse um relacionamento com a admissão do hospital. Com a internação, para direcionar aquele paciente para o setor onde a gente visse que a assistência não ia ficar muito diferenciada dos outros. Hoje, a internação, ela não pede a opinião do enfermeiro. Então eles internam, seguindo os leitos vagos do hospital. Às vezes, vamos supor, eu tenho uma falta naquele dia, naquele andar e, se eu tenho um outro andar que está mais completo, porque não direcionar essa internação para outro andar que está mais completo? Ao invés de deslocar o funcionário, estou deslocando o paciente, sem prejuízo (PG4).

Faz parte do trabalho a questão da alimentação e do descanso. Ela precisa ser incluída porque, nesse momento em que o funcionário está alimentando ou descansando, você precisa ter um número equilibrado de funcionários, para poder realizar o trabalho de forma igualitária (PE11).

Essa política permite remanejamentos de sujeitos-cuidadores ou sujeito-do-cuidado para as diversas unidades de internação, sempre que necessário, favorecendo adequação de força de trabalho às demandas assistenciais, sem aumentar custos com novas contratações.

Segundo os estudos de Dejours (1992, p. 121), as ausências ao trabalho ou mesmo a rotatividade nas empresas podem ser explicadas, quando o limiar coletivo de tolerância ao trabalho é ultrapassado. Em consequência, pode acontecer que o sujeito trabalhador, isoladamente, não consiga manter o ritmo de trabalho ou manter seu equilíbrio mental, e adote soluções individuais. A primeira seria largar o trabalho,

trocar de posto ou mudar de empresa, e a segunda solução é representada pelo absenteísmo.

Na visão dos gestores e dos trabalhadores de enfermagem, existiam situações especiais para as quais era contratado um sujeito-cuidador/auxiliar exclusivo, para assistir um determinado sujeito-do-cuidado. Dentre elas, estavam aquelas em que o sujeito-do-cuidado ou acompanhantes/ familiares eram considerado de risco, fosse pela demanda de cuidados especiais, ou para garantir a sua segurança física (por exemplo a situação de uma esposa que tinha risco de agredir seu esposo, o sujeito hospitalizado); assim como situações onde havia risco de reclamações que pudessem acarretar problemas institucionais.

Em alguns casos de pacientes especiais ou pacientes que demandam um cuidado, assim, extraordinário, que não seria de UTI. Mas, por exemplo, acompanhantes com problema, relacionamentos complicados... paciente que tinha um relacionamento péssimo com o cônjuge e havia uma nítida ameaça à integridade do paciente... um negócio fora dos padrões... pacientes com tentativas de auto-extermínio... ou aqueles pacientes com nível de exigência de cuidados elevado, como sonda, com determinados tipos de alimentação enteral, com fatores neurológicos de comprometimento... A gente prefere, neste caso, colocar alguém focado naquele paciente, mas é exceção. Mas, como regra, não. Ou seja, a família é identificação de fator de risco, que é um complicador (PG1).

No que diz respeito à percepção dos usuários, foi identificado que nem todos tinham conhecimento da existência de uma escala e nem identificavam, com facilidade, o sujeito-cuidador responsável pelo seu atendimento. Metade mencionou que havia tomado conhecimento desse fato, quando o enfermeiro lhe apresentou o sujeito-trabalhador responsável por cuidá-lo (PU6; PU7). Já os outros identificaram exatamente o inverso: que as pessoas se apresentavam e que inclusive comunicavam os possíveis atrasos no atendimento (PU5; PU8).

Na divisão do trabalho da enfermagem, nas unidades estudadas, as necessidades/demandas dos sujeitos-do-cuidado eram primordiais na divisão do trabalho, fosse pela exigência de cuidados, devido à sua complexidade ou grau de dependência, e/ou pelo nível de exigência no atendimento, medido por queixas ou reclamações do acompanhante e familiar, ou do próprio sujeito-do-cuidado.

O modelo assistencial da enfermagem

A característica do trabalho da enfermagem, na assistência direta ao sujeito-do-cuidado, era predominantemente compatível com o modelo de cuidados integrais (escala sujeito-trabalhador/sujeito-do-cuidado), com exceção às quimioterapias, hemotransfução, cuidados complexos realizados pelos enfermeiros e intercorrência de enfermagem (todos os sujeitos-cuidadores podiam fazê-lo). No entanto, em situações de assistência indireta, o modelo predominante identificado foi o de cuidado por tarefa ou funcional (escala de assistência indireta, organização da unidade, transporte do sujeito-do-cuidado). Nas unidades de internação estudadas, o gerenciamento de enfermagem, tanto dos “cuidados funcionais” quanto dos “cuidados integrais”, era feito pelo enfermeiro.

A assistência de enfermagem era organizada por turno, permitindo que os sujeitos-cuidadores fossem responsáveis pelo atendimento integral ao sujeito-do-cuidado, ou seja, atendimento de todas as suas necessidades assistenciais. Isto possibilitava ao sujeito-cuidador uma visão global desse sujeito-do-cuidado, tornando o trabalho mais criativo e menos alienante.

Em algumas situações citadas anteriormente, no intuito de viabilizar o atendimento, devido à redução de força de trabalho ou devido à complexidade da assistência (hemotransfusão, quimioterapia), o modelo adotado era o “cuidado funcional”. Nessas situações, verificava-se uma quebra parcial da integralidade do sujeito-do-cuidado, com perda da visão da complexidade assistencial. Mas, apesar disso, o modelo adotado foi majoritariamente o de “cuidados integrais”.

Na visão dos gestores, dos enfermeiros, dos auxiliares e técnicos de enfermagem, e dos outros profissionais de saúde, o modelo de cuidados integrais com assistência individualizada era considerado como o ideal, por proporcionar uma relação entre sujeito-cuidador e sujeito-do-cuidado, de modo que o planejamento assistencial fosse realizado de comum acordo entre eles, e a assistência não era fragmentada, como no modelo de cuidados funcionais, ou por tarefas (PG1; PG3; PG4; PE10; PE11; PE12; PT20, PT15, PT22; PT17; PT19; PP13; PP14).

Com o cuidado integral, eu conheço melhor o paciente, estou mais presente

e sei o que estou fazendo e o que está acontecendo com ele, para repassar ao meu supervisor e aos outros profissionais. Acredito que este modelo de trabalho é muito bom, pois o número de queixas no SAC é muito pequeno e os pacientes sempre retornam ao andar, quando necessitam de reinternação (PT20).

Acrescentaram ainda que, para viabilizar a proposta de cuidados integrais vigente, era necessário que os sujeitos-cuidadores estivessem capacitados a desenvolver todas as atividades assistenciais dentro do seu nível de formação, ou seja, precisava-se de pessoal qualificado e treinado. Em situações acima de sua capacidade legal e de conhecimento, eles eram orientados a recorrer ao supervisor de enfermagem ou ao médico de plantão, ou ao médico titular do paciente.

Em relação à qualificação requerida do profissional de enfermagem de nível médio, para atuar nas unidades de internação, existiu divergência entre os membros da equipe de enfermagem.

É um modelo assistencial que ainda precisa de atualizações, de melhorias, principalmente do ponto de vista da equipe de enfermagem. Nós contamos com uma equipe, no andar, de auxiliares, e necessitaria de uma categoria de técnicos, devido o perfil dos doentes, permitindo a evolução e melhoria do processo de trabalho (PE11).

A equipe é composta de auxiliar de enfermagem, porque ainda na unidade de internação não tem necessidade de serem todos técnicos, setor aberto (PE10).

Se eu fosse contratar enfermagem para esta unidade, eu acho que deveria ser o técnico. É uma unidade que tem pacientes muito dependentes, pacientes que vêm do CTI... os aparelhos que a gente mexe o tempo todo... paciente monitorizado, paciente em ventilação, aspirar ao paciente... Acho que, se precisar sondar ele rápido, é uma coisa que o técnico pode fazer, numa emergência, numa parada. Eu acho que o técnico de enfermagem, ele tem mais, não é nem mais capacidade, é ver que está mais preparado, ele tem mais conhecimento, mais experiência. Por que a gente já passou por um CTI, a gente está acostumada a mexer com paciente grave (PT15).

Essa escolha de composição da força de trabalho de enfermagem e a divisão de trabalho correspondem à lógica do caráter privado da instituição, que é a de ampliar o lucro e, dessa forma, optar por diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho em enfermagem, mesmo que isto gere insatisfação ao sujeito-cuidador.

Uma vez, teve uma auditoria interna aqui, rigorosíssima, e eu estava em um andar e eles vieram justamente no meu andar avaliar. Olharam carrinho,

olharam tudo e perguntaram: “Quantos técnicos você tem aqui?” – Eu disse: Três. Três eram realmente técnicos, deu o maior problema, que eles estavam com carteira assinada como auxiliar. Nossa! A chefia quase me matou – “Você está louca?” – Eu esqueci, porque esses meninos são técnicos, então, assim, foi sem querer. – “Você vai ter que ir lá, ligar e falar.” – Foi um descuido e até eles, na hora que eu falei, eles gostaram que eu falei que são técnicos, mas na verdade foi prejudicial, [porque] aqui eles são auxiliares (PE10).

Essa política de redução de custos, com a contratação de força de trabalho de enfermagem de técnicos como auxiliares, desconsiderando sua formação, foi também encontrada em estudos de Peduzzi et al (2004, p. 72-73), onde constataram que:

Embora a formação do técnico de enfermagem esteja regulamentada, no país, desde 1986, ocorre expansão de cursos e dos respectivos egressos, sem a criação de postos de trabalho correspondentes. Assim sendo, observa-se nos serviços de saúde públicos e privados, significativa contratação de técnicos de enfermagem como auxiliares de enfermagem, desconsiderando sua formação. Dos 101 técnicos de enfermagem que participaram como sujeitos da referida pesquisa, 31 deles estavam contratados como auxiliares de enfermagem e 01 como AOSD/Farmácia, portanto 32 (40,5%) estavam contratados em outra categoria.

A enfermeira do serviço de educação continuada revelou haver identificado que a contratação de técnicos de enfermagem como auxiliares (sem reconhecimento da formação técnica, inclusive salarialmente) tinha gerado insatisfação no trabalho, interferindo negativamente na produtividade.

A satisfação no trabalho, eu acho que isso é um fator que interfere muito. Então, a gente sabe que um funcionário insatisfeito, ele rende muito menos, ele se empenha muito menos, como é o caso dos técnicos contratados como auxiliares (PE12).

A assistência em enfermagem, no contexto do modelo assistencial em saúde

O modelo de assistência adotado na instituição acompanhava o modelo biomédico hegemônico na assistência em saúde, no país. O processo assistencial era contínuo e envolvia diferentes profissionais de saúde, mas mantinha-se a centralidade no diagnóstico médico e em suas prescrições. Os convênios privados de saúde também adotam essa lógica, o que dificultava o recebimento pelo hospital de procedimentos

que não eram realizados pelo médico. Por exemplo, a maioria dos convênios não paga assistência psicológica, nem alguns tipos de intervenção da fisioterapia.

O ato de cuidar, nas unidades de internação estudadas, resultava do trabalho coletivo de diferentes grupos de trabalhadores, com formações profissionais distintas; cada grupo desenvolvia ações parciais, com maior ou menor autonomia técnica e maior ou menor entendimento a respeito do sujeito-do-cuidado e das necessidades que demandassem a assistência de saúde.

Peduzzi et al (2004, p. 73) constataram, também, em seus estudos, que a prática dos profissionais de saúde é, em grande parte, modelada e orientada pelo trabalho médico (diagnóstico e prescrição médica). E que os trabalhadores de enfermagem, que representam aproximadamente 50% do total dos trabalhadores de saúde, também reproduzem o modelo hegemônico e, assim, tendem a assistir, em primeira instância, às demandas da equipe médica.

Um dos profissionais de saúde entrevistado apontou para a necessidade de superação do modelo biomédico hegemônico:

Uma alternativa para superação desta situação é o profissionalismo maior de cada profissional de saúde, de tentar assumir um pouco mais de frações de responsabilidade, para que a coisa fique um pouco mais diluída e não fique sobrecarregada, não fique direcionado só para um profissional. Tem que haver compromisso de todos, no resultado, um verdadeiro trabalho de equipe, é trabalho multidisciplinar. Historicamente, essa relação vem melhorando, mas não vem melhorando no ritmo que se deseja (PP13).

No entanto, majoritariamente, os sujeitos trabalhadores reiteraram o modelo assistencial da biomedicina, pautado no saber clínico e centrado na assistência individual, com o foco predominante nas patologias. A perspectiva da integralidade do ser humano aparece um pouco mais no trabalho da enfermagem, mas a dimensão social e coletiva do processo saúde doença era praticamente inexistente.

5.3 As relações de trabalho e implicações no dimensionamento

5.3.1 As relações de trabalho na equipe de enfermagem

O trabalho da equipe de enfermagem da instituição estudada fundamentava-se na colaboração, o que é percebido na falas dos gestores de enfermagem, enfermeiros e auxiliares de enfermagem, apontando que problemas ocorridos na unidade eram problemas da equipe, e não de um sujeito trabalhador, isoladamente. Cada auxiliar de enfermagem era responsável por um número de sujeitos-do-cuidado, conforme escala, mas todos se ajudam. Isto permitia que o trabalho fosse agradável, favorecendo a integração da equipe (PT20, PT15, PT22; PT17; PT19; PG3; PE10; PE11).

Neste mesmo sentido, também estavam os auxílios mútuos, em caso de dúvidas relacionadas a questões técnicas, como permeabilidade de um acesso venoso, posicionamento de sondas, padrão respiratório, padrão de pressão arterial. Nesses casos, recorriam ao auxílio de um colega e, eventualmente, do supervisor, que nem sempre podia atendê-los de imediato.

Nem sempre a enfermeira está na unidade, porque ela fica escalada em mais de um andar. Às vezes ela está em outro andar e as auxiliares precisam esclarecer alguma dúvida. A auxiliar vai direto ao médico: “Doutor”, o senhor prescreveu essa glicemia, mas não deixou a correção.” – Eu dou esta liberdade das auxiliares estarem contatando os médicos, sem passar por mim(PE10).

O trabalho em equipe, com espírito de ajuda e companheirismo, era fundamental para o desenvolvimento do trabalho assistencial, além de contribuir para a satisfação no trabalho. O que era percebido, na prática, pela satisfação e disposição dos sujeitos-do-cuidado para o trabalho.

É um trabalho bom, que coloca a gente em contato muito direto com o paciente, e é uma assistência de enfermagem completa, como a gente fala. Aqui, a gente usa aquela filosofia: isso não é problema seu, é problema nosso. A partir do momento que o paciente está no andar, eu sou responsável por ele, porque, se acontecer alguma coisa com ele, eu também vou ter que iniciar manobra de ressuscitação, eu também vou ter que estar atendendo. Então a gente é muito disso, mas existe um que é responsável por estar evoluindo. Mas {se um doente} necessita de uma assistência de enfermagem imediata, própria, eu não quero saber se é meu, se é seu ou da outra pessoa, então a gente se organiza dessa forma (PT22).

É, porque nós temos aqui uma rotina entre nós, que, se eu disser assim: {Fulana}, entra no quarto comigo, para olhar tal coisa. – ela sabe que eu estou precisando, eu não chamo ela à toa. Ela {faz} a mesma coisa: “Dá uma olhada comigo aqui.” – Se eu tenho dúvida da posição de uma sonda, se eu tenho dúvida de um acesso percutâneo, se eu tenho dúvida da respiração (PT20).

Duas auxiliares de enfermagem expressaram que haviam vivenciado, na mesma instituição, momentos distintos de assistência com trabalho em equipe do tipo “agrupamento” e do tipo “integração”, no sentido de Peduzzi (2001). Apontaram que as diferenças encontradas no trabalho em equipe eram fortemente influenciadas pelas características individuais dos sujeitos participantes da equipe.

Bom, basicamente a gente trabalha em equipe. Antigamente, não poderia estar falando isso, pois era uma lei diferente da de agora. Era eu e mais duas funcionárias só que a gente trabalhava cada um por si, então quando eu voltava do almoço, tinha aquele monte de coisa para eu estar fazendo. Hoje é totalmente diferente, a gente trabalha mais em equipe, a equipe hoje é mais preparada, a gente trabalha mais como companheiros mesmo. Então, assim mudou muito, eu trabalho mais feliz, mais disposta (PT20).

No relacionamento de pessoal, eu tive dois momentos, no hospital, que foi quando eu cheguei e que eu não me senti bem recebida, realmente. Só que depois eu vim para o décimo terceiro e, aí, eu já estava pensando assim: Eu vou pedir conta, vou sair daqui! Eu não estava me sentindo bem Então eu não via essa maravilha que é o décimo terceiro andar, {no outro setor} existia uma certa competição, não existia cooperação (PT22).

Segundo Peduzzi (2001), é possível identificar dois modelos na constituição de equipes: o da “equipe agrupamento”, caracterizada pela justaposição de ações e agrupamento de agentes e o da “equipe integração”, caracterizada pela articulação de ações e interação entre os sujeitos. Acrescenta-se, ainda, a esse sentido de integração da equipe, o respeito mútuo no trabalho, pois todos estão sujeitos a vivenciar problemas pessoais que podem refletir no seu desempenho do trabalho. Além disso, características pessoais definem formas diferentes de trabalhar e estas precisam ser respeitadas.

Ainda nos aspectos positivos, destaca-se a manifestação de um auxiliar de enfermagem, que revela que a postura da gerência de enfermagem da unidade de

internação era de flexibilidade, disponibilidade, atenção, carinho, respeito, espírito humano.

Eu acho super interessante. Foi no natal, ano novo. Ela passou por todos os andares, abraçando todo mundo, mandou cartão para todo mundo, ela é uma pessoa muito humana. A minha colega, há pouco tempo, sofreu um aborto, passou por uma curetagem, e assim, quando ela ligava para a gerência de enfermagem, ela ficava até surpresa. Ela dizia assim: - “Oh, obrigada por você ter me ligado, por ter me avisado. O que você precisar, você avisa a gente, que a gente está aqui.” – Então assim, aquela coisa que cativa à gente. [...] Nossa! Isso faz toda a diferença, para a gente trabalhar. A gente trata as pessoas conforme a gente é tratada. Ela tem esse carinho todo, esse respeito todo com a gente. Porque a gente não vai ter com ela? A gente não tem nem coragem de falar um “não”, quando ela pede para a gente alguma coisa (PT15).

No olhar dos enfermeiros, a relação de trabalho com os auxiliares de enfermagem era “a melhor possível”, respeitosa. Quando chegava alguma novidade discutia-se sobre o assunto, mas quando a situação ou patologia era desconhecida, reconheciam suas limitação e, juntos, buscavam informações sobre as mesmas (PE10; PE11).

No entanto, foram identificados alguns problemas, no que diz respeito às relações da equipe de enfermagem com os gestores da área (PT16; PE12). Dentre eles, destacaram-se: críticas ao modelo de gestão, que era do tipo autoritário, identificando-se mais com os interesses da direção do que com os interesses dos sujeitos trabalhadores; falta de diálogo entre gestores e sujeitos trabalhadores; a existência de discriminação; estrutura hierárquica com postura autoritária dos ocupantes dos cargos superiores em relação à base, com posturas de coerção e ausência de espaço para abordar insatisfações e problemas vividos pelos sujeitos trabalhadores. Nesse sentido, um técnico de enfermagem mencionou o posicionamento de um enfermeiro que ilustra o descrito acima. “Eu sou enfermeiro, eu sei o que eu estou fazendo e você não sabe, porque você é auxiliar.” (PT16)”.

Uma vez, eu fui dar banho de leito no paciente, e era um banho de aspersão de cadeira. Só que, como era um paciente muito pesado, e eu sozinha no andar, não dava conta de dar banho de cadeira, pôr ele na cadeira... eu não tenho força suficiente para isso. Então eu falei com a filha: Posso dar um banho de leito? Vou dar uma caprichada no seu pai. Fiz a barba, fiz a higiene oral, passei creme, Dersani, passei tudo, bonitinho, perfume, ficou

todo cheiroso. E levei uma advertência, porque eu não comuniquei à supervisão que eu dei um banho de leito (PT16).

“Ou você faz, ou você se encaixa no modelo, ou você está fora!” – As trabalhadoras de enfermagem se sentem ameaçadas, e com medo de expressar sua opinião, pelo risco de sofrerem punições ou de serem demitidas. Acredito que uma postura de abertura, com disposição para ouvir e flexível, como é o caso de um outro gestor que não é da enfermagem, resultaria em impacto positivo nas relações intra-equipe e no resultado do trabalho. É insuficiente você dispor de um hospital de estrutura física excelente, com equipamentos de primeira geração se as pessoas que estão dentro dele estão insatisfeitas (PE12).

A relação de trabalho da gerência geral de enfermagem com as gerências intermediárias também foi apontada por um dos entrevistadas, como autoritária.

A gerência geral tem um perfil de extremo controle, controlando tudo que está acontecendo. Faz com que todos os coordenadores fiquem dependentes de sua autorização, sem autonomia de trabalho. Ela roda, realmente, o hospital todo. Por quê? Porque ela controla cada setor (PE12).

As relações de trabalho entre os sujeitos-cuidadores de nível médio eram majoritariamente colaborativas, aproximando-se do sentido de “equipe integração”. Já as relações das chefias de enfermagem e de alguns enfermeiros entre si, e com os trabalhadores de nível médio identificavam-se como de pouco diálogo e, muitas vezes, de práticas autoritárias.

5.3.2 Relações de trabalho da enfermagem com os sujeitos-do-cuidado e seus familiares

Na visão dos gerentes de enfermagem, dos enfermeiros, dos auxiliares de enfermagem e outros profissionais de saúde, a relação com os sujeitos-do-cuidado e familiares, na sua maioria, era muito boa. Desenvolviavam um trabalho com muito respeito, procurando evitar reclamações dos sujeitos-do-cuidado e familiares, dando prioridade ao cuidado e bem-estar do mesmo. Buscavam atender suas solicitações e

prioridades, cuidavam colocando afeto, carinho, em uma postura de disponibilidade para com o outro, e relatavam satisfação com a melhora dos sujeitos-do-cuidado, por terem contribuído nesse processo (PG3; PG4; PE10; PE11; PT15; PT16; PT19; PT20; PT21; PP13; PP14).

A gente procura sempre fazer aquele ambiente, onde tenha todo o respeito; prestando assistência de qualidade ao cliente, para que não possa ter reclamações [...]. A gente procura sempre um bom relacionamento com todo mundo, porque isso depende também o bem-estar do paciente. Se a gente está com um problema com a família, a gente trabalha com qualidade, para não ter problema com a família, não ter queixas. A gente não pode dar é o motivo (PT15).

Mas eu acho que o ponto forte que a gente tem é a qualidade da educação. A gente está sempre explicando a qualidade do atendimento, a presteza, a eficiência, ser uma pessoa solícita, eu acho que isso são pontos positivos. Os aspectos positivos da relação de enfermagem e familiares é que, quanto melhor inteirado você estiver com a família, mais fácil o atendimento (PG3).

A relação do pessoal de nível médio de enfermagem com a família, os aspectos positivos, eles são muito atenciosos, pacientes, tranquilos, respeitando mais a família, ouvindo mais. Eles não estão mais donos de si, igual era antes (PP14).

Os gestores de enfermagem, os enfermeiros, e os outros profissionais de saúde acrescentaram alguns aspectos dificultadores, na relação da enfermagem com os sujeitos-do-cuidado e seus familiares. A dificuldade mais freqüente era o conflito com familiares, em decorrência do alto nível de exigência ou impaciência destes, sem tolerância para atrasos ou demora, como aguardar qualquer atendimento, medicamento, troca de fraldas, por exemplo. Mencionaram também que ocorria interferência de familiares nos cuidados e procedimentos junto ao sujeito-do-cuidado, não lhes dando liberdade de fazer o seu trabalho, o que lhes causava ansiedade, estresse e insatisfação (PE11; PE12; PG3; PG4; PT16; PT17; PT19; PT20; PT21; PP13; PP14).

Os aspectos negativos é que, às vezes, o familiar, ele não tem aquela paciência, às vezes, de saber que você está em um procedimento, precisa aguardar um pouco para terminar aquele e atender o doente. Então ele faz esse entremeio, às vezes de forma positiva, às vezes de forma negativa. De forma negativa, porque ele quer naquela hora, e não quer saber o que está acontecendo. Então, às vezes, a gente tem acompanhantes desse jeito mesmo. Eu tenho que intervir, conversar, explicar o que está acontecendo (PG4).

Os acompanhantes. Geralmente, assim, os pacientes são assim uma gracinha, mas tem acompanhante que quase que você tem que ter um funcionário para o acompanhante, e um funcionário para o paciente. Às vezes eles interferem demais no seu trabalho. Acho que, porque é hospital particular, eles acham assim que tem que ser tudo a tempo e a hora. Tem que ter um atendimento sim, mas tem prioridades. Porque tem paciente que às vezes precisa trocar uma fralda, e tem paciente que precisa ser aspirado. Então, assim, é lógico que o atendimento tem que ser igual, mas tem gente que acha que tem que ser o tempo e a hora para eles e, quando tem acompanhante, é pior (PT21).

Tem lugares que os acompanhantes ajudam muito. No SUS, por exemplo. Aqui não, aqui ele chama mais. Aqui acompanhante é só de ficar lá. Às vezes o paciente quer ir ao banheiro e o acompanhante chama. Ele chama para tudo. O quarto está cheio de acompanhante, se precisar de levantar para ir ao banheiro, chama a enfermagem (PT19).

Os profissionais identificaram uma postura de desconfiança por parte dos familiares, a qual era entendida como uma insegurança inicial do familiar para com o trabalho da enfermagem, superada após um período de convivência: “é necessário compreender o momento de fragilidade, medo que o outro está vivendo, se colocar no lugar dele” (PT16; PT22).

Não... Não... Nossa, é verdade!... Às vezes é conflito, no início. Porque a família fica insegura, não te conhece, nunca te viu. E fala: “Você vai cuidar de mim?” {ou} “Não dou nada para essa menina, porque ela é novinha, não dou nada por ela.”. Ai depois, na maioria das vezes, eles vêem que as coisas não são bem assim. E já teve pacientes que falaram comigo: “Aquela menina do outro plantão, eu não dei nada por ela... Baixinha, pequenininha, meio doidinha, mas a menina é ótima!”. Com o tempo, você tem que passar confiança. Você passando confiança, o familiar e o paciente têm maior aceitação por você (PT16).

Para eles, é uma anormalidade, eles estão fragilizados, eles estão com medo, tem uma semana que você está na cama, está doente, está precisando de cuidados. Então eu acho que é por aí. Eu acho que o respeito, ele cabe em qualquer lugar, porque não é fácil a gente se colocar no lugar dele. Já pensou uma pessoa que você nunca viu tirando sua roupa? Uma pessoa que você nunca viu te dar banho? Acho que é uma relação de respeito que a gente tem que estabelecer com a família e com o doente (PT22).

Um auxiliar de enfermagem descreveu que a ausência de padronização de condutas na assistência de enfermagem gerava divergências e insegurança junto ao

sujeito-do-cuidado e seus familiares (PT16).

Agora os pontos negativos da enfermagem, em si, é cada um vai lá e fala uma coisa. Cada um dá seu ponto de vista e o que acontece? O paciente fica pirado, fica confuso, sem saber. Igual à história do Liquemine. Você fala que o Liquemine na barriga é melhor, mas por que fulano fez no braço? Então são coisas que cada um dá seu ponto de vista (PT16).

Outros auxiliares perceberam que a dificuldade ou influência, para que as relações de assistência não fossem sempre adequadas, era o que eles denominavam de “tratamento desrespeitoso ou não-educado” por parte do sujeito-do-cuidado com o sujeito-cuidador (PT16; PT19).

Em relação à enfermagem e aos pacientes, as relações nem sempre são boas. Tem uns que são muito educados, tem uns que reconhecem como toda profissão; tem uns que não estão nem aí. Eu acho que já é da pessoa mesmo, às vezes a pessoa já é arrogante, já é do gênio dela, aquela pessoa que já é sem educação. Tem pessoa que já é bem educada, que te agradece o tempo todo, ela tem educação (PT19).

Dentre as principais queixas dos sujeitos-do-cuidado e familiares, os auxiliares de enfermagem foram unânimes em relatar o atraso da medicação, de responsabilidade da farmácia (PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21). Acrescentado que, para o sujeito-do-cuidado e familiar, todos os problemas que surgiam na unidade eram vistos como de responsabilidade da enfermagem, mesmo que não estivessem relacionados aos mesmos (PT20; PT16).

Uma vez, teve um acompanhante que não esperava a gente buscar a medicação. Às vezes custa a chegar da farmácia, uns 15 a 20 minutos, e às vezes o pessoal lá de cima ainda não separou a medicação ainda e, quando a gente chega com a medicação aqui embaixo, o paciente e acompanhante estão bravíssimo com a gente (PT20).

Só que às vezes, o que acontece? Por exemplo, os médicos, aí ele fala: “Ah, o médico é assim e assado, ele não faz isso para mim.”. Conversa com ele, fala com ele: O que o senhor está querendo? Ai chega o médico no quarto e o médico é um Deus! Ai o que eles têm que falar, eles não falam. Eles falam com a gente. A reclamação, em si, de muitas coisas que ficam a desejar, vêm todas para gente, como se a gente fosse culpado de tudo. Se o médico não passou mais cedo, se o médico esqueceu de prescrever alguma medicação, isso a gente tem que ficar atento (PT16).

Um entrevistado relatou discordar da conduta da gerência de enfermagem, em solicitar à enfermagem tratamento diferenciado para alguns sujeitos-do-cuidado (PT16).

A nossa chefia de enfermagem, tem gente que morre de medo dela. Para mim, ela é uma pessoa normal. Às vezes, vem no andar para nos dizer que o paciente é importante, e é para dar uma atenção especial. Eu acho que não precisa disto, porque, para mim, eu trato todo mundo igual. Eu acho que a gente está lidando e cuidando de pessoas, e não do artista. Os elogios e as reclamações serão resultados deste atendimento (PT16).

Os usuários manifestaram, em sua maioria, existir um bom relacionamento entre os sujeitos-cuidadores e os sujeitos-do-cuidado. Referiram, ainda, que o trabalho da enfermagem no hospital transmitia tranquilidade aos familiares e aos sujeitos-do-cuidado. Suas solicitações de auxílio eram prontamente atendidas, dando-lhes segurança. O entrosamento humano foi visto como fundamental no atendimento, entendido por eles como tratamento respeitoso, carinhoso e atencioso (PU5; PU7; PU8).

Direito do paciente? É a consideração, em primeiro lugar, eu acho. A gente tem que ser considerada, respeitada, e a pessoa não se condeer da doença não, mas sentir que a pessoa que está necessitada, está aqui buscando uma cura. A toda hora, se eu chamar, a enfermagem vem, na hora que eu peço auxílio. Eles já saem daqui, na hora que eu sou atendida, e falam: “A hora em que a senhora precisar, pode me chamar.”. Isso é ótimo, é uma segurança muito forte para a gente (PU8).

O relacionamento é bom. Quando elas vêm, elas conversam direitinho, tratam com muito carinho, conversam muito com ela... Só que é aquilo, é tudo corrido, porque a gente vê que elas são sobrecarregadas (PU6).

Os usuários descreveram, ainda, que alguns conflitos que surgiam, nas suas relações com os sujeitos-cuidadores, estavam relacionados a fatores como: dificuldade em compreender o papel do acompanhante ou familiar, como um sujeito participante da assistência ao sujeito-do-cuidado; sujeitos-cuidadores atarefados ou sobrecarregados; ansiedade dos familiares por não entenderem o que estava acontecendo ou sendo feito com o sujeito-do-cuidado; o desconhecimento da

enfermagem em relação aos problemas que acarretaram a internação; atraso nas medicações e a não realização de procedimentos prescritos, como curativo noturno; e características distintas de personalidade dos sujeitos-cuidadores, que geravam insegurança aos familiares e ao sujeito-do-cuidado (PU6; PU7, PU8).

Às vezes, eles não acham muito bom da gente falar, então fica um pouco estremecido. Tem uns que não ligam, são mais calmos, são mais atenciosos, entendem o que a gente pede, mas tem outras que, às vezes, fecham a cara, não gostam muito do que falamos. Então, assim, às vezes dá um certo clima, mas passa também. Então talvez seja por isso que as coisas deixam a desejar, porque tem essa falha de que a gente tem que ficar pedindo para fazer isso, para fazer aquilo, e elas estão sempre assim, muito atarefadas. Precisam fazer outras coisas. Então isso aí a gente nota mesmo. E às vezes chama, demora um pouquinho a atender, porque estava em um outro apartamento, e a pessoa às vezes está sozinha. Seria ótimo se elas entendessem, por exemplo, que a gente fala para o bem do paciente, que a gente está preocupado... Que explicasse mais para a gente, quando a gente pergunta alguma coisa, porque, na verdade, a gente não entende o porquê que está acontecendo isso, ou porque que está acontecendo aquilo. Então não levasse isso para o lado, assim, de ofensa, de achar que ela não está fazendo o trabalho direito. Que ela tivesse uma atenção melhor, procurasse entender mais o acompanhante (PU6).

Além do problema da medicação que atrasou, não existe nada que a gente queira comentar, pois a relação está lega., Tem umas que são mais sérias, mas é do jeitinho delas mesmo, a gente tem que respeitar, né? É que, às vezes, umas são mais secas e outras são muito carinhosas mesmo, mas é delas mesmo. Se bem que eles estavam recomendados para fazerem os curativos, eu ficava lá de casa ligando, brava, porque a recomendação lá era de fazer um curativo de manhã e um à noite. As da noite não faziam de jeito nenhum (PU7).

As observações de campo foram fundamentais para reforçar o que foi expresso nas falas dos sujeitos entrevistados. A grande maioria dos sujeitos-do-cuidado demonstrou satisfação com a assistência recebida, pois o atendimento, na maioria das vezes, era imediato. Como exceção, identificaram-se os atrasos na atenção às solicitações de medicação em caso de dor ou febre, devido à distância da farmácia, ou por condutas divergentes dos profissionais médicos ou de enfermagem, em relação à necessidade de medicamentos.

5.3.3 *Relações de trabalho da enfermagem com os demais profissionais da equipe de saúde*

Considerando a história da instituição, que, nos seus primeiros dois anos de funcionamento, colocou para a enfermeira o papel “administrativo-operacional”, isto teve como resultado o distanciamento entre médicos e enfermeira-chefe. O médico era visto como “um problema que o hospital tinha que conviver com ele”. Essa visão, somada ao perfil operacional do enfermeiro-chefe, à época completamente distanciado da assistência, resultou também em um distanciamento do enfermeiro da assistência. Esta era desenvolvida, apenas, pelos sujeitos trabalhadores de nível médio, de enfermagem, e o enfermeiro tinha como papéis principais a vigilância e o controle dos médicos. No período do estudo, a administração já referia estar buscando reverter essa situação, e manifestou seu reconhecimento da importância dos médicos e da enfermagem para que a assistência se realizasse (PG1; PG2).

Ficar sem qualquer um dos dois explode qualquer hospital(PG1).

A história foi mencionada como uma explicação para o distanciamento vigente entre esses dois grupos profissionais. No entanto, esses gestores reforçaram o discurso da complementaridade entre o trabalho médico e da enfermagem. Destacaram também a importância do cuidado, para que o processo assistencial se realizasse; que o trabalho médico era fundamental, mas não era o suficiente (PG1; PG2).

Acredito na informação do corpo de enfermagem, dia e noite dentro do hospital. E, sem ela, o trabalho medico não é percebido e nem chega no cliente. Pode ser o melhor médico do mundo trabalhando aqui , que ele não estará aqui dia e noite, ele não vai ter o contato direto com o paciente, e o trabalho fica todo comprometido (PG1).

A direção defendia que era desejável o estabelecimento de boas relações de trabalho entre os profissionais de enfermagem e médicos.

Deve ser uma relação tranqüila, a enfermagem tem que saber ouvir e saber falar. Eu cobro do médico o respeito à figura da enfermagem, em qualquer nível, seja assistente, seja auxiliar, seja técnico ou supervisora. Então, eu não grito com uma enfermeira, nunca gritei, e não aceito que outras pessoas façam isso. Mas, também, por outro lado, eu exijo eficiência, pontualidade, competência e respeito à hierarquia (PG1).

Ainda, no olhar da direção, identificava-se um entendimento da assistência de saúde como multidisciplinar, sendo que os fatores de sucesso também poderiam ser transformados em erro ou insucesso, se não houvesse harmonia na dinâmica das relações entre os membros da equipe.

É mais ou menos igual à matemática, aumenta à medida que o paciente é mais complexo, mais grave, exigindo maior atenção assistencial, requerendo maior entrosamento dos profissionais, um trabalho de equipe onde um complementa o trabalho do outro [...] Você tem a fisioterapeuta respiratória, ela vai lá faz todo um processo. Mas quem vai fazer uma aspiração, quem vai reposicionar uma máscara de vaporização é a enfermagem. Na hora da alimentação, todo trabalho pode ser comprometido por uma ingestão rápida ou por um bombeamento rápido de alimento, ou um posicionamento inadequado de sonda. Na hora do banho, você pode ter complicações. Na hora de levá-lo ao banheiro também. Então essa somatória de fatores é muito importante (PG1).

Na visão de outro membro da direção geral, ocorriam conflitos e desarmonia nas relações de trabalho entre os profissionais de saúde quando:

todo mundo espera que você faça alguma coisa que você não sabe que estava programado para fazer. Aí nós vamos ter uma série de impedimentos, os rótulos: aquela enfermeira é ruim, não é ruim, ela não sabe o que ela tem que fazer, porque você não explicou (PG2).

Então, delimitar funções, papel e expectativas de cada um é fundamental, para manter as relações de trabalho harmoniosas e manter a complementaridade no trabalho multiprofissional.

Algumas gestoras de enfermagem também apontaram que problemas do âmbito da comunicação podem dificultar as relações de trabalho e a atuação da equipe multiprofissional. A falha também poderia decorrer de que os registros em prontuário muitas vezes são restritos, não representando a realidade e totalidade dos fatos, transformando esse problema de comunicação em uma barreira efetiva. Por isso, as reuniões de integração entre as equipes eram estratégias fundamentais. Se esses profissionais não se comunicassem entre si, não tivessem uma boa evolução na sua papeleta, esse objetivo não seria alcançado (PG3; PG4).

O problema de comunicação entre essas diversas equipes, ela é constante, porque, às vezes, nem sempre, o enfermeiro está sabendo de todos os

aspectos de avaliação do paciente. Às vezes, ele sabe muito a parte médica, da parte da enfermagem, mas eu acho que é importante ter uma integração de todas as áreas (PG4).

Dentre as dificuldades relatadas pelos usuários, alguns sujeitos-do-cuidado de enfermagem e gestores institucionais destacaram também as falhas no processo de comunicação entre os profissionais de saúde, usuários e enfermagem. O que fragilizava as relações de trabalho assistencial, com registro de condutas distintas desses profissionais, gerando insegurança nos sujeitos-do-cuidado e seus familiares, além de criar constrangimento para estes, que acabavam envolvidos na intermediação de conflitos (PG9; PG3; PG2; PU5; PU7; PU9; PT16; PT22).

A gente precisa ainda focar mais e melhorar. O que, a meu ver, causa algum transtorno é a comunicação interna mesmo. Eu acho que, em termos de informação, tem algumas coisas que a gente ainda peca. Eu acho que isso dificulta o trabalho no dia-a-dia (PG9).

Outro problema foi a falta de comunicação da equipe médica. O médico de plantão indicou umas seções de hiperbárica. Aí um não entrou em contato com o outro, e discordavam da indicação. Então não sabíamos se era para fazer ou não, ficamos inseguras em relação ao tratamento.[...] Agora não, agora eles estão sempre comunicando um com o outro. Mas, no começo, foi meio constrangedor para a gente, ter que ficar intermediando o assunto, através de telefone celular (PU7).

Faria (1999) descreve a importância da comunicação no processo de trabalho em saúde, como vital para uma prática assistencial qualificada, ao usuário. As relações entre os sujeitos requerem diálogo com todos os envolvidos, aspectos essenciais para o êxito do desenvolvimento humano e da comunicação interpessoal. O sujeito, como ser social, cultural e histórico, não atua junto a outro sujeito de forma apenas individual, mas carrega, nessa relação, um conjunto de aspectos sociais, que necessariamente interferem no processo comunicativo. Além disso,

[...] a comunicação não se reduz e não se limita aos contatos subjetivos e psicológicos, mas se expressa também nos contatos físicos corporais, nas interações (FARIA, 1999, p. 131).

Na visão dos gestores de enfermagem e dos sujeitos-cuidadores, o entrosamento ou interação dessa equipe com o corpo clínico e demais unidades de trabalho era

harmônico e integrado, favorecendo, também, as relações de trabalho multidisciplinar e refletindo na qualidade da assistência e na satisfação no trabalho (PG3; PG4; PE10; PE11; PT15; PT16; PT19; PT21; PP13; PP14).

Normalmente, as relações, do ponto de vista profissional e pessoal são muito tranquilas. Não existe um relacionamento perfeito, os relacionamentos dependem de pessoas, de ambiente, de satisfação, de realização profissional de cada um. Mas, de um modo geral, a relação entre médico e a enfermagem é boa (PP13).

A gente trabalha numa equipe, nós somos uma equipe realmente; fisioterapia, médico, nós temos um acordo em comum, o paciente. Nós sabemos o que está acontecendo, o que o médico acha, o médico sabe o que a enfermagem acha, a fisioterapia sabe o que a gente está pensando, o que está acontecendo. A gente tem constante comunicação um com o outro, pelo tratamento do cliente (PT15).

É uma boa relação de trabalho, é perfeita e harmoniosa, um trabalho de equipe com entrosamento, com características multidisciplinar, onde algumas decisões relacionadas ao paciente passam por toda a equipe, uma interação de troca de serviço, de conhecimentos é uma relação mais horizontal (PG4).

O relacionamento da equipe de enfermagem com a equipe de fisioterapia era resultado de uma construção feita ao longo dos anos de trabalho e de convívio, na instituição. Houve um crescimento mútuo e uma relação de maturidade vinha ocorrendo.

No início dos trabalhos da fisioterapia no hospital, a enfermagem a responsabilizava por todos os problemas que ocorriam na unidade. Porque o paciente estava bonitinho, posicionadinho, chegava a fisioterapia e queria mudar de lado, reposicionar, fazer procedimento, então a enfermagem tinha um pré-conceito. Com o tempo, a fisioterapia foi quebrando essa barreira. Sempre que a fisioterapia precisa da enfermagem, ela é chamada. Quando a enfermagem está disponível, elas atendem. Um paciente que está reclamando de algum profissional, aí o que acontece? Elas já dão um feedback para a fisioterapia. A gente senta, conversa, tenta ver o que aconteceu, para a gente estar consertando, para não repetir erros (PP14).

A exceção identificada na relação de trabalho com outros profissionais de saúde ficou restrita a alguns médicos, principalmente quando o diálogo não ocorria (PT16; PT22; PP13).

Existem algumas exceções, alguns médicos que realmente trazem alguns problemas. Mas, na grande maioria, o retorno é rápido, a gente tem a avaliação da gente, eles respeitam a avaliação da gente, eles sabem

realmente da necessidade. Então a gente não tem muitos problemas, salvo o relacionamento com alguns médicos, que é um pouco complicado (PT22).

Foram apontados ainda, pelos profissionais de saúde, alguns pontos negativos nas relações de trabalho da enfermagem com médicos e fisioterapeutas.

De um modo geral, eu vejo muita falta de diálogo. O médico corre muito, prescreve rápido, evolui mais rápido ainda, não fala nada com a enfermagem. E aí a enfermagem fica correndo atrás de informação, e tem muita coisa administrativa para ela resolver. Então cria uma situação ruim e, nesse aspecto, a relação dos dois interfere sim, negativamente (PP13).

A equipe de fisioterapia gera trabalho para a enfermagem. Solicitamos para tirar o paciente um maior número de vezes do leito. O paciente nos pede para solicitar que a enfermagem dê banho de chuveiro. Como, muitas vezes, o paciente tem condição de banho de chuveiro, a gente pede. Então acaba demandando um trabalho maior. A aspiração dos pacientes, a gente não assume no hospital, até porque a gente não dá conta. Prescrevemos para a enfermagem estar realizando o procedimento. E essa prescrição, a enfermagem atende mais ou menos, depende do humor, depende do dia, mas, no geral, sim. A gente explica porque que a gente está pedindo, a gente explica a necessidade que o paciente tem e os benefícios que isso vai trazer. Então, até que os auxiliares e técnicos de enfermagem, até que eles aceitam direitinho, sem problema (PP14).

Na visão dos profissionais de saúde entrevistados, o relacionamento médico/enfermeiro estava muito comprometido, devido ao distanciamento dos enfermeiros do sujeito-do-cuidado, favorecendo que o enfermeiro respondesse melhor às questões de ordem administrativas e se distanciasse das questões assistenciais (PP13; PP14).

O ideal da atuação da enfermeira, no sentido de permitir um entrosamento de trabalho com o profissional médico, exigiria que a enfermeira realmente tivesse conhecimento sobre o paciente, soubesse quais vão ser as bases para a proposta terapêutica, para que ela tenha também um envolvimento e possa dar opinião do que está acontecendo com a proposta terapêutica... se está sendo eficaz, se não está sendo eficaz. Então eu acho que, do jeito que está, por tudo isso que a gente discutiu, a relação está sendo interferida por questões mais extra paciente, ou seja, em questões administrativas, do que por questões do paciente mesmo (PP13).

As relações de trabalho entre os sujeitos cuidadores de enfermagem e os demais

sujeitos trabalhadores da área de saúde, em termos gerais, eram harmônicas e complementares. As eventuais desarmonias nas relações de trabalho se relacionavam principalmente com ruídos no processo de comunicação, favorecendo condutas distintas entre esses profissionais e gerando insegurança no sujeito-do-cuidado.

5.3.4 *Relações dos demais profissionais de saúde com os sujeitos-do-cuidado e seus familiares*

Os sujeitos-do-cuidado, na sua maioria, se sentiam atendidos com carinho, intimidade e consideração, tendo sua autonomia respeitada (PU5; PU8; PU7).

Olha, sabe o que está acontecendo? Está ficando tão família, certo? Tem um entrosamento tão amoroso... Quer dizer, está tão familiarizado, que isso dá o aspecto saudável... que a gente esquece um pouco até da doença. É por aí, viu? Quer dizer, é entrosamento mesmo que a gente tem que ter Nota mil! Todos me atenderam assim, com precisão, viram a minha necessidade, ouviram não só o doente, como ouviu os parentes. Então isso, o que é que foi? Interesse, carinho, atenção e consideração (PU8).

Agora, desde que entra porta adentro, aí a atenção é direta, com ele inclusive. A gente aqui dentro, como acompanhante, é tratado como acompanhante só. Muitas vezes, a gente está presente, eles, os médicos, cumprimentam, mais a atenção direta deles é para com o doente e não para conosco, acompanhante. Da porta para dentro, é positivo sim, porque você está dando a ele a atenção para puxar a autonomia dele, a iniciativa dele, ou seja, não entrega à família a responsabilidade de ele estar direto cuidando de si (PU5).

Por outro lado, alguns acreditavam que o familiar ou acompanhante deveria ser mais ouvido, pois permanecia a maior parte do tempo com o sujeito-do-cuidado, podendo prestar informações sobre o mesmo, colaborando no tratamento. Necessitavam ser ouvidos, apoiados e orientados, tanto do ponto de vista psicológico como de cuidados, para quando tivessem que assumir sozinhos os cuidados, em casa (PU5; PU6).

Então muitos fatos que ocorrem, por exemplo, esta noite passada, certamente poderiam contribuir para que os profissionais pudessem considerar. Eu não sei em que momento isso poderia ocorrer, como, mas eu acho que poderia contribuir, dentro do meu ver. Da porta para fora, em

algum momento. Essa vivência poderia estar dando a eles um outro olhar que eles, enquanto profissionais, não vêem. Eu passei a noite inteira hoje aqui. Se, em algum momento, a gente emite alguma opinião, eles nos ouvem, mas eu não percebo muito um feedback nas ações dele, em função das observações extras do acompanhante, do ponto de vista do acompanhante. É o que eu estou lhe dizendo. A gente tem que ficar pedindo: ‘Oh, doutor, o senhor vai nos dar a prescrição?’ – “Vou.”. Os cuidados, o jeito de tratar este tipo de paciente lá em casa? Como é que é?’ Eu tenho perguntado isso. Mas esse outro aspecto que não é exatamente operacional, de infraestrutura para receber papai em casa. É importante porque, em algum momento, garante a família, lidar com essa dificuldade de como cuidar em casa. É apoio familiar, isto é fato, só um papo curtinho, a presença qualificada, claro, preparação da alta com a participação dele (PU5).

Um sujeito-do-cuidado relatou que a equipe médica não solicitava sua opinião no tratamento (PU8).

Olha, eu vou te dizer uma coisa, eles não solicitaram minha opinião não [...]. O Doutor X, num papo que a gente teve, ele disse para mim em uma das entrevistas: [...] “Isso vai competir só a nós.”. Então ele achou que eu não poderia ficar fazendo muita pergunta (PU8).

Outro sujeito-do-cuidado relatou também que o fato do convênio não cobrir todos os procedimentos acarretava insegurança na família, em relação à necessidade de fazê-lo ou não; o que era reforçado pela divergência de opinião dos profissionais sobre a indicação do procedimento. Além do desconforto de ter que acionar a justiça, para receber o pagamento do procedimento posteriormente (PU7).

E ele fez de tudo para a gente fazer, falou que iria ligar para a Unimed para ver se a Unimed cobria. Aí ele falou que depois, o que o pessoal tem feito é entrar com uma ação, entrar na justiça para receber. Você vai pagar um negócio para receber na justiça? Para quê? Eu não posso pagar. Não faço. Mas se é preciso? Então vamos pagar. Se não tiver outra opção: “Vai ajudar demais...”, é claro que a gente paga. Ele um dia me disse: “Essa danadinha aqui não quis fazer hiperbárica, se estivesse fazendo, já estava muito melhor.”. Ele falou comigo, aí eu falei: Vamos esperar o antibiótico, eu acho que está melhorando. Mas ele acha que realmente está melhorando: “Não, está bom demais, está melhorando muito, vamos continuar.” (PU7).

Uma das principais queixas de atendimento das pacientes e acompanhantes estava relacionada à demora do atendimento no Pronto Socorro, principalmente por se

tratar de reinternação (PU6; PU7). Outra acompanhante optou em não registrar a reclamação no SAC, com medo de refletir no atendimento da paciente na unidade de internação (PU7).

Ela caiu, veio para o pronto-socorro aqui do hospital. Na quarta feira, dia 20, eles mandaram de volta. Fizeram vários raios-x e disseram que ela não tinha nada. Ai ela foi para casa na quarta feira, na quinta ela continuou passando mal. Foi dia 20 de fevereiro. Dia 21 a gente voltou com ela, aí um outro médico que atendeu fez raio-x também, viu que ela tinha várias fraturas, fraturou o esterno e várias coisas. Somente neste dia ela internou para cuidar da fratura. Quando foi no sábado, que ela já ia ter alta, o abdômen cresceu de uma hora para outra assim (PU6).

Os auxiliares de enfermagem descreveram as relações dos outros profissionais de saúde com os sujeitos-do-cuidado e familiares, como, na maioria das vezes, muito boa e tranqüila (PT17; PT20; PT22).

Relações negativas, com o profissional médico e a família do paciente, eu também nunca ouvi e presenciei nada de negativo não. É uma relação boa, normal, tranqüila (PT17).

Às vezes, também, não pegou o profissional em um dia bom, tem um ou outro reclamando: “Ah, eu estou passando por isso, não sei o quê.”. Mas são situações isoladas que existe, na enfermagem, médico, fisioterapia, fonodiologia, mas também não é cem por cento. Tem horas que a gente está chateado com uma coisa ou outra, e é um pouco complicado (PT22).

Relataram ainda que os pacientes e familiares identificavam os médicos como “deuses”, não se sentiam à vontade para questioná-los ou perguntar-lhes sobre condutas adotadas. E, outras vezes, ficam confusos com condutas distintas entre os mesmos. Quando ficavam inseguros, buscavam esclarecer as dúvidas com a enfermagem (PT16).

São poucos que viraram para o médico e falaram: “Mas porque você não consegue resolver esse problema?”. Até hoje, eu vi um paciente que discutiu com o médico. Foi até dose de insulina, porque ele tinha glicose alta. Se a glicose dele tinha abaixado, por que havia aumentado a dose? Ele queria um médico que explicasse isso para ele, porque ele não estava entendendo. E era um diabético que estava com a glicose totalmente descompensada. Agora não, na maioria dos casos, o acompanhante ou o paciente vira para a gente, e a gente que tem que explicar a situação. Aí a gente fala: Quando o médico vier, você pergunta, porque eu também não sei te responder. Aí, o que acontece? O médico entra e o médico sai, e eles não perguntam.

Quando ele entra no quarto: “Ah, doutor, que bom, você chegou!”. É o Deus! – “Eu não vou tomar essa medicação! Quem pediu essa medicação?”– Ué, seu médico! – ‘Mas ele não pode ter pedido essa medicação não. – Quando o médico chega ao quarto: “Oh doutor!” – “O que foi, está com algum problema?” – “Não, está tudo certo, o senhor é muito bom!”. Às vezes tem essa discriminação, eles acham que o médico é um deus (PT16).

As relações de trabalho dos demais trabalhadores de saúde para com os sujeitos-do-cuidado e familiares eram, na sua maioria, harmônicas, respeitando a autonomia do usuário. As eventuais desarmonias se relacionaram principalmente com os convênios, que não cobriam todos os procedimentos solicitados, com a pouca escuta das observações do acompanhante/familiar e a dificuldade, por parte de alguns sujeitos-do-cuidado ou familiar, em questionar condutas médicas.

5.4 Condições de trabalho e implicações no dimensionamento

Para Dejours (1992, p. 25), o conceito de condições de trabalho é

[...] antes de tudo, ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude), ambiente químico (produtos manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças), o ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas, fungos), as condições de higiene, de segurança, e as características antropométricas do posto de trabalho.

Tomando como base as características específicas e a complexidade das instituições de saúde, em especial as hospitalares, podemos afirmar que estamos diante do melhor exemplo de local de trabalho onde todas as condições de trabalho mencionadas por Dejours estão presentes.

No que diz respeito aos equipamentos, materiais, medicamentos e acesso a procedimentos de diagnóstico, ocorria forte influência das regras estabelecidas pelos convênios, pois eles podiam restringir exames, medicamentos, fraldas e material médico hospitalar a serem utilizados nos sujeitos-do-cuidado internados (PE10; PU8).

Não tem nada que dificulta, é tudo facilitado, o que não é facilitado é o convênio, que não autoriza. Por exemplo, eu fui fazer uma ressonância, a Unimed não autoriza. Não, porque eu nunca fiz, mas a ressonância ela não

me dá. Eu tive que puxar 800 reais para pagar uma ressonância. Então, por exemplo, agora eu fui fazer um ultra-som. Eu já tinha feito um, demoraram a me dar a resposta porque foram fazer a pesquisa lá, e eu não tenho direito a mais de um por ano. Eu tive que pagar mais 200 reais, e fiz aqui no hospital. Então a dificuldade não vem do hospital, porque eles também recebem do convênio, então eles não vão ultrapassar. Então isso fica bem claro, que o hospital, ele dá todo o atendimento de remédio, de assistência, de tudo, em cima do plano (PU8).

Na verdade, quem estipula {o quê e a quantidade que podem ser usados} é o convênio. A gente até recebeu um protocolo com o que cada convênio cobre. A Unimed cobre seis fraldas. Se você usar a sétima, tem que estar justificando a sétima fralda, o porquê. A GEAPE não cobre fralda nenhuma e, quem quiser, que compre a sua, praticamente (PE10).

No que diz respeito à jornada, é importante considerar: o tipo de instituição (pública ou privada), a jornada de trabalho estabelecida (30, 36 ou 40 horas semanais), a distribuição de horas de trabalho diário (6, 8, 10, 12 e 24) e a opção de escala mensal de trabalho (12X36, 12X60, turnos matutino, vespertino, noturno, ininterrupto, com escala de revezamento).

Na instituição estudada, a escala de trabalho era de 12X36, ou seja, dia sim e noite não, e a jornada de 40 horas semanais, com quatro equipes de enfermagem fixas (duas diurnas e duas noturnas). Essa opção de escalas fixas reduz a necessidade de força de trabalho maior, para cobertura de folgas. No entanto, a ausência do trabalhador em uma das equipes de trabalho, por licenças ou faltas, repercutirá em dois turnos, ou seja, em 12 horas consecutivas de trabalho, trazendo grandes transtornos para realizar a cobertura dessa deficiência. Por outro lado, por se tratar de uma instituição privada, o desligamento do trabalhador pode ser feito de forma unilateral, funcionando como estratégia de intimidação para evitar ausências ao trabalho, mesmo que por motivos de saúde. Essa escala permite ainda a programação de contratação de trabalho provisório para cobertura de férias e licenças prolongadas (licença maternidade, acidente de trabalho), sendo desnecessária a inclusão desses trabalhadores no cálculo do dia-a-dia, economizando custos, o que não seria possível em instituições públicas de saúde, que não dispõem desses mecanismos ágeis. No entanto, nas observações de campo, nas unidades em estudo, verificou-se que as coberturas de férias e licenças eram feitas com remanejamentos internos, critério

tipicamente caracterizado por racionalização técnica do trabalho e redução de custos, gerando sobrecarga e insatisfação para o sujeito cuidador, o que resultou em sugestões de aumento do quantitativo de força de trabalho e/ou adoção de equipes volantes para solucionar a questão.

No que diz respeito à jornada de trabalho da enfermagem, a maioria dos sujeitos-cuidadores a descreveu como adequada; sendo ela de 12 horas de trabalho por 36 horas de descanso, para os trabalhadores de nível médio, e de 6 horas diárias para os trabalhadores de nível superior. Eles destacaram, dentre os aspectos positivos, que a jornada de 12 por 36 horas possibilitava organizar as atividades sob sua responsabilidade, durante as 12 horas do dia, definindo prioridades e redistribuindo alguns procedimentos para o turno da tarde (PT16; PT21; PT22; PE10; PE11).

A jornada, em si, eu acho boa: um dia sim, um dia não. Às vezes é melhor do que trabalhar de segunda a sexta (PT16).

Havia quem discordasse da carga horária existente na instituição, por considerar que era uma jornada muito pesada e cansativa.

É cansativo trabalhar um dia sim outro não. Tem aqueles dias que você trabalha mais, e o outro dia você fica com um tempo grande ocioso, no caso daqueles que não trabalham em outro emprego (PT20).

No grupo estudado, apesar da jornada permitir o duplo emprego, apenas três trabalhadores (23% da amostra) possuíam outro vínculo empregatício. Esse resultado difere de outros estudos relatados na literatura, como os de Veras (2003) e Matos (2002), que mostram a grande incidência de duplo emprego e horas- extra na enfermagem, com vistas à complementação salarial.

Em relação aos direitos trabalhistas e à legislação profissional, os gestores, tanto da direção geral como os da área de enfermagem, mencionaram que a instituição respeitava todos os preceitos legais (PG1; PG2; PG3; PG4; PG9; PE12).

A gente tem a legislação, que exige respeitar todos os direitos, horários, normas, seguranças, e por aí vai. Então eles são muito cobrados nisso, do respeito às normas internas, de segurança, etc. No aspecto, por exemplo, horário de almoço, horário de descanso, obviamente a empresa tem que

cumprir, porque é lei. Isso não é um fator de atrito, porque isso não é questionado, isso não é levantado (PG1).

Os membros da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) também reconheciam o respeito da instituição aos direitos trabalhistas, bem como à concessão de benefícios, o que gerava satisfação no trabalho. E mencionavam que as escalas de rodízio de liberação para almoço, café, descanso não interferiam nas necessidades de pessoal de enfermagem, nas unidades de internação (PT15; PT21; PT22; PE12). Descreveram, ainda, a disponibilização de equipamentos de proteção universal, o respeito que lhes era dispensado como profissionais, o direito ao atendimento médico de urgência para si e familiares, considerando-os como satisfatórios. Foi citado, ainda, como positivo, o direito à alimentação no hospital, com pequeno desconto no salário. Apesar do reconhecimento da importância desses benefícios, apontavam algumas nuances como, por exemplo, os valores descontados em salário referentes à assistência de urgência, o que algumas vezes os pegava desprevenidos (PT15; PT16; PT17; PT19; PT21; PT22).

Eu tenho direito a ser remunerada, eu tenho direito a ser escutada como profissional, respeitada, além dos direitos trabalhistas, isso tudo. Eu tenho uma hora de descanso, eu almoço e tenho uma hora para o intervalo. Esse planejamento é muito tranquilo. Aqui é uma regra do hospital, não pode ficar almoçando aqui no andar, então existem três horários de almoço. Aí, no café, a coisa se inverte, são 15 minutos, vai uma e ficam duas (PT22).

Os rodízios, na hora dos lanches e do almoço, tem uma escala, geralmente de lanche e de almoço: quem vai primeiro, quem vai no outro horário e quem vai por último. Só que, às vezes, funciona assim: se eu estou com paciente mais grave e eu não posso ir, a outra vai no meu lugar, depois eu vou no lugar dela. Depende {de} quantos pacientes a gente tem, como que está a minha escala, se dá para mim descer, e assim a gente vai revezando, mas todo mundo tem o seu horário fixo (PT15).

No que diz respeito ao conhecimento da legislação sobre direitos e deveres dos trabalhadores de enfermagem, identificou-se, majoritariamente, o conhecimento a respeito dela e, inclusive, apreciações críticas com sugestões de mudanças no processo de trabalho e nas regras de funcionamento da instituição, com vistas a beneficiar os

trabalhadores e também garantir uma assistência de qualidade.

A questão do direito ao descanso, aqui no hospital, tem passado por uma mudança: a necessidade do descanso noturno de, pelo menos, duas horas conforme a lei. Um local de descanso na unidade, ou próximo a ela, é uma realidade que infelizmente não ocorre, mas que nós precisamos tê-la. Pelo menos que um dos apartamentos, por exemplo, como foi feito em outros hospitais, se tornasse uma área de descanso, para facilitar o deslocamento desse funcionário, no seu momento. A questão do respeito ao horário de almoço, o horário de entrada e saída do funcionário, que ele saia no horário e entre no horário, evitando desgastes com funcionários que saem até uma hora depois do seu horário (PE11).

No entanto, existiam situações de desconhecimento de direitos:

Acho que não conheço muito bem não. Sei não. Eu acho que deve ser. Porque a gente não conhece. Não sabe até que ponto a gente pode estar indo, até aonde a gente pára. Eu acho que, se a gente estivesse mais a par disso {legislação sobre direitos e deveres}, seria mais fácil a gente estar colocando porquê da necessidade de cada coisa (PE10).

A legislação que regulamenta a iniciativa privada é a Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Em seu art. 71, ela prevê: “Em qualquer trabalho contínuo, cuja duração exceda de 6 (seis) horas, é obrigatória a concessão de um intervalo para repouso ou alimentação, o qual será no mínimo, de 1 (uma) hora e, salvo acordo escrito ou contrato coletivo em contrário, não poderá exceder de 2 (duas) horas” (BRASIL; OLIVEIRA, 1990, p.34). Essa legislação estabelece ainda que os “intervalos de descanso não serão computados na duração do trabalho”. Portanto, se existe previsão do direito, deveria haver fiscalização das condições disponibilizadas nas instituições para o exercício efetivo desse direito.

Mas existem nuances, no que diz respeito a usufruir benefícios. Alguns trabalhadores de enfermagem mencionaram que o exercício dos direitos dependia da existência de pessoal de enfermagem para garanti-los (PT16; PT19; PT21).

No nosso caso, a gente depende, tipo assim, se não tiver ninguém no posto, como que você vai almoçar? Você depende de um para ficar lá, para você tomar café. Se você for sair, se precisar sair, tem que ter alguém lá, para te substituir naquele momento, para dar a medicação {por exemplo} (PT19).

Agora, quanto a horário de almoço, é complicado, porque você não tem um horário, você vai na hora que der. Você tem sua uma hora. Você tem direito

a fazer uma hora de almoço. Quatorze horas termina o almoço, o refeitório fecha. Onze horas, abre. Então assim, tem dias que, cinco para as quatorze horas, você está descendo. Aí você engole aquele resto de comida que está lá (PT21).

Outro aspecto da relação direito *versus* dimensionamento *versus* qualidade da assistência foi mencionado por outro profissional de saúde entrevistado, ao destacar que o exercício do direito ao almoço, com a ausência dos trabalhadores de enfermagem da unidade assistencial, sem adequação de pessoal para a garantia da continuidade da assistência, refletia diretamente na qualidade da mesma e gerava insegurança no sujeito-do-cuidado e demais profissionais.

Eu tenho pavor da hora de almoço, some todo mundo nesta hora. Eles aprontam uma confusão, mas não ficam sem almoço. É um apavoramento! Então existem situações... Outro dia a paciente chegou da cesariana no décimo sexto andar, e não tinha ninguém para recebê-la. E aí a pessoa ficou lá, 15 a 20 minutos. Aí a própria paciente falou assim: “Eu não quero ficar aqui não, aqui não tem ninguém.”. Quer dizer, a própria paciente percebeu: “Se não tem ninguém para me receber, eu não vou ficar aqui não, doutor, me tira daqui.” (PP13).

Os trabalhadores relataram deficiências nas condições físicas da instituição, devido à inadequação de local para descanso e à inexistência de copa nas unidades. Mas, do ponto de vista legal, o direito ao intervalo para descanso e refeições era plenamente exercido, inclusive com rodízio, em escala previamente estabelecida pelos enfermeiros das unidades de internação, conforme observação de campo.

Ainda em relação aos deveres, alguns auxiliares de enfermagem consideravam como dever o chegar no horário, sair no horário, cumprir com a carga horária estabelecida, usar o uniforme, tratar os colegas e o sujeito-do-cuidado com respeito, cuidando bem deste último e da unidade de internação. Mencionaram também o dever de cumprir, integralmente, as regras do hospital e o respeito à hierarquia (PT15; PT16; PT17; PT19; PT21; PT22).

Foram mencionadas, igualmente, como deveres, pelos trabalhadores de enfermagem as atividades burocráticas de cunho financeiro, demandadas para a enfermagem com registro rigoroso das atividades realizadas, para efeito de

faturamento e para evitar processos legais, por se tratar de um hospital privado. No entanto, identificaram que isso gerava aumento de trabalho e aumento das necessidades de força de trabalho de enfermagem (PE12; PP14). Essa demanda chegava a colocar-se, em alguns momentos, como prioritária em relação ao atendimento do sujeito-do-cuidado, o que distorce a finalidade do trabalho em saúde. Ou seja, a finalidade é a prestação de cuidados necessários para a satisfação das necessidades relativas à saúde do sujeito-do-cuidado.

O direito do enfermeiro, ele tem direito de olhar o paciente, é {também} um dever, mas acaba que esbarra no direito. Porque, às vezes, ele coloca como prioridade, e tem que colocar, porque a instituição exige isso, o trabalho burocrático. Então ele tem como direito, e como dever também, olhar o paciente. E acaba que isso, muitas vezes, deixa de ser o foco principal e fica sendo secundário (PP14).

Perder tempo registrando tudo adequadamente... Então, isso que eu acho que é uma coisa que prejudica. Eu acho que a gente tem que ter o direito de fazer o nosso trabalho normal. Você tem que escrever tudo, porque tem aquele negócio de querer processar o hospital. Então, assim, tudo tem que ser evoluído. Então eu acho isso muito cansativo {mas é} a minha obrigação (PT19).

Como nós trabalhamos com convênios, os funcionários têm o dever de registrar tudo que eles fazem (PE12).

O cumprimento dos direitos trabalhistas pela instituição era fator de satisfação, e o descumprimento desses direitos gerava insatisfação no trabalho.

Em relação às condições de trabalho, ainda se há de destacar os programas de educação continuada, que eram apontados como positivos pelos gerentes de enfermagem, mas que não satisfaziam o trabalhador. Existia um treinamento introdutório, em que o trabalhador recebia orientações acerca da instituição, de como tratar os usuários, além de informações sobre as rotinas e procedimentos de enfermagem. No entanto, os trabalhadores apontaram o desejo de que se investisse no aprimoramento técnico-profissional, embora mencionassem as dificuldades para se ausentarem do setor, em função da falta de pessoal para suprir suas ausências.

Infra-estrutura física e implicações no dimensionamento

Os sujeitos-do-cuidado e seus familiares acrescentaram que a infra-estrutura do hospital, com ambiente moderno, confortável e agradável, se refletia na sensação de segurança no atendimento, ou seja, eles se sentiam mais seguros e amparados (PU5; PU6; PU7; PU8).

As condições aqui do hospital, eu acho que aqui é bom. No geral está ótimo, não é? Tudo novinho, muito limpinho. Roupa não falta. Toda noite a gente troca, e tem uma que dorme, a gente vai lá e elas entregam, na hora, para a gente. A alimentação está boa. Se eu não estou me alimentando bem, não é porque a alimentação está ruim, é porque eu mesma não estou aceitando, não estou tendo assim apetite, mas é por causa mesmo da medicação [...]. A alimentação daqui é variada, tem lanche sempre, frutas, iogurtes, suquinhos (PU7).

Para fazer esse procedimento cirúrgico, sabe quais foram as minhas palavras? Parece que eu estou entrando em um jardim do Além. Porque a gente vê uma imagem panorâmica daquela serra maravilhosa, [...] uma música muito agradável, tudo isto me fez um enorme bem, o astral muda. Eu falei em voz alta com os médicos: Eu vou me transferir para o jardim do Além, Jardim do Ébano. Eu iria embora, morreria feliz... E tão maravilhoso e aconchegante era o Centro Cirúrgico... Eu não me senti entrando em sala de cirurgia (PU8).

Já a estrutura arquitetônica vertical da instituição foi apontada, majoritariamente, pelos profissionais, como dificultador das condições de trabalho. Repercutia ainda, segundo eles, na adequação da força de trabalho de enfermagem, na instituição, e na agilidade do atendimento às necessidades do sujeito-do-cuidado, porque demandava o deslocamento do sujeito-cuidador, pelo elevador ou escadas, para acessar outras unidades assistenciais ou de apoio. E, nesse sentido, ocorria um significativo gasto de tempo, com afastamento do sujeito-cuidador do leito e da unidade, acarretando atrasos na medicação, com queixas dos sujeitos-do-cuidado. Cito como exemplo a farmácia hospitalar, que se localizava no vigésimo andar (PG1; PG2; PG3; PG4; PE10; PE11; PE12 PP13; PP14; PT15; PT16; PT17; PT18; PT19; PT20; PT21; PT22).

A gente respeita esta dificuldade de acesso para cima e para baixo. E tenho um tempo de atendimento de farmácia centralizada, que vai mudar. Eu tenho um limite de sobe-e-desce, tenho um limite de elevadores de acesso. Eles são três, um para atendimento de serviço/macás/doentes; dois sociais,

para acesso também de profissionais. Agora faltou o de lixo, o de carga e, pelo menos, mais um para atendimento exclusivo a paciente na área social. A gente vive limitações físicas... em alguns momentos causam algum stress, de tempo e de acesso a alguns setores (PG3).

A estrutura vertical da instituição era reconhecida pelos gestores como demandante de um número de pessoal de enfermagem superior ao que era encontrado no mercado (PG1; PG2; PG3; PG4).

Um hospital vertical é um dificultador, pela estrutura. Eu tenho 20 andares de hospital, 13 unidades de internação por andar, com um ou dois leitos dentro de cada um. Então o máximo que eu posso ter são 23 ou 26 {doentes internados}. Se eu tivesse o dobro da capacidade no andar, eu não precisaria ter o dobro de auxiliares de enfermagem (PG1).

Dentre os aspectos negativos da área física, os profissionais de enfermagem acrescentaram a inexistência de um local adequado para seu repouso e confraternização (PE10; PT16; PT18; PT19; PT21).

Durante o dia, você não tem onde ficar, dentro do hospital. Você acaba de almoçar, apesar de que uma hora é quase que o tempo em que você almoça, mas você não tem uma sala para você chegar e ficar. {Aqui existe} uma salinha pequenininha no quarto andar, que cabem cinco pessoas. Você tem que ir para a rua. Se estiver chovendo, você fica passeando no elevador (PT21).

O que eu acho ruim aqui é o lugar que eles descansam. O sofá é ruim mesmo! O hospital tem 4 anos, 5 anos vai fazer, acho. Então, muita gente no mesmo sofá. São dois ou três sofás, e tem o pessoal inteiro para descansar, desde o bloco até a lavanderia, fora o laboratório, que também é terceirizado, e vai para lá. Então eles trabalham o dia inteiro; quando eles têm uma folga no horário de almoço, que é direito deles, eles não têm onde descansar, não têm onde sentar. Então eu acho que isso os desgasta (PE10).

As condições da estrutura física influenciavam, diretamente, na satisfação ou insatisfação do trabalhador e do sujeito-do-cuidado, tendo implicações no dimensionamento.

5.5 Elementos do processo de trabalho: objeto, finalidade e instrumentos de trabalho, e implicações no dimensionamento de enfermagem

Com base em Marx (2002, p. 212), os elementos do processo de trabalho podem ser descritos como: a atividade adequada a um fim, ou o próprio trabalho; os meios de trabalho ou instrumental de trabalho, e o objeto de trabalho ou matéria a que se aplica o trabalho. Instrumentos de trabalho ou meios de trabalho são considerados em sentido amplo, como colocado por Marx (2002), envolvendo tudo o que é colocado entre o trabalhador e o objeto de trabalho (neste caso, o sujeito-do-cuidado), permitindo sua transformação.

5.5.1 Instrumentos de trabalho e implicações no dimensionamento da força de trabalho de enfermagem

O hospital estudado investia em equipamentos de tecnologia de ponta, como um dos aspectos para diferenciá-lo, aliado à infra-estrutura física de boa aparência, no cenário dos serviços privados hospitalares do país.

O investimento tecnológico predominante estava nas tecnologias materiais (instrumentos, equipamentos e materiais) e praticamente inexistiam inovações em termos de tecnologias não-materiais (por exemplo: no campo da organização do trabalho, em relação aos modelos de gestão e de relações intra-equipe de saúde).

Eu acho que, no hospital assim, aqui não tem nada de diferencial, tem hotelaria, tecnologia e mais nada, o resto é tudo igualzinho. Não acho que ele é um hospital melhor do que os outros, ele pode encantar em termos de visual. Agora, em termos de vícios, dificuldades, são as mesmas. Então eu não vejo nenhuma diferença não. Ele está em uma boa localização, em um prédio bonito, só isso. Olha, é triste, mais eu vou constatar uma coisa: eu acho que a formação científica ainda é precária, dos profissionais (PP13).

A tecnologia, eu tenho conseguido o que a gente precisa. Não só eu, dentro da área que está dentro do foco do hospital investir. Então o limitador da tecnologia é o convênio, que não me paga, porque tem os auditores lá, que fazem questão de não saber ou de não querer saber. E você vê os maiores absurdos! Se eu chegar e falar que eu preciso de um ultra-som, eles compram, mas o convênio não paga. Então o limitante aqui no hospital não é o hospital, são os convênios (PG2).

No que diz respeito à disponibilidade dos materiais necessários para a assistência, os usuários manifestaram, ainda, alguns aspectos negativos, como excesso de burocracia para liberação dos materiais necessários para a assistência, atrasos no recebimento de medicamentos e o uso de equipamentos fora das condições adequadas.

Com relação ao material, há dificuldades. Por exemplo, quando estava sendo aspirada, era uma dificuldade para poder pegar a sonda. Tinha que não sei quem autorizar, mais não sei quem buscar e prescrever... Às vezes prescrevia e, mesmo estando prescrito, não tinha sonda para aspiração. Teve um dia que a moça teve que correr, pegar não sei nem onde uma sonda, porque ela estava bastante sufocada. Eu penso que o material tem que ficar lá {no posto de enfermagem}, porque é coisa de urgência, porque tem que ter disponibilidade um pouco em uma urgência e, no entanto, tem muito protocolo para poder trazer do almoxarifado, para chegar até aqui (PU6 - acompanhante).

Esse aparelho aqui mesmo, quem trouxe, o trouxe imundo, cheio de mão suja mesmo. É a bomba de infusão. Então eu pedi, comentei e relatei na mesma hora, não é, mãe? E, de noite, na mesma hora que eu comentei, a enfermeira passou aqui e disse: “Vou limpar isso daqui porque está sujo mesmo, está realmente com um aspecto horrível, não é?”. E aí limpou. Aí eu falei, porque {mamãe está tratando}, cuidando de uma bactéria, de uma infecção, com {um equipamento} sujo (PU7).

Um dia em que a medicação foi dada completamente fora do horário, inclusive a enfermagem disse que foi a farmácia, e que a farmácia estava atrasando em todos os andares. Mandava para um paciente e depois para outro, para andares distintos, que atrasou em todas as enfermarias (PU7).

No entanto, a disponibilidade de material em quantidade e qualidade necessárias, foi mencionada como a interface negativa entre a organização do trabalho e a disponibilidade de material. Ou seja, o material existia, mas problemas de organização resultavam na falta do material necessário.

O material supre bastante, não tem problema não. O que acontece, que eu sempre falei que infelizmente só cabe a eles {auxiliares de enfermagem}, é tomar conta do material. Por exemplo, as meninas estão me cobrando: “Cadê o glicosímetro?”. Mas quem é que usa o glicosímetro? Elas querem que eu dê conta do material que elas usam. Eu já faço uma escala, justamente porque tem alguém por conta desse material. Então eles que têm que me dar um retorno. Quando eles ficam apertados com material, é porque eles mesmos deixaram por aí, não tomaram conta (PE10).

Considerando que se trata de uma instituição privada, os controles de estoques,

principalmente de itens de consumo alto (no caso, de gastos com materiais e medicamentos médico-hospitalares) eram extremamente rígidos, para evitar perdas, desvios e gastos desnecessários.

Nesse sentido, considerando-se as percepções dos diversos segmentos envolvidos, identifiquei nos discursos quatro idéias centrais, no que diz respeito ao uso dos equipamentos de tecnologia de ponta.

Primeiro, no discurso dos gestores de enfermagem, dos sujeitos-cuidadores e dos sujeitos-do-cuidado (PG3; PG4; PU5; PU6; PU8; PT15; PT16; PT19; PT17; PT20; PT18; PT22), pelos quais os equipamentos de tecnologia de ponta eram percebidos como um importante recurso para agilizar a prestação de cuidados mais qualificados, pois permitiam obter dados sobre o doente e a evolução de seu quadro clínico, com maior precisão e rapidez. Esses equipamentos facilitavam o trabalho e contribuíam para diminuir as cargas de trabalho.

Aqui no hospital, faz parte do dado vital a gente olhar saturação do paciente. A gente sabe que não é em todo hospital, mas isso não está vinculado ao quantitativo de pessoal da unidade de internação. Então, para mim a incorporação da tecnologia em unidade de internação, ela está vinculada à qualidade da assistência e não ao dimensionamento (PG3).

Em alguns lugares, a cama é movimentada por manivela, tem que estar rodando. E aqui não, é digital. O aparelho de ECG aqui é digital, não é aquele que você tem que estar trocando as perlinhas. Você ligou e conectou no paciente, é só digitar lá, que está prontinho (PT17).

A diferença da cama de manivela, e usar força física, e a daqui: vou acionar o botão para movimentar a cama, ela é eletrônica. Estarei economizando desgaste na minha coluna e mantendo minha saúde. Nem tudo é perfeito, alguém tem que acionar a manivela ou o botão (PT20).

No olhar dos usuários, a tecnologia representava conforto, segurança, além de ajudar no trabalho da enfermagem e também ao acompanhante.

Você eleva a cama na posição que, uma enfermeira sozinha, faz o serviço todo; em outra situação, teria que ter uma ajudante, senão eu estaria sobrecarregando a coluna da enfermeira e acabando com ela. Dá segurança e dá conforto. Perfeito! Agora, por exemplo, para ir para casa, nós estamos lá brincando de imitar aquilo que a gente viu aqui: a posição da cama, o equipamento do encosto no leito, que alterna em diferentes ângulos... Então está muito bom. Porque lá, nós não teremos todo esse equipamento favorecendo colocar na posição assim... Nós vamos precisar pedir ajuda para alguém, para mudar de posição, para trocar o travesseiro, colocar

alguém que segure e outro ponha (PU5).

A tecnologia aqui é muito boa, maravilhosa, eu acho assim... é de conforto, atendimento... A gente chega aqui e encanta com a cama, encanta com tudo. É a tecnologia, e isso também traz segurança, você entendeu? Porque você vai para um lugar mais restrito, mais fechado, te fecha também. Aqui não, aqui você abre, você se sente em um SPA. Isso é muito importante para o doente (PU8).

A segunda idéia que emergiu, majoritariamente, dos enfermeiros, dos gestores e dos auxiliares de enfermagem entrevistados, era a de que o uso de equipamentos de tecnologia de ponta também podia gerar aumento das cargas de trabalho dos profissionais de saúde. Especialmente, porque o seu manuseio demandava necessidade de conhecer como esses equipamentos funcionam, exigindo que o pessoal de enfermagem estivesse preparado tecnicamente, através de treinamentos contínuos para lidar com os mesmos. Esse conhecimento era fundamental para o uso correto dos equipamentos e demandava tempo e acesso às informações (PG1; PE10; PE11; PE12; PT15; PT16; PT19; PT17; PT20; PT18; PT22).

Muitos sujeitos-cuidadores apresentavam dificuldades em manipular adequadamente equipamentos como: bomba de infusão, eletrocardiógrafo, oxímetro, saturímetro, materiais de respiração mecânica, computador, entre outros, necessitando de acompanhamento do enfermeiro ou outro colega de trabalho com experiência. Nesse sentido, a inovação tecnológica gera necessidade de aumento de pessoal. Isto também aponta para a necessidade de força de trabalho cada vez mais qualificada na área de enfermagem, para dar conta dessas tecnologias e salientar a necessidade de educação permanente, com atualizações no que se refere ao material e equipamentos de tecnologia de ponta.

A tecnologia exige uma qualificação maior dos recursos humanos para interpretação e manuseio destes equipamentos (PG1).

A bomba de infusão adquirida pela instituição se constitui em um problema, porque a equipe não foi treinada para manipulá-la, então ela fica apitando, trazendo transtornos, sendo muito mais cômodo você tirar e guardar. Este processo demanda mais tempo da equipe e gera stress, ao contrário do oxímetro, que todos foram treinados, inicialmente o enfermeiro, e estes treinaram os auxiliares de enfermagem (PE11).

Eu vejo que isso é um ganho para o hospital, para a equipe, porque é muito bom poder trabalhar com equipamentos novos e modernos. E é também um bom momento para treinar a equipe e fazer dela uma equipe diferenciada, especializada e pronta para atuar com esta tecnologia. Caso contrário: a casa é muito bonita, a estrutura é muito bonita, mas, se a equipe que estiver aqui dentro não souber conduzir e agir da forma do que a gente vende, a nossa estrutura não vale de nada (PG9).

O terceiro aspecto identificado diz respeito à relação entre tecnologia e necessidade numérica de força de trabalho. Gestores, enfermeiros, sujeitos-cuidadores e outros profissionais de saúde entrevistados, majoritariamente, dizem, ainda, que o investimento em equipamentos de tecnologia de ponta não resultava em diminuição do contingente numérico da força de trabalho em saúde. O principal aspecto destacado na relação equipamento/sujeito-do-cuidado/sujeito-cuidador era o de que o cuidado em saúde envolvia uma dimensão subjetiva e afetiva que era fundamental e que ocorria no espaço das relações interpessoais. Essas relações não são substituíveis por máquinas.

Por outro lado, o equipamento, por mais moderno que seja, não pode prescindir de um sujeito para ligá-lo, desligá-lo e, principalmente, ser capaz de analisar as informações fornecidas. A partir dessa análise, que exige um pensar humano, é que se torna possível acionar os recursos e cuidados que se fizerem necessários. Por outro lado, o sujeito-do-cuidado é um ser humano complexo, que necessita de outro olhar humano para tentar identificar problemas não mensurados pelo equipamento, ou seja, aspectos subjetivos que não são detectáveis por nenhum equipamento, por mais moderno que seja. Neste sentido, não há como reduzir a força de trabalho humana (PG1; PG9; PE10; PE11; PE12; PT15; PT16; PT19; PT17; PT20; PT18; PT22; PP13; PP14).

Eu acho que não, eu acho que só qualifica a assistência, mas ele não atua diretamente... A questão do monitor, é que a gente tem os monitores que são bem modernos, que dão todas as funções, saturação... Mas você precisa, isso não é único, isso vai te ajudar em alguns aspectos como, por exemplo, mensuração de sinais vitais e acompanhamento desse paciente. Mas o cuidar daquele indivíduo, a máquina não pode fazer. Então, quer dizer, a máquina não substitui a ação humana, ela somente ajuda, melhora, mas substituir, não (PE12).

Não reduz pessoal. Eu acho que não. Porque, de todo jeito, você tem que ter um funcionário para fazer o ECG. Ele não faz sozinho, você tem que estar

lá, não tem como. As bombas de infusão também, você tem que estar lá, para poder programar. As dietas, a medicação, tudo depende da gente. Mesmo que seja de última geração, tudo precisa de um profissional para estar lá programando e funcionando (PT19).

Os exames são complementares, complementar o quê? A uma observação humana. Se a gente for fazer essa inversão, achar que a máquina vai substituir o homem... vai ser muito mais caro e menos eficiente. Existem alguns tipos de monitorização de aviso, de alerta, que são às vezes muito úteis à beira do leito. Por exemplo, saturímetro, esse realmente é um tipo de monitor que é do lado do leito, de baixo custo, e que é eficiente para nos alertar sobre a questão respiratória. Então, às vezes, ele substitui um exame invasivo como a gasometria, que é mais doloroso, mais complicado. Então assim, quando tem esse tipo de tecnologia, isso agrega e isso fica. Agora, quando se propõe algo mirabolante e de alta complexidade, geralmente não tem esse impacto não, primeiro pelo custo e segundo pela inviabilidade de ter em todo local, não é? (PP13)

Na sua visão, a tecnologia ainda não diminuía força de trabalho, porque, mesmo que o paciente possa movimentar ali sozinho e não precise chamar a enfermagem, não exclui o atendimento necessário daquele profissional principalmente pelo lado humano. É um profissional que vai estar ali, para tirar outras dúvidas e para prestar um atendimento humanizado para o paciente, que a cama não substitui de forma alguma (PG9).

No entanto, na visão de alguns gestores, o uso de certos equipamentos, que fazem pelo sujeito-cuidador determinadas ações como, por exemplo, o monitoramento de funções vitais, resultava não só em maior eficiência e precisão, mas também em economia de força de trabalho.

A introdução de tecnologia na assistência altera a necessidade de recursos humanos, pois a tecnologia ajuda na assistência. Você tem monitoração a distância, você tem equipamentos mais confiáveis, você coloca um oxímetro no paciente, um monitor com pressão, estes equipamentos vão fornecer registros eficazes (PG1).

A tecnologia com a ociosidade, a tecnologia não é para você ficar ocioso, a tecnologia é para você pensar, para você arrumar um jeito melhor. Por exemplo: um aparelho de pressão automático, um oxímetro, um eletro que mede tudo automático, não é para que a pessoa fique mais longe do doente, é para aproximar o doente, é para aproximar a enfermagem do doente. Quer dizer, ela terá mais tempo de ficar com o doente para saber, efetivamente, ela tem que medir a pressão de dez pacientes, se ela passar e tiver um dado automático, ela pode gastar o tempo que ela estaria medindo, conversando. Eu fico falando isso na anestesia, que nós somos um poço de tecnologias. Quando eu começo a monitorar o doente, não quer dizer que eu posso sair da sala. É para eu ficar ali e analisar os dados, e ver o que eu posso melhorar. Porque, daí, eu posso me preocupar com o detalhe, porque o grosso lá, a pressão, já tem um equipamento medindo (PG2).

Um outro profissional de saúde descreveu que, em áreas administrativas, a tecnologia efetivamente vinha reduzindo força de trabalho, a partir de processos de informatização.

Em outros setores, que não seja na área assistencial, a tecnologia pode representar redução de pessoal. E cito a área burocrática, como a farmácia, por exemplo. A introdução da informatização reduziu um número expressivo de funcionários, quando passou a solicitar material por codificação e pelo computador na própria unidade, não sendo necessário levar o pedido no almoxarifado e ou farmácia. Além de reduzir erros e favorecer levantamentos estatísticos, e assim por diante. Então acaba que a informática ajuda nos pedidos e no controle. Eles são feitos via Internet, então não precisa uma pessoa ir lá pegar, fazer o pedido e voltar de novo (PP14).

A quarta idéia é que as relações humanas são o diferencial na assistência à saúde, e o uso da tecnologia vem trazendo riscos para essa visão. O corpo de enfermagem era reconhecido pelos gestores e outros profissionais de saúde, como a interface mais visível da atenção hospitalar. Historicamente, e culturalmente, deveria ser preservado o conceito de que a enfermagem “é o aspecto humano dessa tecnologia toda” (PG1). A tecnologia vem criando um distanciamento do médico e da enfermagem em relação ao sujeito-do-cuidado, porque ela permite monitoração à distância. No entanto, o contato interpessoal é fundamental.

Existe ainda um equipamento insubstituível na assistência em qualquer nível, que é o sorriso. Nunca se viu um monitor sorrir para ninguém, defendo o processo de humanização do tratamento e o contato pessoal, que representa a pessoa saber se está sendo assistida por alguém, e não o tempo todo por um aparelhinho. Por mais eficaz que seja, ele não sorri para ela, não conversa com ela, não escuta... Não devemos perder esse foco (PG1).

Eu tenho pessoas cuidando de pessoas, utilizando tecnologia, e não tecnologia cuidando de pessoas. Isso é completamente diferente as duas visões. E eu bato nisso direto. Se qualquer funcionário do hospital passar por alguém e não sorrir ou dar bom-dia, ele está cometendo falta grave. A tecnologia tem o objetivo único, e exclusivamente a função de permitir que eu, médico, ou enfermagem, tenha mais tempo para lidar com o objetivo principal do hospital, que é o paciente ou o cliente. A tecnologia nunca substitui a mão-de-obra humana. Mais, ao mesmo tempo, ela permite que esse homem possa fazer aquilo que a máquina não pode fazer, que é o cuidado em si. Eu não tenho a menor dúvida disso (PG2).

Para alguns entrevistados, as instituições de saúde valorizam mais a tecnologia de ponta que o cuidado humanizado. Nesse sentido, referiram a importância de valorizar a aproximação do profissional (médico e de enfermagem) do doente. Próximos aos doentes, os profissionais poderiam perceber situações que não são facilmente detectadas pelos aparelhos e que geram, também, custos elevados para as instituições.

O que o paciente precisa é um acompanhamento de perto. É por isso que ele está internado (PT16).

É muito difícil, para a realidade do hospital, faltar material, medicamento. Eu acho que talvez falte mais a presença do profissional, de quem for dar assistência ao doente, ficar do lado dele. O doente precisa é de gente para ficar do lado dele, porque isso vai evitar uma série de complicações. Por isso que eu falo que, às vezes, a medicina, por mais avançada que esteja, o que faz a diferença de um e de outro é a presença física. [...] Essa percepção tem que ser valorizada, porque a medicina e a assistência médica é feita com gente, e não com equipamentos. E há uma valorização maior de equipamentos do que de recursos humanos. Às vezes o hospital, no caso, valoriza mais uma hemodinâmica do que ter mais uma enfermeira no andar. Só por ter o status mesmo de ter uma hemodinâmica. [...] Às vezes falta um glicosímetro ou um saturímetro, mas não falta uma tomografia, uma hemodinâmica, porque eles acham que a alta complexidade é que dá dinheiro. Pode até ser, em termos de exames e financeiros, mas do ponto de vista da perpetuação da instituição, eles estão equivocados (PP13).

A necessidade de proximidade, de atenção humanizada é percebida também pelos usuários, confirmando a preocupação dos trabalhadores acima (PU5; PU6; PU7; PU8).

A predisposição de relação íntima, não para cumprir a função de espetar, de limpar, mas é uma pessoa que entra aqui e diz: “Oi, Seu A.”. Independente do doente, a pessoa... presença amiga, do segurar a mão e conversar... a dificuldade do banho, de troca, do movimentar, do colocar na cadeira, do tirar da cadeira. Isso demanda disponibilidade física e estar disponível (PU5).

Os resultados relatados acima estão de acordo com estudos de Pires (1998; 2000) e Girardi (2006), que admitem que, ao contrário do que se observa em outros setores da atividade econômica, a introdução de novas tecnologias na saúde (sejam novos produtos, instrumentos e equipamentos propedêuticos e terapêuticos), na

maioria das vezes, ao invés de economizar, acrescentam força de trabalho. Novas qualificações são exigidas para operação de novos equipamentos, fazendo crescer, no final, a demanda efetiva por força de trabalho. Ocorre um fenômeno de caráter cumulativo e não substitutivo, na maior parte das tecnologias médicas. O comentarista econômico norte-americano Kuttner (1998 apud GIRARDI, 2006) se referiu a esse fenômeno, com as seguintes palavras:

Embora certos progressos tecnológicos acarretem economia – técnicas a laser que proporcionam intervenções mais velozes e menos invasivas, exames por ressonância magnética e outros procedimentos de diagnóstico que evitam as cirurgias com finalidade exploratória, também estimulam a demanda.

5.5.2. O objeto e a finalidade do trabalho

Neste estudo, os gestores institucionais, gestores de enfermagem, os sujeitos-cuidadores de enfermagem e demais trabalhadores de saúde reconheceram, majoritariamente, o sujeito-do-cuidado como seu objeto de trabalho (PT19; PT16; PT15; PT17; PT18; PT20; PE10; PE11; PE12; PG3; PG4; PP13; PP14).

Essa constatação vem ao encontro do apontado por diversos autores, como: Pires (1989; 1998; 2000), Leopardi, Gelbcke e Ramos (2001), Ramos (1999), Peduzzi (2001) e Capella (1998; 1999), que afirmam que o objeto de trabalho da enfermagem é o sujeito-do-cuidado. O cuidado é o trabalho em si, “traduz uma ação de tratar de alguém, atender alguém (...) o cuidado é o tratamento, é a atenção dispensada” (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p.32).

O objeto de trabalho da enfermagem é o paciente. Prioritariamente, para promover o bem-estar do nosso paciente. Essa é a nossa prioridade. Eu acho que a gente se baseia nisso, no paciente (PT22).

Olha, o hospital vive para o paciente, qualquer coisa diferente disso está errado. Se eu brigo com você, porque nós estamos tentando melhorar o paciente, isso não é briga. Agora, se você briga comigo e prejudica o paciente, aí está errado. O nosso foco é o paciente, e ponto! – “Ah, mas o médico?” – Ok. – “Mas a enfermagem?” – Ok. Isso é uma consequência de um doente bem tratado. Então, ‘vem mais para cá, nós vamos trabalhar melhor, os processos vão ser, os frutos serão analisados (PG2).

Apenas um enfermeiro definiu o objeto de trabalho da enfermagem como o cuidado que, para os demais profissionais de saúde, é diferenciado conforme abaixo:

O objeto de trabalho da enfermagem é o cuidado. Dos demais? Eu acho que varia. Por exemplo, em relação ao médico, a gente sabe que ele não está focalizado, basicamente, no cuidado. Ele está focalizado na doença, na cura de uma patologia, Em relação a outros profissionais, por exemplo, a fisioterapia, eu também acredito que eles, na maioria das vezes, eles não vêem o doente, eles vêem a doença, a parte respiratória, a reabilitação daquele paciente. Então, também, ainda é uma medicina voltada para a cura. Então, eu acho que nós, enfermeiros, é que temos essa formação de estar conseguindo ver o paciente como um todo, de ver quais são os fatores que acabam interagindo com ele, e acabam alterando o processo de saúde e doença (PE12).

A opinião deste entrevistado vem ao encontro da opinião de autoras como Almeida e Rocha (1989; 1997) e Chompré (1998) , que defendem que o cuidado é o objeto de trabalho da enfermagem.

Os gestores institucionais, os gestores de enfermagem, os sujeitos-cuidadores, os outros trabalhadores da saúde e os usuários descreveram a finalidade do trabalho da enfermagem e dos demais trabalhadores de saúde como a busca de cura, ou conforto, ou melhora dos problemas que estão causando dor ou sofrimento, e que levaram à hospitalização do sujeito-do-cuidado. Na assistência, caberia a cada um assistir no âmbito de sua qualificação profissional, um contribuindo para o trabalho do outro para favorecer o sujeito-do-cuidado. O médico vai diagnosticar e prescrever o tratamento, a enfermagem vai cuidar ou assistir o sujeito-do-cuidado, a fisioterapia vai cuidar da parte motora e respiratória, todos em busca do restabelecimento do sujeito-do-cuidado, em suas necessidades individuais, psicobiológicas, sociais, prestando o melhor atendimento possível, na busca de uma qualidade de vida mais digna e com o menor número de seqüelas possível.

Descreveram, também, que o trabalho dos profissionais de saúde é complementar ao trabalho médico. Explicitaram, ainda, que é necessária uma relação recíproca de entrosamento, respeito, educação e carinho entre profissionais de saúde, família e sujeito-do-cuidado, para que o trabalho se torne eficaz (PG1; PG2; PG3; PG4; PE10; PE11; PG9; PU5; PU6; PU7; PU8; PP13; PP14; PT15; PT16; PT19; PT20;

PT21; PT22).

A finalidade do trabalho de enfermagem é cuidar do paciente, na busca da saúde e bem-estar mental, social para o mesmo. E a coisa mais satisfatória para mim, que sou auxiliar de enfermagem, é o paciente com a vida totalmente debilitada, totalmente com uma coisa grave, uma doença grave, não consegue andar direito, e a pessoa recebe alta bem. Não tem coisa melhor! Para mim o 'X' da questão está aí: você cuidar bem do paciente. A ponto de ele ir embora tranquilo (PT16).

Então eu acho que, para mim, o papel da enfermagem aqui é atender o paciente como um todo. Estar vendo todos os pontos mesmo. Às vezes, encontro com uma {auxiliar} no corredor, a Fulana é um amor: "Paciente hoje está tão deprimido...". Então isso, para mim, é um retorno super gratificante, que eu vi que ela não entrou só no quarto e foi lá e fez só medicação... Aquele negócio mecânico que a enfermagem faz por causa da hora, da correria... Mas ela viu esse outro lado (PE10).

A finalidade do trabalho da enfermagem é essencial, porque o contato diário é delas. O médico passa, avalia, é uma presença fugaz. E a palavra do médico é importante para ele tomar atitudes; entretanto, no dia-a-dia, é a enfermagem quem cuida. Então esse contato no dia-a-dia dá ao médico a continuidade das ações, como medicamentos. A fisioterapia, a atitude perante a vida, puxando ele para a autonomia, resgatando nele essa estima do viver (PU5).

Na verdade, o que os pacientes esperam da equipe de saúde(,) nada mais é do que uma relação de confiança. Primeiro, você deposita na equipe confiança da sua recuperação. Logicamente, nem sempre a gente vai ter o melhor resultado o tempo inteiro, então, porque seria muita pretensão nossa achar que somos deuses. Mas, de qualquer forma, mesmo em situações em que há uma diversidade de resultado de falência terapêutica ou de uma evolução desfavorável, o paciente quer de nós um não abandono, ele quer que a gente permaneça ali solidário a ele (PP13).

Finalidade dos trabalhadores de saúde é prestar uma assistência dentro das necessidades de cada pessoa que você está cuidando. Dentro daquilo que ele está precisando, é você estar podendo ajudar, podendo intervir para que ele volte a restabelecer suas condições de saúde (PG4).

Os resultados deste estudo vão ao encontro do proposto por Pires (1998, p. 161), quando descreve que, no campo da saúde:

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

Esses resultados apontam que, majoritariamente, o sujeito-do-cuidado foi reconhecido como o objeto de trabalho da enfermagem e, também, dos demais profissionais de saúde. Que a assistência terapêutico-cuidativa, em busca da cura e/ou bem-estar, é a finalidade do trabalho em enfermagem e saúde. Esses resultados reforçam a compreensão de que um indicador prioritário no dimensionamento de pessoal de enfermagem deve ser a consideração desse sujeito na sua integralidade, e que as ações de saúde devem incluir as múltiplas dimensões que o cuidar da vida humana requer.

CAPÍTULO VI

BASES PARA O DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO DE ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO: QUANTIDADE E QUALIDADE, EM UM CENÁRIO COMPLEXO E MULTIDETERMINADO

Este capítulo apresenta, com base nos dados obtidos pelos diversos olhares (dos sujeitos-do-cuidado e familiares; dos profissionais de enfermagem e de saúde; e dos gestores) e na teoria de referência, os **aspectos do processo de trabalho em enfermagem e saúde que devem ser considerados no dimensionamento da força de trabalho em enfermagem para a prestação de uma assistência de qualidade.**

Trata-se de uma análise fundada nos dados obtidos em uma instituição hospitalar e influenciada pela concepção de mundo da pesquisadora, explicitada pelo referencial teórico escolhido. O estudo foi realizado no cenário histórico e social do Brasil desta primeira década do século XXI, e influenciado por sua realidade institucional e jurídico-legal, assim como pelo cenário de intensas transformações no mundo do trabalho e suas implicações para a força de trabalho e para o processo gerencial institucional.

No entanto, as considerações descritas nesta tese não estão limitadas apenas à instituição estudada, uma vez que as situações de trabalho analisadas dizem respeito, também, à realidade de outras instituições de saúde, brasileiras e de outros países. Como se pode comprovar pelo diálogo com os estudos internacionais sobre o tema.

6.1 Aspectos relacionados ao objeto de trabalho da enfermagem, nas unidades de internação

Partindo do referencial teórico do Materialismo Histórico-Dialético acerca do

processo de trabalho, o objeto de trabalho dos profissionais de saúde e da enfermagem é o sujeito-do-cuidado – no caso deste estudo, o sujeito hospitalizado – ou seja, o ser humano portador de carência que necessita de ações transformadoras a serem realizadas por profissionais de saúde (PIRES, 1989; 1998; 2000; CAPELLA, 1998; 1999; LEOPARDI, GELBCKE, RAMOS, 2001; MELO, 1986; RAMOS, 1999; GELBCKE, 2002).

O trabalho é o esforço humano dotado de propósito ou intenção, envolve a transformação de um objeto da natureza ou de um objeto que já passou por uma transformação anterior. No caso do trabalho em enfermagem, o esforço para transformação envolve uma relação entre dois sujeitos; o sujeito trabalhador e o sujeito-do-cuidado. Portanto, a ação transformadora envolve o dispêndio da capacidade intelectual e física dos profissionais de enfermagem, em uma ação desenvolvida em relação a outro Ser Humano distinto, e que tem vontades, história de vida e valores, que lhe dão individualidade e direito de decidir sobre os rumos de sua vida. Assim, o trabalho em saúde demanda respeito, parceria e colaboração entre sujeitos sociais distintos.

Além disso, no trabalho da enfermagem se estabelece uma relação entre sujeitos distintos, ambos dotados de necessidades, as quais algumas vezes se distanciam e em outras se aproximam. Nesse sentido, pensar no quantitativo de força de trabalho necessário para dar conta do cuidado, no âmbito institucional, requer considerar as expectativas dos sujeitos trabalhadores, e também as do sujeito-do-cuidado e de seus acompanhantes e/ou familiares, que constituem a sua rede de relações.

É preciso considerar, também, que essas expectativas e necessidades mudam ao longo da vida e do processo de hospitalização. Há flutuação da demanda e imprevisibilidade. Assim, as necessidades de força de trabalho de enfermagem são mais difíceis de prever e quantificar, se as compararmos com o planejamento de setores da produção material. Essa realidade já foi apontada por Offe (1991), ao tratar da dinâmica do setor de serviços.

A característica de imprevisibilidade dos serviços na área de saúde dificulta o planejamento. Existe uma incerteza do volume de atendimento e tipo de atendimento,

em função do número de doentes e suas patologias. Essa imprevisibilidade no processo de cuidar, em enfermagem e em saúde, pode ser exemplificada pelas: alterações do perfil do doente; ausências programadas e não programadas dos trabalhadores; calamidades públicas e problemas de saúde ou acidentes/desastres que atingem coletividades; greves de coletivos; entre outras. Offe (1991) refere que no setor de serviços, em especial em alguns setores, como é o caso da saúde, há necessidade de uma disponibilidade maior de força de trabalho, pois não há possibilidade de prever quando a necessidade ocorrerá.

A partir do ângulo dos individualmente atingidos, é exatamente a ‘casualidade’ imprevisível dos riscos que faz surgir a necessidade da instituição separada e organizada dos serviços. Daí resulta, reciprocamente, o fato de que a produção dos serviços seja caracterizada por aquilo que, na produção industrial, seria designado como ‘superdimensionamento’: inevitavelmente, todos os serviços têm que ser dotados de uma maior ou menor ‘disponibilidade’ preventivamente estabelecida, mas efetivamente não utilizada, caso contrário, ‘a função acauteladora’ da prestação de serviço estaria ameaçada. Esta capacidade ociosa pode ser observada na quantidade e duração da oferta do serviço, na qualificação da força de trabalho e na instalação técnica dos seus locais de trabalho com instrumentos e aparelhos mecânicos. [...] Tais disponibilidades ‘excedentes’ de serviços também reduzem a ‘produtividade’ na prestação de serviços; especialmente quando a ‘produtividade’ é medida em analogia à produção industrial, como resultado realizado por unidade de trabalho (por exemplo, pacientes curados por empregado do sistema saúde), e não como resultado potencial (por exemplo, disponibilidade de ações médicas) (OFFE, 1991, p. 21).

Outro aspecto do trabalho da enfermagem, que se coloca no contexto aqui em debate, é que o processo de cuidar, em enfermagem, envolve uma complexidade que demandaria um trabalho profissional altamente qualificado. Além disso, esse trabalho ocorre em um cenário histórico, social e institucional que determina constrangimentos e o campo de escolhas, ou seja, alguns fatores serão levados em consideração, conforme se o trabalho se desenvolver em uma instituição de caráter público ou privado. No entanto, nos dois tipos de instituição a questão dos custos estará sempre em pauta, e direcionando as ações administrativas.

Focalizando os dados obtidos na pesquisa, e os disponíveis na literatura sobre dimensionamento, muitos autores como Valle (1958), Oliveira e Román (1976), Alcalá et al (1982), Gaidzinski (1998), dentre diversos outros, garantem que o perfil do

doente e do acompanhante/familiar é um importante elemento a ser considerado na definição da força de trabalho de enfermagem, tanto no que diz respeito à condição de saúde, quanto em relação à individualidade. O perfil aqui mencionado diz respeito, mais especificamente, aos aspectos de dependência e de autonomia do doente, e à gravidade do seu quadro clínico-cirúrgico, com maiores ou menores riscos de vida. Neste mesmo sentido, as características singulares do sujeito-do-cuidado e de seus acompanhantes e familiares também foram identificadas nas expressões dos entrevistados desta pesquisa.

O perfil do doente/sujeito-do-cuidado foi destacado, pela maioria dos entrevistados, como indicador fundamental na definição da força de trabalho em enfermagem, nas unidades de internação. Os relatos apontam, também, que existe uma imprevisibilidade em relação a alterações desse perfil, o que dificulta a previsão e a distribuição dos trabalhadores no cotidiano assistencial. Além disso, que essa imprevisibilidade não pode ser solucionada por fórmulas matemáticas, aproximando-se da reflexão da Offe (1991).

Os estudos acerca do perfil dos doentes hospitalizados, de autores como Valle (1958), Oliveira; Román (1976), Des Ormeaux (1977), Alcalá et al (1982) e Gaidzinski (1998), mostram que este sempre reflete uma média no tempo, ou no momento em que foi feita a avaliação. E que essa avaliação está, permanentemente, sujeita a alterações, devido à melhora ou piora do quadro clínico-cirúrgico que levou à hospitalização do sujeito-do-cuidado.

O perfil do doente tem sido entendido como a situação desse sujeito-do-cuidado descrita após uma avaliação da complexidade de cuidados exigidos. Quanto maior a complexidade, maiores são as necessidades de força de trabalho. Igualmente, quanto maior for a complexidade exigida, maior deve ser a qualificação dos cuidadores. E, muitas vezes, a demanda tecnológica também é maior, em especial de tecnologia material.

Exemplificando, pode-se citar o doente traqueostomizado e com agravos neurológicos, recém-chegado de um CTI. A partir desse perfil, no hospital estudado, os enfermeiros assistenciais remanejavam os sujeitos trabalhadores de uma unidade

para outra, em busca de um equilíbrio da força de trabalho, para atender a demanda de cuidados do sujeito hospitalizado em uma unidade de internação clínico-cirúrgica.

Apesar de ser uma política institucionalizada, essa estratégia não contava com a adesão dos enfermeiros e demais trabalhadores da unidade de internação. As justificativas reveladas foram que esses remanejamentos desorganizavam as unidades de origem, sobrecarregando os trabalhadores que permaneciam na unidade. E o auxílio no outro setor era questionável, considerando-se o desconhecimento do sujeito trabalhador remanejado da rotina de trabalho da unidade para a qual havia sido deslocado. Revelaram ainda que, se as proporções quantitativas nas unidades estivessem adequadas, com quatro sujeitos trabalhadores ao invés de três, essas coberturas estariam garantidas, sem necessidade de remanejamentos.

Outra importante estratégia institucional, utilizada para reduzir reclamações ou garantir o cuidado livre de riscos, ou seguro, para o sujeito hospitalizado e para a instituição, evitando, inclusive, futuras ações indenizatórias ou perda de clientela, era a alocação de um sujeito trabalhador específico, ou através de hora extra, para cuidar de situações especiais. Como exemplo, foram evidenciadas, na unidade clínico-cirúrgica, situações em que o sujeito hospitalizado tinha alto grau de dependência, demandando um funcionário exclusivo, como era o caso de sujeitos hospitalizados com grandes queimaduras, que demandariam muitas horas para realização de banho e curativos. Essa necessidade, sem acréscimo na força de trabalho, poderia comprometer o cuidado de outros sujeitos hospitalizados.

Outras situações reveladas como excepcionais para alocação de pessoal foram quando existia a possibilidade desse sujeito hospitalizado trazer problemas de reclamações ou queixas, junto à empresa que financiava a instituição. Como nos casos de sujeitos hospitalizados que possuíam acompanhantes com alta influência junto aos grupos financiadores, ou que pudessem trazer dificuldades legais futuras. Ou ainda a existência de situações de risco de vida causadas pelos próprios doentes ou acompanhantes (risco de suicídio, quedas, agressões físicas, distúrbios psiquiátricos).

É importante salientar que essas situações eram consideradas excepcionais pela administração, e só eram alocados mais funcionários, quando todas as possibilidades

internas tivessem sido realizadas para cobrir essa demanda, e não fosse possível atendê-la com o quantitativo normal de força de trabalho, ou seja, por remanejamentos internos.

Outro aspecto relativo ao sujeito-do-cuidado, pouco abordado na literatura sobre dimensionamento, mas mencionado, de modo significativo, na literatura sobre processo de trabalho em saúde, como em Capella (1998), Pires (1998, 2000) e Leopardi, Gelbcke, Ramos (2001), diz respeito às características individuais e subjetivas do sujeito-do-cuidado. Por exemplo, buscar respeitar as preferências por banho à tarde, os que não gostam de serem incomodados muito cedo, os que não desejam ser manipulados com frequência, dentre outras.

Pela característica especial do trabalho em saúde e enfermagem envolver uma relação entre sujeitos, com vontades, direitos e histórias de vida que se colocam no processo de cuidar, é ingrediente fundamental para estabelecer uma assistência adequada e programar os cuidados identificar as necessidades do sujeito-do-cuidado, conhecendo seus gostos, a maneira como deseja ser cuidado, inclusive possibilitando uma relação de intimidade, cumplicidade, e de aliança pelo direito à saúde. Os sujeitos-do-cuidado entrevistados relataram que o carinho é fundamental, e que todo doente tem carências físicas e emocionais. Um dos acompanhantes entrevistado exemplificou bem esta necessidade, ao relatar que o ingrediente fundamental na qualidade da assistência é a disponibilidade ou “predisposição para se relacionar emocionalmente” e não ficar apenas restrito aos cuidados físicos. Neste mesmo sentido, diversos sujeitos-do-cuidado expressaram a necessidade de serem tratados com carinho, atenção e respeito.

As questões relativas à pontualidade no atendimento às solicitações do sujeito-do-cuidado ou de seu familiar/acompanhante, descritas como “tempo de espera”, “tempo de atendimento”, “agilidade no atendimento”, “sem atraso”, “sem demora”, são essenciais no processo de cuidar. Desde os horários previstos para as ações de cuidados diretos, como banho, dieta, curativos, medicação, até os encaminhamentos de solicitações a outros setores do hospital, responsáveis por manutenção e apoio, como, por exemplo, consertar televisão, adequar o ar condicionado, limpar o ambiente. Essa

dimensão ultrapassa as ações de enfermagem, mas também são demandas da vida dos sujeitos hospitalizados que interferem no seu bem-estar, de modo que foram mencionadas como necessidades que precisavam de atendimento ágil.

Esse tipo de demanda foi significativo no hospital estudado, o que parece ter relação com o caráter privado da instituição, em que os sujeitos-do-cuidado se percebem como consumidores, exigindo a prestação do serviço que compraram no mercado, o que inclui um tipo especial de hotelaria, além dos cuidados profissionais de saúde. Como consumidores, cobram quando essa expectativa não é correspondida.

No caso dos cuidados de saúde prestados no setor público, essas demandas, no caso brasileiro, são menos significativas, uma vez que os direitos de cidadania estão pouco inseridos na cultura nacional como direitos humanos, do âmbito da justiça social. Esses achados também foram encontrados por autores como Pires (1998) para hospitais privados, que atendem uma clientela de alto poder aquisitivo.

As exigências do sujeito-do-cuidado ou do acompanhante/familiar eram identificadas pelos sujeitos trabalhadores e gestores, como relacionadas à característica privada do hospital e à forma com que a instituição se apresentava no mercado, especialmente pela “ostentação” de sua área física e porque os doentes e familiares eram “um público pagante”. Mencionaram que as exigências aumentavam pela presença do acompanhante/familiar, que era visto como um demandador de atenção, pois ele questionava mais, chamava mais, desejava saber o porquê de tudo. Mesmo que o doente não solicitasse, o acompanhante/familiar o fazia, para esclarecer dúvidas ou mesmo para atender solicitações de conforto no ambiente, como: regular o ar condicionado, identificar um canal de televisão, consertar o telefone. Essa alta exigência era vista por alguns profissionais como “a ditadura do doente”.

O sujeito-do-cuidado e o acompanhante/familiar buscavam exercer os seus direitos de cidadania, ao reivindicar e questionar ações e comportamentos dos profissionais de saúde e as regras institucionais. O que se aproxima do conceito de cidadania formulado pelo Grupo Práxis (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 41), onde o sujeito hospitalizado e seu acompanhante/familiar buscam ser sujeitos de seus desejos, mantendo sua autonomia, supondo-se livres para fazer suas escolhas. No

entanto, isto não foi entendido da mesma forma por todos os entrevistados, quando eles se sentiam incomodados por terem que discutir e dividir suas decisões e ações com o sujeito que recebia o cuidado ou com o seu familiar/acompanhante, apesar da verbalização, em alguns discursos, de que isso era realizado.

Os principais parâmetros de avaliação institucional da satisfação do sujeito-do-cuidado e do acompanhante/familiar eram o número de reclamações monitoradas pelo SAC e, também, as campanhas acionadas e não atendidas, ou que foram atendidas com atraso. Esse parâmetro de avaliação do nível de satisfação do usuário, medido na instituição, era utilizado como instrumento para ouvir e sanar as queixas, reclamações, insatisfações, pois a sobrevivência de uma instituição de prestação de serviços privados em saúde necessita do “cliente consumidor” para se perpetuar no mercado.

Esses instrumentos de avaliação de satisfação do “cliente” foram introduzidos na década de 70, nos países capitalistas desenvolvidos, com vistas a estreitar os laços entre produção e comercialização. Os consumidores deixaram de ser “passivos” e o interesse, expectativa e opinião dos mesmos passaram a ser considerados no planejamento.

O sujeito-do-cuidado e o acompanhante/familiar percebiam o quantitativo inadequado de força de trabalho de enfermagem, somente quando os fatores de espera ou atraso ocorriam, como quando o banho atrasava porque o sujeito-cuidador informava estar aguardando um outro para auxiliá-lo, ou que estava com mais doentes, devido ao remanejamento de trabalhadores para outras unidades.

Os aspectos acima mencionados são importantes e devem ser considerados nos indicadores de avaliação qualitativa da força de trabalho, pois o atendimento ao sujeito-do-cuidado e acompanhante/familiares é a razão da existência da instituição de saúde. A ausência ou inadequação do atendimento desse item fragilizam a instituição aos olhos de seu principal usuário, que é o sujeito hospitalizado.

Esses achados reforçam a minha tese de que os parâmetros para definição de força de trabalho em unidade de internação não podem ser baseados exclusivamente em métodos quantitativos e em fórmulas matemáticas, pois assistir, em saúde e em enfermagem, significa trabalhar com a imprevisibilidade, com as incertezas, com

valores e com a subjetividade, e isto exige visões distintas do olhar pragmático da economia capitalista tradicional e da administração clássica. O trabalho em saúde envolve dimensões da vida humana de solidariedade, de valores morais que o caracterizam como um trabalho especial, que não pode ser gerenciado apenas com a lógica da racionalização utilizada no setor industrial, e nem unicamente com os olhos do mercado.

6.2 Aspectos relacionados à organização e meios/instrumentos de trabalho da enfermagem, nas unidades de internação

Considerando-se o conceito de organização do trabalho de Pires (1998; 2000) e Matos (2002), e as formulações de Marx (2002) a respeito de instrumentos de trabalho, esse elemento do processo de trabalho e as formas como os trabalhadores organizam o seu fazer cotidiano estão aqui articuladas, buscando identificar suas implicações no dimensionamento.

Nesse sentido, meios de trabalho, no caso do trabalho da enfermagem, em unidades de internação de hospitais, incluem: tecnologias do tipo material (como os diversos equipamentos, materiais e instrumentos); tecnologias não-materiais (como as formas e dinâmicas de organização do trabalho; e tecnologias de relação, como vínculo e humanização); a estrutura física, organizacional e de gestão do hospital, e das unidades de internação.

6.2.1 Dinâmicas no processo de trabalho que interferem no dimensionamento de pessoal de enfermagem

Os estudos de Ives Schwartz mencionados por Scherer (2006) apontam que, quando os trabalhadores se encontram sob pressão moral ou psicológica no trabalho, devido a regras, normas ou necessidades institucionais no exercício da atividade, eles negociam, localmente, bem como produzem arranjos para enfrentar as demandas

prescritas.

Nesta pesquisa, foi possível identificar, claramente, as estratégias e arranjos diversos, utilizados pela equipe de enfermagem na organização do trabalho, nas unidades de internação, com vistas a atender o trabalho prescrito institucionalmente e as demandas provenientes das necessidades dos sujeitos-do-cuidado e de seus familiares/acompanhantes, assim como as estratégias de defesa individual e do grupo. Essas estratégias dependiam do contingente da força de trabalho disponível, assim como das características culturais e individuais dos sujeitos trabalhadores, e mudavam nas diversas situações de trabalho.

No trabalho real, são expressas as manifestações “dramáticas do uso de si, por si e pelos outros” como apontado por Schwartz (2003, op. cit SCHERER, 2006, p 73), em um cenário onde a instituição adota estratégias de racionalização, como as apontadas por Offe (1991), com vistas à redução de custos, e os trabalhadores usam as suas estratégias de enfrentamento.

Uma das estratégias utilizadas pela instituição estudada era a racionalização com mecanização, e a outra era a redução do custo da força de trabalho, tendo como exemplo a contratação só de auxiliares de enfermagem para o cuidado direto. Mesmo os técnicos de enfermagem, que têm uma qualificação profissional correspondente a determinado direito de remuneração, eram contratados como auxiliares, percebendo menores salários do que os que teriam direito. Os enfermeiros, em menor número, eram chamados para o desempenho de ações mais complexas. Um recurso de cobertura qualificada, quando necessário, com menor custo.

Dentre as estratégias adotadas pela instituição, em termos de organização do trabalho, que tinham implicações no dimensionamento, destacam-se:

- a) A contratação de auxiliares de enfermagem para realizar a função de transporte de doentes de uma unidade para outra (como era o caso do Centro Cirúrgico, por exemplo), assim como para outros setores do hospital, sempre que necessário. Essa alternativa permitia à equipe que atuava na unidade a permanência junto aos doentes sob seus cuidados, reduzindo a possibilidade de descontinuidade da assistência e economizando o tempo gasto com os

deslocamentos. Por outro lado, o trabalho deste auxiliar de enfermagem que realizava as atividades de transporte aproximava-se do trabalho funcional, muito utilizado na prática da enfermagem. O foco era na tarefa “transporte de doente”, e o trabalhador distanciava-se da compreensão/domínio do processo de trabalho e do trabalho profissional;

- b) A definição de um trabalhador específico de enfermagem para a busca e coleta de sangue nas unidades de internação, para o envio de sangue e hemoderivados do banco de sangue para as unidades; e que também era o responsável pelo acompanhamento das transfusões administradas pelo enfermeiro. Essa estratégia institucional reduzia o risco de erros e de atrasos nas infusões, bem como economizava tempo da equipe de enfermagem, que não precisava ficar estressada, cobrando e pegando material;
- c) A existência de uma equipe específica para preparo e transfusão de quimioterápicos, preparo em lugar específico (capela de fluxo laminar), o que garantia a segurança e proteção do trabalhador. Considerando tratar-se de medicamentos que exigem conhecimentos especiais para a sua manipulação, essa prática contribuía para a segurança dos trabalhadores de enfermagem, e também para a segurança dos doentes, nos aspectos referentes à via e a técnica de administração;
- d) A existência de funcionários de apoio, técnicos de faturamento e secretária, contribuindo para diminuir as cargas de trabalho da enfermagem. A presença desses trabalhadores administrativos, para solicitação e controle de medicamentos e material médico-hospitalar, agendamento de exames, solicitação de dietas e acionamento de médicos, favorecia muito os auxiliares/técnicos de enfermagem, que não necessitavam se afastar de suas atividades de cuidado. Apesar da existência da técnica de faturamento e da secretária nas unidades de internação, o enfermeiro ainda se responsabilizava pelo acompanhamento de suas atividades (agendar exames, conferir data, comunicar início e término de jejum, justificar medicações que desapareceram). Esse trabalho de apoio contribuía para disponibilizar mais

tempo para a enfermagem dedicar-se à assistência;

- e) A avaliação, diária e por turno, da dinâmica de complexidade do sujeito-do-cuidado, realizada pelo enfermeiro, agilizava as mudanças e adaptações necessárias no contingente de força de trabalho para adequar-se às mudanças. Quando o quadro clínico do doente se agravava, e não era possível realizar remanejamentos, solicitava-se aumento da força de trabalho;
- f) Busca do enfermeiro para solucionar problemas de difícil abordagem junto ao paciente e familiares, fossem problemas técnicos ou relacionais, com o sujeito-do-cuidado, com o acompanhante/familiar ou com outros profissionais.

Os trabalhadores de enfermagem também adotavam estratégias para dar conta do trabalho prescrito. Dentre elas, destacam-se:

1. A permanência de um membro do grupo no posto de enfermagem para atender as intercorrências e campanhas, evitando reclamações do sujeito-do-cuidado, acompanhante e familiar. Essa medida servia, também, de proteção para os trabalhadores, no enfrentamento da estratégia institucional de monitorar tais reclamações e utilizá-las como indicador para avaliação do trabalho de cada profissional da equipe;
2. Quando existiam muitas atividades na unidade, os auxiliares acionavam os enfermeiros para realizarem os procedimentos mais complexos, como: punção venosa de difícil acesso, sondagem nasoentérica;
3. Quando não havia leito disponível, no momento da internação, na unidade destinada ao perfil do paciente (por exemplo, internação de doente grave na unidade de internação de leito/dia.) os trabalhadores de enfermagem de nível médio deveriam procurar acionar o enfermeiro para definição da alocação desse doente. Quando isto não ocorria, o enfermeiro podia necessitar deslocar um trabalhador de enfermagem para cuidar desse doente, trazendo transtornos no dimensionamento e na assistência. Portanto, era importante

utilizar o critério de articulação da internação com o enfermeiro supervisor, para lotação desses doentes em unidades que evitassem remanejamento de auxiliar/técnico de enfermagem;

4. A distribuição de atividades de cuidado indireto (cuidar do material, conferir medicação, organizar o posto, conferir funcionamento das bombas, oxímetro, saturímetro) era feita designando-se um membro da equipe de enfermagem, através de escalas, de modo que os que se encontrassem escalados para a realização dos cuidados diretos aos sujeitos hospitalizados não ficassem sobrecarregados, responsabilizando-se pelas duas atividades;
5. Os cuidados não realizados no turno da manhã, devido à sobrecarga ou intercorrência no trabalho, eram reprogramados para o turno da tarde (curativos, punção de subclávia, dentre outros);
6. A organização do trabalho da equipe de enfermagem, na modalidade de cuidados integrais, era realizada na perspectiva colaborativa. Servem como exemplos as seguintes estratégias, mencionadas pelos entrevistados: “em casos de dúvidas, um chama o outro”; “os cuidados mais complexos são realizados em dupla”; “os problemas da unidade são nossos e não de cada um, individualmente”; “o respeito pelo limite de cada um, enquanto gente que cuida de gente”.

Apesar do discurso institucional de que o cuidado se faz de forma integral, o sujeito trabalhador, nas situações descritas, convivia com duas dimensões no processo de assistir. Uma, em que a divisão do trabalho seguia a lógica de economia da força de trabalho qualificada e do parcelamento do trabalho, utilizando trabalhadores para o desenvolvimento de tarefas específicas. E outra onde a assistência era organizada de modo que cada sujeito trabalhador (auxiliar/técnico) se responsabilizasse pelos cuidados integrais de quatro a cinco sujeitos hospitalizados, em média.

Os trabalhadores de enfermagem de nível médio mencionaram a importância do cuidado integral, quando verbalizaram que isto lhes permitia ter uma convivência maior com o sujeito hospitalizado, conhecê-los melhor, além de propiciar mais

aproximação dos mesmos com a totalidade do processo de cuidar e com o entendimento das demandas de cuidado. O que foi manifestado pelas expressões de prazer, ao perceberem “que o doente sai de alta recuperado ou melhorado ou confortado, e que eles foram parte desse processo”.

Para superar o déficit de profissionais qualificados para a realização de um trabalho complexo, como é o de cuidar de seres humanos doentes e hospitalizados, a estratégia institucional era a de flexibilizar o “uso” dos enfermeiros. Estes eram “utilizados” para cobrir as demandas de cuidados que requeressem procedimentos mais complexos ou para atuar em situações que demandassem intervenções mais qualificadas, tanto no que dizia respeito aos aspectos físico-biológicos (como enfermeiros deslocados para realizar hemotransfusões ou para administrar quimioterapias), como no que dizia respeito aos aspectos emocionais e de relações.

6.2.2 Aspectos relacionados às tecnologias materiais, que favorecem ou dificultam o trabalho da enfermagem

Chompré e Egry resgatam formulação de Ives Schwartz para apontar que, no término do século XX, havia uma tendência à “substituição do trabalho pela racionalidade tecnológica (...). De um lado cada vez mais automação, e de outro o crescimento do número de trabalhadores desempregados” (CHOMPRÉ; EGRY, 1998, p. 41).

Offe (1991) cita que uma das estratégias utilizadas pelas empresas para manter a lucratividade é a mecanização. “Mecanização” usada no sentido de introdução de aparelhos e máquinas, com vistas a aumentar o rendimento do trabalho.

As inovações tecnológicas têm sido apontadas como uma das responsáveis pela redução de empregos, na medida em que racionalizam os processos produtivos e aumentam a produtividade do trabalho, sem que haja uma necessidade de aumento da força de trabalho. Por outro lado, se deve ter presente que a tecnologia também está associada à criação de novos produtos, serviços e mercados e, conseqüentemente, a novas frentes de expansão do emprego.

O que se reconhece é que a tecnologia é responsável por desequilíbrios na geração/destruição de postos de trabalho, tanto em termos intersetoriais como temporais. Desde o início do século XX, vem sendo observada, nas economias capitalistas, uma tendência de redução de empregos na indústria e na agricultura, e um aumento de empregos no setor terciário ou de prestação de serviços. E com o processo de reestruturação produtiva, a partir dos anos 70, nos países centrais do capitalismo, verificam-se mudanças na estrutura ocupacional e de perfil da força de trabalho, exigindo trabalhadores com maior capacidade de abstração, de comunicação e de conhecimentos básicos, em lugar dos habilitados para atividades rotineiras, repetitivas, e com baixos requisitos de escolaridade. Para Cattani (2002), os efeitos do desemprego poderiam ser minorados, se houvesse, concomitantemente, uma redução proporcional de jornada de trabalho, com participação dos trabalhadores no processo de incorporação do progresso técnico.

Os índices de desemprego também são elevados no Brasil, sendo que o trabalho precário, em suas múltiplas formas, aparece como um dos problemas mais significativos (GIRARDI; CARVALHO, 2002).

O setor saúde é um dos setores afetados, significativamente, pelas inovações tecnológicas, em especial pelas tecnologias materiais, mas estas não têm se apresentado como redutoras de força de trabalho, por múltiplos fatores.

Os sujeitos deste estudo foram unânimes (100%) em afirmar que as tecnologias materiais, tipo equipamentos, disponíveis na área de saúde e no hospital estudado eram fundamentais para qualificar o trabalho na enfermagem. Revelaram, ainda, que os equipamentos de tecnologia de ponta agilizavam, ajudavam na realização de um trabalho mais seguro para o sujeito-do-cuidado e com menos desgaste para os profissionais de enfermagem. Mas exigiam, também, mão-de-obra qualificada, pois era necessário treinamento e conhecimento para manipular os equipamentos.

A enfermagem foi descrita, igualmente, como “o aspecto humano dessa tecnologia toda”. Os equipamentos de tecnologia de ponta disponibilizavam tempo para os profissionais de enfermagem assistirem o doente, mas não substituíam a força de trabalho, pois, além de necessitarem de “alguém” para colocá-los em

funcionamento, era necessário interpretar as informações obtidas. Somando-se a isso, as máquinas não davam conta das múltiplas dimensões do cuidar, em especial dos aspectos interpessoais do processo.

Os sujeitos trabalhadores do estudo citaram, em seus discursos, alguns instrumentos/equipamentos que auxiliavam em seu trabalho:

- Cadeira de rodas eletrônica, leve – permitia as diversas posições para o paciente;
- Cama confortável, grande, leve, eletrônica – permitia as diversas posições, sem realização de esforço físico por parte da enfermagem;
- Maca eletrônica, confortável, leve – permitia diversas posições;
- O saturímetro, o glicosímetro, o oxímetro, a bomba de infusão, o eletrocardiograma digital, o desfibrilador automático, o sistema de monitorização central, sistema de comunicação sonoro e luminoso (campainha, interfone) – facilitavam o trabalho, diminuindo as cargas de trabalho da equipe de enfermagem, assim como proporcionavam um cuidado de melhor qualidade.

Em relação ao contingente numérico da força de trabalho em enfermagem, a relação entre inovação tecnológica e redução da força de trabalho não foram identificadas no hospital estudado. O número de trabalhadores vinha aumentando, desde a criação do hospital. Em 2006, o hospital dispunha de 176 leitos e 300 trabalhadores de enfermagem. Nas unidades estudadas, a equipe de enfermagem correspondia a 22 profissionais para 21 leitos (uma unidade com 13 apartamentos e outra com 8 suítes) e esse contingente ia aumentando, gradativamente, à medida que a instituição ocupava os leitos disponíveis (212 leitos de capacidade instalada).

Os achados deste estudo mostram, também, que a inovação tecnológica não resultou em redução na força de trabalho em enfermagem, mas que as estratégias institucionais para reduzir custos vinham sendo o que se pode chamar de um tipo de “flexibilização associada à precarização”.

Os resultados deste estudo coincidem com os estudos de Pires (1998), Ribeiro;

Pires e Blank (2004), Matos (2002, 2006), Azambuja (2007), distinguindo-se da tendência histórica de redução de força de trabalho a partir da modernização tecnológica, como apontado por diversos autores, incluindo Schwartz (1993) e Offe (1991). Essa redução da força de trabalho pela inovação tecnológica é muito significativa na área industrial e, também, em áreas do setor de serviços, como é o caso da área financeira no Brasil, onde a modernização tecnológica e organizacional tem reduzido significativamente a força de trabalho.

Apesar de um pouco diferente do sentido dado à precarização na literatura sociológica, a estratégia de contratar técnicos de enfermagem como auxiliares, encontrada na instituição estudada, não reconhecendo os seus direitos pela qualificação formal, mas, ao mesmo tempo, usando a sua expertise para resolver problemas do âmbito da assistência que demandassem maior qualificação, pode ser considerada um tipo de precarização do trabalho. Identificaram-se, também, formas de flexibilização do trabalho, sem necessariamente caracterizarem-se como precarização, como: a contratação de auxiliares para função de transporte; a dinâmica de deslocamento de enfermeiros e auxiliares para atender flutuações da demanda de trabalho em outros setores; e a contratação de trabalhadores por tempo determinado, para cobrir demandas ocasionais.

É importante destacar que existe em curso, em nível mundial, o registro de uma relação positiva entre inovação tecnológica (automação microeletrônica) e redução da força de trabalho na indústria e nos serviços, como um dos componentes de reestruturação produtiva (CATTANI, 2002, p. 227). O que não se verificou neste estudo e nem em outros realizados no Brasil e na Holanda, em relação aos serviços de saúde (PIRES, 1998, 2000, 2004). De modo que o investimento em tecnologia material tem uma relação positiva com a redução das cargas de trabalho dos profissionais de saúde e com a prestação de um cuidado seguro e de melhor qualidade, e não com a redução numérica da força de trabalho.

6.2.3 Aspectos relacionados à instituição hospitalar que interferem no dimensionamento

Quando se fala em instituição de saúde hospitalar, logicamente se busca correlacioná-la com uma estrutura eficiente e eficaz, que responda às necessidades dos sujeitos internados. No entanto, diversos fatores influenciam o processo decisório, de modo que não é somente a busca de qualidade da assistência que determina as escolhas em relação ao qualitativo e quantitativo de força de trabalho em enfermagem.

O trabalho em saúde é complexo, exige conhecimento específico, responsabilidade e, acima de tudo, capacidade de conviver com o *stress* e a dor. Envolve trabalho coletivo que deveria desenvolver-se de forma cooperativa, exige de seus praticantes habilidades e destrezas específicas, mas trabalha com um objeto especial que são os seres humanos, portanto, trata-se de um trabalho que tem uma dimensão ética e moral.

Merhy et al (2003) descrevem o hospital como um verdadeiro sistema que consome insumos (humanos, materiais, tecnológicos e financeiros) para desenvolver processos que irão resultar em produtos para os seus clientes. Os hospitais são uma das instituições que prestam assistência à saúde e fazem parte do sistema de saúde do país e da totalidade histórica em que estão inseridos.

Os hospitais públicos fazem parte do sistema de proteção social de cada país; e a decisão de criação, ampliação ou redução dos mesmos, depende da dinâmica do jogo político e das políticas de Estado. Os hospitais privados são empresas que visam o lucro e buscam clientes no mercado. Para competir no mercado, buscam oferecer um serviço que seja atrativo aos consumidores. Na busca por disponibilizar melhores “produtos”, têm lançado mão de uma política agressiva de incorporação tecnológica, de controle de seus processos internos e de trabalhadores selecionados e socializados para cumprirem os seus papéis na organização.

Os hospitais privados, no caso brasileiro, oferecem serviços que são comprados pelo Estado ou por consumidores, através do pagamento de planos/seguros de saúde ou através de pagamento direto. A clientela que compra esses serviços no mercado é,

na sua maioria, de classe média e alta, ou trabalhadores de empresas, muitos deles com escolaridade elevada, com consciência de seus direitos e capacidade de vocalizar demandas.

Girardi e Carvalho (2002), em seu estudo, descrevem que, com relação a grandes setores institucionais, a proporção de 54,6% dos empregos dos profissionais de saúde no Brasil encontra-se em estabelecimentos de natureza privada (lucrativos e não-lucrativos). Mesmo com um sistema de saúde público e universal, como é o SUS, instituído no Brasil na Constituição de 1988, a participação privada no setor é significativa. Por outro lado, a participação privada na saúde é menor, proporcionalmente à relação dos empregos públicos e privados no mercado brasileiro. De 1995 a 2000, a participação do setor privado para o conjunto dos empregos na economia chega a 72,62%.

Os resultados da pesquisa mostram que, na instituição estudada:

- 1- A questão econômica era um item essencial na dinâmica administrativo-gerencial do hospital e estava sempre em pauta, quando qualquer problema se apresentava. A questão do número de profissionais/força de trabalho em qualidade e quantidade era sempre influenciada pela motivação de reduzir custos e obter o maior rendimento possível. O investimento em equipamentos de tecnologia de ponta era menos sensível à motivação de redução de custos. O investimento em tecnologia visava “qualificar” a instituição para a sua apresentação no mercado, com vistas a captar clientes/consumidores capazes de garantir o retorno financeiro do investimento, especialmente com lucro. Os serviços que não geravam lucro eram fechados – foram citados como exemplos a pediatria e clínica geral;
- 2- O poder médico influenciava o dimensionamento, o que pôde ser percebido pela sua capacidade de influenciar as decisões administrativas. Por exemplo, apesar da legislação de UTI exigir um (1) técnico para dois doentes, o hospital autorizou a disponibilização de um (1) técnico para um (1) doente, por solicitação da Coordenação Médica no setor de UTI. Ao médico era dada a prerrogativa de indicar e escolher a equipe de enfermagem com que

iria trabalhar;

- 3- A visão da enfermagem na instituição era de que o enfermeiro deveria controlar e ser o responsável pelo “andar” (unidade clínico-cirúrgica) e responder por todas as questões que surgissem no setor: queixas de pacientes e familiares; problemas no atendimento médico; realização e busca de exames; dimensionamento e distribuição da força de trabalho em enfermagem; capacitação e acompanhamento do trabalho da equipe de enfermagem; faturamento (extravio, perdas, ausência de anotações). No entanto, todas as atividades, apesar da importância da assistência clínico-cirúrgica, tinham forte dependência do retorno financeiro. Um equipamento sofisticado, como o de hemodinâmica, conferia atrativo e *status* à instituição no mercado de saúde. Um (1) enfermeiro por andar não possibilitaria a mesma repercussão, apesar de significar um investimento muito menor e com retorno imediato na qualidade da assistência de enfermagem;
- 4- A definição do contingente de força de trabalho de enfermagem não seguia, prioritariamente, a orientação técnica. Segundo a administração da instituição estudada, tinha de haver uma justificativa, que “respeitasse a saúde financeira da instituição”. Apesar de reconhecer que a existência de uma supervisora por andar seria o adequado, justificava que a empresa que arcava com a folha de pagamento deveria levar em consideração “o mundo real, o mundo legal e os dados da realidade”.
- 5- O SAC era uma ferramenta administrativa que poderia ser utilizada pela enfermagem para negociar com a direção ajustes quantitativos e qualitativos da força de trabalho. Como esse serviço registrava as queixas dos “clientes”, para monitorar a satisfação dos mesmos com o atendimento recebido, a enfermagem poderia utilizar esse parâmetro para demonstrar, quando pertinente, que locais com déficit de pessoal resultavam em problemas na assistência;
- 6- O discurso institucional era o de aproximar o enfermeiro da assistência direta ao doente, mas, na prática, o enfermeiro estava sobrecarregado com

atividades “burocráticas”, o que dificultava sua dedicação ao processo de cuidar.

Souza et al (2002) descrevem serviços privados de saúde que dispõem de área física confortável, acesso a equipamentos modernos e comodidade para os usuários e afirmam que essas características são divulgadas através de campanhas de marketing. Esse achado também foi verificado no hospital estudado, o qual dispõe de quartos confortáveis com ar condicionado, TV a cabo e frigobar; dispõe, também, de banheiros confortáveis com secador de cabelo e barras de segurança próximas ao vaso sanitário e ao chuveiro. Segundo depoimento de um entrevistado, a impressão que o doente tem é que está em um “SPA”.

Um problema apontado por todos os participantes do estudo como dificultador, devido à sobrecarga que causava aos trabalhadores de enfermagem, foi a estrutura vertical do hospital, que dificultava remanejamentos e o acesso rápido a outros setores, efetuados por elevador ou escadas. Isto coincide com a literatura nacional e internacional sobre dimensionamento, a qual registra que a área física deve ser um parâmetro para avaliação qualitativa do número de força de trabalho em enfermagem (VALLE, 1958; ATÁLA, 1978; LIMA, 1985; KURCGANT; CUNHA; GAINDZINKI, 1989; GAINDZINKI, 1994; MAGALHÃES; DUARTE; MOURA, 1995).

A estrutura vertical exigia um maior gasto de tempo nos deslocamentos entre os setores (Farmácia, Central de Material Esterilizado, Serviço de Nutrição e Dietética), o enfermeiro ficava circulando e perdia muito tempo. Áreas físicas de unidades de apartamentos consumiam mais força de trabalho do que unidades de enfermaria. Além disso, o número reduzido de elevadores dificultava o acesso aos setores, aumentando o tempo gasto nos deslocamentos de paciente para exames, no transporte de medicamentos, de lixo, de material esterilizado, dentre outros.

Posso concluir que o estudo dos aspectos relacionados à instituição são estratégicos, também, na definição da força de trabalho, pois é necessário levar em consideração os aspectos financeiros e o caráter privado ou público. No caso do

hospital em estudo, privado, destacaram-se como influência no dimensionamento: a relação custo-benefício, o exercício de poder diferenciado das corporações profissionais no processo decisório institucional, a filosofia do serviço de enfermagem e da instituição, e a estrutura física.

6.3 Aspectos relacionados à comunicação e relações de trabalho no processo de cuidar, influenciando no dimensionamento

Vários sujeitos pesquisados revelaram a comunicação inadequada – escrita ou verbal – como um parâmetro responsável por conflitos nas relações de trabalho entre os sujeitos-cuidadores, com reflexo direto na inadequação da assistência/cuidado ao sujeito hospitalizado. Como exemplo, cito os desencontros de condutas de profissionais médicos, que prescreviam e não comunicavam ao outro colega, criando insegurança no sujeito hospitalizado e familiares, e divergência de conduta entre a equipe médica e de enfermagem.

Faria (1999) e Souza et al (2002) explicitam que o processo de comunicação é um importante instrumento de trabalho da enfermagem, e que, no momento da ação terapêutica entre os sujeitos-cuidadores e o sujeito do cuidado, uma comunicação plena possibilita trocas efetivas, com resultados positivos para ambos. Em oposição, déficits na comunicação, segundo Faria (1999), resultam em ações deficientes, com conseqüências negativas para ambos. As ações humanas no trabalho podem se constituir em um processo libertador ou alienante para os sujeitos envolvidos e as diversas possibilidades são fortemente influenciados pelas relações, e estas pelo processo de comunicação. A exposição das subjetividades dos sujeitos, no ato assistencial, influencia o diálogo. É nas interações do contato físico, corporal e no contato subjetivo que a comunicação se estabelece. Os seres humanos se comunicam pela linguagem verbal e pela não-verbal (gestos, tom de voz, olhar), e esta última é altamente significativa para que as relações se estabeleçam efetivamente. Esse processo é influenciado, também, pelo contexto sócio-cultural dos envolvidos.

Os indivíduos, desde que adquirem consciência de sua própria

individualidade, guardam as coisas que crêem e as designam como valor para si. [...] Quando se deseja a eficácia dos cuidados de saúde, deve-se considerar como importante o estabelecimento de uma relação interpessoal adequada entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde (FARIA, 1999, p. 134-135).

O conceito de relações no trabalho, segundo Cattani (2000, p.271) transcende à própria situação de trabalho, envolve “o conjunto de arranjos institucionais e informais que modelam e transformam as relações sociais de produção nos locais de trabalho”. Esses arranjos, por sua vez, envolvem princípios valorativos e expressam visões de mundo, nas quais as relações de trabalho são estabelecidas. As relações podem ser negociadas entre as partes ou impostas de uma parte para outra. Decisões são tomadas com base nos tipos de relações de poder representadas nas relações de comando e subordinação que regulam e transformam o trabalho. As relações de trabalho no capitalismo envolvem interesses contraditórios, estruturando-se em relações de cooperação e de conflito no processo de trabalho, configurando-se em um equilíbrio instável.

As relações de trabalho no setor saúde e na enfermagem são, predominantemente, competitivas. As equipes de saúde e de enfermagem materializam-se, na prática, como um conjunto de trabalhadores responsáveis por tarefas específicas e parceladas, sob controle médico do processo assistencial.

Segundo Lima (2002, p. 101) o hospital moderno é:

[...] uma instituição médica, onde os demais saberes e práticas giram em torno deste conhecimento, pode-se dizer que, muitas vezes, os demais saberes estão mais a serviço dos médicos que dos pacientes, ou seja, sua presença se faz necessária no sentido de garantir o processo de produção dos [...] médicos [...]. O serviço de enfermagem visa muito mais facilitar o serviço de outros profissionais na realização de suas tarefas na unidade de internação do que concretizar os objetivos de seu próprio serviço. Neste sentido ela limita-se a solucionar problemas para médicos, funcionários de laboratório, nutricionista (LIMA et al, 2002, p. 101).

Neste estudo, ficou evidenciado, também, nos discursos de alguns trabalhadores e gestores, que existia um jogo de valorização/desvalorização entre o saber e ao fazer. Esse aspecto pode ser exemplificado por situações em que o enfermeiro definia as

ações de cuidado a serem realizadas pelos auxiliares/técnicos de enfermagem das unidades de internação, e estes as executavam, mas não podiam adotar nenhuma medida independente de avaliação. O seu exercício de criatividade e espírito de iniciativa ficava reduzido. Estudos de Matos (1999, 2002) e Pires (1998) também relatam resultados similares. Essa dinâmica em que um “manda” e o outro “cumpre”, ou um “pensa” e o outro “faz” gerava insatisfação e conflito, como foi verbalizado por uma das trabalhadoras de nível médio, no estudo.

Esta prática do enfermeiro exercer funções de administração/supervisão, realizada na forma de controle do trabalho de outros membros da equipe, reflete características do trabalho tipo taylorista, ainda muito fortes na enfermagem e já descritas em diversos estudos.

A partir das discussões acima, ficou evidente a necessidade de incluir entre os parâmetros qualitativos de dimensionamento da força de trabalho de enfermagem os aspectos relacionados à comunicação e às relações de trabalho entre os sujeitos hospitalizados e os sujeitos trabalhadores.

6.4 Aspectos relacionados ao resultado do trabalho *versus* dimensionamento

Reconheço que os modos de cuidar não são neutros, mas apoiados no conjunto de idéias teórico-filosóficas que orientam as escolhas feitas por quem os executa.

O trabalho em saúde é:

[...] essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

No caso da enfermagem, na unidade hospitalar, o produto do trabalho é a realização do cuidado ou ação terapêutica. O cuidado é uma das dimensões do trabalho de enfermagem. As outras dimensões são: o ensino, a gerência, e a produção do

conhecimento através da pesquisa em enfermagem. É o cuidado que identifica a profissão de enfermagem. A finalidade do cuidar é atender as necessidades relacionadas à manutenção da vida com qualidade, a promover e restaurar a saúde, assim como a confortar as pessoas frente ao sofrimento. O cuidado é complexo e deve propiciar uma relação integradora e humanizada entre os sujeitos (trabalhadores e sujeitos-do-cuidado). “É para pessoas e em pessoas que trabalhamos” – essa condição deve ser plenamente conhecida, desde as suas razões morais e sociais até suas resultantes objetivas, em termos terapêuticos (LEOPARDI; GELBCKE; RAMOS, 2001, p. 47).

O sistema de cuidados de enfermagem se configura por:

[...] movimentos/ondulações de relações, interações e associações em estruturas e propriedades de processos auto-eco-organizadores de dimensões variadas de cuidado. Estas vão desde o cuidar de si, de si junto com o outro, de sentir o sistema pessoal processar o cuidado do corpo por si próprio, de ser/estar no sistema de relações múltiplas de cuidado até a dimensão de cuidado com a natureza integrando-se com os demais sistemas sociais/naturais, fortalecendo o sentimento de pertença, aproximando os seres na busca de melhor sobrevivência/vida/civilidade humana. (SILVA et al, 2002).

Como profissão, a enfermagem pode e deve comprometer-se a avaliar os resultados de suas ações profissionais. Os sujeitos do estudo identificaram essa característica no seu trabalho e indicaram alguns parâmetros que deveriam ser considerados nas suas ações. Identificaram, também, a relação entre “erros” e problemas decorrentes do cuidado realizado de forma inadequada, assim como de ações de “não-cuidado”, com a disponibilidade quantitativa e qualitativa de força de trabalho para a assistência.

Para monitorar os resultados do trabalho profissional de enfermagem sugeriram considerar, dentre outros:

- a- A existência ou não de: iatrogenias; medicação certa, no horário certo; situações de inadequação de procedimentos (como sonda nasoesférica posicionada no pulmão para a administração de alimentação, alimentação administrada equivocadamente em cateter de subclávia ou cateter venoso central, número excessivo de escaras, troca de medicamentos, atraso em

dietas, atraso em remédios, atraso na realização de procedimentos) e número excessivo de solicitações de doentes ou acompanhantes/familiares não atendidas;

b- O número de reclamações de pacientes e familiares registradas;

c- O *turnover* (ou rotatividade) – número de sujeitos trabalhadores admitidos e demitidos da instituição, em um período de tempo;

d- A implementação de protocolos que orientem as práticas, a capacitação e avaliação funcional regular, dentre outros.

Considerando-se que esse trabalho caracteriza-se por envolver uma relação entre sujeitos que cuidam de sujeitos, e por ter como resultado um produto que é consumido ao mesmo tempo em que o trabalho é realizado, a avaliação desses resultados é estratégica para também avaliar a qualidade da assistência. Neste contexto, a avaliação da qualidade da assistência é um importante indicador a ser considerado no dimensionamento da força de trabalho.

6.5 Aspectos relacionados ao sujeito-cuidador e sujeito trabalhador versus o dimensionamento

Considerando o atual processo de intensas mudanças no mundo do trabalho, muito tem sido escrito em relação ao impacto dessas mudanças na força de trabalho. Seja no perfil de competências do trabalhador, seja quanto aos direitos trabalhistas, seja em relação à saúde e segurança no emprego, à renda e à representação sindical (LARANGEIRA, 1997; MATTOSO, 1995; DEJOURS, 1992).

Búrigo (1997) descreve que a insatisfação e a desmotivação no trabalho afetam muitos trabalhadores, independente da posição ou *status* que possuam na organização. “As organizações se constroem ou se destroem pelo desempenho das pessoas que nela trabalham, não há qualidade sem qualidade de vida no trabalho (QVT)” (BÚRIGO, 1997, p. 91). Quando o trabalho ignora a condição humana, controlando e avaliando o trabalhador numa relação meramente utilitária, resultará em situações de sofrimento, provocando apatia, insatisfação e desmotivação no trabalhador.

Alguns autores (CAPELLA et al, 2002; CAPELLA, 1998; DEJOURS, 1992; 1997, WALTON apud BÚRIGO, 1997) apontam aspectos que devem ser considerados para avaliar a QVT. São eles: jornada de trabalho e salário justo e adequado; condições de trabalho (preservação da saúde e bem-estar do trabalhador), saúde ocupacional, salubridade, recursos materiais adequados (quantitativamente e qualitativamente); uso e desenvolvimento de capacidades (oportunidade do trabalhador aplicar no dia-a-dia o saber e as suas aptidões profissionais), autonomia, autocontrole relativo, qualidades múltiplas, informações sobre o conhecimento total do trabalho; oportunidade de crescimento, possibilidade de carreira e crescimento pessoal, programa de educação permanente; integração social (ausência de diferenças hierárquicas marcantes), ausência de preconceitos, igualdade, mobilidade, relacionamento, senso comunitário; constitucionalismo (respeito e zelo da organização pelos direitos do trabalhador), direitos trabalhistas respeitados, privacidade pessoal, liberdade de expressão; tempo para o lazer, papel balanceado para o trabalho; relevância social do trabalho, valorização do trabalho, imagem e responsabilidade social da organização. Considerando que a qualidade de vida no trabalho está relacionada à questão da cidadania, me utilizarei desse referencial para analisar os discursos revelados.

Matos (1999), em estudo a respeito da qualidade de vida de trabalhadores de enfermagem, analisou as condições de trabalho sob a dimensão do ambiente seguro e saudável, incluindo os aspectos físicos e sociais: jornada de trabalho, trabalho em turnos, salubridade, atendimento à saúde dos trabalhadores e recursos materiais. Em relação à jornada de trabalho, descreve que a jornada de 30 horas semanais, com 6 horas diárias, foi considerada satisfatória pela maioria dos pesquisados, por permitir: facilidade em elaborar escala e troca de plantões, assim como de compatibilizar com outras atividades; e, como desvantagem, foi apontada a obrigatoriedade de trabalhar em finais de semana e feriados. Encontrou trabalhadores com múltiplos empregos, os quais buscavam esses empregos para complementação de renda.

Marx (2002), em “O Capital”, ao caracterizar o modo capitalista de produção, descreve a relação entre jornada de trabalho e salário. O sujeito trabalhador vende a sua força de trabalho para o capitalista/empregador e recebe o salário em troca. A

jornada de trabalho se determina então:

[...] pelo tempo de trabalho necessário para produzi-la. Se a produção dos meios de subsistência do trabalhador, diários e médios, custa 6 horas, tem ele de trabalhar, em média, 6 horas por dia para produzir, quotidianamente, sua força de trabalho ou para reproduzir o valor recebido por sua venda. (MARX, 2002, p. 269).

Segundo o mesmo autor, o limite máximo de jornada de trabalho deve obedecer duas dimensões: a física e a social. O trabalhador tem necessidade de descansar durante uma parte do dia, para recuperar a energia gasta no trabalho; precisa alimentar-se, dormir, lavar-se; além de satisfazer suas necessidades espirituais e sociais. Exemplifica que, mesmo os animais necessitam recuperar a força física, como é o caso do “cavalo que só pode trabalhar 8 horas diárias”. “O capital é trabalho morto, que como um vampiro, se reanima sugando o trabalho vivo, e, quanto mais suga, mais forte se torna” (MARX, 2002, p. 271).

O capitalista não se preocupa com a duração da vida da força de trabalho; interessa-se pelo máximo de força de trabalho que possa pôr em prática, pois necessita de lucro para aumentar o seu capital/dinheiro. A regulamentação da jornada de trabalho, ao longo da história do capitalismo, sempre foi uma luta travada entre capital/empregador e trabalho/trabalhador.

Essa reflexão aplica-se tanto para o setor industrial quanto para o setor de serviços, e ao trabalho de enfermagem. Os trabalhadores de enfermagem, no Brasil, ainda vivenciam uma grande exploração, como força de trabalho. Apesar de anos de luta pelas 30 horas semanais para toda categoria de enfermagem, a legislação ainda não lhes garante esse direito.

A enfermagem representa cerca de 30 a 40% da força de trabalho em saúde, no entanto outras categorias que surgiram no mercado recentemente como fisioterapia e terapia ocupacional, já conquistaram esse direito. Ainda hoje, muitos profissionais de enfermagem trabalham submetidos à jornada de 12 horas diárias e com 40 horas semanais, em mais de um emprego, devido aos baixos salários. Essa temática é um indicador essencial na discussão de dimensionamento de força de trabalho em enfermagem, considerando a especificidade do trabalho na área de saúde, em que sujeitos hospitalizados são cuidados por sujeitos trabalhadores.

É importante considerar, ainda, que a enfermagem é uma profissão eminentemente feminina e que a mulher ainda possui mais uma jornada de trabalho, que é o cuidado da casa e dos filhos. Esses cuidados, apesar de algumas mudanças no padrão do comportamento masculino, na realidade brasileira, são atividades que continuam ficando, predominantemente, sob a responsabilidade feminina. Assim, o indicador jornada de trabalho precisa ser analisado, pois as dimensões físicas e sociais devem ser garantidas, para que o produto do cuidado não sofra o reflexo do desgaste dos sujeitos trabalhadores.

Rutenfranz et al (1989), em estudo sobre o trabalho em turnos e noturno, descrevem que a discussão sobre turno ocupa um espaço cada vez maior na organização do trabalho.

Quem fala em turnos deve dizer em que forma de turnos pensa, pois a multiplicidade de tipos de turnos é grande e seu efeito nas pessoas é bastante diverso. [...] Turnos são cada uma das formas de organização da jornada diária de trabalho em que são realizadas atividades em diferentes horários ou em horário constante, porém incomum (por exemplo, período noturno permanente). O turno resulta sempre do fato de que a mesma atividade deva ser executada em diferentes períodos do dia e da noite, por vários empregados, em igual jornada. [...] São também considerado turnos as turmas que, nesse sistema de jornada, trabalham sempre à tarde ou à noite, já que apesar de terem escala fixa, trabalham permanentemente em horário incomum.(RUTENFRANZ et al, 1989, p. 11).

Descrevem ainda que o trabalho em turnos é anterior à revolução industrial. Existe desde a época antiga, para os grupos profissionais em serviços de guarda e de assistência: enfermeiras, parteiras, médicos. Na atualidade os turnos são utilizados como forma de organização do trabalho, por causas tecnológicas, em certos ramos da produção, onde os produtos só podem ser elaborados com alta qualidade se o processo produtivo não for interrompido a cada oito ou 16 horas (por exemplo, nos altos fornos, grandes processos químicos, ramos da eletrônica e fabricação de chips).

Nestas atividades que geram trabalho ininterrupto, nas quais se trabalhará não apenas em função de horas, mas também no fim de semana, portanto “em função da semana”, imposições econômicas, máquinas e instalações caras só podem ser pagas num prazo sensato, se forem mantidas em funcionamento tanto quanto possível. Na

maioria dos casos, implica na maximização unilateral de ganho, em detrimento das condições humanas.

Entre os turnos, Rutenfranz et al (1989) identificaram o trabalho noturno, como o causador de maior número de problemas na saúde dos trabalhadores. Reconhecem que os turnos não podem ser abolidos em atividades relacionadas à saúde e segurança, por exemplo, mas que se devem buscar caminhos para minimizar os efeitos dos turnos na vida dos trabalhadores e de seus familiares. Explicitam que, para isto, devem-se questionar as práticas tradicionais, como: horários de início de turno (6, 14, 22 h.) e a duração das jornadas diária e semanal.

Segundo os mesmos autores, com “a compensação de folgas, os trabalhadores são mais convenientemente compensados dos distúrbios provocados nos ritmos de vida social e fisiológico” (RUTENFRANZ et al, 1989, p. 12). Eles citam, ainda, que a jornada de 12 horas, no Brasil, dadas as condições insalubres e penosas, requereria estudos para avaliar o seu reflexo na saúde dos trabalhadores.

Regis Filho et al (2000) descrevem que os sistemas de trabalho em turnos e noturno, por irem contra a natureza humana, eminentemente diurna, traz prejuízos para a saúde do trabalhador tanto nos aspectos físicos, quanto psíquicos (emocionais e sociais). Os sinais da Síndrome da Má-adaptação ao Trabalho em turnos surgem com manifestações agudas como insônia, excessiva sonolência durante o trabalho, distúrbios de humor, aumento de acidentes e problemas familiares, além de manifestações crônicas como desordens do sono, doenças cardiovasculares e gastrintestinais, e problemas na vida familiar como separação e divórcio.

Os resultados do mencionado estudo revelaram que, em média, um (1) em cada 5 trabalhadores apresentou, pelo menos, um dos sintomas de inadaptação ao trabalho em turnos e noturno, e que pelo menos 10% dos trabalhadores manifestaram sintomatologia característica da Má-adaptação ao Trabalho em turnos.

Estudo de Silva et al (2006), realizado com enfermeiras(os), onde as condições de trabalho eram inadequadas, relatam insatisfação no trabalho, sobrecarga e desgaste físico e emocional. A maioria realizava jornada dupla e longa, por possuir dois empregos.

No hospital estudado, a jornada de trabalho era de 40 horas semanais para todos os trabalhadores, sendo que a distribuição da jornada para auxiliares/técnicos de enfermagem era de 12 por 36 horas, diurna e noturna. Para os de nível superior (enfermeiros) a jornada era de 12 por 60 horas no noturno e de 6 horas diárias diurnas, com plantões no final de semana, para completar a carga horária.

Os enfermeiros verbalizaram, nas observações de campo, que discordavam dos plantões no final de semana para cobertura de jornada, e também da jornada extensa dos auxiliares/técnicos, pois acreditavam que a jornada adequada para a enfermagem seria de 30 horas semanais, com 6 horas diárias. Relataram que ficavam muito cansados, e inclusive ansiosos, aguardando a escala, para identificar em que final de semana estariam trabalhando, pois somente depois poderiam programar os seus descansos com amigos/familiares.

A maioria dos trabalhadores de nível médio considerava a carga horária adequada. Trabalhar em dias alternados significava dispor de um dia inteiro para cuidar da casa/família/demais atividades pessoais e descansar. Além de considerarem um tempo adequado para distribuir as atividades assistenciais.

Nas observações de campo, foi possível identificar que o maior número possível de ações de cuidado eram realizadas no turno da manhã, para que pudessem reduzir o número de ações no período da tarde, dispondo de tempo para ficarem mais tranquilas, fazendo as anotações e conferências do trabalho realizado.

Apenas um (1) auxiliar descreveu que considerava a carga horária cansativa, pois havia dias em que trabalhava demais. Ao mesmo tempo, foram unânimes em reclamar que a área destinada para repouso, descanso, pausas e descanso noturno era inadequada. Não comportava todos os sujeitos trabalhadores, tendo os mesmos que permanecer do “lado de fora da instituição ou passeando de elevador, em época de chuva, no período diurno; e, à noite, sentados ‘grudados’ um no outro” (Nota de observação).

Por esses relatos, identifica-se que a jornada implantada na instituição era favorável ao capital/empregador, primeiro porque reduzia o número de trabalhadores (ao invés de três equipes diárias de 8 horas, dispunham de duas equipes de 12 horas),

reduzia vale-transporte e o número de vales-alimentação de cinco dias para quatro dias por semana. Conseqüentemente, o trabalhador estava trabalhando e se desgastando mais, e proporcionando uma mais-valia para o empregador; o que era compatível com a filosofia da instituição, uma instituição privada que visava lucro.

A partir dessa análise, identifiquei que não basta ter como parâmetro, para o dimensionamento de pessoal, a jornada semanal de trabalho. É necessário identificar como ela é distribuída, pois essa organização irá estabelecer a necessidade de um número maior ou menor de trabalhadores. Como foi discutido, os sistemas de turnos de trabalho diário e semanal, e seus efeitos na saúde do trabalhador devem ser considerados no dimensionamento da força de trabalho em enfermagem.

Em relação às condições de trabalho, os sujeitos do estudo destacaram como positiva a disponibilização do material de biossegurança necessário para sua proteção. Relataram, também, que os recursos materiais e equipamentos eram adequados, exceção feita à morosidade para a realização de alguns exames que, devido à característica de ser uma instituição privada, na qual os mesmos eram financiados pelos seguros de saúde, sofriam restrições na quantidade e por ser necessária a autorização prévia. Em relação às tecnologias não-materiais, apontaram a inexistência de protocolos específicos que permitissem uma assistência segura aos usuários.

Em relação aos cuidados com a sua saúde, os sujeitos do estudo descreveram que eram acompanhados periodicamente. Mas, quando adoeciam, não possuíam plano de saúde específico financiado pela empresa, o que inclusive era apontado como um recurso que poderia melhorar a satisfação no trabalho.

Em relação à compensação justa e adequada, referiram que o salário poderia ser melhorado, principalmente quando comparado com o mercado.

Em relação ao desenvolvimento de capacidades para o trabalho, relataram que a instituição não favorecia a liberação para qualificação formal (cursos de especialização, graduação), o que inclusive gerava pedidos de demissão, com migração para outras instituições que favorecessem essa oportunidade. As capacitações em serviço eram direcionadas a procedimentos e manuseio de novos equipamentos ou materiais (bomba de infusão, glicosímetro) e não podiam ser

usufruídas por todos, por não existir garantia de cobertura de suas atividades no horário de trabalho. E, mesmo quando os enfermeiros o faziam, era por um período curto de tempo, deixando-os ansiosos, quando o tempo de treinamento extrapolava o programado (uma hora, no máximo duas), pois sabiam ter de se “desdobrar para dar conta das atividades que ficariam acumuladas”.

Não existiam oportunidades de avanço na carreira, pois a instituição não dispunha dessa política. O potencial e habilidades individuais não eram considerados, pois a instituição necessitava de trabalhadores que pudessem ser aproveitados em diversos setores, remanejando-os sempre que houvesse necessidade, o que gerava insatisfação no trabalho. A experiência/tempo de serviço não era considerada, para fins de incentivo salarial ou funcional.

A autonomia no trabalho relatada por auxiliares/técnicos era relativa. Apesar de serem responsáveis pela execução dos cuidados aos sujeitos hospitalizados, dependiam de autorização do enfermeiro ou médico para alterar o trabalho planejado. A diferença hierárquica entre enfermeiros/médicos e os trabalhadores de nível médio da enfermagem era marcante, com clara subordinação destes aos enfermeiros. O medo da presença da chefia de enfermagem entre os auxiliares e enfermeiros foi relatado por duas participantes e observado pela pesquisadora em campo, demonstrando uma relação com pouco diálogo.

O auxílio recíproco entre trabalhadores de nível médio e superior foi percebido, quando estes relataram que buscavam a opinião entre eles, para auxílio em caso de dúvidas, inclusive com apoio emocional. Porém essa prática era mais marcante entre os trabalhadores do mesmo nível de qualificação (enfermeiros com enfermeiros e no grupo de auxiliares/técnicos).

Foram apontadas fragilidades no que diz respeito ao trabalho coletivo do tipo colaborativo, identificadas, dentre outras razões, pelo pouco conhecimento entre os membros da equipe sobre os demais colegas.

Quanto ao respeito aos direitos trabalhistas, a maioria relatou o cumprimento por, parte da instituição, das normas que regem essas relações, deixando explícito que esse acatamento sempre se dava em relação ao mínimo exigido, como era o caso do

salário, licenças, férias.

No entanto, alguns incentivos oferecidos pela instituição foram identificados como positivos, destacando-se: reunião dos aniversariantes do mês, lanche e almoço com baixo custo e o atendimento de urgência para o trabalhador e familiares, com desconto posterior no salário.

Quanto ao tempo para vida social e lazer, balanceado com atividades pessoais, tendo como base que a maioria da força de trabalho estudada possuía um único vínculo empregatício, e sendo majoritariamente de mulheres, poder-se-ia deduzir que o tempo livre era utilizado para cuidar da família. Mas esse item teria que ser mais bem aprofundado.

A política institucional de contratar apenas enfermeiros e auxiliares de enfermagem para essas unidades, mesmo quando os auxiliares tinham formação de técnico de enfermagem, gerava insatisfação profissional e relatos de sentimento de desprestígio e desvalorização. Essa estratégia era condizente com a visão de uma empresa privada/capitalista de redução de custos com a contratação de mão-de-obra qualificada, sem precisar remunerá-la como de direito. A instituição utilizava-se de uma “brecha legal”, que estabelece como única diferença entre o técnico e o auxiliar de enfermagem o cuidado a pacientes complexos e graves, sendo reforçado pela postura dos gerentes de enfermagem, que não se posicionavam para mudar essa realidade.

É necessário destacar que essa prática não é um problema apenas desta instituição estudada. Diversos estudos realizados no Brasil registram que não foram identificadas distinções entre o trabalho da(o) auxiliar e da(o) técnica(o) de enfermagem e que a LEP não têm sido implantada em diversas realidades (PEDUZZI et al; 2004, p. 72).

Por outro lado, espera-se que essa situação se modifique, a partir da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação (LDB), onde se faz necessária a qualificação de auxiliares de enfermagem para técnicas(os), devido à exigência do curso de segundo grau completo para que uma profissão seja reconhecida. Considerando-se o disposto na LDB, apenas dois profissionais compõem a equipe de enfermagem –

enfermeiras(os) e técnicas(os) de enfermagem. Essa mudança, aplicada à enfermagem, será muito importante, pois reduzirá a divisão do trabalho na enfermagem para apenas duas categorias, o que aponta no sentido de redução da fragmentação e maior aproximação com um trabalho do tipo profissional.

Importante lembrar que esta divisão “artificial” do trabalho de enfermagem interessa sobremaneira ao mercado de trabalho que passa a remunerar cada vez menos o trabalho produzido por agentes que são, quase indiscriminadamente, técnicos, auxiliares ou atendentes, visto que nas unidades de estudo, há alguns anos atrás, eram os atendentes de enfermagem que executavam a maior parte das atividades que hoje são realizadas pelos auxiliares e técnicos. (PEDUZZI et al; 2004, p. 73-74).

Na saúde convive-se com abordagens diferentes, de diversos conhecimentos, diversas disciplinas, para atendermos à necessidade do sujeito-do-cuidado. Nesse sentido, para a qualificação do cuidado, tem sido recomendada uma atuação na perspectiva da interdisciplinaridade, com integração de conhecimentos e unidade de ação.

No trabalho em saúde, há necessidade de autonomia relativa das diferentes profissões, pois segundo Peduzzi (2002), na intervenção em saúde nada é definitivo e único, antes de sua implementação. Graus variados de autonomia ocorrem, sendo necessárias a autonomia e a cooperação entre trabalhos especializados. Existem dois planos de mediação entre os profissionais, no trabalho em saúde: a interdisciplinaridade – que é uma abordagem das mediações e de integração de várias ciências e disciplinas, e a multiprofissionalidade – que se refere à justaposição das distintas categorias profissionais, na operação concreta do trabalho, sem integração de saberes, de plano do trabalho e de ações.

O trabalho em equipe:

[...] é fundamental. Implica no compartilhar do planejamento, na divisão de tarefas, na cooperação e na colaboração, mas pode {e deve} acontecer entre profissionais de uma mesma disciplina, entre profissionais de uma mesma carreira e também dentro de uma equipe multiprofissional. No entanto não implica necessariamente na construção de um novo saber ou de uma nova prática. O que cria a possibilidade do novo é a interação democrática entre diferentes atores, saberes, práticas, interesses e necessidades. (FEUERWERKER et al, 1999, p. 6).

Moscovici (apud FEUERWERKER et al, 1998) descreve que o conflito, em si, não é danoso nem patológico. Vem romper o equilíbrio da rotina, desafiando a acomodação das idéias e posições, aguçando percepções, o raciocínio, desvelando problemas escondidos, e, se bem trabalhado, pode resultar em soluções criativas e originais.

A dimensão de trabalho multi/inter e/ou de equipe deve ser considerada na análise qualitativa do dimensionamento de força de trabalho, pois essas dinâmicas, além de estabelecerem uma atenção melhor ao sujeito trabalhador e ao sujeito hospitalizado, também definirão necessidades na composição e no perfil da força de trabalho. Quantitativa e qualitativamente, pois os pré-requisitos para desenvolver esses tipos de trabalho são as habilidades de relacionamento interpessoal, de construir metas e objetivos comuns.

Neste estudo, defendo o caráter relacional e reconstrutivo das identidades subjetivas dos sujeitos, contra o caráter individualista e objetivante que têm prevalecido nas práticas de saúde. Posso concluir que, dentre os aspectos qualitativos relacionados ao sujeito trabalhador que deverão ser incluídos na análise de dados qualitativos da força de trabalho, estão: salário justo e adequado; condições de trabalho; uso e desenvolvimento de capacidades; oportunidade de crescimento profissional e pessoal; integração social; constitucionalismo; trabalho e espaço total de vida; relevância social do trabalho; autonomia no trabalho, liberdade de expressão; autocontrole relativo; jornada de trabalho que respeite as dimensões física e social do trabalhador; acompanhamento do índice de rotatividade e de remanejamentos de trabalhadores na instituição; conflitos de condutas em procedimentos de cuidado; tipo de trabalho multi/inter ou de equipe.

6.6 Sintetizando a reflexão acerca das bases para o dimensionamento

Os resultados descritos confirmam a minha tese sobre a necessidade de considerar os parâmetros qualitativos para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, em unidade de internação. Ficou demonstrado, ainda, que a opção pelo

referencial de processo de trabalho foi adequada e também sustentou a análise dos dados.

Os aspectos quantitativos do dimensionamento de força de trabalho em enfermagem são apenas uma parte do todo; é também necessário considerar os aspectos qualitativos para uma melhor aproximação com a totalidade do real.

A via qualitativa consiste na identificação, através da razão e do raciocínio acerca das características regulares e fortuitas da realidade ou de aspectos parciais do que está sendo examinado, estabelecendo-se relações, verificando-se nexos com referência ao objeto estudado – dimensionamento da força de trabalho em enfermagem – considerando que os resultados encontrados serão válidos para cada realidade estudada.

Os estudos de Offe (1991) e Schwartz (1993 apud SCHERER, 2006) foram incluídos para a análise dos dados encontrados na pesquisa, pelas suas contribuições, respectivamente, para explicar a dinâmica do setor de serviço e as múltiplas relações estabelecidas em cada situação de trabalho específica.

Ao confrontar a bibliografia nacional e internacional sobre o tema do dimensionamento da força de trabalho de enfermagem, identificaram-se alguns autores que citam parâmetros qualitativos em seus estudos, como: Oliveira e Román (1976); Atála (1978); Lima (1985); Campedelli et al (1988); Kurcgant; Cunha e Gajdzinski (1989); Fugulin et al (1994); Gajdzinski (1994); Magalhães; Duarte e Moura (1995); COFEN (2004) e Campos (2004).

CAPÍTULO VII

A IMPORTÂNCIA DOS ASPECTOS QUALITATIVOS NO DIMENSIONAMENTO DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM – À GUIA DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do dimensionamento da força de trabalho é central para os administradores e para os trabalhadores e, no caso do setor saúde, também para os sujeitos-do-cuidado, ou seja, os usuários.

A primeira dimensão é basicamente econômica, e é amplamente reconhecida por estudiosos das várias matizes teóricas. Em todos os setores da economia, a questão dos custos envolvidos na produção é um elemento fundamental. Seja para a extração do lucro, na lógica do modo de produção capitalista, como é bem explicada em toda a produção marxista, em uma perspectiva crítica, seja para a viabilização social de determinada atividade, como explicado por Offe (1991), ao analisar a dinâmica do setor de serviços, mostrando os diferentes movimentos no setor público e no setor privado.

A segunda dimensão diz respeito aos sujeitos trabalhadores. Engloba as condições de trabalho, como: salário, a jornada e turno de trabalho, recursos materiais, equipamentos, condições ambientais, saúde ocupacional; e o uso que os sujeitos fazem de suas capacidades e das oportunidades de desenvolvimento permanente.

Uma terceira dimensão refere-se aos cenários de trabalho, de maior exploração e desgaste, ou mais adequados, que permitam maior aproximação com a dimensão criativa e satisfatória, possibilitando uma aproximação melhor com a dimensão de totalidade do trabalho.

A quarta dimensão diz respeito à qualidade do produto do trabalho, sob a ótica dos resultados do trabalho e da percepção de quem recebe o cuidado. É necessário definir indicadores qualitativos que possam avaliar o cuidado em todas as suas dimensões. O trabalho em saúde, quando exercido em condições nas quais a força de

trabalho é adequada, pode ser realizado com menor risco para os sujeitos-do-cuidado, assim como possibilita o estabelecimento de relações significativas e solidárias entre sujeitos trabalhadores e sujeitos hospitalizados, resultando em satisfação para ambos.

A quinta dimensão diz respeito aos instrumentos de trabalho, sendo necessário considerar, no dimensionamento qualitativo e quantitativo da força de trabalho de enfermagem, as dinâmicas de organização do trabalho, levando em conta que os trabalhadores buscam adaptar-se às necessidades do trabalho prescrito, com as possibilidades efetivas do seu cumprimento na realidade.

Deve-se considerar, nessas dimensões, o saber tecnológico, as relações de trabalho e comunicação, as tecnologias e a realidade institucional que interferem na possibilidade de viabilizar o prescrito na prática.

E a sexta dimensão é aquela que envolve o objeto de trabalho da enfermagem, o sujeito-do-cuidado. É preciso considerar as necessidades desse sujeito, na sua integralidade, envolvendo aspectos físico-corporais, subjetivos, culturais, relações familiares e sociais.

Os resultados da pesquisa demonstram que, apesar da importância das fórmulas matemáticas para o dimensionamento da força de trabalho em enfermagem, as mesmas são insuficientes para o exercício cotidiano da gestão do trabalho. A sua aplicação, sem assegurar as seis dimensões apontadas, não garantem um trabalho livre de risco para os trabalhadores e os sujeitos-do-cuidado.

Os resultados obtidos fundamentam a tese de que elementos qualitativos do processo de trabalho são indispensáveis na definição da força de trabalho de enfermagem em unidades de internação. Para a definição dos parâmetros qualitativos é imprescindível considerar a complexidade do trabalho em saúde, onde se destacam:

- Os valores em relação às idéias de saúde e de direitos sociais de cuidadores e sujeitos-do-cuidado;
- Os múltiplos olhares e necessidades;
- Os modelos de gestão e organização do trabalho;
- Os conhecimentos e a tecnologia disponíveis e empregadas no processo de trabalho;

- Os aspectos relacionados aos sujeitos envolvidos no processo de trabalho (sujeito hospitalizado e sujeito trabalhador);
- Os instrumentos de trabalho, em especial a dinâmica do processo de trabalho, as relações de trabalho e a comunicação, a estrutura física, recursos materiais, equipamentos e tecnologia de ponta;
- As condições de trabalho (jornada, salário, condições contratuais e ambientais, sistemas de proteção à saúde dos trabalhadores); o respeito aos direitos constitucionais (direitos trabalhistas, privacidade pessoal, liberdade de expressão, inclusão do tempo para horário de descanso, lanche e almoço);
- Compensação justa e adequada (salário);
- Investimento no desenvolvimento de capacidades da força de trabalho envolvida;
- Oportunidades de crescimento (carreira, crescimento pessoal, grau de capacitação e habilidades para a função, tempo de experiência na instituição);
- Integração social, trabalho e vida social;
- Relevância social do trabalho em saúde;
- Realidade institucional que envolva a rotatividade de funcionários e conflitos de condutas em procedimentos de cuidado;
- O produto esperado do trabalho da enfermagem em unidades de internação, ou seja, que cuidado a instituição, a enfermagem e a equipe de saúde desejam prestar;
- A organização dos trabalhadores e sua força de reivindicação.

Também é necessário considerar que existem diferentes olhares e interesses em relação a cada um dos aspectos mencionados (dos gestores; dos trabalhadores – com diferenças entre enfermeiras(os) e demais trabalhadores de enfermagem, médicos e outros profissionais; e dos sujeitos-do-cuidado). As expectativas de cada um dos sujeitos podem aproximar-se ou distanciar-se, bem como podem articular múltiplos arranjos, considerando-se interesses e identidades. Além disso, os dados obtidos reforçam o entendimento de que a imprevisibilidade no trabalho em saúde é um fator

altamente significativo para o dimensionamento quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde.

É importante continuar estudando as questões apontadas nesta pesquisa, como possibilidade de agregar e ampliar conhecimento a esse campo.

Uma síntese provisória relaciona-se com o interesse do capital sobre o trabalho, que estabelece relações de exploração, com vistas à obtenção de lucro. Outra síntese refere-se ao conflito entre os projetos ético e político na área da saúde, como o direito à vida contrapondo-se com o projeto em saúde, como mercadoria a ser vendida.

Nesse sentido, pensar em quantitativo e qualitativo da força de trabalho necessária para dar conta do cuidado, no âmbito institucional, requer considerar as expectativas do sujeito-do-cuidado e de seus acompanhantes e/ou familiares, que integram a sua rede de relações. Levar em conta as expectativas dos sujeitos trabalhadores, o processo de trabalho, a finalidade do trabalho, os meios ou instrumentos de trabalho, o resultado do processo de trabalho ou produto final, em suas diversas dimensões (histórica, social, ética, estética, libertadora ou não, apenas de atenção às necessidades de sobrevivência). É preciso considerar, também, que essas expectativas e necessidades mudam, ao longo da vida e do processo de hospitalização.

REFERÊNCIAS

ADAMS, R. Computerization of patient acuity and nursing care planning: new approach to improved patient care and cost-effective staffing. **J. Nurs. Adm.**, v. 25, n. 1, p. 8, Jan. 1995.

ADAMS, R.; DUCHENE, P. Computerization of patient acuity and nursing care planning. New approach to improved patient care and cost-effective staffing. **J. Nurs. Adm.**, v. 15, n. 4, p.11-7, Apr. 1985.

ALCALÁ, M.U. et al. **Cálculo de pessoal**: estudo preliminar para o estabelecimento de quadro de pessoal de enfermagem na superintendência médico-hospitalar de urgência. São Paulo: Prefeitura Municipal de São Paulo, 1982. p 1-46.

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

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ALVES, M. O absenteísmo do pessoal de enfermagem nos hospitais. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 15, n. ½, p. 71-5, jan.-dez. 1994.

_____. **As causas do absenteísmo na enfermagem**: uma dimensão do sofrimento no trabalho. 1996. 141f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

ALWARD, R. R. Patient classification systems: the ideal vs. reality. **J. Nurs. Adm.**, v. 13, n. 2, p.14-9, feb. 1983.

AMORIM, C. C. V. T.; FAÇANHA, A. A. A.; BARROS, J. M. H. A. Dimensionamento quantitativo e qualitativo dos recursos humanos da unidade feminina do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Divulg. Saúde Debate**, Londrina, n. 15, p. 38-42, nov. 1996.

ATÁLA, A. Cálculo de pessoal para os serviços paramédicos de um hospital geral de 300 leitos. **Rev. Paul. Hosp.**, v. 26, n. 6, p. 224-56, junho, 1978.

AZAMBUJA, E. P. **É possível produzir saúde no trabalho da enfermagem?** Um estudo sobre as relações existentes entre a subjetividade do trabalhador e a objetividade do trabalho. 2007. 276 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

BARHAM, V. Z.; SCHNEIDER, W. R. Matrix: a unique patient classification system. **J. Nur. Adm.**, v. 10, n. 12, p. 25-31, Dec. 1980.

BATTY, K.; MOONEY, M.; LOWRY, C. Patient classification: a visible difference. **Nurs. Manage.**, v. 21, n. 9, p. 71-5, Sep. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n.7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. In: COREN/SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares.** São Paulo: COREN-SP, 1997. p. 36-41.

_____. Ministério da Previdência e Assistência Social. Secretaria de Medicina Social. **Enfermagem: contribuição para um cálculo de recursos humanos na área.** Rio de Janeiro: Coordenadoria de Comunicação Social/INAMPS, 1988. 44p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.432/GM**, de 12 de agosto de 1998. Estabelece critérios de classificação para as unidades de tratamento intensivo – UTI. DOU 154, de 13 agosto de 1998.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. A saúde no Brasil: estatísticas essenciais 1990-2000. Brasília: MS, 2002. 52p.

_____. Ministério da Saúde. Qualificação de Auxiliares e Técnicos de Enfermagem. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/saude/pdf/visualizar_texto_efm?idtxt=18414. Acesso em: 12 ago. 2006.

BRASIL; OLIVEIRA, Juarez de. **Consolidação das leis do trabalho.** 12. ed., atualizada e aum. São Paulo: Saraiva, 1990. 599p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX.** Rio de Janeiro: Zahar, 1977. 379p.

BROWN, C.; ARNETZ, B.; PETERSSON, O. Downsizing within a hospital: cutting care or just costs. **Soc. Sci. Med.**, v. 57, n. 9, p. 1539-46, Nov. 2003.

BÚRIGO, C. C. D. Qualidade de vida no trabalho. **Revista de Ciências Humanas**, n. 22, Florianópolis, p. 90-111, Out. 1997.

BURKE, R. J. Hospital restructuring stressors: support and nursing staff perceptions of unit functioning. **Health Care Manag.** (Frederick), v. 22, n. 3, p. 241-8, Jul.-Sep. 2003a.

_____. Survivors and victims of hospital restructuring and downsizing: who are the real victims? *Int. J. Nurs. Stud.*, v. 40, n. 8, p. 903-9, Nov. 2003b.

_____. Hospital restructuring stressors, support, and nursing staff perceptions of unit functioning. *Health Care Manag.* (Frederick), v. 24, n.1, p. 21-8, Jan.-Mar. 2005.

BURKE, R. J.; GREENGLASS, E. R. Hospital restructuring and downsizing in Canada: are less experienced nurses at risk? **Psychol. Rep.**, v. 87, n. 3, Pt. 1, p.1013-21, Dec. 2000.

CAMPEDELLI, M. C. et. al. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev. Esc. Enferm. USP*, v. 21, n.1, p. 3-15, abr. 1987.

_____. Cálculo de pessoal de enfermagem: competência da enfermeira. *Rev. Bras. Enferm.*, v. 41, n. 3/4, p.199-204, jul./dez. 1988.

CAMPOS, L. F. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de Ribeirão Preto-SP**. 2004, 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP, Ribeirão Preto, 2004.

CANÁRIO, R. **Formação e situações de trabalho**. Porto: Porto Editora, 1997. 192p.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Florianópolis: Ed. da UFPEL; PEN/UFSC, 1998. (Série Teses em Enfermagem).

CAPELLA, B. B.; LEOPARDI, M.T. O ser humano e suas possibilidades no processo terapêutico. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 85-104.

CAPELLA, B. B.; GELBCKE, F. L.; MONTICELLI, M.. (Orgs.). **Para viver e trabalhar melhor: a multidimensiolidade do sujeito trabalhador**. Florianópolis

UFSC/CCS, 2002, 144p.

CATTANI, A. D. (Org.). Dicionário crítico sobre trabalho e tecnologia. 4. ed. Rev. Ampl.. Petrópolis: Vozes; Porto alegre: Ed. UFRGS, 2002, 368p.

CHAIA, S. M. C.; LEITE, A. R. B. **Parâmetros para dimensionamento de pessoal de enfermagem em clínica médica e clínica cirúrgica**. Belo Horizonte: Hospital das Clínicas da UFMG, 1993. [Mimeografado].

CHOMPRÉ, R. R. S.; EGRY, E. Y. **A Enfermagem nos Projetos UNI: redefinindo um novo projeto político para a enfermagem brasileira**. São Paulo: HUCITEC, 1998.

COELHO JÚNIOR, C.; MAEDA, S. T. **Parâmetros para o dimensionamento de recursos humanos em hospitais gerias**. São Paulo: [SES/GS/GAH], 1992.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **O exercício da enfermagem nas instituições de saúde no Brasil: 1982/1983**. Rio de Janeiro: COFEn/ABEn, 1985. 2v.

_____. Resolução n. 189, de 25 de março de 1996. Estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. In: COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo. **Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos e auxiliares**. São Paulo: COREN-SP, 1997. p. 177-180.

_____. Resolução nº 293/04, de 21 de setembro de 2004. Fixa e estabelece parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

_____. Portal do COFEN. 2004. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2004>>. Acesso em: 29 out 2004.

_____. Portal do COFEN. 2007. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/2007>>. Acesso em: 15 mar. 2007.

CULLEN, D. J. et al. Therapeutic intervention scoring system: a method for quantitative comparison of patient care. **Crit. Care Med.**, v. 2, n. 2, p. 57-60, Mar./Apr. 1974.

DE GROOT, H. A. Patient classification system evaluation. Part 1: essential system

elements. *J. Nurs. Adm.* v. 19, n. 6, p. 30-5, Jun. 1989.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5.ed. ampl. São Paulo: Cortez: Obore, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social.** 5. ed. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2003.

DELUIZ, N. As mudanças no mundo do trabalho e no mundo vivido: conseqüências para uma nova relação entre educação geral e formação profissional numa perspectiva de politecnia. In: MARKERT, W. (Org.). **Trabalho, qualificação e politecnia.** Campinas: Papirus, 1996, v. 1, p. 117-122.

DES ORMEAUX, S. P. Implementation of the C.A.S.H. patient classification system for staff determination. **Superv. Nurse**, v. 8, n. 4, p. 29-30, 33-5, Apr. 1977.

ELIAS, A. C. G. P. et al. Aplicação do sistema de pontuação terapêuticas (TISS 28) em unidade de terapia intensiva para avaliação da gravidade do paciente. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. v. 14, n. 3, p. 324-29, maio-jun. 2006.

FARIA, E. M. O diálogo entre as intersubjetividades na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade.** Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 121-150.

FARIA, G. A.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: estudo em uma clínica cirúrgica de um hospital público. In: MOSTRA DE MONOGRAFIAS EM ESTÁGIO CURRICULAR DA EEUSP, 1, 1997. São Paulo. **Livro resumo.** São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 1997. p. 6.

FARIAS, F. A. C. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem para pronto socorro especializado em afecções cardiovasculares.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (USP), São Paulo, 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; SENA, R. R. Interdisciplinaridade, trabalho multiprofissional e em equipe. Sinônimos? Como se relacionam e o que têm a ver com a nossa vida? **Rev. Olho Mágico**, Londrina, ano 5, n. 18, mar. 1998. Disponível em: <http://www.ccs.uel.br/olhomagico/N18/enfoque.htm>. Acesso em: 12 ago. 2006.

FONTES, M. C. F. Qualidade e quantidade: cuidados à pacientes internados no Pronto socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. **Rev. Terra e Cultura**, Londrina, v. 10, n. 22, p. 40-8, jul./dez. 1995.

FUGULIN, F. M. T. **Sistema de classificação de pacientes**: análise das horas de assistência de enfermagem. 1997. 75 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

_____. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem**: avaliação do quadro de pessoal das unidades de internação de um hospital de ensino. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

FUGULIN, F. M. T. et al. Implantação do sistema de classificação de pacientes na unidade de clínica médica do Hospital Universitário da Universidade de São Paulo. **Rev. Med. HU-USP**, v. 4, n. 1/2, p.63-8, 1994.

FUGULIN, F.M.T.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: análise das horas de assistência de enfermagem. **Nursing** (São Paulo), São Paulo, v. 2, n. 11, p. 27-34, abr. 1999a.

_____. Sistema de classificação de pacientes: relação entre horas de assistência de enfermagem e indicadores de produtividade e qualidade hospitalar. **Rev. Med. HU-USP**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 29-36, jul/dez 1999b.

_____. Horas de assistência de enfermagem: análise comparativa de parâmetros. **Nursing** (São Paulo), São Paulo, v. 3, n. 23, p. 30-34, abr. 2000.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-6.

_____. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem segundo a percepção de enfermeiras que vivenciam essa prática**. 1994. 258 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1994.

_____. **O dimensionamento do pessoal de enfermagem em instituições hospitalares**. 1998, 118 f. Tese (Livre-docência) - – Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem,. Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

GAINDSINSK, R. R.; KURCGANT, P. Dimensionamento do pessoal de enfermagem: vivência de enfermeiras. **Nursing** (São Paulo), São Paulo, v.1, n. 2, p. 28-34, jul. 1998.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho de enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. 265 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

GIOVANNETTI, P. Understanding patient classification systems. **J. Nurs. Adm.**, v. 9, n. 2, p. 4-9, Feb. 1979.

GIOVANNETTI, P.; MAYER, G.G. Building confidence in patient classification systems. **Nurs. Manage.**, v. 15, n. 8, p.31-4, Aug. 1984.

GIRARDI, S. N. **Aspectos do(s) mercado(s) de trabalho em saúde no Brasil: estrutura, dinâmica, conexões**. Texto de apoio elaborado especialmente para o Curso de Especialização em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde – CADRHU. Minas Gerais, p. 125-150, 2005.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. Configurações do mercado de trabalho dos assalariados em saúde no Brasil. **Rev. Formação**, v. 2, n. 6, p 15-36, set/dez, 2002.

GONÇALVES, L.; MAGALHÃES, Z. R. Acompanhamento do trabalhador de enfermagem em reabilitação: a experiência de um hospital universitário. **Texto & Contexto Enferm.**, v. 12, n. 4, p. 519-27, Out-Dez 2003.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

GREENGLASS, E. R.; BURKE, R. J. Stress and effects of hospital restructuring in nurses. **Can. J. Nurs. Res.**, v. 33, n. 2, p.93-108, Sep. 2001.

HALLORAN, E. J.; VERMEERSCH, P. E. Variability in nurse staffing research. **J. Nurs. Adm.**, v.17, n. 2, p. 26-34, Feb 1987.

KARMAN, J. L.; MOYSÉS, N.; AUBERT, G. A gestão de recursos humanos. In: CASTELAR, R. M; MORDELET, P.; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. São Paulo: ENSP, 1995. p.150.

KINLEY, J.; CRONENWETT, L. R.. Multiple shift patient classification: is it necessary? **J. Nurs. Adm.**, v. 17, n. 2, p. 22-5, Feb. 1987.

KURCGANT, P.; CUNHA, K. C.; GAIDZINSKI, R. R. Subsídios para a estimativa de pessoal em enfermagem. **Enfoque**. São Paulo, v. 17, n. 3, p. 79-81, set. 1989.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 3a ed. rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1991. 270p.

LARANJEIRA, S. M. G. O trabalho em questão: transformações produtivas e a centralidade do trabalho no século XXI. **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis v. 15, n. 22, p. 39-62, out. 1997.

LEDERSNAIDER, D. I.; CHANNON, B. S. SDM95 - reducing aggregate care team costs through optimal patient placement. **J. Nurs. Adm.**, v. 28, n.10, p. 48-54, Oct. 1998.

LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. 176p.

_____. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LEOPARDI, M. T.; GELBCKE, F. L.; RAMOS, F. R. S. Cuidado: objeto de trabalho ou objeto epistemológico da enfermagem? **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 32-49, jan./abr. 2001.

LIMA, M. L. A. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em unidades de clínica médica: estudo exploratório **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 6, n. 1, p.125-42, 1985.

MAGALHAES, A. M. M.; DUARTE, E. R. M.; MOURA, G. M. S. S. Estudo das variáveis que participam do dimensionamento de pessoal de enfermagem em hospitais de grande porte. **Rev. Gaúch. Enferm.**, Porto Alegre, v. 16, n.1/2, p. 5-16, jan./dez. 1995.

MARINHO, A. M. Dimensionamento de pessoal de enfermagem: proposta de enfermagem - proposta de uma fórmula simplificada. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 47. Goiânia (GO). 1995

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. 20. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002. v. 1.

MATOS, E. Refletindo sobre a qualidade de vida no trabalho da enfermagem no hospital universitário. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 8, n. 3, p.27-43, set./dez. 1999.

_____. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2007.

MATOS, E.; PIRES, D. A organização do trabalho da enfermagem na perspectiva dos trabalhadores de um hospital escola. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 1, p.187-205, jan./abr. 2002.

MATTOSO, J. E. L. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta. 1995.

MELO, C. M. M. **Divisão Social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. O singular processo de coordenação dos hospitais. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 64, p. 110-22, maio/ago. 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed, São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MIRANDA, D. R.; RIJK, A.; SCHAUFELI, W. Simplifet therapeutic intervention scoring system: the TISS-28 itens- results from a multicenter study. **Crit. Care Med.**, v. 24, n. 1, p. 64-73, Jan. 1996.

NICOLA, A. L. **Dimensionamento de pessoal de enfermagem no Hospital Universitário do oeste do Paraná**. 2004, 153 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - EERP, Ribeirão Preto, 2004.

NICOLA, A. L. ANSEMI, M. L. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um Hospital Universitário. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 2, p.186-90, mar./abr. 2005.

NOGUEIRA, V. M.R.; GELBCKE, F. L. Materialismo histórico e dialético: leis,

categorias e método. Florianópolis, 2000. [Mimeografado].

OFFE, C. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Trad. Gustavo Bayer. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991, 180 p.

OLIVEIRA, C. R. **História do trabalho**. São Paulo: Ática, 1987.

OLIVEIRA, C.; ROMÁN, A. V. Perfil de paciente: recurso para classificação assistencial. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v. 24, n. 2, p. 52-58, fev 1976.

PADILHA et al. Therapeutic intervention scoring system-28 (TISS-28): diretrizes para aplicação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 2, p. 229-33, Jun. 2005.

PAVANI, L. M. D. **Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem na unidade de pós-operatório de cirurgia cardíaca em um hospital universitário especializado em cardiologia**. 2000, 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2000.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde**: a interface entre trabalho e interação. 1998. Tese (Doutorado) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, Fev. 2001.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trab. Educ. Saúde**, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. Relatório final de pesquisa: avaliação do impacto do PROFAE na qualidade dos serviços de saúde, São Paulo: EEUSP/EERP-USP, 2004.

PERROCA, M. G. **Sistema de classificação de pacientes**: construção e validação de um instrumento. 1996. 99 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem (EE), Universidade de São Paulo. São Paulo, 1996.

_____. **Instrumento de classificação de pacientes de PERROCA**: validação clínica. 2000. 156 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). – Programa de Pós-

Graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem (EE), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2001.

PERROCA, M. G.; GAIDZINSKI, R. R. Sistema de classificação de pacientes: construção e validação de um instrumento. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p.153-68, Ago.1998.

PHILLIPS, C. Y. et al. Nursing intensity. Going beyond patient classification. **J. Nurs. Adm.**, v. 22, n. 4, p. 46-52, Apr 1992.

PIMENTA FILHO, J. A. Uma questão inquietante: construir uma equipe. Grupo Interdisciplinaridade na Área da Saúde do HC/UFGM. 2005. 6 f. Disponível em: <http://www.hc.ufmg.br/gids/construir_equipe.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2006.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**: Brasil: 1500 a 1930. São Paulo: Cortez, 1989.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Pappalivro, 1999. p. 25-48.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enferm.**, Salvador, v. 13, n.1/2, p. 83-92, abr./out. 2000.

QUEIJO, A. F. **Tradução para o português e validação de um instrumento de medida de carga de trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva**: Nursing Activities Score (N.A.S.). 2002. 86f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Escola de Enfermagem (EE), Universidade de São Paulo. São Paulo, 2002.

RAMOS, F. R. S. O processo de trabalho de educação em saúde. In: RAMOS, F. R. (Org.). **Para pensar o cotidiano**: educação em saúde e a práxis de enfermagem. Florianópolis: Ed UFSC, 1999. p.16-63. (Série Enfermagem - Para pensar o Cotidiano em Saúde e a práxis da enfermagem).

_____. Quem produz e a quem o trabalho produz? In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **Processo de trabalho em saúde**: organização e subjetividade. Florianópolis: Pappalivro, 1999. p. 105-20.

REGIS FILHO, G. I.; SELL, I. **Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turno: uma abordagem ergonômica**. Itajaí: Ed. UNIVALI, 2000. 132p.

REINERT, P.; GRANT, D. R.. A classification system to meet today's needs. **J. Nurs. Adm.**, v. 11, n. 1, p. 21-5, Jan. 1981.

RIBEIRO, C. M. **Sistema de classificação de pacientes como subsídio para provimento de pessoal de enfermagem**. 1972. 98 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1972.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.438-46, mar./abr. 2004.

RIBEIRO, J. M. **Trabalho Médico: ciência, arte e ação na conformação da técnica**. 1995. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro. 2 vols.

ROBAZZI, M. L. C. C. et al. Serviço de enfermagem: um estudo sobre os absenteísmos. **Rev. Bras. Saúde Ocup.**, São Paulo, v. 18, n. 69, p.65-70, jan./mar. 1990.

RODRIGUES FILHO, J. Sistema de classificação de pacientes - parte I: dimensionamento de pessoal de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 26, n. 3, p.395- 404, dez.1992.

_____. Sistema de classificação de pacientes - parte II: custo de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 28, n. 1, p.41-9, abr.1994.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: Hucitec, 1989. 135p.

RYAN, T.; BARKER, B. L.; MARCIANTE, F. A. A system for determining appropriate nurse staffing. **J. Nurs. Adm.**, v. 5, n. 5, p. 30-8, Jun. 1975.

SANTOS, M. B. A.; CHAIA, S. M. V. **Estudo para dimensionamento de pessoal de enfermagem em setor de neonatologia, segundo o perfil de dependência assistencial**. Belo Horizonte: UFMG, 1995. [Mimeografado].

SANTOS, S. R. Cálculo de pessoal de enfermagem: estudo de dois métodos. **Rev. Esc.**

Enferm. USP., São Paulo, v. 26, n. 2, p. 137-53, ago. 1992.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho da equipe no Programa de Saúde da Família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade.** 2006. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

SCHRAIBER, L. B. **O médico e seu trabalho: limites da liberdade.** São Paulo: Hucitec, 1993. 229p.

_____. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde Debate.**, v. 47, p 28-35, 1995.

_____. PEDUZZI, M. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educ. Méd. Salud.**, v. 27, p. 295-313, 1993.

_____. Interdisciplinaridade e ação multiprofissional: duas faces do trabalho em equipe no campo da saúde. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, VI, 2000, Salvador. Anais do VI Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva. Salvador : Abrasco, 2000. v. 1. p. 1-7.

SCHWARTZ, B. **A history of the Supreme Court.** New York: Oxford University Press, 1993. 465p.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. Vocabulaire ergologique. In: **Département d'Ergologie.** Université de Provence. 2006. Disponível em: www.ergologie.com. Acessado em: 02 mar. 2006.

SILVA, R. F.; ERDMANN, A. L.. Ambiente do cuidador: dimensão ecológica. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 3, p. 72-2, set./dez. 2002.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto Contexto Enferm.** v. 15, n. 3, p. 442-8, jul.-set. 2006.

SOUZA, L. N. A.; PADILHA, M. I. C. S. A comunicação e o processo de trabalho em enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 11, n. 1., p 11-30, jan./abr. 2002.

SOUZA, R. G.; BODSTEIN, R. C. A. Inovações na intermediação entre os setores público e privado na assistência à saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7,

n. 3, p. 481-92, 2002.

UETI, M. F. et al. **Metodologia para cálculo de pessoal de enfermagem**: documento preliminar. São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde - Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde – CADAIS, 1991. [Mimeografado].

UNRUH, L. Licensed nursing staff reductions and substitutions in Pennsylvania hospitals, 1991-1997. **J. Public. Health Policy.**, v. 22, n. 3, p. 286-310, Fev. 2001.

VALLE, J. Pessoal necessário para um hospital de 200 leitos. **Rev. Paul. Hosp.**, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 19-21, 1958.

VAN SLYCK, A. A systems approach to the management of nursing services --part II: patient classificatio system. **Nurs. Manage.**, v. 22, n. 4, p. 23-5, Apr. 1991.

VAUGHAN, R. G.; MACLEOD, V. Nurse staffing studies: no need to reinvent the wheel. **J. Nurs. Adm.**, v. 10, n. 3, p. 9-15, Mar; 1980.

VERAS, V. S. D. **Aumento da jornada de trabalho**: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?. 2003. 130f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal, 2003.

WAITE, R. Nursing by numbers. **Nurs. Times**, v. 82, n.8, p. 40-42, Feb. 1986.

WOLFE, H.; YOUNG, J. P. Staffing the nursing unit. I. Controlled variable staffing. **Nurs. Res.**, v. 14, n. 3, p. 236-43, Fall. 1965a.

_____. Staffing the nursing unit II. The multiple assigment technique. **Nurs. Res.**, v.14, n. 4, p. 299-303, Fall. 1965b.

XAVIER, I. M. et al. Subsídios para a conceituação da assistência de enfermagem rumo à Reforma Sanitária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 40, n. 2/3, p. 177-80, abr./set. 1987.

APÊNDICES

APÊNDICE A - Especificação dos descritores e bases de dados utilizados neste estudo

Descritores (em ordem alfabética):

1. Absenteeism
2. Administrative Personnel
3. Community Health Nursing / organization & administration
4. Contract Services/*legislation & jurisprudence
5. Efficiency, Organizational
6. Employee Performance Appraisal
7. Fatigue/etiology/*nursing
8. Health Personnel
9. Health Services Needs and Demand
10. Hospital Administration
11. Hospital Restructuring/manpower
12. Hospitals, Community/organization & administration
13. Models, Nursing
14. Models, Organizational
15. Nurse Administrators
16. Nursing Service, Hospital/manpower
17. Nursing Services/*organization & administration
18. Nursing staff
19. Nursing Staff, Hospital/manpower
20. Nursing Staff/supply & distribution
21. Nursing, Team
22. Patient Care Planning
23. Patient Care Team
24. Personnel Downsizing
25. Personnel Management
26. Personnel Staffing and Scheduling
27. Staff Development
28. Workforce

Bases de dados bibliográficas consultadas:

- *Medline* - base de dados internacional que indexa estudos da área da saúde em geral. Disponível em: <http://www.pubmed.com>.
- *CINAHL*, base de dados norte-americanos para enfermeiras e outros profissionais de saúde em: <http://www.cinahl.com>.
- *Lilacs* – base de dados que compreende a literatura relativa às ciências da saúde publicada na América Latina e Caribe. Disponível em: <http://www.bireme.br>
- *Ad Saúde* – base de dados latino-americanas que indexa estudos relativos à administração de serviços de saúde (recentemente foi incorporada à base de dados Lilacs). Disponível em: <http://www.bireme.br>
- *Banco de teses da CAPES* – teses e dissertações defendidas nos programas de pós-graduação do Brasil.

**APÊNDICE B - Roteiro para a observação sistemática nas unidades de
internação**

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA:

DATA:- ---/---/--- LOCAL: _____ TURNO: _____

INSTITUIÇÃO: _____ INÍCIO: _____ TÉRMINO: _____

OBSERVAÇÃO	COMENTÁRIOS
Ambiente e materiais	
Organização do trabalho	
Execução do atendimento	
Atitude do profissional	
Atitude dos clientes	
Atitudes do gerente (se houver)	

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista semi-estruturada I



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM

Data: // Início: Término:

Cargo: Enfermeiro() Técnico de enfermagem () Auxiliar de enfermagem ()

Codinome: _____

Função de Direção: sim () não() Turno de trabalho: diurno () noturno()

Jornada Semanal _____hs. Idade: ____ Sexo: Masc.() Fem.()

Tempo de trabalho na instituição: __anos Tempo de trabalho na enfermagem: ____anos

Salário: _____

1)Descreva o trabalho da enfermagem na unidade de internação de clínica médica:

a)Atuação da equipe de enfermagem articulada à equipe de saúde (qual o papel de cada agente da equipe de enfermagem e também dos diferentes profissionais da equipe de saúde); o que você pensa sobre as relações de trabalho.

b)Qual a sua visão sobre o modelo assistencial em saúde vigente na instituição e na unidade? Como você vê a forma com que a enfermagem e os profissionais de saúde prestam assistência aos doentes? Como você acha que isto deveria ser feito? Qual seria o modelo ideal? Esse modelo ideal acontece na prática? Se não acontece, porque não acontece? Quais as dificuldades para colocá-lo em prática?

c)Qual é o objeto de trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde? As ações de enfermagem são dirigidas a quem?

- d) Qual a finalidade do trabalho da enfermagem e da assistência de saúde na sua unidade?
- e) Como se dá a relação da enfermagem e dos demais profissionais de saúde com os doentes e seus familiares? (aspectos positivos e negativos)

2) Descreva as necessidades da força de trabalho de enfermagem na unidade de internação de clínica médica. Como você acha que deveria ser feito o dimensionamento para atuar na unidade?

a) O número de trabalhadores de enfermagem, na unidade de clínica médica onde você trabalha, é suficiente ou não? Por quê? Qual seria o número ideal? O que você sugere que deva ser considerado (indicadores) para calcular o número (quantitativa e qualitativamente) de trabalhadores de enfermagem necessários para prestar uma assistência de qualidade (para o paciente e para o trabalhador de saúde)? Considere as necessidades do doente, as necessidades dos profissionais de enfermagem e as regras legais (em geral e as institucionais).

b) Como você acha que é calculado o contingente (em número e qualidade) de pessoal de enfermagem, para trabalhar na unidade de internação de clínica médica? A fórmula, o modo de cálculo existente hoje é adequado? (sim; não e porquê). Se a quantidade e a qualidade da força de trabalho não são suficientes, aponte alguns exemplos de como isto ocorre. Você tem uma sugestão de como calcular de forma adequada, com vistas a garantir uma assistência de qualidade na unidade de internação de clínica médica?

c) Existem critérios na unidade para distribuição do pessoal de enfermagem por leito? Esses critérios são obedecidos? Cite exemplos.

d) Como você percebe o uso das tecnologias no dimensionamento de pessoal de enfermagem?

Aumentam ou diminuem a necessidade de pessoal?

3) Você conhece a filosofia de enfermagem da instituição em que você trabalha? Se sim, descreva (missão, objetivo, finalidade).

4) Existe conselho local de saúde ou alguma organização de usuários na sua instituição? Essa organização opina nas questões relacionadas ao quanti/qualitativo da força de trabalho em enfermagem disponível para prestar assistência? Faz reivindicações ou recomendações em relação a esse assunto?

5) Você conhece os seus direitos e deveres na instituição na qual trabalha? Você acredita que esses direitos e deveres existentes influenciam na disponibilidade de pessoal de enfermagem? Se você fosse o gerente da unidade, como administraria esses direitos e deveres?

6) Que problemas de saúde os doentes internados nesta unidade apresentam?

7) Quais são os cuidados que os pacientes internados nesta unidade necessitam?

8) Comente sobre as condições do trabalho que você possui quanto a material disponível, jornada, salário, ambiente de trabalho, relações de trabalho, organização e divisão do trabalho no seu setor; o que facilita e o que dificulta o seu trabalho.

9) Que atividades administrativas e de gestão/coordenação do trabalho coletivo são desempenhadas pela equipe de enfermagem (prover material e equipamentos em quantidade e qualidade; organização do ambiente/unidade assistencial; planejamento e registro da assistência de enfermagem; relação com os outros setores do hospital)? Você acredita que essas atividades demandam um aumento ou redução no quantitativo de pessoal de enfermagem?

10) As atividades educativas com os trabalhadores de enfermagem, doentes e familiares influenciam no cálculo de pessoal? Você acredita que essas atividades demandam um aumento ou redução no quantitativo de pessoal de enfermagem?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista semi-estruturada- II



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE (NÃO DA ENFERMAGEM) E GESTORES

Data: // Início: Término:

Profissão e Cargo: _____ Se docente, qual a disciplina? _____

Coordenador: sim() não() _____

Codinome: _____ Função de Direção: não() sim() Qual? _____

Turno de trabalho: diurno() noturno() Jornada Semanal _____ hs.

Idade: _____ Sexo: Masc.() Fem.()

Tempo de trabalho na instituição e no cargo: _____ anos

Tempo de trabalho na profissão: _____ anos Salário: _____

- 1) Como você vê o trabalho da enfermagem no contexto do trabalho assistencial em saúde?
 - a) Qual é a importância do trabalho da enfermagem na assistência às pessoas internadas nesta unidade?
 - b) Considerando-se que a assistência ao sujeito hospitalizado envolve o trabalho de uma equipe multiprofissional, qual é o papel dos diferentes profissionais na assistência desenvolvida nesta unidade (enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde – quando houver). Aspectos positivos e negativos.
 - c) Comente sobre as relações de trabalho na equipe multiprofissional, em especial as da sua categoria profissional com a equipe de enfermagem.

- d) Como você percebe a relação dos profissionais de enfermagem com os doentes e seus familiares (aspectos positivos e negativos)? Como você acha que deveria ser?
- 2) Qual é o modelo assistencial em saúde na unidade estudada? Qual é a sua visão (e a dos profissionais de saúde) sobre o doente?
- 3) Qual é a finalidade do trabalho em saúde? E, no seu entendimento, qual é a finalidade do trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde?
- 4) Descreva as necessidades da força de trabalho de enfermagem na unidade de internação de clínica médica. Como você acha que deveria ser feito o dimensionamento (cálculo) da força de trabalho em enfermagem para atuar na unidade?
- a) O número de trabalhadores de enfermagem na unidade de clínica médica onde você trabalha, é suficiente ou não? Por quê? Qual seria o número ideal? O que você sugere que deva ser considerado (indicadores) para calcular o número (quantitativa e qualitativamente) de trabalhadores de enfermagem necessários para prestar uma assistência de qualidade – considere as necessidades do doente, as necessidades dos profissionais de enfermagem, as relações de trabalho, as regras legais (em geral e as institucionais).
- b) Como você acha que é calculado o contingente (em número e qualidade) de pessoal de enfermagem, para trabalhar na unidade de internação de clínica médica? Se a quantidade e a qualidade da força de trabalho não são suficientes, aponte alguns exemplos de como isto ocorre. Você tem uma sugestão de como calcular de forma adequada, com vistas a garantir uma assistência de qualidade na unidade de internação de clínica médica?

- c) Existem critérios na unidade para distribuição do pessoal de enfermagem por leito? Esses critérios são suficientes? Cite exemplos.
- d) Como você percebe o uso das tecnologias de saúde no dimensionamento de pessoal de enfermagem? O uso de inovações tecnológicas (equipamentos ou organizacionais) aumentam ou diminuem as necessidades da força de trabalho em enfermagem? Porquê? Dê exemplos.
- 5) O que orienta o trabalho da enfermagem e da equipe de saúde na instituição? Você conhece a filosofia desta instituição (missão, objetivos)? Qual você acha que deveria ser?
- 6) Existe conselho de saúde ou organização de usuários na sua instituição? O conselho opina nas questões relacionadas ao quanti/qualitativo da força de trabalho em enfermagem disponível para prestar assistência? Faz reivindicações ou recomendações?
- 7) Você considera que as suas atividades profissionais na unidade de internação interferem no trabalho da equipe de enfermagem?
- 8) Você conhece os direitos e deveres dos profissionais de saúde na instituição na qual trabalha? Você acredita que esses direitos e deveres existentes influenciam na disponibilidade de pessoal de enfermagem? Se você fosse o gerente da unidade, como administraria esses direitos e deveres?
- 9) Que problemas de saúde os doentes internados nesta unidade apresentam? E de que cuidados eles necessitam? Você acredita que esses fatores demandam um contingente maior ou menor de enfermagem?

- 10) Comente sobre as condições de trabalho na instituição quanto a material disponível, ambiente de trabalho, relações de trabalho, organização, divisão e gerenciamento do trabalho na unidade estudada – o que facilita e o que dificulta o trabalho assistencial em saúde e as atividades desenvolvidas pela enfermagem.
- 11) Que atividades administrativas, educativas (com o doente e familiares, com a equipe de enfermagem e de saúde) e de pesquisa são desempenhadas pela equipe de enfermagem? Você acredita que essas atividades demandam um aumento ou redução no quantitativo de pessoal de enfermagem?

APÊNDICE E – Roteiro de entrevista semi-estruturada- III



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA



DOUTORADO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM OS USUÁRIOS

Data da entrevista: // Início: Término:

Data da internação:

Motivo da internação atual: _____

Diagnóstico de internação: _____

Codiname: _____

Idade: ____ Sexo: Masc.() Fem.()

Já esteve internado antes? Não() Sim() Quanto tempo? _____ Instituição: _____

Motivo da internação anterior: _____

Profissão: _____ Está empregado? Sim() Não() aposentado()

salário: _____

Situação conjugal: _____ Filhos? Não() Sim() Quantos? _____

1) Como você vê o trabalho da enfermagem no contexto do trabalho assistencial em saúde?

a) Qual é a importância do trabalho da enfermagem na assistência às pessoas internadas nesta unidade?

b) Considerando-se que a assistência ao paciente envolve o trabalho de uma equipe multiprofissional, qual é o papel dos diferentes profissionais na assistência desenvolvida nesta unidade (enfermagem, médicos e demais profissionais de saúde – quando houver). Aspectos positivos e negativos.

- c) Comente sobre as relações de trabalho da equipe multiprofissional, em especial da enfermagem, com pacientes internados.
- d) Como você percebe a relação dos profissionais de enfermagem com os doentes e seus familiares (aspectos positivos e negativos)? Como você acha que deveria ser?
- 2) Descreva as necessidades de enfermagem na unidade de internação de clínica médica em que você se encontra internado. Como você acha que deveria ser feita a distribuição da equipe de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) para atuar na unidade?
- a) O número de trabalhadores de enfermagem na unidade de clínica médica onde você se encontra internado é suficiente ou não? Por quê? Qual seria o número ideal? O que você sugere que deva ser considerado (indicadores) para definir o número (quantitativa e qualitativamente) de trabalhadores de enfermagem necessários para prestar uma assistência de qualidade (para o paciente e para o trabalhador de saúde)? Considere as necessidades dos doentes internados na sua enfermaria, as necessidades dos profissionais de enfermagem e as relações de trabalho.
- b) Como você acha que é calculado o quantitativo (em número e qualidade) de pessoal de enfermagem, para trabalhar na unidade de internação de clínica médica onde você se encontra internado? Se a quantidade e a qualidade da enfermagem não são suficientes, aponte alguns exemplos de como isto ocorre. Você tem uma sugestão de como calcular de forma adequada, com vistas a garantir uma assistência de qualidade na unidade de internação de clínica médica?

- c) Existem critérios na unidade para distribuição do pessoal de enfermagem por leito? Esses critérios são suficientes? Cite exemplos.
- d) Como você percebe o uso das tecnologias de saúde na assistência ao doente? Você acredita que isto exige mais ou menos pessoal de enfermagem?
- 3) No seu entendimento, qual é a finalidade do trabalho da enfermagem e dos demais profissionais de saúde? Você conhece o que orienta o trabalho da enfermagem na instituição em que você se encontra internado?
- 4) Existe conselho de saúde ou de usuários nesta instituição? O conselho opina nas questões relacionadas à assistência ao paciente internado e ao quanti/qualitativo da força de trabalho em enfermagem disponível para prestar assistência?
- 5) Você considera que as suas solicitações ou observações feitas aos profissionais na unidade de internação são consideradas? Cite exemplo.
- 6) A enfermagem e demais membros da equipe que cuida de você solicitam sua opinião nas decisões e atividades que serão realizadas em você durante sua internação? Quando você solicita auxílio à enfermagem você é atendido? Cite as situações vividas, positivas e negativas, e o porquê.
- 7) Você conhece os direitos e deveres dos pacientes? Você acredita que esses direitos existentes são respeitados? Se você fosse o gerente da unidade, como administraria esses direitos (do acompanhante/idoso/criança)?
- 8) Que problemas de saúde os doentes internados nesta unidade apresentam? E de que cuidados eles necessitam? Você acredita que esses fatores demandam um quantitativo maior ou menor de enfermagem?

9) Comente sobre as condições de trabalho na instituição em que você se encontra internado; quanto a material disponível, ambiente de cuidado, relações de cuidado, o que facilita e o que dificulta o seu atendimento em relação às atividades desenvolvidas pela enfermagem.

10) Que atividades administrativas são desempenhadas pela equipe de enfermagem, e quais se relacionam ao cuidado do paciente?

M 8 " / -# -)& -) &* #/!

/&"



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DOUTORADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é **Leonor Gonçalves** e curso o Doutorado em Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), onde estou desenvolvendo a pesquisa **“Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação”**.

Os objetivos desse estudo são: analisar o processo de trabalho de enfermagem desenvolvido em duas unidades de clínica médica, em um hospital de boa qualidade, privado. A escolha pela clínica médica se deve ao fato de que se trata de clínica básica no atendimento à saúde de adultos. Toda instituição hospitalar geral possui leitos disponíveis para essa especialidade. Além disto, trata-se de unidade essencial para a formação de qualquer profissional de enfermagem de nível médio ou superior. A pesquisa formulará indicadores para a definição da força de trabalho em enfermagem.

Caro(a) trabalhador(a) de enfermagem, profissional de saúde ou paciente, você está sendo convidado(a) para participar dessa pesquisa.

A pesquisa será desenvolvida no período de novembro/2005 a novembro/2006. Foi oficializada e aprovada no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da UFSC, no Comitê de Ética da UFSC para Pesquisas que Envolvem Seres Humanos, e na Instituição em estudo.

Serão utilizados na metodologia três instrumentos de coleta de dados: entrevista individual, observação sistemática e análise documental. Os sujeitos da pesquisa serão os trabalhadores de enfermagem, gestores das instituições, profissionais de saúde e sujeitos hospitalizados, para que expressem sua visão do processo de trabalho da enfermagem, sugerindo indicadores para o dimensionamento da força de trabalho de enfermagem em unidade de clínica médica.

Se você tiver alguma dúvida em relação ao estudo, antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente ou através dos telefones (0xx31) 91356997 ou 34766329. Se você concordar em participar, posso garantir que as informações fornecidas serão confidenciais, sendo que os nomes dos participantes não serão utilizados em nenhum momento. As

informações coletadas serão utilizadas em minha Tese de Doutorado, e eventualmente, na publicação em livro, periódicos ou divulgação em eventos científicos.

Após cada uma das etapas seu relato, este lhe será entregue para seu parecer final, estando você livre para acrescentar ou retirar as informações que julgar pertinentes. Ainda, se você desejar, poderá deixar de responder às perguntas, como julgar conveniente. A qualquer momento lhe é dado o direito de desistir da participação no estudo.

Desde já agradeço sua colaboração, que poderá contribuir para a aquisição de novos conhecimentos na área de dimensionamento de pessoal de enfermagem.

Consentimento Pós-informação:

Eu, _____, _____ anos, portador da Carteira de Identidade _____, fui orientado(a) quanto ao objetivo e metodologia da pesquisa intitulada “Processo de trabalho da enfermagem: bases qualitativas para o dimensionamento da força de trabalho em unidades de internação”. Concordo que meus dados sejam utilizados na realização da pesquisa. Estou ciente de que, em nenhum momento, serei exposto(a) a riscos devido à minha colaboração e que poderei me recusar a participar ou continuar participando do estudo, a qualquer momento, sem nenhum transtorno ou prejuízo para a minha pessoa.

Diante do exposto, concordo, voluntariamente, em participar do referido estudo.

_____ Data: ____/____/____
Assinatura do participante Telefone:

_____ Data: ____/____/____
Pesquisador responsável Telefone:

Comitê de Ética em Pesquisa da _____ Data da saída do estudo:

Nota: O presente Termo foi disponibilizado em duas vias; uma ficou com a pesquisadora e a outra via com o participante da pesquisa.

IV – Comentários

O projeto em questão tem qualidade e está adequado às normas previstas pelas resoluções pertinentes do CNS, exceto por alguns pequenos problemas na documentação apresentada. No que se refere aos currículos das pesquisadoras, apesar da ausência de cópias impressas, foi possível analisá-los através do sistema Lattes do CNPq (on-line). Sendo assim, verificou-se que as pesquisadoras têm larga experiência no campo de investigação proposto. Na folha de rosto apresentada não há assinatura do responsável legal do Hospital de Clínicas. Foi apresentada a declaração de aceite para realização da pesquisa do Hospital Lifecenter e um parecer da vice-diretora técnica de enfermagem do Hospital de Clínicas favorável à realização do estudo. Entretanto, não foi apresentada a declaração de aceite da última instituição, incluindo comprometimento com a resolução CNS 196/96. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) apresentado está devidamente elaborado. Foi apresentado orçamento do projeto e informado que o mesmo não foi submetido a nenhum órgão financiador. As pesquisadoras informam que tomarão cuidados éticos e de rigor científico, de modo a não expor os participantes a qualquer risco.

V – Parecer CEP:

- aprovado
- aprovado ad- referendum
- reprovado

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)