DAIANE DAL PAI

ENFERMAGEM, TRABALHO E SAÚDE:
cenas e atores de um serviço público de pronto socorro.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de MESTRE em ENFERMAGEM.

Orientadora: Profª Drª Liana Lautert

Porto Alegre
2007

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

P142e Dal Pai, Daiane

Enfermagem, trabalho e saúde : cenas e atores de um serviço público de pronto socorro / Daiane Dal Pai ; orient. Liana Lautert. – Porto Alegre, 2007.

127 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2006.

Inclui resumo em Português, Espanhol e Inglês.

1. Saúde ocupacional. 2. Condições de trabalho. 3. Satisfação no emprego. 4. Instituições de saúde, recursos humanos e serviços. 5. Enfermagem em emergência. 6. Ambiente de trabalho. I. Lautert, Liana. II. Título.

Limites para indexação: Humano.

LHSN – 754
NLM – WS 120

Catalogação por Celina Leite Miranda (CRB-10/837).

DAIANE DAL PAI

ENFERMAGEM, TRABALHO E SAÚDE:
cenas e atores de um serviço público de pronto socorro.

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 06 de junho de 2006.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Liana Lautert – Presidente

Profª Drª Estela Regina Ferraz Bianchi – Membro

Profª Drª Maria Alice Dias da Silva Lima - Membro

Profª Drª Marta Júlia Marques Lopes - Membro

Dedico esta 'prima-obra'...

Às trabalhadoras de enfermagem do Serviço de Atendimento Externo do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre.

Ao Jefferson, incentivador de todos os meus sonhos.

AGRADECIMENTOS

À Profª Drª Liana Lautert, por iluminar meus passos com sabedoria e serenidade.

Aos funcionários, usuários e Direção do Hospital de Pronto Socorro, pela possibilidade de aproximação.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela oportunidade de realizar um grande sonho.

Aos secretários Vinícios e Leci, pela paciência e disponibilidade.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal do Ensino Superior (CAPES), pelo incentivo.

A Deus, por cada dia.

A minha família, por acreditar em mim, sempre.

À família Krug, pelo carinho.

A todas as pessoas amigas, pela energia positiva.

RESUMO

Os serviços públicos de urgência e emergência têm se caracterizado pela superlotação, ritmo acelerado e sobrecarga de trabalho para os profissionais da saúde. O presente estudo se inscreve nesse âmbito, buscando compreender o trabalho na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem. Dessa forma, a relação saúde-trabalho é enfocada a partir da descrição do contexto organizacional do serviço, da compreensão da dinâmica de trabalho em urgência e emergência e das vivências da equipe de enfermagem nessa realidade. O Serviço de Atendimento Externo (SAE) do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre foi o local utilizado para a investigação, que seguiu um modelo qualitativo de estudo de caso. A presente pesquisa teve sua proposta previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da própria Instituição. A coleta dos dados compreendeu a análise de documentos da Instituição (escalas de trabalho, registro das queixas, dentre outros), a observação da dinâmica do serviço, ocorrida em 14 períodos de duas horas de duração, e a realização de entrevistas semi-estruturadas com 12 profissionais de enfermagem. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo, elaborando-se um conjunto textual interpretativo a fim de responder aos objetivos do estudo.Três categorias emergiram do tratamento dos dados: O contexto organizacional do SAE, Aspectos envolvidos na dinâmica do trabalho da enfermagem em urgência e emergência, e O sentido do trabalho propiciando a saúde das trabalhadoras. A primeira categoria incluiu aspectos referentes às demandas que o serviço atende e sua organização quanto à estrutura física e recursos humanos disponíveis para o atendimento. A segunda categoria contemplou as conseqüências da intensificação do trabalho para o cotidiano da enfermagem, os desafios para a implantação da política de acolhimento no serviço, as condições e a divisão do trabalho, bem como as interações das profissionais com os usuários. Ainda, nessa categoria, foram abordadas as estratégias coletivas de defesa utilizadas pela enfermagem para conviver com o sofrimento gerado por muitas situações reveladas nesta pesquisa. Na terceira categoria, visualizou-se que a saúde das trabalhadoras preserva-se pelo sentido que elas atribuem para a atuação, o que foi explorado com base no orgulho manifesto pelas participantes e no reconhecimento constituinte da identidade no trabalho. Diante disso, foi possível compreender que a saúde das profissionais de enfermagem é constituída a partir de uma dinâmica de trabalho, por vezes danosa, resultante de um contexto organizacional que carrega marcas de um sistema público de saúde com muitas lacunas, mas que permite, de algumas

maneiras, que as trabalhadoras encontrem caminhos originais para dar conta das exigências do trabalho e das suas próprias necessidades, sem adoecerem. Ainda sobre a relação saúde-trabalho, pôde-se constatar que aspectos como a imprevisibilidade da demanda, a tecnologia e as manobras para salvar a vida, são fatores que favorecem a saúde no trabalho pelo reconhecimento provindo da ação de salvar vidas, uma vez que nessas situações as profissionais exercem suas habilidades especializadas, atuam intelectualmente diante do objeto de trabalho e acompanham o desfecho da produção (a vida ou a morte do paciente). Identificaram-se, como impróprias à saúde, as situações que deixam as trabalhadoras contrariadas pela sua incompletude, ou seja, situações nas quais o problema do paciente não é resolvido, e as trabalhadoras percebem os seus fazeres desprovidos de sentido.

Descritores: Saúde ocupacional. Condições de trabalho. Satisfação no emprego. Instituições de saúde, recursos humanos e serviços. Enfermagem em emergência. Ambiente de trabalho.

RESUMEN *

Los servicios públicos de urgencia y emergencia se han caracterizado por la súper ocupación, por el ritmo acelerado y sobrecarga de trabajo para los profesionales de salud. El presente estudio se inscribe en ese ámbito, buscando comprender el trabajo en su relación con la salud de los profesionales de enfermería. De esa forma, la relación salud-trabajo es enfocada a partir de la descripción del contexto organizacional del servicio, de la comprensión de la dinámica de trabajo en urgencia y emergencia y de las vivencias del equipo de enfermería en esa realidad. El Servicio de Atención Externa (SAE) del Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre fue el local escogido para la investigación, que siguió un modelo cualitativo de estudio de caso. La presente investigación tuvo su propuesta previamente aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la propia Institución. La recolección de los datos comprendió el análisis de documentos de la institución (escalas de trabajo, registro de quejas, entre otros), la observación de la dinámica del servicio, ocurrida en 14 períodos de dos horas de duración, y la realización de entrevistas semi-estructuradas con 12 profesionales de enfermería. Los datos fueron sometidos al análisis de contenido elaborándose un conjunto textual interpretativo a fin de responder en los objetivos del estudio. Tres categorías emergieron del tratamiento de los datos: El contexto organizacional del SAE; Aspectos envueltos en la dinámica del trabajo de enfermería en urgencia y emergencia y El sentido del trabajo que propicia la salud de las trabajadoras. La primera categoría incluyó aspectos referentes a las demandas que el servicio atiende y su organización en cuanto a la estructura física y a los recursos humanos disponibles para la atención. La segunda categoría contempló las consecuencias de la intensificación del trabajo para el cotidiano de la enfermería, los desafíos para la implantación de la política de acogida en el servicio, las condiciones y la división del trabajo, bien como las interacciones de las profesionales con los usuarios. Aún, en esa categoría fueran abordadas las estrategias colectivas de defensa utilizadas por la enfermería para convivir con el sufrimiento generado por muchas situaciones reveladas en esa investigación. La tercera categoría visualizó que la salud de las trabajadoras se preserva por el sentido que ellas atribuyen a su actuación, lo que fue explorado con base en el orgullo manifestado por las participantes y en el reconocimiento constituyente de la identidad en el trabajo. Delante de eso, fue posible comprender que la salud de las profesionales de enfermería

* Tradução de Arlene Fritzen

se constituye a partir de una dinámica de trabajo a veces dañosa, resultante de un contexto organizacional que lleva marcas de un sistema público de salud con muchos vacíos pero que permite, de algunas maneras, que las trabajadoras encuentren caminos originales para hacer cargo de las exigencias del trabajo e de sus propias necesidades sin quedarse enfermas. Aún, acerca de la relación salud-trabajo, se pudo constatar que aspectos como el carácter imprevisible de la demanda, la tecnología y las maniobras para salvar la vida son factores que favorecen la salud en el trabajo por el reconocimiento provenido de la acción de salvar vidas una vez que, en esas situaciones, las profesionales ejercen sus habilidades especializadas, actúan intelectualmente delante del objeto de trabajo y acompañan el término de la producción (vida o muerte del paciente). Se identificaron, como impropias, a la salud, las situaciones que dejan las trabajadoras contrariadas a causa de que no se completan, o sea, situaciones en las cuales el problema del paciente no es resuelto y las trabajadoras perciben sus acciones vacías de sentido.

Descriptores: *Salud ocupacional. Condiciones de trabajo. Satisfacción en el empleo. Instituciones de salud, recursos humanos y servicios. Enfermería en emergenc Ambiente de trabajo.*

Título: *ENFERMERÍA, TRABAJO Y SALUD: escenas y actores de un servicio público de emergencia.*

ABSTRACT[*]

The urgency and emergency state services have been characterized by overcrowd, accelerated rhythm and work overload for the health professionals. The current study is inserted within this range and searches for understanding the job in its relation with the health of the nursing professionals. So, the health-work relation is focused from the description of the service organizational context, from the understanding of the work dynamics in urgency and emergency and from the life experiences of the nursing team within this reality. The External Attendance Service (EAS) of Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre was the site utilized for the research that followed a qualitative model of case study. The Ethics Committee on Research of the institution itself previously approved the proposal for the current research. The collection of data comprised the analysis of documents from the Institution (work time schedules, registration of claims, among others), the observation of the work dynamics occurred in 14 periods of two hours each; and the performance of semi-structured interviews with 12 nursing professionals. The data were submitted to content analysis and an interpretative textual set has been elaborated in order to meet the objectives of the study. Three categories emerged from the data treatment: The organizational context of AES, Aspects involved in the dynamics of the nursing work in urgency and emergency, and The meaning of the work providing the workers´ health. The first category included aspects regarding the demands that the service meets and its organization as to the physical structure and the human resources for the performance of the attendances. The second category contemplated the consequences of work intensification in the nursing daily routine, the challenges for the implantation of the welcoming policy in the work, the labor conditions and division as well as the interactions of the professionals with the users. Yet, within this category, an approach has been made as to the collective defense strategies utilized by nursing in order to live along with the suffering generated by the many situations revealed in this research. The third category visualized that the health of the workers is preserved by the meaning that they assign to their performance, what has been explored based on the pride expressed by the participants and the recognition that constitutes the identity in the work. In view of the above, it was possible to understand that the health of the nursing professionals is constituted from a

[*] Tradução de Arlene Fritzen

working dynamics which is sometimes harmful because it results from an organizational context that carries marks of a state health system with many blanks but which allows, somehow, that the workers find original ways of taking over the work requirements and their own needs without getting sick. Yet, regarding the health-work relation, it was possible to find out that aspects like the unforeseeable character of the demand, the technology and the maneuvers to save life are factors that favor health in the work due to the recognition deriving from the action of saving lives since in these situations the professionals perform their specialized abilities, act intellectually before the work object and follow-up the result of the production (life or death of the patient). It has been identified as inappropriate for health the situations that upset the workers because they do not get finished, i.e, situations where the problem of the patient is not solved and the workers perceive their actions as deprived from sense.

***Descriptors**: Occupational Health. Working Conditions. Job satisfaction. Health ,Human Resources and Services Institutions. Emergency Nursing. Working Environment.*

***Title:** NURSING, WORK AND HEALTH: scenes and actors of the state emergency unit.*

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Distribuição dos períodos de observação no Serviço de Atendimento Externo do Hospital de Pronto Socorro. Porto Alegre, 2005..... 36

Quadro 2 - Apresentação das subcategorias e categorias de estudo. Porto Alegre, 2006..... 41

Tabela 1 - Distribuição das causas de atendimento no HPS, segundo as queixas de pacientes/familiares adultos e crianças, de ambos os sexos. Porto Alegre, jan. 2005 a jan. 2006..... 47

Figura 1 – Proposta de organograma do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, 2006..... 55

Figura 2 - Proposta de organograma da estrutura de enfermagem do HPS. Porto Alegre, 2006..... 55

Tabela 2 - Distribuição das profissionais de enfermagem por serviços do SAE. Porto Alegre, 2005..... 58

Tabela 3 - Distribuição do tempo de trabalho das profissionais de enfermagem, Porto Alegre, 2005..... 60

Tabela 4 - Distribuição das profissionais de enfermagem de nível médio nos setores, segundo sexo, Porto Alegre, 2005..... 62

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO..... 15

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO..... 19

2.1 O trabalho em saúde e a saúde no trabalho..... 19

2.1.1 O processo saúde-adoecimento..... 27

2.1.2 Algumas reflexões sobre o significado da saúde..... 28

2.2 Objetivos do estudo..... 30

2.2.1 Objetivo geral..... 30

2.2.2 Objetivos específicos..... 30

3 CAMINHO METODOLÓGICO..... 32

3.1 Campo e sujeitos do estudo..... 32

3.2 Instrumentos de coleta de dados..... 33

3.2.1 Pesquisa documental..... 34

3.2.2 Observação..... 34

3.2.3 Entrevista..... 37

3.3 Considerações éticas..... 38

3.4 Análise e interpretação dos dados..... 39

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS..... 43

4.1 Contexto organizacional do Serviço de Atendimento Externo – SAE..... 43

4.1.1 O Sistema Único de Saúde e o serviço estudado..... 43

4.1.2 Demandas do serviço..... 46

4.1.3 Portas de acesso ao serviço e atores responsáveis pela primeira avaliação do paciente..... 49

4.1.4 Áreas de atendimento do SAE..... 50

4.1.5 A organização administrativa da instituição, o SAE e a enfermagem..... 54

4.2 Aspectos envolvidos na dinâmica do trabalho da enfermagem em urgência e emergência..... 64

4.2.1 Intensificação do trabalho e suas conseqüências no cotidiano do serviço..... 66

4.2.2 Acolhimento: os desafios da reorganização do processo de trabalho..... 72
4.2.3 Condições de trabalho vivenciadas em um hospital referência..... 76
4.2.4 A divisão do trabalho e as negociações nas relações intra e inter equipes profissionais..... 79
4.2.5 Interações entre profissionais de enfermagem e usuários: a reprodução da violência no cenário de trabalho..... 89
4.2.6 Estratégias de enfrentamento no cotidiano da enfermagem..... 95
4.2.6.1 Distanciamento do problema como forma de proteção..... 95
4.2.6.2 Despersonalização como estratégia de enfrentamento..... 98
4.2.6.3 Modulando o sofrimento com graça: "que a gente perca tudo, menos o censo de humor"..... 100
4.3 O sentido do trabalho propiciando a saúde das trabalhadoras..... 102
4.3.1 Orgulho pela atuação: uma manifestação de saúde..... 103
4.3.2 Reconhecimento e identidade no trabalho..... 105
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 110
REFERÊNCIAS..... 116
APÊNDICE A – Ficha de observação..... 122
APÊNDICE B – Roteiro para entrevista..... 123
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido..... 124
APÊNDICE D – Termo de responsabilidade pelo uso de dados..... 125
ANEXO A – Carta de aprovação do comitê de ética e pesquisa..... 126
ANEXO B – Planta baixa do pavimento térreo do hospital de pronto socorro..... 127

1 INTRODUÇÃO

A presente investigação vincula-se ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Ela aborda o trabalho em urgência e emergência, na sua relação com a saúde das profissionais[1] de enfermagem atuantes em um serviço público de pronto socorro.

O tema desta pesquisa originou-se da vivência de trabalho em diferentes serviços públicos de urgência e emergência[2], associada a reflexões acerca de uma realidade social que vem definindo a organização dos serviços de saúde e as relações humanas estabelecidas nesses espaços. Estas experiências de trabalho desencadearam uma identificação profissional com o setor de urgência e emergência como campo de atuação, estimulada e motivada pela imagem de um trabalho que exige técnica aprimorada, dinamismo e agilidade, aspectos geradores de satisfação e prazer no exercício da enfermagem.

Em contrapartida a isso, indagações foram sendo desencadeadas, a partir da observação de algumas peculiaridades na prática do cuidado nesse ambiente. Por vezes, profissionais manifestavam comportamentos que sugeriam incômodo com o seu trabalho, indicando a existência de aspectos nocivos à saúde, o que poderia estar gerando sofrimento no trabalho. Esses comportamentos eram marcados por atos agressivos, expressos no encontro entre usuário e profissional durante o atendimento prestado e, ainda, na relação entre os profissionais inseridos nesse ambiente de trabalho.

As reflexões passaram, então, a envolver a diversidade de fatores que poderiam estar prescrevendo os modos de viver o trabalho em serviços de urgência e emergência: a superlotação que caracteriza os serviços públicos, o perfil da clientela que busca atendimentos de pronto socorro, a sobrecarga de trabalho para os profissionais, a organização do trabalho nestes serviços, os recursos humanos e/ou materiais e demais aspectos.

---

[1] Adota-se o substantivo feminino de acordo com a designação cultural genérica utilizada para esta categoria profissional. No entanto, respeita-se a classificação dada pelos autores quando estes o referirem.

[2] A diferenciação entre um caso de urgência ou de emergência é feita pelo grau de gravidade da doença, considerando-se, sobretudo, a ameaça à vida ou a possibilidade de dano irreversível (SKABA, 1997). No entanto, adota-se o termo “urgência e emergência” como uma área única de atenção, em conformidade com o uso do termo pelo Ministério da Saúde.

A realidade social que fez parte das indagações que repercutiram na construção do presente trabalho caracteriza-se pelo crescimento da população e aumento da expectativa de vida, pelo aumento da criminalidade e da violência, bem como dos acidentes de trânsito, dentre outros. Estes fatores têm levado ao incremento da demanda de atendimentos nos serviços de urgência e emergência (BRASIL, 2002; BRASIL, 2004a).

Ainda no que se refere à intensificação da demanda nos serviços de urgência e emergência, destacam-se também as conseqüências das deficiências no sistema de atenção básica de saúde em desenvolver ações estratégicas visando ampliar o acesso aos serviços. Além do acesso restrito, a falta de resolutividade leva alguns usuários a optarem pelos serviços de pronto socorro que atendem nas 24 horas do dia, ficando a cargo deles a parcela da população que não encontrou atendimento e aqueles para quem a falta de ações preventivas, ou a inadequação das estratégias utilizadas para a prevenção, resultou na agudização da doença.

Para Deslandes (2002), os problemas enfrentados pelos serviços de urgência e emergência são atribuídos principalmente aos hiatos e descontinuidades do nível de promoção à saúde, ausência ou pouca efetividade dos serviços de atenção básica. Assim, a clientela oriunda de ambulatórios soma-se à demanda com necessidades reais de cuidados emergenciais e, muitas vezes, os usuários permanecem nos prontos socorros por mais tempo do que necessitam por não terem para onde retornar ou serem encaminhados, afetando diretamente o acesso aos restritos leitos destinados às urgências e emergências.

Outra questão que merece destaque diante dessa realidade é a dinâmica de funcionamento da rede de serviços de saúde do Sistema Público brasileiro. A própria ideologia das diretrizes norteadoras do Sistema Único de Saúde (SUS) aponta a resolutividade como um dos principais desafios a serem enfrentados na consolidação do sistema, a fim de promover a saúde da população. Os atendimentos - queixa-conduta - realizados nos serviços de urgência e emergência podem ser considerados não resolutivos, uma vez que se tratam de atividades desvinculadas da atenção básica. Para dar conta da demanda dos prontos socorros, ou por falta de preparo dos profissionais para atuar no SUS, as práticas caracterizam-se por ações imediatistas, muitas vezes sem estratégia de planejamento em saúde. Assim, as conseqüências acabam atingindo o mesmo serviço, com o retorno breve do paciente.

Esses fatores, além de resultarem em grandes aglomerados de pessoas em busca do serviço de urgência e emergência e causarem sobrecarga para os profissionais deste setor, têm

contribuído para aquilo que a sociedade já conhece como "caos na saúde" (STEIN, 1998). A superlotação, que caracteriza esses serviços nos hospitais públicos, pode ser considerada como um fator repercussor e decisivo na organização do trabalho neste setor.

Nesse contexto, os aspectos envolvidos nos atendimentos de urgência e emergência podem ser compreendidos, considerando, ainda, as demandas interpessoais do local de trabalho. Este cenário se configura como um ambiente tensionador das complexas relações humanas, sociais, culturais e hierárquicas. Profissionais médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, técnicos, seguranças, secretários, motoristas, dentre outros, compõem esta realidade de trabalho e estabelecem uma cadeia de relações permeadas de identidades, mediações e conflitos. Neste estudo, o olhar é lançado à equipe de enfermagem – enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem - considerando que sua ação se configura no encontro de todos os elementos já mencionados.

O diálogo agressivo, o descaso e a brutalidade por vezes observados na realização do cuidado, não parece associar-se ao despreparo técnico, mas influenciado pelo perfil do usuário. Agressores, agredidos, mendigos e custodiados misturam-se a crianças, adultos e idosos vítimas de acidentes, acometimentos clínicos, dentre outros, nas salas de atendimentos de pronto socorro. Uma diversidade que revela, no micro espaço, conflitos da sociedade que se somam e potencializam dificuldades características do dia-a-dia dos serviços de saúde (SKABA, 1997).

Entende-se que a demanda não é o único e nem o mais importante fator a ser considerado em se tratando da realidade do trabalho em serviços públicos de urgência e emergência. Machado (2002) infere que a tecnologia, a gerência racional, a falta de estrutura nas organizações de saúde, a violência nos ambientes de trabalho, a baixa remuneração e a ausência de carreira profissional contribuem para a insatisfação em que se encontram os profissionais dos serviços públicos de saúde (MACHADO, 2002, p.125).

Essa questão ainda pode ser entendida como um resultado do hiato existente entre o compromisso que o profissional de saúde sente com a profissão e o sistema em que está inserido (LAUTERT, 2001). Dito de outra forma, a intenção de ser um agente promotor de saúde e de prestar uma assistência qualificada, muitas vezes é contrariada pelas reais possibilidades de atuação junto aos usuários dos serviços.

Tendo em vista os aspectos relacionados ao cotidiano das trabalhadoras de enfermagem em serviços públicos de urgência e emergência, desejou-se estudar a interface desse trabalho com

a saúde dessas profissionais, pois se acredita, com base em Dejours (1991), que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde: favorece a saúde ou o adoecimento. Com este foco, o presente estudo se inscreve em torno das seguintes questões: Em que contexto se constrói a dinâmica de trabalho de um serviço público de urgência e emergência? Como as profissionais de enfermagem convivem com essa realidade de trabalho? Como essas profissionais mantêm sua saúde em equilíbrio diante das exigências do trabalho?

Para responder a tais questões, o trabalho em saúde, mais especificamente no contexto de um pronto socorro, é tomado como ponto de partida para se pensar em como essa realidade interfere na saúde das trabalhadoras de enfermagem.

2 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Na construção de subsídios teóricos partiu-se de elementos conceituais envolvidos no trabalho em saúde, a fim de reunir parâmetros para se pensar na sua relação com a saúde das trabalhadoras de enfermagem. Feito isso, abordou-se o trabalho em urgência e emergência, buscando abranger alguns aspectos relacionados a esse campo de atuação. Por fim, a relação saúde-trabalho é discutida, contemplando, ainda, o processo saúde-adoecimento e algumas reflexões sobre o significado da saúde.

2.1 O Trabalho em saúde e a saúde no trabalho

O trabalho em saúde é parte do setor de prestação de serviços e se caracteriza por uma produção não material, que se completa na ação de sua realização e tem seu produto indissociável do processo que o produz. Concebe-se o trabalho em saúde determinado pelo processo histórico-social e resultante da influência paradigmática da ciência em relação ao processo saúde-doença, dos recursos tecnológicos disponíveis, das formas de organização do trabalho, do modo de produção e das demandas sociais em relação à saúde, dentre outras. Mesmo tendo características específicas, o setor saúde compartilha o processo de produção no setor terciário da economia, sendo também influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria (PIRES, 1998).

Assim, apesar de ser estruturada a partir de uma Política Pública de Estado, a organização do trabalho hospitalar também sofre influências das pressões de mercado. Pode-se dizer, portanto, que as inovações gerenciais e tecnológicas além de passarem por um crivo político, recebem pressões da sociedade civil e de consumo (PIRES, 1998).

No trabalho em saúde, a finalidade do processo se encontra na ação terapêutica, o objeto de trabalho situa-se no indivíduo sadio, doente ou indivíduos/grupos expostos a riscos e, o produto final refere-se a um serviço. Ainda, constituem-se, no campo da saúde, os instrumentos e

as condutas como meios de trabalho, o que se refere ao nível técnico de conhecimento (SILVA, 1994).

A objetividade e a subjetividade são elementos intrínsecos ao processo de trabalho em saúde, pois seu objeto é um ser humano, que interfere na produção. Assim, mesmo que a produção esteja baseada no desenvolvimento de ações técnicas, as relações humanas são inerentes a esse processo (PEDUZZI, 1999).

Ainda quanto ao objeto de trabalho, concebe-se um ser humano alienado à medida que é submetido a um trabalho fragmentado, sem saber para que serve cada parcela de ação realizada sobre si. Da mesma forma tem-se o trabalhador parcializado (PIRES, 1998), pois a fragmentação das tarefas não significa, necessariamente, "uma uniforme expropriação do saber dos agentes sobre seu próprio trabalho" (DESLANDES, 2002).

Além disso, observa-se que o trabalho em saúde, apesar de toda a incorporação tecnológica, não tem demonstrado uma economia da força de trabalho. Ele permanece essencialmente sustentado pelo labor intensivo, com níveis desiguais de domínio dos agentes sobre o processo de trabalho (PITTA, 1999; DESLANDES, 2002).

Pitta (1999), destaca que a organização do trabalho coletivo em saúde possui uma divisão técnica que absorve as características de manufatura e, dessa forma, teria valor de uso e lógica de qualificação no interior do setor terciário, como serviço a ser consumido. Ela ainda ressalva que a parcelarização do trabalho em tarefas isoladas é marcada pela hierarquia de profissionais e serviços que, acrescida do conhecimento e das habilidades manuais do trabalhador, constitui-se no fundamento da produção no setor.

Sobre essa questão, Lima e Almeida (1999) destacam a atuação coletiva e complementar dos profissionais de saúde no hospital, que compartilham saberes específicos na produção de cuidados. Para as autoras, a autonomia dos profissionais nos espaços hospitalares está condicionada ao conhecimento técnico-científico e à explicitação dos saberes, dos outros instrumentos e das práticas, como poderes.

Ainda nesse sentido, Lopes (1996a) refere que a consolidação da dimensão coletiva do processo terapêutico não significa que o reconhecimento da colaboração dos grupos profissionais, nesse processo, seja uniforme. O prestígio e as aquisições construídas ao longo do tempo no âmbito da saúde deram aos profissionais médicos, vantagens pela legitimidade simbólica e na legislação, amparando nessa trajetória as atitudes da categoria.

Pode-se inferir disso, que a divisão do trabalho hospitalar revela a supremacia do trabalho médico, no que concerne à organização do trabalho. O médico possui papel central sobre o diagnóstico, os exames complementares, a terapêutica medicamentosa, o uso dos equipamentos, a internação e alta hospitalar. Além disso, as partes do trabalho assistencial são por ele delegadas aos outros trabalhadores, especialmente no que concerne aos de nível médio ou elementar (PIRES, 1998).

Desse modo, no interior da divisão do trabalho hospitalar, há uma separação radical entre o trabalho de concepção e de execução das tarefas. Sobre essa questão, Pitta (1999) assinala que as tarefas dos auxiliares e atendentes são as mais intensas, repetitivas e menos valorizadas do ponto de vista social e financeiro. Ainda se pode inferir, com base na autora, que as atividades realizadas pelas trabalhadoras de nível médio (auxiliares e técnicas de enfermagem) são manuais, pois se trata da execução do que fora concebido pelo médico, sob a coordenação da enfermeira.

As enfermeiras, mesmo em situação de subalternidade em relação ao médico, atuam como coordenadoras das atividades realizadas pelas trabalhadoras de nível médio. Essas profissionais controlam e articulam as ações desenvolvidas parceladamente pelos profissionais da saúde, tanto no cuidado, quanto no diagnóstico e tratamento, e ainda, são elas que interligam o trabalho do médico ao da enfermagem, e deste com os demais trabalhos que integram o processo de trabalho no hospital (LIMA, 1998).

Outrossim, a partir do momento em que a enfermagem assume o caráter de trabalho profissional, ela vem se desenvolvendo, basicamente, na forma assalariada, inclusive no Brasil onde a modalidade liberal ainda é inexpressiva. No espaço institucional, a enfermagem realiza seu trabalho com certa autonomia, que é limitada pelas regras de funcionamento das instituições e legislação relativa à saúde e ao exercício das profissões do campo da saúde (PIRES, 1998).

A concepção de trabalho feminino revelado por valores simbólicos e vocacionais, naturaliza a atuação da enfermagem como competência de mulheres e contribui para sua exploração e subordinação (LOPES, 1996b). Assim, a divisão do trabalho em saúde mostra "trabalhos desiguais para além de diversos", com valores afirmando as diferenças, inclusive no reconhecimento dos profissionais (PEDUZZI, 2002, p.85).

Apesar de considerar as desigualdades presentes no reconhecimento das categorias que compõem a enfermagem, compreende-se a expressão ‘equipe de enfermagem’ como termo que designa as trabalhadoras de nível médio e as enfermeiras como um coletivo que presta cuidados

de enfermagem nos atendimentos de urgência e emergência. Dessa maneira, já se menciona outra particularidade do objeto de investigação que aqui se constrói, o interesse pelo trabalho da enfermagem em urgência e emergência, que embora seja parte do trabalho em saúde, tem peculiaridades a serem consideradas.

Apesar de estar enquadrado no modelo clínico de atenção à saúde, os prontos socorros contemporâneos têm especificidades que os distinguem dos demais serviços prestados na saúde. Nesses locais, a assistência necessita ser realizada de forma imediata, eficiente e integrada, exigindo dos profissionais conhecimento especializado, habilidade e utilização de recursos tecnológicos avançados (DESLANDES, 2002).

Conforme Skaba (1997, p. 33),

> os serviços públicos de emergência funcionam, via de regra, em estruturas hospitalares de grande porte. A necessidade de suporte de serviços diagnósticos, centros cirúrgicos e terapia intensiva, dentre outros, fazem com que este serviço esteja inserido numa organização do trabalho em saúde altamente complexa e especializada.

Os serviços de urgência e emergência também se destacam com relação à margem de negociação utilizada para a construção de arranjos informais diante da divisão e execução do trabalho em saúde. Dessa forma, as estruturas de poder também são negociadas e esclarecem o processo de trabalho na organização hospitalar (CARAPINHEIRO, 1993, DESLANDES, 2002).

Os profissionais de saúde estão inseridos no processo de trabalho hospitalar e são submetidos, na maioria das vezes, à sobrecarga de trabalho em todos os níveis, assim como os outros profissionais da saúde, que convivem com a dor, a morte, as seqüelas, o trabalho em turnos, dentre outros. Entretanto, os trabalhadores dos serviços de urgência e emergência ainda lidam com a pressão para a tomada de decisões rápidas que são fundamentais no atendimento ao risco de morte (SKABA, 1997; DESLANDES, 2002).

Compartilha-se, portanto, com a observação de que esses profissionais, aqui limitados às trabalhadoras de enfermagem, estão ainda mais susceptíveis às pressões do trabalho, como a aceleração do processo de produção pela intensificação da demanda e a precariedade de recursos humanos e materiais. Ainda, somam-se a essas características, as relações conflitantes que se

originam da tensão instalada entre aqueles que experimentam a sobrecarga de trabalho e os usuários e familiares, que passam por uma situação fragilizadora (SKABA, 1997; DESLANDES, 2002).

Compreende-se que, sendo esse o cotidiano de trabalho no qual as trabalhadoras de enfermagem se inserem, é com marcas desse labor que elas têm sua saúde constituída, uma vez que não há neutralidade na relação que o trabalho tem com a saúde (DEJOURS, 1991). Diante disso, os subsídios que fundamentam a discussão sobre essa relação também requerem visualizar o trabalho como eixo histórico da convivência humana em sociedade.

O trabalho tem adquirido vários significados para a humanidade, ao longo do tempo. No início do cristianismo ele era compreendido como castigo e penitência, enquanto que a partir da reforma protestante passou a ser visto como virtude e salvação, conceitos que ainda hoje pertencem ao imaginário popular. Na atualidade, o trabalho é considerado, por grande parte de analistas sociais, como categoria central para pensar a vida social (NUNES, 2000).

Neste sentido, o trabalho também serve de eixo analítico para se pensar no processo de saúde-adoecimento humano. Conforme Laurell e Noriega (1989), a temática saúde-adoecimento deve ser abordada como processo social, uma vez que o nexo biopsíquico é a expressão de determinado processo histórico que se concretiza na corporeidade humana. Assim, o trabalho começa a ser tomado como elemento-chave na compreensão dos determinantes da saúde do trabalhador, procurando desvelar formas constituintes do nexo biopsíquico da coletividade trabalhadora.

Os caminhos percorridos mais recentemente para o estudo da relação trabalho e saúde têm se caracterizado pela pluralidade metodológica, na busca de uma abordagem interdisciplinar do tema, a fim de abarcar a complexidade das situações reais. O mundo do trabalho com seus problemas atuais, e antigos desafios ainda inquietantes, vem adquirindo novos olhares pela Àrea da Saúde, pelos movimentos sociais ou pela comunidade científica, tanto no Brasil quanto no cenário internacional (BRITO, 1999).

No Brasil, a ampliação do campo da saúde do trabalhador acompanhou as discussões no âmbito da saúde, geradas pelo Movimento da Reforma Sanitária. A 1ª Conferência Nacional de Saúde dos Trabalhadores, ocorrida em 1986, esteve vinculada aos embates políticos e ideológicos originados na década de 70 e ampliou a definição de saúde do trabalhador. A partir de então esta

definição passou a incluir as condições de emprego, estabilidade, remuneração, oportunidade de lazer, organização livre, autônoma e representativa da classe, direito à informação sobre todos os dados que digam respeito à relação vida / saúde / trabalho, efetiva participação em quaisquer decisões sobre assuntos referentes à classe, dentre outros (BRASIL, 2005).

No início da década de 80, Laurell (1981) já destacava a organização do processo de trabalho como primordial na observação das diversas formas de consumo da força de trabalho e a sua implicação nas formas de desgaste do trabalhador. Para Dejours (1990) a organização do trabalho é a principal responsável pelo surgimento de experiências danosas ou não à saúde do trabalhador.

A vertente de estudos da psicodinâmica do trabalho sugere diferenciar condições de trabalho de organização do trabalho. Assim, vislumbram-se as primeiras como condições físicas, químicas e biológicas presentes no ambiente de trabalho, enquanto a segunda se refere à divisão de tarefas e dos indivíduos pela organização do trabalho (DEJOURS,1990).

Tendo isso em vista, observa-se que o estudo da relação saúde-trabalho pela psicodinâmica do trabalho de Cristhophe Dejours (1990) busca elementos para a compreensão das formas de organização do trabalho e da vivência dos trabalhadores diante delas. Segundo esta vertente de análise, vislumbrar o trabalho em sua relação com a saúde requer que se tenha acesso ao sentido que os trabalhadores dão à situação.

Nesta direção, pensar sobre a organização do trabalho requer que seja considerada a variável distância entre a organização prescrita para o trabalho e a sua real organização. A questão pode ser compreendida tendo em vista que seria impossível antecipar todas as situações reais do universo do trabalho, sendo impossível prever o percurso exato da produção. Dessa forma, Dejours (1990) afirma que o trabalho prescrito é insuficiente para responder à realidade da produção já que esta resulta das relações intersubjetivas e sociais nesse ambiente.

Essas relações sociais ajustam o que é prescrito para o trabalho, transformando-o em modos operatórios reais. Diante disso, acredita-se que “o que está prescrito nunca é suficiente” e “todo trabalho é sempre de concepção”. Assim, o trabalho é humano por definição, já que sua existência encontra-se onde a ordem tecnológica-maquinal é insuficiente (LANCMAN e SZNELWAR, 2004, p.135).

Pensar o trabalho desta forma seria oferecer ao trabalhador uma margem constante para a concepção. Entretanto, o ajustamento entre aquilo que está previsto como tarefa a ser desempenhada e os modos operatórios reais depende de como essa defasagem é encarada pelas chefias, pois para que este espaço seja passível de utilização, é necessário que seja reconhecido o direito dos trabalhadores de investir nesse espaço como meio potencial para o uso da inteligência na concepção do trabalho, também chamada de inteligência astuciosa (DEJOURS e ABDOUCHELI, 1994).

Tendo isso em vista, dispensar o saber do trabalhador e negar sua competência, ditando regras como se fossem as únicas formas de realizar o trabalho, é uma pretensão que poderia ser nociva ao trabalhador se não houvessem laços de cooperação criados pelos coletivos. Estes por sua vez, subvertem as prescrições, trapaceando as regras do trabalho prescrito para responder às exigências cotidianas do trabalho (NUNES, 2000; LANCMAN, 2004).

Dejours (1990) refere-se, ainda, à existência de "regras de ofício", que são as formas de trabalhar em conjunto e que passam fundamentalmente por relações de confiança entre os trabalhadores. Segundo o autor, essas regras são técnicas e, principalmente, éticas.

Ao encontro disso, Sato (1996) afirma que o aspecto fundamental à saúde é a possibilidade de o trabalhador ter controle sobre os contextos de trabalho em que realiza suas tarefas. O controle segundo ela se refere à familiaridade do sujeito com a tarefa, ao poder exercido mediante a organização do trabalho adotada, bem como ao limite subjetivo de cada um, medido pela capacidade de suportar as demandas do trabalho. Na ausência de familiaridade, poder e limite subjetivo, criar-se-iam novas formas de desvelar o trabalho a fim de buscar uma aproximação do controle. Essas seriam ações coletivas para impedir a “ruptura”, que teria efeito nocivo à saúde, caso não houvesse adaptações à rigidez do trabalho (SATO, 1996).

O espaço existente entre o trabalhador e a organização prescrita para a sua atuação permite uma liberdade que autoriza a negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, uma invenção que possibilita adaptar a organização do trabalho às necessidades e desejos dos indivíduos. No entanto, se essa negociação for conduzida ao seu limite, bloqueando a relação trabalhador-organização do trabalho, inicia-se a instalação do sofrimento e a luta contra o mesmo (DEJOURS, 1986).

Acredita-se, portanto, que o sofrimento, diante das situações concretas de trabalho, não cause o adoecimento devido ao desenvolvimento de estratégias defensivas para lidar com essas situações e manter os indivíduos em equilíbrio. As estratégias de enfrentamento, para Pitta (1999), são estruturadas socialmente e tendem a se tornar aspectos da realidade externa com as quais os membros da instituição acordam.

Lancman e Sznelwar (2004, p.97) afirmam que

> os conflitos, o sofrimento e o prazer que emergem em situação de trabalho devem também sua dinâmica à organização do trabalho e às dificuldades, ou mesmo aos conflitos que ela provoca entre os indivíduos, na própria dinâmica das equipes e nos indivíduos, em decorrência das tensões que aparecem no confronto entre a situação laboral e as obrigações próprias da esfera privada.

Concorda-se com Nunes (2000) ao referir que a organização do trabalho como fonte de exigências rígidas e estáveis, às quais muitos trabalhadores estão expostos, pode inviabilizar a construção de defesas e deixa-los a mercê da adaptação ao trabalho, o que se tornaria apenas fonte de pressões patogênicas e meio de sobrevivência. O trabalho, entretanto, também pode levar a uma vivência de prazer, pois as pessoas diferenciam-se na forma como vivenciam as situações de trabalho.

Diante das questões implicadas nas vivências de trabalho, pode-se afirmar que o mesmo trabalho que produz sofrimento pode também ser uma fonte de realização, que se encontra no âmbito do reconhecimento, uma vez que a inteligência astuciosa necessita, além dos requisitos individuais dos trabalhadores, da validação social que se expressa no reconhecimento pela utilidade de seu trabalho e no reconhecimento de suas habilidades pelos pares (coletivo ou comunidade de pertença). Assim, entende-se que o sujeito necessita perceber o sentido do trabalho para que a inteligência astuciosa entre em cena (DEJOURS e ABDOUCHELI, 1994; LANCMAN e SZNELWAR, 2004).

Acrescido às considerações até aqui traçadas, compreende-se o trabalhador como um ser histórico, com manifestações orgânicas conseqüentes da sua forma de se inserir na sociedade. Dessa maneira, o processo saúde-adoecimento se torna intimamente relacionado ao trabalho, o que é discutido a seguir.

2.1.1 O processo saúde-adoecimento

O processo saúde – adoecimento dos grupos humanos, sua historicidade e sua relação com o trabalho constituem-se objetos de estudo do campo da saúde do trabalhador, a partir da compreensão de que as manifestações corpóreas do ser humano são resultantes de uma inserção social específica em um grupo. Considerando o trabalhador como ser histórico, passa-se a discutir sobre a capacidade de o corpo responder, de forma adaptativa, às específicas condições de vida, que determinam mudanças nos processos corporais, expressas em formas biológicas características (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Assim, articula-se o estudo dos processos de trabalho com o conjunto de valores, crenças e idéias compartilhadas pelos coletivos na busca do entendimento de como adoecem e morrem os trabalhadores. Dessa forma, compreende-se o trabalho como organizador da vida social, como espaço de dominação e de submissão do trabalhador pelo capital, e de resistência e luta dos trabalhadores por melhorias nas condições de vida e trabalho (NUNES, 2000).

As abordagens oferecidas na compreensão do processo saúde – adoecimento como processo social apropriam-se de elementos do modelo operário italiano, a fim de valorizar o conhecimento dos trabalhadores sobre o processo e as condições de seu trabalho. Esta questão, segundo Lacaz (2003), está relacionada a uma proposta lançada pela Organização Internacional do Trabalho, em 1976, que fomenta o desenvolvimento do Programa Internacional para Melhoramento das Condições e Ambientes de Trabalho (PIACT) e que repercute, posteriormente, na maior participação do trabalhador na empresa a fim de melhorar as relações laborais. Trata-se, portanto, de intervenções sobre os locais e processos de trabalho e não mais de interferências que visavam a hábitos de vida saudáveis, como alguns enfoques da perspectiva da qualidade de vida no trabalho (LACAZ, 2003).

Reconhecer os trabalhadores como atores fundamentais na luta e na negociação por melhorias das condições de trabalho e de sua saúde representou uma contribuição para ampliar o entendimento das relações entre processo de produção e saúde. Esta perspectiva culmina no

encontro das formulações emanadas do campo da saúde coletiva, contempladas na vertente latino-americana de análise sobre a relação saúde-trabalho (LAURELL e NORIEGA, 1989).

Assim, a introdução da categoria processo de trabalho como elemento explicativo central na análise das relações entre ele e o processo saúde-adoecimento é a principal contribuição e ruptura epistemológica feita pela Medicina Social latino-americana. Essa perspectiva implica a identificação dos problemas em cada situação, sob o enfoque dado pelo próprio trabalhador visando acima de tudo a romper a separação entre o planejamento e a execução do trabalho (LACAZ, 2003).

Para Laurell e Noriega (1989), a decomposição dos elementos constitutivos do processo de trabalho, como o objeto, os instrumentos e o próprio trabalho, permite estudar seus aspectos técnicos, sua organização e divisão, bem como seu desenvolvimento histórico, o que seria a primeira etapa para o entendimento de como se dá o processo de trabalho. A sua reconstituição como processo global seria o passo seguinte a fim de resgatar o movimento dinâmico da relação trabalho-saúde do trabalhador.

Tomando isso por base, identificou-se a necessidade de iluminar os caminhos, no que concerne ao significado de saúde. Reunir bases conceituais sobre o conceito de saúde foi a opção adotada para indicar a direção do olhar lançado ao tema.

2.1.2 Algumas reflexões sobre o significado da saúde

Conceituar saúde na perspectiva da Medicina sempre implica o risco de reduzir sua definição a dimensões negativas. No entanto, a ampliação do sentido de “saúde” tem sido discutida pela epistemologia médica canguilhemiana, bem como pela psicanálise e, mais recentemente, pela antropologia (COELHO e FILHO, 2003), na qual a problemática do significado de saúde tem como eixo central o contexto onde se encontra.

A Organização Mundial da Saúde por muito tempo definiu saúde como “um estado de bem-estar” em vários níveis. Tal definição recebeu críticas relacionadas à imprecisão e impotência do termo “bem-estar” para designar saúde (DEJOURS, 1986), bem como no que tange à tentativa de universalização do sentido da saúde (CONCONE, 2003).

Para Dejours (1986, p.8) a definição de bem-estar “é muito vaga”, pois quando se tenta defini-la, mesmo que haja algum significado implícito, não se atinge a sua real abrangência. O autor afirma ainda que o estado de bem-estar completo não existe, pois se trata de “um estado ideal, que não é concretamente atingido, podendo ser simplesmente uma ficção, ou seja, uma ilusão, alguma coisa que não se sabe bem no que consiste, mas sobre a qual se têm esperanças”.

Nessa perspectiva, a saúde é sempre um objetivo a ser alcançado, sem uma permanência estável. Saúde pode ser pensada como uma sucessão de compromissos mutáveis assumidos com a realidade, ou seja, com o ambiente e as relações humanas e sociais nele constituídas (DEJOURS, 1986).

Assim, ter saúde implica poder adoecer e encontrar caminhos próprios e originais para sair do estado patológico, em direção ao estado de bem-estar de qualquer nível. Ainda, entende-se que a saúde das pessoas não pode ser pensada sem estar ligada às próprias pessoas (DEJOURS, 1986).

Tendo isso em vista, acredita-se que a saúde pode adquirir vários significados dependendo do seu contexto. Os sentidos da saúde se tornam complexos na medida em que se concretizam em diversos níveis de tempo e espaço.

Nessa direção, retorna-se a destacar a centralidade do trabalho como ponto de partida para se pensar na saúde dos coletivos humanos. Acredita-se que o trabalho nunca é neutro em relação à saúde, ou favorece a saúde ou, ao contrário, é um constrangimento patogênico, favorecendo o adoecimento. Assim, na interface trabalho-saúde, ressalva-se a organização do trabalho como modalidade que influencia a saúde quando, por exemplo, atinge contraditoriamente os desejos dos indivíduos, ou então, pode ser um meio de equilíbrio na medida em que a organização do trabalho prevê tarefas cujo conteúdo favorece a saúde, por representar um terreno privilegiado para o trabalhador concretizar suas aspirações, seus ideais (DEJOURS, 1986).

Diante do que foi exposto, delimitou-se o contexto de trabalho em um serviço público de urgência e emergência para se pensar na relação trabalho-saúde. Assim, questionou-se sobre esse trabalho em sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem: - Que características definiam o contexto organizacional e a dinâmica do trabalho de um serviço público de pronto socorro? - Tendo isso em vista, como as trabalhadoras de enfermagem convivem com essa realidade de trabalho, a fim de manterem sua saúde em equilíbrio?

2.2 Objetivos do estudo

Para responder às questões levantadas foram construídos os seguintes objetivos de pesquisa:

2.2.1 Objetivo geral

Compreender o trabalho em urgência e emergência na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem, atuantes em um serviço público de pronto socorro.

2.2.2 Objetivos específicos

- Descrever o contexto organizacional de um serviço público de pronto socorro.

- Compreender a dinâmica de trabalho da equipe de enfermagem em um serviço público de pronto socorro.
- Conhecer como as profissionais de enfermagem de um serviço público de pronto socorro vivenciam seu cotidiano de trabalho e o percebem em relação à sua saúde.

3 CAMINHO METODOLÓGICO

O percurso realizado para alcançar os objetivos propostos iniciou-se com a delimitação do tema. Responder a questões particulares de um grupo social, trabalhar com a vivência, com a experiência, com o cotidiano e também com a compreensão das estruturas e instituições como resultados da ação humana e suas relações com a constituição da saúde no trabalho, exigiu que o estudo seguisse uma abordagem qualitativa, a qual

> responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO *et al*, 1997, p.22).

Trata-se de um estudo descritivo, utilizando como suporte metodológico o Estudo de Caso que, para Stake (1998), significa abordar as particularidades e a complexidade de um caso particular a fim de compreender as circunstâncias nas quais determinado fenômeno acontece. Esta concepção vai ao encontro do olhar dado às trabalhadoras de enfermagem merecedoras de atenção pela diversidade de fatores que circunscrevem suas ações e a relação destas com a sua saúde.

Segundo Tobar e Yalour (2001) a riqueza do estudo de caso não está na extensão, mas na profundidade, conformando um certo nível de detalhe. A intensa exploração de um único caso permitiu um mergulho profundo e exaustivo na situação particular que se desafiou realizar.

3.1 Campo e sujeitos do estudo

A coleta dos dados realizou-se no período de julho de 2005 a janeiro de 2006 junto ao Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (HPS), instituição pública municipal, que presta atendimento exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde à população da capital, grande Porto Alegre, interior do Rio Grande do Sul, outros Estados e até mesmo a países vizinhos.

Sua capacidade é de 139 leitos oficiais e 26 suplementares, distribuídos em seis Unidades de Internação, que são compreendidas por Unidade de Traumatologia, Neurologia, Cárdioclínica (UCC), Cirúrgica (Enfermaria 8), Face e Queimados. Além disso, a Instituição conta com quatro Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs): UTI Clínica, UTI de Trauma, UTI de Queimados e UTI Pediátrica. Da capacidade total de leitos, destaca-se o percentual de 23% para tratamento intensivo (HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE, 2004).

O HPS conta ainda com Bloco Cirúrgico (BC), Centro de Material e Esterilização (CME), bem como serviços de atendimentos ambulatoriais divididos em Sala de Gesso, Ambulatório de Cardiologia, de Queimados e o Serviço de Atendimento Externo (SAE). Este, por sua vez, é composto de seis serviços denominadas SAE1 (Sala de Politraumatizados ou de Emergência), SAE2 (Sala de Sutura), SAE3 (Setor de Transporte), SAE4 (Sala de Buco-Facial), SAE5 (Sala de Oftalmologia e Otorrinolarigologia) e SAE6 (Sala de Clínica).

Além desses, o Hospital conta com vários Serviços de Apoio que viabilizam a prestação de atendimento a pessoas vítimas de urgência e emergência em trauma e casos clínicos, nas 24 horas do dia. Tendo isso em vista, o HPS representa uma importante referência para o sistema de atendimento pré-hospitalar sendo responsável pela atenção de cerca de 50% de todos os casos atendidos pelo Serviço de Atendimento Móvel a Urgências (SAMU).

Conforme relatório de enfermagem, no ano de 2003 foram realizados 65.979 atendimentos. Desses, 60.442 (92%) destinaram-se a moradores de Porto alegre e 5.537 (8%) a moradores de outros municípios (HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE, 2004).

Tendo em vista as características mencionadas, a pesquisa voltou-se às particularidades do SAE quanto ao contexto e à dinâmica de trabalho, buscando como sujeitos da pesquisa as protagonistas de enfermagem no cuidado em urgência e emergência nesse cenário. Este estudo compreendeu como trabalhadoras de enfermagem as profissionais de nível médio, bem como as enfermeiras.

3.2 Instrumentos de coleta de dados

Segundo Stake (1998), a atenção que se deve prestar ao contexto é intrínseca ao estudo de caso. Neste sentido, este estudo visou a descrever o contexto onde atuam as profissionais de enfermagem e como elas se inserem no trabalho. Para tanto, utilizou-se a revisão de documentos, a técnica de observação e a entrevista.

3.2.1 Pesquisa documental

Os documentos serviram de subsídios para a compreensão do contexto organizacional no qual as atividades observadas estiveram inseridas. Neste sentido, a coleta de dados por meio do estudo de documentos exigiu planejamento, assim como para a observação ou a entrevista, a fim de que fosse possível atender ao previsto (STAKE, 1998).

Tendo isso em vista, buscou-se conhecer documentos e registros utilizados pela Instituição para controle organizacional do serviço de atendimento externo. Foram solicitados aos departamentos responsáveis: a média de atendimentos realizados nos últimos doze meses, o registro das queixas da clientela, fluxograma do serviço de atendimento externo, escalas de trabalho das equipes, dentre outros. Desta forma foi possível obter subsídios para a contextualização das práticas observadas e dos discursos revelados sobre o trabalho.

Esta etapa da coleta de dados exigiu que se despendessem esforços no sentido de estimular os devidos departamentos, como Setor de Informática, Recursos Humanos e Direção de Enfermagem a disponibilizarem o material solicitado. Entendeu-se que o atraso nesse processo esteve relacionado a dificuldades de comunicação entre a Direção Científica do Hospital (com a qual o Comitê de Ética encontra-se vinculado) e os departamentos mencionados. Por outro lado, algumas pessoas que foram consultadas não pouparam esforços para disponibilizar os materiais necessários.

3.2.2 Observação

A observação, como método de investigação, foi escolhida com intuito de examinar minuciosamente o objeto no seu todo e apreender a variedade de situações da vida real. Além disso, esta técnica “incorpora novos elementos ao sentido comum da palavra e apresenta uma dimensão mais ampla e complexa” (RICHARDSON, 1999, p.259).

O método adotado foi a observação não participante. Esta opção metodológica encontra-se pautada na preocupação em absorver detalhes por vezes não detectados, se compartilhados no labor.

Quanto à relação observador-observado, reporta-se novamente às palavras de Richardson ao mencionar que:

> é imprescindível manter um nível de relacionamento agradável e de confiança. Para tanto, os cuidados devem ser impostos desde a abordagem inicial, considerando que as primeiras impressões geralmente são significativas. Recomenda-se que a situação de observador e os objetivos da pesquisa sejam esclarecidos (RICHARDSON, 1999, p.261).

Na busca de atender a esta recomendação, vivenciaram-se momentos de desconforto durante a coleta de dados. Não se encontrou a possibilidade de informar os objetivos da pesquisa com a exatidão desejada e tampouco houve chances prévias ao início da coleta dos dados para a apresentação da mesma aos sujeitos. Esta dificuldade foi atribuída à inexistência de um espaço que reunisse as 105 trabalhadoras de enfermagem, ou mesmo parceladamente, como poderia ser a passagem de plantão.

Diante dessa situação, os esclarecimentos eram feitos ao iniciar o período de observação, o que não impediu o desconforto inicial das participantes, que esteve relacionado ao medo de que os erros estivessem sendo vigiados. Isto foi exposto por elas com investimentos nas justificativas para possíveis falhas no trabalho, ou ainda, com o uso de brincadeiras do tipo: “que pesquisa que nada, tu é da auditoria, só ta disfarçada...(risos)”. Além disso, houve situações em que as anotações realizadas foram solicitadas para a leitura, como descrito por Lima (1998), o que se tornava um tanto constrangedor pelos detalhes registrados.

Outra barreira dessa fase de coleta de dados foi a grande movimentação das pessoas e transporte de materiais pela sala. Refere-se aqui à dificuldade de encontrar um espaço para permanecer durante a observação. Foram poucas as situações em que a posição e o local escolhido não tiveram que ser alterados pela necessidade dos atendimentos, principalmente em períodos nos quais se compartilhou da superlotação do serviço.

Apesar disso, a fidedignidade dos dados coletados pôde ser confirmada pela saturação dos mesmos, durante a observação dos fatos, assim como por serem dados que se relacionaram aos discursos das participantes, no momento da entrevista.

A realidade observada foi registrada em diários de campo (Apêndice A), priorizando aspectos relativos ao trabalho da enfermagem. Foram observados, nos diferentes turnos, aspectos relativos à dinâmica do trabalho, conteúdo da tarefa, ritmo e controle sobre o processo de trabalho. Abarcaram-se, portanto, as condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho, dentre as quais estiveram incluídas as relações humanas, o ambiente e a dinâmica entre ambos, tendo em vista o contexto mais amplo implicado no trabalho em saúde.

Optou-se por observar apenas os SAE(s) 1, 2 e 6 por serem locais onde há maior interação entre a equipe de enfermagem e desta com os demais profissionais e pacientes. O SAE 3 refere-se ao transporte do paciente, desde a sua chegada até a sala de atendimento e no SAE 4 e 5 havia apenas uma auxiliar de enfermagem por sala, características passíveis de prejudicar o acesso às questões que se desejava observar.

O Quadro 1, a seguir, demonstra a distribuição dos períodos de observação realizados:

Datas	Período	Local
25/07/05	**14h30min – 16h30min**	**SAE 6**
27/07/05	**9h45min – 11h45min**	**SAE 2**
29/07/05	**14h45min – 16h45min**	**SAE 2**
01/08/05	**16h – 18h**	**SAE 6**
03/08/05	**9h – 11h**	**SAE 6**
04/08/05	**8h30min – 10h30min**	**SAE 2**
08/08/05	**10h – 11h45min**	**SAE 6**
10/08/05	**9h30min – 11h30min**	**SAE 1**
10/08/05	**20h30min – 22h30min**	**SAE 1**
13/08/05	**9h – 11h**	**SAE 1**
16/08/05	**22h – 24h**	**SAE 6**
17/08/05	**20h30min – 22h30min**	**SAE 2**
22/08/05	**15h30min – 17h30min**	**SAE 1**
23/08/05	**10h10min – 12h**	**SAE 1**

Quadro 1 – Distribuição dos períodos de observação no Serviço de Atendimento Externo do Hospital de Pronto Socorro. Porto Alegre, 2005.

Fonte: DAL PAI, D. Coleta Dos Dados por Observação. Porto Alegre, jul a ago, 2005.

Os períodos de observação tiveram, em média, duas horas de duração, o que esteve pautado na qualidade da atenção despendida para a atividade. Obteve-se o cuidado de incluir os três turnos de trabalho uma vez que as trabalhadoras são alocadas desta forma.

Os manuscritos foram digitados logo depois de realizados, o que permitiu a inclusão de detalhes relacionados ao fato descrito. A fim de organizar esse material, os períodos foram identificados como OBSERVAÇÃO 1, OBSERVAÇÃO 2 e assim nos demais, totalizando 14 períodos, o que esteve orientado pela saturação dos dados (MINAYO, 1993).

3.2.3 Entrevistas

O trabalho no Serviço de Atendimento Externo (SAE) também foi abordado sob a perspectiva das profissionais de enfermagem, o que se tornou possível por meio da técnica de entrevista como método de coleta de dados. O discurso emitido pelas trabalhadoras permitiu conhecer dados subjetivos e objetivos sobre o cotidiano de enfermagem em urgência e emergência.

Quanto à seleção das participantes, as palavras de Polit, Beck e Hungler (2004, p.239) foram tomadas no que se refere à avaliação dos planos de amostragem qualitativa, na qual "uma amostra apropriada é aquela que resulta da identificação e do uso de participantes do estudo que melhor possam suprir informações, de acordo com as exigências desse estudo".

Tendo isso em vista, os sujeitos foram convidados a participarem da pesquisa de forma intencional, sendo os parâmetros para tal seleção determinados durante a observação, uma vez que foram buscados informantes que permitissem o entendimento mais completo possível do caso. O convite para a participação no estudo também priorizou a inclusão de enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, sendo que, dentre as mesmas, apenas uma profissional não demonstrou interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Foram realizadas 12 entrevistas com profissionais dos três turnos de trabalho, dentre as quais estiveram 3 enfermeiras, 2 técnicas e 7 auxiliares de enfermagem. O número de entrevistadas foi estabelecido mediante a saturação dos dados (Minayo, 1993), sendo implicados

quesitos de qualidade, profundidade, recorrência e divergência das respostas. O período de realização das entrevistas percorreu o mês de setembro e a primeira quinzena de outubro de 2005.

Os encontros com as participantes foram marcados com antecedência, ficando o local a cargo da disponibilidade da Instituição, embora se tenha priorizado um espaço que garantisse respeito à privacidade e conforto dos envolvidos, bem como ao propósito do encontro. A duração das entrevistas foi estabelecida pela participação das trabalhadoras, o que variou de 50 minutos a duas horas.

Embora se tenha tido o cuidado de não interromper atividades importantes que o sujeito estivesse executando ou precisasse realizar, haja vista que se trata de um serviço de pronto socorro, esta questão não representou uma dificuldade para que as entrevistas fossem desenvolvidas com êxito. Foram poucas as vezes em que o horário marcado teve de ser alterado.

A modalidade de entrevista utilizada para este estudo foi a semi-estruturada (Minayo, 1993), a qual serviu de guia à pesquisadora e ao mesmo tempo, permitiu determinada flexibilidade às descrições provindas das entrevistadas sobre a temática, sem perder o foco da pesquisa. O roteiro de entrevista (Apêndice B) foi submetido à realização de teste-piloto, não necessitando ser reformulado após a avaliação de sua pertinência no alcance dos objetivos.

Ao iniciar-se as entrevistas foram oferecidas explicações iniciais, assim como atendidas solicitações necessárias para um diálogo respeitoso e construtivo. Entre estas, pode ser destacada a preocupação em esclarecer os objetivos da entrevista.

As entrevistas foram gravadas em fita cassete e posteriormente transcritas a fim de permitir o tratamento dos dados. As falas dos sujeitos foram reproduzidas fidedignamente.

3.3 Considerações éticas

Quando se coletam dados com seres humanos, supõe-se a invasão da vida privada de alguém. Em vista disso, identificou-se a necessidade de obter a permissão das pessoas envolvidas e das instâncias superiores, bem como a garantia do anonimato das participantes na divulgação dos resultados.

A fim de atender a essas prerrogativas e cumprir a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde (BRASIL, 1996), foi utilizado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C), em duas vias, as quais foram entregues e explicadas aos participantes da pesquisa. O Termo de Responsabilidade pelo Uso dos Dados (Apêndice D) foi entregue aos responsáveis pelos departamentos onde os dados documentais foram obtidos.

Diante disso assegurou-se a responsabilidade com as informações recebidas, o anonimato e o sigilo, atentando ainda, à autorização para gravar a entrevista e ao esclarecimento de que haveria destruição das fitas e transcrições após o término da pesquisa. Ofereceu-se a liberdade para que a participante pudesse interromper, pedir esclarecimentos ou criticar.

O projeto de pesquisa foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre (ANEXO A).

3.4 Análise e interpretação dos dados

Para analisar os materiais coletados, foram utilizadas estratégias de categorização dos dados, tanto aqueles obtidos pelas observações, como dos registros e entrevistas, com base na Análise de Conteúdo proposta por Bardin (1977).

Este procedimento visou a entender o caso observado e buscar relações com as falas das participantes e alguns registros da Instituição. Conforme Bardin (1977), a Análise de Conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos que, aplicado aos dados, torna-os passíveis de análise e tratamento científico. Este método organiza-se a partir de três fases relacionadas em torno de três pólos cronológicos: a) a pré-análise, b) a exploração do material, e c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Durante a pré-análise organizaram-se os materiais coletados na pesquisa documental, bem como na observação e na entrevista, sendo lidos de maneira flutuante, confrontando ao referencial teórico. Respeitou-se a exaustividade, a representatibilidade, a homogeneidade e a pertinência das informações.

Durante a exploração do material os temas puderam ser ordenados e explorados, sendo a codificação correspondente a uma transformação dos dados brutos do texto em recortes que

permitiram atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão (unidades de registro e de conteúdo), sendo formulado uma espécie de índice.

O passo seguinte foi a categorização, ou seja, a classificação dos elementos constitutivos de um conjunto, construídos por diferenciação e, depois, por reagrupamento. Assim, as unidades formaram a seqüência de categorias expostas no Quadro 2:

Subcategorias	Categorias
De frente com o sistema Atendimentos/queixa Fluxograma Cenário Dinâmica dos atendimentos Conteúdo da tarefa Escalas Mudança de direção Questões organizacionais da enfermagem	Contexto Organizacional do Serviço de Atendimento Externo – SAE
Ritmo Paciente internado Percepção do mais grave Sensação de caos Atuação do segurança Realização do melhor possível dentro das condições Conflitos e dilemas Falta de recursos humanos Falta de materiais Relação com médico Autonomia Relação com residentes Relação com internos Acordos Organização real do trabalho Necessidade de instituir regras e rotinas Brutalidade/intimidação/violência Defesas Hábitos referidos para o estresse Saída da sala Formas adaptativas Descontração/brincadeiras	Dinâmica do Trabalho da Enfermagem em Urgência e Emergência
Gosto pelo que faz Gosto pela emergência Desafio/heroísmo A importância do serviço Reconhecimento profissional Sentimento de desamparo/desassistência Distinção/preferência entre as salas Afetividade entre os pares Trabalhadora versus seu trabalho	O Sentido do Trabalho Propiciando a Saúde das Trabalhadoras

Quadro 2 – Apresentação das subcategorias e categorias de estudo. Porto Alegre, 2006.

Fonte: DAL PAI, D. Coleta Direta de Dados por Observação, Entrevistas e Documentos. Porto Alegre, jul a out, 2005.

O tratamento dos materiais e a sua interpretação transformaram os dados brutos e tornou-os significativos para a discussão da relação saúde-trabalho. Com base no referencial teórico, foi possível elaborar um conjunto textual interpretativo a fim de responder aos objetivos do estudo. Este conjunto textual representa a articulação dos dados coletados na pesquisa documental, nas observações e nas entrevistas, que são apresentados e discutidos utilizando trechos organizados com os códigos: letra “E” para as entrevistas e letra “O” para as observações; sendo as mesmas numeradas separadamente, para possibilitar a orientação das informações. Os dados obtidos por documentos também podem ser identificados no texto.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados aqui apresentados são frutos de pesquisas documentais, observações e entrevistas, reunidas e analisadas, buscando elaborar um conjunto textual interpretativo a fim de responder aos objetivos do estudo. Dessa forma, a relação saúde-trabalho é pensada a partir do contexto organizacional do serviço, da dinâmica de trabalho e das vivências da equipe de enfermagem, apresentadas e discutidas a partir das expressões dos atores, da observação do pesquisador sobre a cena e do conhecimento do cenário do trabalho da enfermagem.

4.1 Contexto organizacional do Serviço de Atendimento Externo - SAE

O Serviço de Atendimento Externo do Hospital de Pronto Socorro está inserido num contexto organizacional no qual estão implicadas questões relativas ao cenário atual da saúde brasileira, cujas marcas não só definem regras institucionais, mas também a dinâmica do trabalho e as relações nele construídas. Diante disso, algumas considerações sobre o Sistema de Saúde brasileiro precisam ser mencionadas para que se possa conhecer o espaço político e social em que o fenômeno de estudo acontece.

4.1.1 O Sistema Único de Saúde e o serviço estudado

A organização do serviço estudado, bem como a dinâmica de trabalho e as vivências dos profissionais que atuam neste cenário, sofrem influências das dimensões macro e micropolíticas que consolidam o Sistema de Saúde brasileiro. A conjuntura atual é fruto de processos históricos e políticas de saúde que vêm definindo a forma como os serviços de saúde têm se organizado e a maneira como os profissionais conduzem suas práticas no Sistema Único de Saúde (SUS).

A Constituição Federal de 1988, que aprovou a criação do SUS, reconhece a saúde como um direito a ser assegurado pelo Estado e pautado, por meio de leis orgânicas, nos princípios de Universalidade, Eqüidade e Integralidade, organizado de maneira descentralizada, hierarquizada e com a participação da população. A VIII Conferência Nacional de Saúde foi o marco histórico de onde se partiu em prol da implementação das propostas do SUS e reorganização da atenção à saúde (CARVALHO, MARTIN, CORDONI, 2001; CUNHA, CUNHA, 2003).

Embora já tenham ocorrido avanços significativos nesta direção, ainda hoje se encontra uma grande inversão no processo de atendimento de saúde. Grande parte dos usuários, que poderia ser assistida pela atenção básica, com foco nas ações preventivas, acaba buscando atendimento no setor terciário, especialmente nos serviços de emergência, que estão com as portas abertas nas 24 horas do dia e contam com a disponibilidade de exames, medicamentos e várias especialidades médicas. A precariedade da atenção básica faz com que a clientela oriunda dos ambulatórios e centros de saúde venha a se juntar à demanda com necessidades reais de emergência, nos prontos socorros públicos (DESLANDES, 2002).

Por outro lado, patologias crônicas que deveriam ser passíveis de controle com um tratamento ambulatorial, se transformam em quadros clínicos graves que aumentam gradativamente o risco de morte.

> *'como é que o senhor veio?' Eu quis saber dele, e ele: 'De ônibus'. A máquina deu HI*[3] *e quando ele estava no posto, a familiar me garantiu que deu 600 ou 800 de glicemia e não tinha médico. Aí eles chamaram um médico, que tomou heroicamente de uma caneta e escreveu no boletim: ao HPS, urgente. E me manda de ônibus! Ainda frisou assim oh: 'Tu vai rápido porque tu pode entrar em coma'. Como é que isso acontece? De mandar um paciente, naquelas condições? O rapaz estava meio fora do ar, meio torporoso, o raciocínio lento sabe? E ele tem diabetes há dois anos* (E-2).

Dessa forma, casos "não-urgentes" se tornam casos graves. Este risco é potencializado pela conduta do profissional que encaminha o paciente a outro serviço sem comprometimento com os possíveis danos à sua saúde, durante o percurso, em busca de atenção. Assim, reproduz-se no imaginário popular a convicção de que é melhor ir direto ao Pronto Socorro.

---

[3] Ela se refere ao glicosímetro. HI é o resultado do teste, quando os níveis de glicemia estão superiores ao que o aparelho reconhece.

Pode-se ressaltar ainda, que o que se vive hoje nos serviços de emergência não é só influência do aumento de acidentes de trânsito ou quadros clínicos graves por patologias cardiovasculares, mas também pelo aumento das vítimas da exclusão social e que "não tem outras portas pra bater", como é compreendido pelas profissionais do serviço estudado.

> *vivenciamos bastante a realidade do povo da rua, os moradores de rua, é terrível! Às vezes eles vêm pra cá só para comer e aí nos dá outro problema porque a gente tenta satisfazer, às vezes, o problema da doença deles, que não é um problema de saúde de doença e sim um problema de fome. Tu tem que dar comida para eles terem resistência e poder continuar. Mas aí tu vai criando um vínculo, amanhã mais ou menos no mesmo horário ele vem de novo aí tu faz a mesma coisa, aí tu começa ver que ele está vindo para comer ou dormir. E eles simulam muitos quadros clínicos, principalmente convulsivos para poder ficar [...] porque sabem que aqui têm cama e comida* (E-4).

Conforme o documento final da VIII Conferência Nacional de Saúde, saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade e acesso aos serviços de saúde pela população (CUNHA, CUNHA, 2003). Assim, a saúde da qual a população necessita encontra-se realmente em estado de emergência, mas essa resolutividade não é encontrada no Pronto Socorro, e

> *esse paciente tem essa pseudo ilusão, essa ilusão de que foi atendido, de que foi tratado [...] a gente ouve relatos que chegam aqui: 'Eu já passei em dois, três postos, me mandaram aqui!' Sabe, eu não sei até onde vai a verdade ou não, as vezes é tanto disparate como um posto como o Bom Jesus mandar uma unha encravada e infectada pra cá, que às vezes eu coloco em dúvida a informação recebida. Me custa crer que um posto tenha capacidade de mandar um paciente assim com esse problema pro HPS. Então é um jogo. É um paciente muitas vezes sem a passagem de ônibus para voltar, aí chega aqui e quer que a gente resolva o problema do mundo, do universo dele, do mundo dele, então isso é bastante assustador de ver os rumos, nós não temos, por mais otimista que eu queira ser, nós não temos, nós não podemos, nós não conseguimos vislumbrar uma saída a curto e médio prazo* (E-2).

Esse contexto leva a considerar, ainda, que a cadeia de serviços de saúde não tem promovido a continuidade de ações. Para Rollo (1997, p. 335), um dos "nós a serem desatados" para que se torne possível a construção de novas práticas assistenciais nos hospitais públicos é a integração do hospital com o Sistema de Saúde. Ou seja, romper com a organização que atribui ao hospital a centralidade nas ações de saúde.

Hoje, o hospital continua sendo o vértice e, as ações voltadas à cura e centralizadas na figura do médico não contribuem para a reorganização do sistema prevista pelas diretrizes do SUS. Com isso, os próprios hospitais são os mais afetados, pois permanecem tendo que dar conta dos problemas de saúde-doença de grande parcela da população que poderia ser alcançada por outro tipo de atenção.

O HPS, juntamente com o Hospital Presidente Vargas (HPV) e outras instituições conveniadas, integra o serviço público hospitalar do município de Porto Alegre. Dentre os Centros de Saúde, Unidades Básicas e Equipes do Programa da Saúde da Família, somam-se 115 estabelecimentos de atenção básica. Segundo o Relatório de Gestão 2003 da Secretaria Municipal de Saúde, a assistência ambulatorial no SUS de Porto Alegre somou um total de 6.191.853 consultas no ano de 2003. Destas, mais de 30% foram computadas como sendo consultas de urgência enquanto 36% foram consultas básicas, 32% foram consultas especializadas e menos de 2% foram consultas de pré-natal (PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE, 2003). Estes resultados mostram que o número de consultas de urgência é alto se comparado ao percentual da população que entrou no serviço de saúde via atenção básica.

4.1.2 Demandas do serviço

Por meio dos registros das queixas dos usuários que procuraram o HPS nos últimos 12 meses, algumas considerações podem ser traçadas. Na Tabela 1, a seguir, é apresentada a distribuição das causas que levaram os usuários até o HPS.

Tabela 1 – Distribuição das causas de atendimento no HPS, segundo as queixas de pacientes/familiares adultos e crianças, de ambos os sexos. Porto Alegre, jan. 2005 a jan. 2006.

Queixa do Paciente/Familiar	Atendimentos	Óbitos Ambulatoriais	Média Diária de Atendimentos
Caso Clínico	64.769	136	177
Queda (de Altura, de Bicicleta e outras)	30.356	10	83
Traumas Ortopédicos Diversos	22.068	0	60,5
Ferimentos (outros)	18.707	0	51
Corpo Estranho (Esôfago, Olho e outros)	13.467	0	37
Acidentes de Trânsito	9.703	30	27
Agressão (outras)	8.635	2	24
Pancada/Queda de Peso sobre o Corpo	6.363	3	17,4
Outros Acidentes (Animais Peçonhentos, Material Biológico e no Esporte)	3.066	0	8,4
Queimadura (por Sol, por Corrente Elétrica, por Explosivo, por Fogo e outras)	2.762	1	7,6
Mordida de Cão	2.320	0	6,3
Contusão do Olho e Anexos	1.583	0	4,3
Intoxicação (Alcoólica, Alimentar, Exógena, Medicamentosa, por Produtos Químicos e outras)	1.455	3	4
Agressão/Ferimento por Arma Branca	786	5	2
Agressão/Ferimento por Arma de Fogo	583	43	1,6
Mordida de Cobra e outras Mordeduras	555	0	1,5
Dor de Cabeça	493	0	1,3
Picada de Aranha	390	0	1
Tentativa de Suicídio (com Arma Branca, com Arma de Fogo, com Medicamento e outras)	194	2	0,5
Estupro	19	0	0
Afogamento	14	1	0
Totais	**188.288**	**236**	**515,4**

Fonte: Gerência de Informática do HPS. Porto Alegre, janeiro de 2006.

Observa-se que os casos clínicos representam a principal causa pela procura do serviço e, ainda, somam 57,63% das causas que levam a óbito. Apesar de os acidentes de trânsito e as agressões/ferimentos por arma de fogo não se destacarem como principais causas que levam os usuários a buscarem atendimento, elas parecem representar, em sua maioria, casos graves, já que somam 30,93% das mortes ambulatoriais.

Os casos clínicos representam 34,4% dos motivos que trazem os usuários ao HPS. Porém, gera-se a dúvida: Dentre esses, quantos são classificados como casos “não urgentes" e que, segundo as profissionais, poderiam estar recebendo a atenção primária, ou simplesmente atenção da sociedade, como é o caso dos moradores de rua? Acredita-se que a imprecisão nos registros impede que se construam ações preventivas voltadas à reorganização dos serviços públicos de saúde a fim de investir na concretização dos princípios do SUS.

Além do contingente de 188.288 casos que necessitaram dos atendimentos do SAE, no período de um ano, também se somam a esses 6.391 casos de "retorno para consulta" e 1.615 "solicitações externas de exames"[4]. Estes dados refletem a desarticulação do hospital com a rede básica de saúde, além de reforçar a posição do hospital como "central" na organização do sistema de saúde, já que a atenção básica não tem o suporte necessário para o diagnóstico e o tratamento.

O grande número de casos que retornam ao Pronto Socorro para consulta demonstra que não há um sistema de contra-referência que integre o usuário do serviço à rede básica, possibilitando-lhe obter um acompanhamento após a ocorrência que o levou a necessitar de um serviço de urgência e emergência. Então, se por um lado há uma atenção básica deficitária, por outro lado também se tem o fomento para o vínculo permanente do usuário ao Pronto Socorro.

> *'tem os fregueses... esse é freguês, aquele é freguês e lá atrás é freguês. Ta vendo esse senhor? Ele é hipertenso, não deveria estar aqui. Mas eles estão certos, se eu fosse ele também faria isso, ir ao posto de madrugada e não conseguir ficha ou não resolver o problema? Aqui eles são atendidos com certeza e a gente acaba conhecendo eles' (O-7).*

> *Uma auxiliar diz à colega, falando de uma senhora que já havia sido atendida: 'Nós vamos ter que ver o social pra ela. Ela não tem como ir embora'. Ouço-as comentando que aquela paciente 'é conhecida na casa'. Ao sair da sala transportada em uma cadeira de rodas, a paciente agradece várias vezes. A auxiliar que afirmava conhecê-la, descreve a sua história familiar e de saúde (O-3).*

Diante disso, é possível constatar que o Pronto Socorro também recebe a demanda que necessita de outros níveis de atenção à saúde, os quais não se classificam como casos de urgência ou emergência. É no Serviço de Atendimento Externo (SAE) que os casos "não urgentes" se somam aos casos graves, porém, não existe hoje nessa Instituição uma sistemática que identifique os casos que poderiam ser atendidos pela atenção básica do Município, ou seja, não há um sistema que registre a diferenciação entre casos de emergência, casos urgentes e "não urgentes". No entanto, os atendimentos são priorizados conforme uma classificação realizada de acordo com a via de acesso ao serviço.

---

[4] Gerência de Informática do HPS. Porto Alegre, janeiro de 2006.

4.1.3 Portas de acesso ao serviço e atores responsáveis pela primeira avaliação do paciente

O SAE representa o primeiro atendimento prestado pelo HPS, e situa-se no pavimento térreo do prédio de quatro andares. O serviço possui duas portas de entrada, uma pela frente do hospital, por onde chegam as pessoas deambulando ou em cadeiras de rodas, e outra pelos fundos, por onde as ambulâncias de atendimento pré-hospitalar, viaturas da Brigada Militar, veículos de prefeituras vizinhas, carros particulares e táxis conduzem as vítimas.

Durante o dia o contato inicial do paciente com o Hospital se dá por meio do **Serviço de Acolhimento**[5]**,** onde das sete às dezenove horas, técnicas e/ou auxiliares de enfermagem são responsáveis pela recepção do paciente classificando-o segundo a gravidade do quadro, por cores[6]. O paciente passa direto às salas de atendimento em casos de urgência e emergência ou, quando for um caso não-urgente, é encaminhado a uma sala para fins de triagem, a qual tem o objetivo de direcionar e organizar o fluxo por meio da identificação da demanda do usuário (BRASIL, 2004b). Antes de dirigir-se ao destino indicado, o paciente, ou seu responsável, é orientado a preencher um boletim no guichê que fica ao lado do balcão do serviço de acolhimento.

Na sala de triagem realiza-se uma avaliação dos sinais vitais do paciente a fim de classificar o caso conforme a gravidade. Os casos “não-urgentes” são orientados sobre o serviço ideal para o atendimento, buscando integrá-los às propostas da rede de serviços de saúde municipal. Mesmo ciente de que o caso não se trata de uma urgência ou emergência, o paciente recebe avaliação médica e, para tanto, entra na fila do corredor interno do SAE.

O acolhimento é realizado somente durante o dia e é feito por uma equipe composta de quatro trabalhadoras de enfermagem, de nível médio, que fazem rodízio entre a porta da frente, a sala de triagem e os fundos, onde permanecem duas trabalhadoras. Segundo as mesmas, a organização por meio de rodízio permite que elas “não enjoem”. A presença da enfermeira não é permanente no setor, pois esta fica responsável também por outras salas do SAE.

---

[5] Uma iniciativa do Ministério da Saúde, vinculada à Política Nacional de Humanização (PNH), implantada no HPS desde dezembro de 2004.

[6] Vermelho: prioridade zero – emergência, necessidade de atendimento imediato; Amarelo: prioridade 1 – urgência, atendimento em no máximo 15 minutos; Verde: prioridade 2 – prioridade não urgente, atendimento em até 30 minutos; Azul: prioridade 3 – consultas de baixa complexidade, atendimento de acordo com o horário de chegada.

Durante a noite, os pacientes são recebidos, na porta da frente, diretamente no guichê onde os funcionários da recepção preenchem o boletim de atendimento e indicam a direção da sala apropriada ao caso. São eles que fazem a primeira avaliação do paciente, juntamente com o segurança que controla a abertura da porta que dá acesso ao SAE e colabora nesta "triagem".

Quando o paciente chega pela porta dos fundos, à noite, é recebido pelo serviço de transporte, chamado de **SAE 3**, serviço realizado por três auxiliares de enfermagem em cada turno. As trabalhadoras deste serviço permanecem em uma pequena sala enquanto aguardam a chegada dos pacientes que necessitam de macas ou cadeiras de rodas, para o deslocamento desde o veículo até uma das salas de atendimento. Também é parte da função das trabalhadoras do SAE 3 recolher as macas ou cadeiras de rodas de qualquer área do Hospital e depositá-las em frente à sala deste serviço.

As trabalhadoras do SAE 3 realizam a triagem dos casos e decidem o destino do paciente dentro do SAE. Trata-se de uma classificação rápida, entretanto, quando o paciente é trazido por algum serviço de resgate, a decisão passa a pertencer à equipe de atendimento pré-hospitalar.

Tendo em vista a sistemática de atendimento inicial realizada pelo SAE, pode-se afirmar que estes dados corroboram os resultados do estudo de Giglio-Jacquemot (2005), o qual afirma que a entrada do paciente ao Serviço de Urgência/Emergência tem a participação de muitos atores (profissionais da saúde ou não) que influenciam na configuração do percurso e na modalidade de atendimento prestada dentro do serviço. Para a autora "a interdependência e a interligação de suas apreciações e avaliações desenha uma corrente dinâmica de decisões e ações que, afinal, determina a qualidade dos cuidados e do socorro prestados em termos de rapidez e eficácia" (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005, p.53).

Assim, encontra-se nas portas de acesso ao SAE profissionais da segurança, auxiliares administrativos e profissionais da saúde dividindo a realização da avaliação inicial do paciente. Essa situação representa o envolvimento de múltiplos atores na classificação da demanda que busca o serviço, expondo o paciente a diferentes desfechos para seu caso.

4.1.4 Áreas de atendimento do SAE.

De acordo com as ressalvas de Lima (1998) e Deslandes (2002), acredita-se na importância do espaço como um integrante da ação individual e do sistema social no cotidiano. Além de alocar as coisas e as pessoas, sendo palco onde transcorrem as ações sociais, o espaço físico é o contexto de interação em que os indivíduos reproduzem ou transformam as estruturas sociais. Diante disso, busca-se contemplar este aspecto, apresentando as áreas internas do SAE onde os atendimentos acontecem.

O **SAE 1** destina-se ao atendimento de indivíduos politraumatizados e/ou com problemas clínicos graves que necessitam de cuidados imediatos. Devido a essa especificidade, é a única sala que não possui fila de espera e nem segurança para o controle da porta de entrada. Independente do número de casos que necessitem de atendimento, todos entrarão de imediato na sala, que tem capacidade para cinco pacientes.

Também chamado de sala de emergência, ou simplesmente "poli", o SAE 1 fica próximo aos serviços de diagnóstico por imagem, banco de sangue e elevador que dá acesso às outras unidades do hospital. A sala é ampla, equipada com aparelho para ecografia, raio-x, reanimação cardiopulmonar, ventilação mecânica, entre outros. A organização dos materiais obedece à necessidade de agilidade, por isso ficam dispostos em balcões abertos, em torno da sala.

Além de um pequeno expurgo, há também um quarto de descanso para os médicos contratados e residentes, com banheiro, ar condicionado e televisão. São escalados dois médicos contratados e dois residentes por plantão. Há uma sala de reuniões com televisão que fica separada da sala de atendimento por um vidro-espelho[7], onde a equipe de enfermagem observa a entrada de pacientes. Este espaço é utilizado para descontração da equipe de enfermagem em momentos de ritmo mais calmo. Durante a noite, é o local onde a enfermeira descansa. Para o descanso das auxiliares e técnicas há um pequeno quarto no final do corredor, próximo ao vestiário e banheiro.

A equipe de enfermagem do SAE 1 é, por turno de trabalho, composta por cinco trabalhadoras. A enfermeira permanece grande parte de seu turno de trabalho no SAE 1, embora a mesma também fique responsável por outros serviços do SAE. Observou-se que em alguns plantões, principalmente noturnos, apenas uma enfermeira é escalada para todo o SAE. A enfermeira realiza, no SAE 1, procedimentos assistenciais diretos ao paciente de alto risco, como punção venosa, administração de medicamentos, mobilização do paciente, suporte ventilatório,

[7] É espelho para quem está na sala de atendimento e vidro para quem está na sala de reuniões.

dentre outros, e tarefas exclusivas desta profissional, como por exemplo a passagem das informações à enfermagem do setor para o qual os pacientes são transferidos.

No SAE 1 os estagiários de medicina, chamados de internos, permanecem apenas como espectadores do atendimento, embora algumas vezes o desejo pela ação estimule o auxílio a tarefas da enfermagem, tais como, colocar lençóis e mobilizar o paciente. O médico contratado atribui a maioria de suas funções aos residentes, com quem a equipe de enfermagem interage diretamente no atendimento, bem como na convivência interpessoal.

A atuação das técnicas e auxiliares de enfermagem refere-se, além da ordenação da sala e dos materiais, à realização das manobras avançadas de suporte ao trauma e emergências clínicas, atuando diretamente diante do risco de vida. Assim, na intervenção a esses pacientes, a enfermagem de nível médio atua juntamente com a enfermeira, o(s) residente(s) e/ou o médico contratado, na prática das manobras de suporte à vida que seguem o ABCDE[8] do trauma, uma sistematização adotada para a avaliação e intervenção seqüencial ao paciente grave. Após estabilizado, o paciente deve ser liberado ou transferido a outra unidade (internação, terapia intensiva, bloco cirúrgico), o que atualmente não vem acontecendo para todos os casos devido à superlotação que acomete o HPS. Assim, não é difícil encontrar pacientes internados na sala de emergência, o que modifica a organização do trabalho nesse setor.

O **SAE 2**, também chamado de sala de sutura, destina-se ao atendimento dos pacientes acometidos por pequenos traumas. Dentro da sala, próximo à porta, há um “posto”, onde geralmente está reunida a equipe médica, ao lado encontra-se uma pequena área onde ficam as vacinas e outros materiais, e, em direção ao fundo da sala, uma área de expurgo. As cinco macas, com espaço para mais uma de transporte, ficam enfileiradas de frente para os locais mencionados. No fundo há uma área restrita aos funcionários da sala, com banheiro. Neste local a equipe se reúne para conversar e lanchar; é, também, usada pela enfermagem para o descanso no turno da noite.

---

[8] Refere-se à seguinte ordem: A – (*Airway maintenance with cervical spine control*) desobstrução das vias aéreas com estabilização da coluna cervical; B – (*Breathing and* ventilation) respiração e ventilação adequadas; C – (*Circulation with hemorrhage control*) circulação com controle da hemorragia; D – (*Disability: Neurologic status*) avaliação do estado neurológico; E – (*Exposure / Environmental control*) exposição completa, prevenindo hipotermia. Esta abordagem foi desenvolvida pelo American Colege of Surgeons, em 1970, que instituiu o Advanced Trauma Life Support (ATLS) a fim de treinar médicos dentro de uma única normatização para o atendimento inicial. A referida sistematização é atualmente seguida por muitos serviços brasileiros de emergência, o que levou à necessidade de conhecimento e treinamento da enfermagem.

A primeira avaliação do paciente ao entrar na sala é realizada pela enfermagem ou pelos internos de medicina. Estes são estudantes do quarto e quinto ano que aprimoram suas habilidades sob a orientação do médico de plantão e da enfermagem. A equipe de enfermagem da sala de sutura é composta de 3 a 4 trabalhadoras de nível médio, por turno.

A atuação da enfermagem no SAE 2 refere-se à anti-sepsia dos ferimentos e realização dos curativos após a sutura. Lavar os materiais utilizados, repor os descartáveis, ordenar os utensílios da sala e realizar as vacinas também são tarefas da rotina dessas auxiliares.

A média de atendimentos ao dia neste serviço, considerando dados dos últimos doze meses, é de 138 pacientes[9], cuja distribuição não segue um ritmo constante, o que gera momentos de ritmo intenso de trabalho e outros, por vezes, sem atendimentos.

Próximo à sala de sutura encontram-se os **SAE 4 e 5**, onde são atendidos indivíduos com lesões de face nas especialidades Bucofacial, Otorrinolaringologia e Oftalmologia. Nesses serviços, a enfermagem é composta somente por auxiliares, geralmente duas por turno.

Nas pequenas salas dos SAEs 4 e 5 a tarefa se reserva à instrumentação do procedimento médico, curativos, limpeza e organização dos utensílios e equipamentos da sala. A média de atendimentos/dia é de 53 para a especialidade da Oftalmologia, 36,8 pacientes são para a Otorrinolaringologia e 19,5 para Bucofacial.

O **SAE 6** é destinado aos casos de urgências clínicas, embora atenda também à demanda de casos “não-urgentes” que passaram pelo acolhimento. Deste modo, as profissionais deste serviço, também chamado “sala 6”, precisam dar conta de um contingente de, em média, 180 atendimentos ao dia.

A equipe de enfermagem do SAE 6 é formada por 4 auxiliares e/ou técnicas. A enfermeira responsável geralmente é a mesma que assume o acolhimento, uma vez que a maioria dos pacientes acolhidos pelo serviço sem a necessidade de atendimento imediato é encaminhada ao SAE 6 para avaliação médica, a qual é dividida entre dois profissionais contratados e dois internos.

A atuação da enfermagem no SAE 6 segue a diversidade dos atendimentos prestados, indo desde a atenção a urgências, como administração de analgésicos e controle rigoroso de sinais vitais, até atenção a casos não-urgentes. A atuação da enfermeira está vinculada a procedimentos burocráticos e técnicos de cunho exclusivo da categoria, como também, muitas

---

[9] Fonte: Gerência de Informática do HPS. Porto Alegre, 2006.

vezes, soma-se ao fazer das auxiliares para dar conta da grande demanda de atendimentos, realizando banhos, administração de medicamentos, dentre outros.

O SAE 6 possui uma área para atendimentos que é utilizada, em média, por 7 pacientes em macas e em torno de 14 em cadeiras. Por vezes, as macas ficam ocupadas com pacientes que são internados no SAE 6 por não haverem leitos disponíveis para internação no HPS ou outro hospital da rede pública de Porto Alegre.

O posto de enfermagem fica ao lado da porta de entrada, onde são feitas as prescrições e preparadas as medicações; trata-se, portanto, de um espaço utilizado pela equipe de enfermagem e equipe médica. Ao fundo da sala há um expurgo e uma pequena sala com banheiro, a qual a enfermagem utiliza para lanchar e para o período de descanso no turno da noite.

Dessa maneira têm-se as áreas onde as atividades de enfermagem são realizadas. A planta baixa do pavimento térreo do HPS está apresentada em anexo (ANEXO B), onde podem ser observadas as portas de acesso ao SAE, bem como as salas de atendimento.

4.1.5 A organização administrativa da instituição, o SAE e a enfermagem.

Uma das questões estruturais de um serviço de atendimento externo é a sua organização administrativa. No ambiente estudado, esta questão se tornou ainda mais relevante ao ser observada uma inquietação por parte das participantes da pesquisa em relação à sistematização da hierarquia.

Segundo a Direção de Enfermagem, o organograma da Instituição encontra-se em fase de reestruturação. Entretanto, a atual proposta prevê que haja três direções subordinadas à Direção Geral, direções Científica, Técnica e Administrativa. A Direção de Enfermagem fica sob supervisão do Diretor Técnico, bem como da Direção Científica e Administrativa, como pode ser visto na Figura 1:

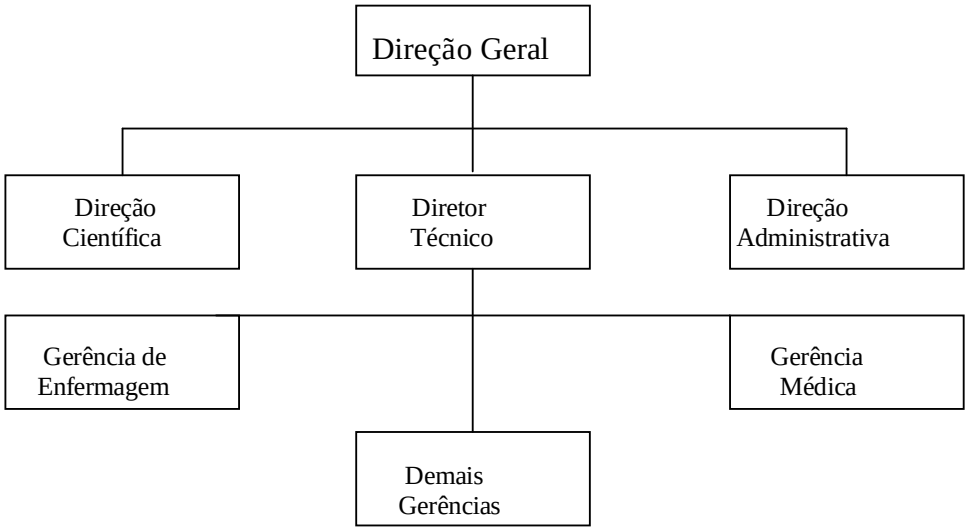


Figura 1: Proposta de organograma do Hospital de Pronto Socorro de Porto Alegre, 2006.
Fonte: Direção de Enfermagem do HPS. Porto Alegre, 2006.

Observa-se ainda que, em um terceiro nível, equiparam-se Gerência de Enfermagem e Gerência Médica. Apesar disso, vale ressaltar que o cargo de Diretor técnico tem sido ocupado por profissionais médicos, deixando as necessidades da classe médica com maior representatividade na hierarquia da Instituição.

Na Figura 2 está expresso o organograma, ainda em desenvolvimento, para as chefias de enfermagem.

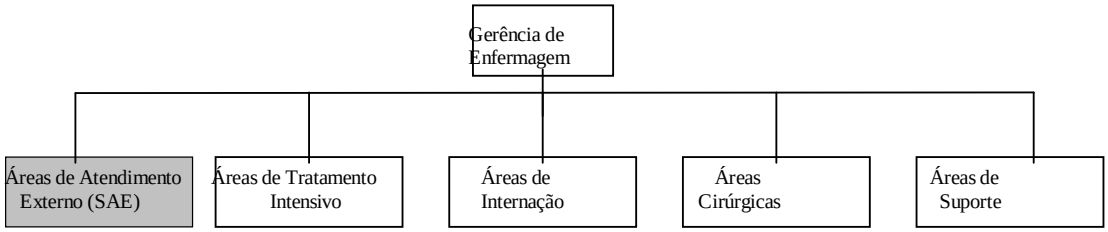


Figura 2: Proposta de organograma da estrutura de enfermagem do HPS. Porto Alegre, 2006.
Fonte: Direção de Enfermagem do HPS. Porto Alegre, 2006.

Observa-se que a Gerência de Enfermagem coordena cinco áreas distintas, divididas conforme o perfil dos serviços prestados. Essas áreas, por sua vez, contêm as equipes de enfermagem de cada setor.

Os cargos de chefias do HPS são influenciados pelas tendências políticas que ocupam o poder público. Assim, com a mudança partidária dos representantes executivos na Prefeitura Municipal nos últimos anos, também houve mudança nas chefias do hospital.

Esta forma de mudança de chefias se mostrou um fator gerador de ansiedade para as trabalhadoras de enfermagem, principalmente porque repercute diretamente em algumas formas de organização, já instituídas. O período da coleta dos dados desta pesquisa coincidiu com um período em que os cargos ainda estavam sendo ajustados e as trabalhadoras não estavam seguras quanto às suas lideranças, o que foi muitas vezes observado nos diálogos travados entre as equipes: "Nós não temos nem direção, está um dominó aquilo" (O-4); ou mesmo, nas entrevistas:

> *mudou a direção de enfermagem, a atual custou pra assumir e a gente ficou naquela coisa, assim, não tinha ninguém que respondesse pela enfermagem, era Ela mas ao mesmo tempo não se via nada, que Ela tivesse assumido, que Ela tivesse feito alguma coisa, foi um período de transição assim bem longo, dela se apresentar, de Ela apresentar alguma coisa, assim simplesmente a gente sabia que era Ela e o resto não se via mais nada. Quando muda o prefeito muda toda a direção aqui dentro também, e quando a 'fulana' assumiu foi um período, assim, angustiante* (E-10).

Os assuntos de gerência do SAE são tratados em uma sala exclusiva para as enfermeiras e a supervisora. Localizada no mesmo pavimento, essa sala é o local onde são guardados os documentos de enfermagem referentes ao serviço, como escalas antigas, listas telefônicas, livros de ocorrências, dentre outros. Convém lembrar Carapinheiro (1993) quando refere a estes espaços como áreas restritas aos pares ou profissionais de estatuto hierárquico superior, simbolicamente interditos aos outros profissionais, no caso estudado até mesmo para o nível médio da enfermagem, mas, principalmente para familiares e pacientes.

Além do cargo de diretor técnico, a profissão médica detém a autoridade no cargo de Chefe de Plantão. Este, por sua vez, é o responsável pelas intercorrências relacionadas a leitos, transferência de pacientes, escalas médicas, dentre outros. Solicita-se a atuação deste profissional com maior freqüência no turno da noite, uma vez que a presença de outras chefias é restrita ao turno do dia.

> *A técnica/auxiliar conta ao médico contratado da sala o que havia acontecido no plantão do dia anterior: 'A sala estava lotada, com pacientes graves, nós sem enfermeira, o chefe do plantão não apareceu aqui. Nós com três funcionários tendo que se virar!' (O-6).*

Identifica-se no relato da trabalhadora que quando a situação representa algum problema, a enfermeira responsável pela sala tem sua presença solicitada, bem como o chefe de plantão. Estes, por sua vez, são as figuras de referência para a resolução de problemas de infraestrutura. Entretanto, em algumas ocasiões as trabalhadoras levam a queixa a instâncias superiores para garantir a visibilidade necessária à situação:

> *Uma auxiliar/técnica entra na sala contando que foi falar sobre a dificuldade de trabalhar com pouca gente para 'alguém do Ministério' que ela parou no corredor. Ela diz para as colegas: 'Deixa eles virem ver, tem gente ganhando muito dinheiro pra organizar isso' (O-2).*

Lancman (2004), com base na psicodinâmica do trabalho, ressalva que os trabalhadores não são meros observadores impotentes de um mundo perverso que os reduz a sujeitos passivos: "os trabalhadores são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, possuem capacidade de emancipação, de reapropriação, de transformação e reconstrução da realidade" (LANCMAN, 2004, p.34). Para Dejours (1999) essa mobilização estaria ligada mais a uma reação contra o intolerável, do que propriamente uma ação em prol da felicidade.

Acredita-se que no serviço estudado a mobilização se torna possível devido ao tipo de vínculo empregatício das trabalhadoras, o que lhes oferece uma certa segurança na busca de soluções. Por vezes, a saída encontrada tem sido a exigência dos direitos como uma forma de ameaça, como relata uma auxiliar acerca da exigência que fez à enfermeira:

> *Eu disse que se isso acontecer mais vezes eu vou ter que acionar o Coren[10], porque não dá, é impossível. Ela olhou pra mim e disse assim: 'Tu tem razão, tu tem direito!'* (E-7).

Pires, Gelbcke e Matos (2004) referiram que nas Instituições públicas, apesar do controle do Estado e das restrições de investimentos da política neoliberal, os profissionais possuem estabilidade empregatícia, conferindo uma segurança que possibilita 'alguma' forma de reação mais coletiva [Grifos das autoras]. Acredita-se, no entanto, que se trata de uma segurança relativa uma vez que não as livra de serem punidas ou desprivilegiadas quando a capacidade de emancipação se constitui em problema para a chefia.

---

[10] Conselho Regional de Enfermagem.

> *'O que acontece é que as enfermeiras, quando tem um funcionário dando problema, elas mandam para as vagas que aparecem!'* (O-8).

Conforme o diálogo presenciado, as trabalhadoras de nível médio da enfermagem ficam submetidas às avaliações e decisões das enfermeiras, o que reflete a divisão social do trabalho, a qual acompanha a organização da enfermagem como profissão. A enfermagem moderna nasce reproduzindo a divisão social do trabalho entre as supervisoras e as executoras (Melo, 1986). Assim, hoje, as técnicas e auxiliares estão voltadas ao trabalho manual, enquanto as enfermeiras ocupam-se da chefia deste trabalho, exercendo uma posição que lhes atribui poder de avaliação diante das atividades realizadas pelas trabalhadoras de nível médio.

Conforme Pires, Gelbecke e Matos (2004, p.318) o fazer da enfermagem, principalmente das profissionais de nível médio, permanece constituído de normas, rotinas, fragmentação das tarefas, sem participação efetiva nos processos decisórios. "O fazer continua sendo o principal motor no trabalho de nível médio". Com relação às categorias profissionais de nível médio da enfermagem e os locais de atuação, pode-se visualizar sua distribuição na Tabela 2, que segue.

Tabela 2 – Distribuição das profissionais de enfermagem por serviços do SAE. Porto Alegre, 2005.

Categoria	SAE 1	SAE 2	SAE 3	Acolhimento	SAE 4/5	SAE 6	Total
Atendente[11]	01	02	-	-	-	-	03
Auxiliar	12	20	08	05	11	15	71
Técnico(a)	11	01	-	03	-	03	18
Total	24	23	08	08	11	18	92*

Fonte: DAL PAI, D. Pesquisa direta, HPS, Porto Alegre, 2005.
*O total de 92 profissionais não considera as enfermeiras, uma vez que estas não atuam somente em um setor.

Observa-se que as auxiliares de enfermagem representam a maioria diante do contingente de 92 trabalhadoras de nível médio na enfermagem do SAE. O SAE 1 é o setor onde está alocada a maioria dos técnicos de enfermagem, o que se deve ao fato de o Conselho Federal de Enfermagem (2004) prever somente profissionais de nível técnico para a atuação em serviços de alta complexidade.

[11] Trata-se de categoria em extinção, a qual atua no SAE 1 apenas na organização da sala e dos materiais. Já no SAE 2 as atribuições das atendentes são semelhantes às demais categorias de nível médio.

A fim de atender a esta prerrogativa legal, recentemente houve alguns redimensionamentos de pessoal no SAE. Com isso, alguns auxiliares tiveram que deixar a sala de emergência (SAE 1), o que gerou descontentamento.

> *[...] a gente passou por um período assim bem difícil, a gente vem passando já da outra gestão, que foi a história de tirar os auxiliares da sala do poli. É, eu não saí, mas também, assim, eu não me senti bem, não me senti confortável com isso, porque assim, outras pessoas saíram e sofreram muito porque já estavam acostumadas ali e se sentiram muito desvalorizadas. Nós que ficamos [...] o pessoal se afastou um pouco [...] Disseram que é uma decisão do Coren, que em ambiente fechado era só técnico, mas o hospital não tem técnico pra suprir todas as áreas fechadas* (E-10).

A fala da auxiliar de enfermagem que permaneceu no seu posto deixa claro que o descontentamento esteve relacionado ao fato de que apenas algumas teriam que deixar seu local de trabalho, pois não haveria técnicas de enfermagem para toda a escala da sala de emergência (SAE 1). A escolha de quem sairia, segundo a mesma, foi feita pelas enfermeiras que "convidavam" as pessoas para atuarem em outro setor.

Apesar de as exigências buscarem a qualidade do atendimento por meio de profissionais mais qualificadas, a observação da dinâmica da sala permite questionar a diferenciação entre as atividades desenvolvidas por auxiliares e técnicas de enfermagem, no atendimento ao paciente. No serviço estudado, não há uma divisão sistematizada entre essas categorias no cuidado aos pacientes e tampouco na organização real do trabalho. Compreende-se esta questão destacando a familiaridade dessas trabalhadoras com o mundo do trabalho, o que lhes garante a sabedoria prática. Assim, mesmo que haja níveis desiguais de conhecimento na capacitação formal das duas categorias, a inteligência produzida no exercício do trabalho, o que Dejours (2004) chama de "experiência vivida", é o que garante a contribuição fundamental da inteligência para a organização do trabalho.

Haja vista a consideração atribuída ao conhecimento produzido no trabalho; observou-se que o tempo de serviço das profissionais infere a estabilidade como condição de trabalho, conforme pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3 – Distribuição do tempo de trabalho das profissionais de enfermagem, Porto Alegre, 2005.

Tempo	SAE 1	SAE 2	SAE 3	Acolhimento	SAE 4/5	SAE 6	Total
Menos de 10 anos	12	04	-	01	-	03	20
De 10 a 20 anos	06	07	03	04	02	05	27
Mais de 20 anos	06	12	05	03	09	10	45
Total	24	23	08	08	11	18	92

Fonte: DAL PAI, D. Pesquisa direta, HPS, Porto Alegre, 2005.

Constata-se, na tabela acima, que das 92 profissionais, 45 trabalhavam havia mais de 20 anos no serviço, estando em sua minoria, alocadas no setor de atendimentos de maior complexidade (SAE 1). Dito de outra forma, a equipe da sala de emergência possui uma maioria de profissionais com menos de 10 anos no serviço, enquanto que nos outros setores eles representam a minoria. Estes números demonstram que o tempo de serviço não é o fator determinante no dimensionamento de pessoal entre as áreas, considerando que o setor reconhecido como o que mais exige conhecimentos específicos de pronto socorro não é o que concentra “as mais experientes”.

Entretanto, quando se trata da alocação das próprias enfermeiras, segundo as mesmas, o tempo de serviço é o requisito utilizado por elas para estas decisões. A organização da Instituição não prevê o redimensionamento de pessoal com base em avaliação do desempenho profissional.

> *[...] no HPS a atividade é posto, então, se as pessoas estão há tanto tempo e agora elas querem voltar para o seu lugar ou querem agora vir para tal lugar elas vão porque elas tem mais anos que tu na casa, então não é desempenho que é medido[...]* (E-12).

Na distribuição da equipe de enfermagem no SAE, não há uma enfermeira para cada serviço, ficando um máximo de duas responsáveis por cada turno. Estas por sua vez, costumam dividir o SAE da seguinte forma: SAE 1, SAE 2 e SAE 4/5; e Acolhimento, SAE 3 e SAE 6. As enfermeiras somam 13 profissionais, todas do sexo feminino com idades entre 34 e 45 anos, dentre as quais 5 possuem menos de 10 anos de serviço, 4 possuem de 10 a 20 anos e 4 já completaram mais de 20 anos de serviço.

Quanto ao horário, a instituição opera em regime de turnos, sem revezamento, fazendo cumprir as seguintes jornadas para a enfermagem: das 7h às 13h, das 13h às 19h e das 19h às 7h.

Os regimes de horário são denominados “12x60” (quando elas trabalham 12 horas e folgam por um período de 60 horas), “6x1” (trabalha-se 6 horas diárias, com uma folga semanal) e “12x36” (12 horas de trabalho para 36 de folga, com mais duas folgas mensais).

A confecção das escalas mensais é função das enfermeiras do SAE, havendo possibilidade de trocas de plantão, desde que solicitadas à enfermeira responsável do mês. São cumpridas 40 horas semanais, com possibilidade para quatro períodos de hora extra.

A flexibilidade para a alteração da escala torna viável que as trabalhadoras façam seus próprios horários. A troca de plantão é uma prática que possibilita essa autonomia (para que as profissionais de enfermagem decidam sobre seus próprios horários de trabalho).

Diante dessa alternativa, costuma-se prolongar um período de serviço para realizar outras atividades da vida social, ou mesmo profissional, em períodos que seriam de trabalho. Assim, as trabalhadoras preferem dobrar ou até triplicar sua jornada para que possam participar de outra atividade, o que seria a recompensa pelo esforço, que é percebido como uma conveniência.

> *[...] se eu tenho que fazer 24 horas de plantão é porque eu marquei, porque eu vou ter um benefício futuramente, então eu nem conto as 24 horas, trabalho e pronto!* (E-9).

O benefício é percebido não só pelo ganho de horário disponível, mas também pelo vínculo com as outras equipes, como pode ser explicado pelas palavras de uma técnica de enfermagem:

> *[...] a gente faz complemento nas outras noites, faz hora extra, faz troca de plantão, então a gente tem realmente contato com as três noites de trabalho, com as três equipes, tanto de enfermeiro como de técnicos de enfermagem* (E-5).

As regras institucionais permitem que profissionais de outros setores do hospital façam as suas horas extras ou de complemento no SAE. A análise das escalas de serviço possibilitou, também, identificar que estes profissionais eram oriundos do SAMU e UTI(s), o que faz considerar o preparo técnico específico para o trabalho como um fator determinante na atuação das profissionais no SAE, bem como a familiaridade com o atendimento a pacientes de risco.

O trabalho de campo permitiu constatar que o dimensionamento de pessoal de enfermagem não leva em conta a intensidade da demanda. Segundo as trabalhadoras, o número

de atendimentos aumenta nos finais de semana, nos primeiros quinze dias do mês - pois elas dizem que o recebimento do salário permite que sejam feitas festas, aumentando o consumo de bebidas alcoólicas -, nos dias mais quentes, nas datas comemorativas e nos dias de jogos de futebol. Mesmo que não haja comprovações estatísticas, as profissionais preocupam-se quando percebem que a escala nesses dias "está com pouca gente" e procuram formas de cobrir a possível falta de pessoal, organizando o preenchimento com horas extras e trocas de plantão.

Na intenção de caracterizar as profissionais das quais se menciona comportamentos como esse, buscou-se conhecer dados biográficos como idade e sexo. O SAE tem um contingente de profissionais de enfermagem de nível médio que possuem de 28 a 59 anos. Destas, 63 são do sexo feminino e 29 são do sexo masculino. A divisão por sexo entre os serviços é demonstrada na Tabela 4, considerando somente o nível médio:

Tabela 4 – Distribuição das profissionais de enfermagem de nível médio nos setores, segundo sexo, Porto Alegre, 2005.

Categoria	SAE 1	SAE 2	SAE 3	Acolhimento	SAE 4/5	SAE 6	Total
Mulheres	15	17	02	06	09	14	63
Homens	09	06	06	02	02	04	29
Total	24	23	08	08	11	18	92

Fonte: pesquisa direta, HPS, Porto Alegre, 2005.

A tabela permite observar pouca uniformidade na distribuição dos sexos considerando o número de vagas em cada setor. Convém destacar que a origem da tarefa pode ser fator decisório para os dados aqui apresentados, já que o SAE 3 por exemplo, que tem uma maioria de homens, possui como principais atividades o transporte do paciente, a tarefa de tirar e colocar o paciente em macas, bem como empurrá-las. Então, se por um lado os homens estão alocados onde as atividades constituem-se de práticas baseadas na força física, sob a qual repousa a lógica social das práticas masculinas no cuidado (LOPES, 1996b), por outro lado, o Acolhimento, por exemplo, serviço que usa o diálogo na orientação do paciente, possui o mesmo número total de profissionais do SAE 3, mas em sua maioria mulheres.

Diante destas considerações, convém ressalvar que mesmo dentro de um determinado setor, observou-se que homens e mulheres dividem-se entre as tarefas de cuidado mesmo isto não constando nas regras do trabalho prescrito. Nessas situações também é visível a força física como

característica do fazer masculino na enfermagem, enquanto que as mulheres ocupam-se de tarefas que requerem habilidades manuais, como lavar materiais, por exemplo.

Embora não se tenha desejado aprofundar o gênero como categoria de análise, outras considerações ainda podem ser traçadas com base em Lopes (1996b) ao serem expressas as expectativas quanto às carreiras de homens e mulheres neste serviço hospitalar. A autora identifica o "caráter flutuante na carreira dos homens na enfermagem", enquanto para as mulheres "o hospital pode perfeitamente ser o lugar de desenvolvimento de uma carreira, mesmo se para a maioria dentre elas isso significa desempenhar um papel de eternas auxiliares" (LOPES, 1996b, p.59), o que vai ao encontro de discursos das participantes da pesquisa:

> *Eu vou fazer 26 anos de HPS, mas... eu sou muito feliz, realizada profissionalmente, não pude fazer uma enfermagem curso superior porque dei prioridade à minha família, se não eu teria feito, mas não tenho problema nenhum, sou totalmente feliz por tudo aquilo que eu faço* (E-11).

Para a mulher há uma adequação "natural" para o cuidado, que não a faz desejar outra atuação uma vez que devido ao cuidado dispensado à família também não "pôde" qualificar-se profissionalmente. Já o homem assim se expressou:

> *Eu gosto desse trabalho, até pensei em... o que eu não gosto é que não tem uma relação sincera entre os profissionais, é mais uma relação de interesse, tem tipo uma competição entre, por exemplo, uma função, uma categoria e outra, essa parte não agrada, desestimula um pouco tu ficar nessa profissão, tanto é que eu to partindo pra outra, até pensei em me especializar em alguma coisa, em salvamento[...] mas eu particularmente estou um pouco cansado de trabalhar em hospital* (E-9).

Assim, o discurso masculino denota o descontentamento em estar na posição subalterna no ambiente hospitalar, ou seja, o universo do cuidado, que no imaginário social tem sido destinado às mulheres, que sempre o fizeram no âmbito doméstico. Dessa maneira, compreende-se o gênero como elemento constitutivo das relações que se estabelecem no trabalho.

Tendo em vista a influência do contexto organizacional, na seqüência das discussões, parte-se em direção à dinâmica de trabalho no SAE 1, 2 e 6, conforme opção metodológica. Estes setores também serão seqüencialmente chamados de sala de emergência, sala de sutura e sala de urgências clínicas.

4.2 Aspectos envolvidos na dinâmica do trabalho da enfermagem em urgência e emergência

Os serviços de pronto socorro contemporâneos contêm uma especificidade que os distingue de quaisquer outros serviços de saúde (Deslandes, 2002), o que pode ser percebido desde a passagem de plantão, processo utilizado para dar continuidade ao trabalho da enfermagem. Na rotina do serviço de urgência e emergência estudado, esta prática não é sistematizada, pois a necessidade de uma agir imediato faz com que, muitas vezes, não haja conhecimento do caso que está sendo atendido para que a trabalhadora de enfermagem do turno seguinte comece suas atividades.

Assim também é o ritmo de trabalho durante todo o período, imprevisível quanto ao número de pacientes que necessitarão de cuidados imediatos e, ainda, quanto à aceleração exigida para o trabalho. Reafirma-se, no ambiente estudado, o "ritmo frenético da prática de emergência" descrito por Deslandes (2002) em estudo que focou o cotidiano de profissionais da emergência.

> *[...] é um trabalho assim muito dinâmico, tu trabalha atendendo, olhando o que tu ta atendendo, sempre com o olho voltado para trás porque a porta de entrada está aberta e então tu não trabalha com um ritmo fixo predeterminado: tem tantos leitos, tantos pacientes e deu. Então acontece tudo ao mesmo tempo (E-12).*

> *[...] é um trabalho que não tem uma rotina, não tem uma sistemática de dizer que funciona assim. Cada caso é um caso, cada dia é um dia, cada plantão é mais diferenciado que o outro, tem plantões que às vezes são mais calmos, tem plantões que parece que vão ser calmos e viram o caos!* (E-6).

No trabalho em emergência, o quadro temporal é marcado pelo tempo do relógio, pelo ritmo da demanda de usuários e pela jornada de trabalho. Além da exigência de pontualidade e regularidade, existe uma pressão pela rapidez na realização das atividades que estão relacionadas à alta demanda de trabalho e à corrida em benefício da vida (COSTA, 2005).

Lidar com o inesperado faz parte do cotidiano dos serviços de pronto-socorro. Entretanto, em alguns momentos, os trabalhadores podem permanecer algumas horas sem atendimento na sala de emergência, o que caracteriza o ritmo de trabalho como imprevisível, ou seja, a distribuição dos atendimentos, no tempo, não é constante.

> *[...]na madrugada, o que é que a gente faz? a gente senta ali, se o poli estiver vazio, tu fica sentada, a qualquer momento aquela porta abre e a gente sai correndo pra atender o paciente* (E-7).

O que pode surgir "daquela porta" é a questão que orienta a atenção permanente da equipe de enfermagem. A complexidade e a quantidade de casos que podem dar entrada na sala são fatores que determinam a prioridade dada à agilidade nas ações do cuidado. O objetivo do serviço é realizar o primeiro atendimento, ou seja, estabilizar hemodinamicamente o paciente, e encaminhá-lo aos setores que dêem a continuidade necessária, ou então, liberá-lo.

> *[...] se tiver um tiroteio em algum lugar, eu estarei com três baleados ao mesmo tempo, pode acontecer, já teve [...] então se tu sabe que tem isso, tu tem que fazer a coisa fluir!* (E-12).

> *[...] se o fluxo não anda, se os pacientes não são liberados, se os pacientes que têm que ir pra cardio não vão, se os pacientes que têm que fazer exames não vão, se os pacientes que têm que ser internados não vão, vai acumulando gente dentro da sala e vai acabar num ponto que tu não consegue dar conta do serviço, que tu não consegue ver os outros pacientes, que tu não consegue saber quem é o grave e quem não é entendeu? Tem muita gente para observar ao mesmo tempo!* (E-5).

"Fazer a coisa fluir" representa a necessidade de agilizar as etapas que permitem o encaminhamento do paciente, ou seja, agilizar o suporte avançado de vida, os pedidos de exames e sua realização, a avaliação dos mesmos e a tomada de decisão quanto ao destino do paciente. Embora todas essas ações também dependam da agilidade da enfermagem, é nas mãos do médico que estão as decisões quanto à realização de exames, procedimentos e condutas terapêuticas, assim como a permanência do paciente em observação, encaminhamento para uma UTI ou enfermaria, ou liberação. Dessa forma, na tentativa de "fazer a coisa fluir", a enfermagem confronta a hegemonia médica nos serviços de emergência.

Assim, pode-se dizer que questões como esta estão implicadas na configuração das redes estruturais que organizam e determinam a prática da enfermagem nos serviços de urgência e emergência. A fim de discuti-las, aborda-se as conseqüências da intensificação do trabalho, os desafios da reorganização do processo de trabalho na busca de acolher, as condições e a divisão do trabalho, a relação da enfermagem com os demais profissionais e com os usuários, dentre outras questões relacionadas.

4.2.1 Intensificação do trabalho e suas conseqüências no cotidiano do serviço

"Fazer a coisa fluir" depende, também, da disponibilidade de leito para a transferência do paciente a outras unidades do HPS ou mesmo outras Instituições de Porto Alegre. Por isso, muitas vezes, os pacientes permanecem na sala de emergência por longo tempo, o que modifica a organização do trabalho da enfermagem neste setor.

> *nós somos na verdade socorristas, de emergência, que é para dar o primeiro atendimento e passar à diante, só que isso não vem acontecendo, a gente dá o primeiro atendimento, a gente prepara o paciente e a gente fica atendendo o paciente na sala, vai fazer o papel de intensivista, que é o controle do paciente que está internado ali!* (E-7).

Diante da necessidade de atender os pacientes que precisam de cuidados contínuos, a enfermagem desenvolveu uma organização própria para incluir estes atendimentos. Faz-se uma escala com horários pré-estabelecidos para cada auxiliar/técnica a fim de atender às necessidades de cuidados intensivos ao paciente internado. Trata-se de uma estratégia utilizada diante da necessidade instituída pela organização e condições de trabalho.

Deslandes (2002) ressalva que as alianças e os arranjos entre os pares podem abrigar tanto uma ordem relacionada à produtividade quanto voltada a interesses particulares dos agentes. No serviço estudado, acredita-se que as duas dimensões estejam implicadas na utilização da estratégia, pois além da necessidade de haver alguém responsável pelo paciente crítico internado, a organização adotada permite que nos horários de menor movimento não seja exigida a permanência de todas para assistir os pacientes internados, o que permite espaço para o descanso das trabalhadoras, por exemplo.

Mesmo assim, percebeu-se que esta configuração do labor tem exigido a intensificação do trabalho da enfermagem. Desta forma, os reflexos negativos sobre o trabalhador podem ser observados, como é relatado a seguir:

> *[...] um dia eu cheguei e tinham três pacientes internados e eu que estava na escala de pacientes, eu olhei pra Enfermeira e disse assim: Enfermeira, eu to*

> *com três pacientes internados entubados. Um auxiliar de enfermagem na CTI fica com três pacientes entubados? Na CTI seria um entubado e um sem tubo [...]* (E-7).

A situação remete ao que é dito por Laurell, em 1981, sobre as formas de consumo da força de trabalho. Para a autora, é neste nível que estão implicadas as diversas formas de desgaste do trabalhador, as quais, segundo a mesma, podem ocorrer de duas maneiras: pela intensificação do trabalho ou pelo aumento da produtividade, por meio de uma mudança na organização do trabalho (LAURELL, 1981).

No caso estudado, trata-se da intensificação do trabalho derivada da falta de suporte do próprio HPS e do Sistema de Saúde do Município para absorver a demanda que permanece na sala de emergência por mais tempo que o previsto. Além disso, na percepção das participantes do estudo, a falta de protocolos para os atendimentos tem feito com que haja intervenções desnecessárias, sobrecarregando as trabalhadoras de enfermagem.

> *[...] tu está vendo que o sistema não está funcionando... No HPS não tem protocolo para atendimento de AVC, não tem para paciente de IAM, não tem nada, aí cada médico faz o que quer [...] exames pedidos duas vezes, é falta de comunicação, é falta de ter um protocolo [...] Uma situação bem desorganizada, acontece que o médico não libera paciente do outro, fica acumulando, cada um tem uma maneira de trabalho, quando não tem rotina cada um faz da sua maneira, isso gera transtornos, não libera paciente [...]* (E-8).

Por meio da Política Nacional de Humanização, o Ministério da Saúde tem incentivado muitas mudanças estruturais de gestão e atenção em saúde a fim avançar em prol da construção do SUS com base nos princípios da integralidade, eqüidade e universalidade. Dentre os parâmetros para acompanhamento da implementação dessa política nos serviços de pronto socorro, o Ministério prevê a definição de protocolos clínicos e estabelecimento de fluxos para que sejam eliminadas as intervenções desnecessárias (BRASIL, 2004b). Dessa maneira, embora o HPS esteja buscando a implementação desta política, há uma lacuna que desqualifica a atenção prestada pelo serviço e ainda, contribui para a intensificação do trabalho das profissionais que atuam na promoção e recuperação da saúde.

Essa intensificação, porém, é imprevista e inconstante, ao passo que a escala de trabalho obedece a uma distribuição uniforme das profissionais. Uma alternativa utilizada para dar conta

da intensificação do trabalho é a redistribuição das trabalhadoras de uma das salas do SAE para o local que mais necessitar, segundo a avaliação da enfermeira.

Essa situação foi observada com maior freqüência na sala de emergência onde das cinco trabalhadoras de nível médio escaladas para cada turno de trabalho, é necessária pelo menos uma para atender aos pacientes internados e, desta forma, serão quatro trabalhadoras para os atendimentos de emergência, as quais precisam atuar simultaneamente nas manobras de suporte ao trauma.

> *Um paciente é trazido à sala em uma maca empurrada por auxiliares de enfermagem do SAE 3. A residente: 'É tiro?' O auxiliar do transporte: 'Parece que é uma overdose, ele foi trazido pela brigada'.Três auxiliares/técnicas de enfermagem se aproximam. Logo é detectada a parada cardio-respiratória. A residente solicita a presença do outro residente e, além deste, se aproximam a médica, um interno, outra auxiliar/técnica e a enfermeira. As manobras iniciam com todos concentrados na tarefa, apenas uma auxiliar/técnica se ocupa em atividades que não se relacionam ao atendimento à parada cardio-respiratória* (O-9).

A necessidade de atenção imediata ao paciente grave, que mobiliza a equipe de saúde, também a obriga a tomar algumas decisões quanto às prioridades no atendimento.

> *Uma funcionária do SAMU e mais um auxiliar de enfermagem do SAE 3 trazem uma maca com uma vítima de trauma para dentro da sala de emergência. São passadas informações para o residente, enquanto a médica e os internos se aproximam. A avaliação médica inicia, enquanto um técnico de enfermagem prepara materiais necessários para verificar sinais vitais e complementar a avaliação. Neste momento entra um novo caso, proveniente de acidente de trânsito e trazido por outro serviço pré-hospitalar, que logo recebe a atenção da equipe médica e de enfermagem que deixam o atendimento anterior para dar atenção ao caso mais grave, o segundo a entrar. O paciente avaliado como de menor gravidade é levado a outro setor e a ele é dito que será levado para uma sala de atendimento de menor complexidade* (O-13).

Levar o paciente para outra sala nem sempre é possível, pois a gravidade dos casos, por vezes, não permite esta opção uma vez que somente a sala de emergência está equipada para esses atendimentos. Nessas circunstâncias, a enfermagem vivencia o dilema de escolher a quem prestar o atendimento:

> *Eu observo a enfermeira conversando com uma técnica/auxiliar na sala de urgências clínicas, elas falam sobre a sala de emergência: 'Ontem não tinha*

> *mais nenhum lugar lá, pra nenhuma maca, sorte que aquele cara morreu porque nós não tínhamos mais respirador no hospital'* (O-4).

Este fenômeno também foi apontado por Skaba (1997) em estudo que mostrou a vivência da escolha como um fator gerador de sofrimento por parte dos profissionais da emergência. "A mediação entre os mais variados dramas, a estrutura e a distribuição dos recursos e serviços fazem com que estes profissionais tenham que decidir, muitas vezes, quem deve morrer ou quem deve viver" (SKABA, 1997, p.87).

As situações geradas pela superlotação foram presenciadas muitas vezes no trabalho de campo, principalmente na sala de urgências clínicas, e pode ser vista na seguinte passagem do diário de campo:

> *Um paciente é trazido para dentro da sala pelo SAMU, com uma maca que é deixada na estreita passagem entre as macas ocupadas da sala. Ao redor deste paciente a equipe do SAMU retira seus materiais e passa o caso para a equipe da sala 6 que o recebe sem ter local para posicionar a maca. Eles trocam olhares e buscam na sala um local para que a maca não fique no caminho de acesso às outras macas* (O-5).

No Pronto Socorro, mesmo que as salas estejam lotadas, o serviço continua recebendo os pacientes, independente da intensificação do trabalho para as trabalhadoras.

> *[...] a sala 6 é uma porta de entrada de um hospital geral. Ela teria que ser emergência em clínica e trauma, paciente com TCE, infarto, esse tipo de atendimento, até AVC, e hoje atende tudo, pessoa alcoolizada da rua [...] vai empilhando boletim e tu tem que atender! Tu é obrigado a dar conta!* (E-8).

Deslandes (2002),em estudo de dois serviços públicos de emergência do Rio de Janeiro, trouxe à tona a questão do sofrimento dos profissionais na intensificação do trabalho para dar conta da lotação que excede a capacidade do setor de emergência. Assim, sob estas condições de trabalho, pode-se verificar que as trabalhadoras se vêem impedidas de fazer corretamente seu trabalho, o que pode gerar sofrimento. É o que Dejours (1999) chama de "pressão para trabalhar mal", e que Costa (2005) classificou como violência pela limitação em proporcionar assistência de qualidade.

Para atendimentos de urgências clínicas, a fila de espera é permanente. Ela se forma no corredor interno do hospital e os boletins dos pacientes são trazidos para dentro da sala pelo

segurança que fica em frente à porta. Além disso, ele também realiza sua própria triagem para decidir se entrega o boletim em mãos para o médico ou o coloca “na pilha” de boletins.

> *O segurança entra com um senhor, indica a ele onde sentar para aguardar a avaliação e comunica o caso para a médica: ‘Doutora, só pra lhe avisar, esse é o caso que o SAMU trouxe!’ [...] O segurança diz ao estudante de medicina, entregando o boletim: ‘Esse aqui tu só libera!’* (O-5).

Nos períodos observados o segurança permaneceu a maior parte de seu tempo dentro da sala, interagindo diretamente com a equipe de saúde e ajudando a “fazer a coisa fluir”. Este personagem atua fazendo a interlocução entre os que estavam fora e os que permaneciam dentro da sala, ou seja, pacientes, familiares e equipe de saúde. Ele ainda realiza o controle da porta, avaliando a possibilidade de entrada de familiares, assim como a entrada dos próprios pacientes para serem atendidos quando, a partir da sua avaliação, representarem casos que não podem mais esperar. Dessa forma, o segurança torna-se um protagonista nas cenas decisivas para a rapidez no atendimento prestado, embora na avaliação da enfermagem ele também possa ser o culpado pela superlotação da sala.

> *Um senhor entra na sala, acompanhado pelo segurança, e vai até um paciente que está sendo atendido. A auxiliar questiona a presença daquele homem e o segurança justifica que ele veio pegar um objeto com o paciente. Quando o segurança sai, a auxiliar comenta que ‘esses guardas... só botam gente pra dentro e não ficam na porta’* (O-6).

A superlotação do serviço também suscita conflitos entre as equipes das salas quando os pacientes são redimensionados entre os serviços. Cada equipe classifica o paciente levando em consideração as condições do seu setor de trabalho, o que muitas vezes não condiz com a classificação dada ao caso em avaliação por profissionais de outro setor do SAE.

Sobre esta questão, observa-se que não há um limite bem definido entre o que é uma urgência, o que é uma emergência e aquilo que não representa nenhum risco. Melhor dizendo, há parâmetros biomédicos que direcionam o olhar dos profissionais de saúde, mas que sofrem influências de elementos não clínicos e/ou instrumentais que valorizam ou desvalorizam os estados/problemas de saúde e desencadeiam comportamentos de maior ou menor mobilização em relação aos pacientes (GIGLIO-JACQUEMOT, 2005).

Estes elementos subjetivos nas avaliações, somados à sobrecarga de trabalho gerada pela superlotação das salas, permitem que haja um espaço de dúvida na classificação do paciente e seu encaminhamento para a sala de emergência, de urgência, ou sutura. As classificações divergentes têm sido geradoras de conflitos, o que pode ser exemplificado pela passagem de uma entrevista:

> *a gente já conhece as pessoas e sabe que os auxiliares pressionam o médico pra levar o paciente pro poli. Um caso, por exemplo, um paciente que tava assim mais ou menos, já tinha condições de ir pra 6, eu não lembro bem do caso dele, tinha uma dificuldade respiratória, tinha muita ansiedade e tinha que ficar com O_2, então ele tava saturando bem e mandaram ele pra sala 6 [...] A gente largou o paciente, colocamos o O_2 e ninguém veio ver ele. Como ele era muito ansioso, ele tirava a máscara. Bem, eu deduzo que ele tirou a máscara e é claro, dessaturou. Daí a Fulana levou de volta pro poli e foi pra lá xingando. Então isso é uma coisa que me angustia. O médico nem apareceu lá, a iniciativa foi dela, ela poderia ter colocado o O_2 e ter observado, porque foi isso que foi feito no poli e em seguida ele saturou bem de novo [...] Tu ta vendo que não é paciente de poli, o médico ta vendo, mas ele aceita receber o paciente no poli. Eu to me controlando pra não brigar* (E-10).

Os parâmetros usados para classificar a gravidade dos casos apontam que o paciente não precisa mais ocupar a vaga de outro realmente grave na sala de emergência. Porém, na sala de urgências clínicas é difícil dar a atenção necessária porque os pacientes considerados não urgentes lotam a sala. Frente a isso, identificar o risco à vida é o desafio enfrentado pelas trabalhadoras de enfermagem diante de tantos "casos frios", como são chamados os casos não urgentes, bem como "H" é dito para sintomas histéricos.

> *[...] a coisa não anda! Um monte de paciente... às vezes um paciente grave que ta aguardando, por quê? Porque tem um monte de paciente que não precisava estar aqui!* (E-8).

> *[...] às vezes tu tem... no meio da diversidade, no meio da quantidade de pacientes, no meio de vários casos, às vezes frios que tu sabe, chega unha encravada, H infectado com florzinhas, mas tem aquele paciente que pode estar infartando [...] Às vezes cento e poucos pacientes numa noite, e no meio de tantos um ou outro é um caso especial [...]* (E-6).

Estes relatos vão ao encontro do que Deslandes (2002) apontou como o sentimento de contrariedade experimentado pelas profissionais de enfermagem diante dos pacientes que "não são do seu setor", pois se vêem obrigadas a se desdobrarem a fim de atender tantos indivíduos

que não são casos de urgência ou emergência. A autora descreve que “além da evidente sobrecarga de trabalho, esses pacientes não motivam o profissional de enfermagem, uma vez que não exigem dele conhecimento específico de urgência/emergência” (DESLANDES, 2002, p.65). Concorda-se com a autora, haja vista que além da intensificação do trabalho, ainda há o componente motivador do trabalho, o qual será melhor discutido posteriormente.

A intensificação da demanda tem exigido uma reestruturação do processo de trabalho no Pronto Socorro. Diante disso, pode-se compreender a implantação do Acolhimento no HPS como uma tentativa de investir para superar essa lacuna.

4.2.2 Acolhimento: os desafios da reorganização do processo de trabalho

A equipe de acolhimento, atualmente, é formada por técnicos e auxiliares de enfermagem que foram preparados para esta atuação com um treinamento de 80 horas, oferecido pelo Ministério da Saúde. Este investimento visou ao acolhimento da demanda “através de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência” (BRASIL, 2004b, p.35).

Segundo o Ministério da Saúde,

> o acolhimento com classificação de risco configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e implementação da promoção da saúde em rede, pois em sua implementação extrapola o espaço de gestão local afirmando, no cotidiano das práticas em saúde, a coexistência das macro e micropolíticas (BRASIL, 2004b, p.12).

Para dar prioridade aos casos mais graves, a equipe de acolhimento realiza a classificação de risco, que consta de um processo de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento. Esta atividade de triagem vem sendo desenvolvida no serviço aqui estudado há um ano, mais ou menos, e é avaliada positivamente quanto a este aspecto pelos seus protagonistas.

> *Através do acolhimento se constata que o paciente realmente está descompensado, e que necessita de um atendimento de pronto socorro. Isso veio muito a calhar para que um paciente com uma glicemia de 500 não fique por ordem de chegada esperando como acontecia antes, [...] então, nesse sentido, também o acolhimento caiu muito bem pra priorizar o atendimento* (E-2).

Por outro lado, o objetivo de "reorganizar o fluxo de circulação desordenada dos usuários nas portas do Pronto Socorro" (BRASIL, 2004b, p.15) tem representado um desafio para as auxiliares e técnicas de enfermagem responsáveis pelo acolhimento. Isso se deve ao fato de que os casos que não necessitam de atendimento de urgência e emergência precisem ser orientados pela equipe de acolhimento sobre a pertinência de um acompanhamento na rede de atenção básica de saúde, ao invés do atendimento que eles estão recebendo no SAE.

> *[...] a gente aqui no acolhimento tenta, faz aquela pergunta: 'Senhor, e amanhã quando voltar a pressão alta? A senhora não pode fazer esse tratamento aqui, aqui não é o lugar, de quatro em quatro horas o médico troca, é outro médico, se ele lhe prescrever um medicamento, quem é que vai fazer o controle, acompanhar se esse remédio está dando certo ou não?'* (E-2).

Para Franco, Bueno e Merhy (1999) o acolhimento, como diretriz operacional deve atender todos que procuram o serviço, garantindo a universalidade de acesso, acolhendo e escutando os problemas de saúde da população na busca por resolvê-los. Além disso, deve reorganizar o processo de trabalho para que seu eixo central seja uma equipe multiprofissional de acolhimento, bem como qualificar a relação trabalhador-usuário por meio de subsídios humanitários, de solidariedade e cidadania.

A partir desses pressupostos, observa-se que os caminhos percorridos pelo serviço estudado na busca de realizar o acolhimento ainda estão longe do ideal. No processo de trabalho do SAE o acolhimento não acompanha todas as etapas do percurso do usuário, mas fica restrito a uma equipe de técnicas e auxiliares de enfermagem que, por sua vez, "acolhem" no primeiro contato do usuário com o serviço, antecedendo o atendimento clínico, o qual permanece guiado pelas práticas tradicionais, centradas exclusivamente na dimensão biológica e no papel do médico.

Dessa forma o acolhimento se restringe a um único grupo, num determinado tempo e espaço físico, o que não atende às propostas do SUS sobre o acolhimento como "um modo de operar os processos de trabalho em saúde" (BRASIL, 2004b, p.5). Encontra-se, dessa maneira, a

presença da fragmentação das ações de saúde. Cada categoria profissional e cada setor desenvolve seu próprio objetivo, sem compromisso de acolher realmente o usuário durante seu percurso no sistema de saúde.

Além disso, o serviço "acolhe" somente no turno do dia e os antigos processos são mantidos no período da noite. A escassez de recursos humanos é a principal justificativa das trabalhadoras para essa situação, e não a distribuição dos atendimentos nas 24 horas do dia, embora para o Ministério da Saúde a quantificação dos atendimentos diários, o perfil da clientela e os horários de pico sejam questões compreendidas como pré-requisitos para a implementação do acolhimento com classificação de risco.

Além desta dificuldade, as trabalhadoras do acolhimento identificam como obstáculo a responsabilidade de dizer ao usuário que ele deve optar pela atenção básica quando, na verdade, os próprios profissionais desse setor não acreditam que esta seja uma solução.

> *Então, por isso que eu digo, dentro desse contexto assustador, a-ssus-tador, não existe uma medicina preventiva, não existe tratamento, as medicações são caras, os postos não têm, [...] então chegam idosos sem tratamento, a PA lá em 200 por 130 porque terminou o remédio. Por mais que tu tentes orientá-los é um discurso vazio porque sai daqui ele vai se deparar com a realidade lá na rua, lá o posto não tem, é uma via crucis, de posto em posto procurando medicação[...]* (E-2).

Reconhecendo seu discurso como "vazio", as profissionais afirmam, também, o desconhecimento sobre o funcionamento da rede de saúde do Município e os reais limites enfrentados pelos serviços de atenção primária e/ou pelo usuário. Costa (2005) também encontrou esta limitação e defende a necessidade de um programa de capacitação específico para os trabalhadores da saúde sobre o funcionamento da rede pública de assistência e a relação desta com as políticas de saúde. Neste sentido, acredita-se na validade de um investimento de caráter permanente na formação profissional para o SUS, incluindo todos os profissionais de saúde em discussões que abranjam as dificuldades enfrentadas em todos os níveis da atenção pública de saúde.

Além disso, o que potencializa o discurso "vazio" é a ausência de um sistema de contra-referência que sustente a orientação dada ao paciente. Dessa forma, o usuário é orientado sobre a necessidade de procurar um serviço de atenção básica, mas não lhe é dito qual serviço, e se o

fosse não haveria certeza do real atendimento, o que também contribui para que os objetivos do acolhimento no Pronto Socorro não sejam alcançados.

Dessa maneira, a descontinuidade nas ações de saúde também é fruto de serviços desvinculados, o que se mostra gerador de um sentimento de impotência por parte das profissionais responsáveis pelo acolhimento.

> *[...] eu tenho que estar centrada ao ponto de saber que eu não vou conseguir mudar isso aqui, então tu fica naquele dilema: compactuar? É desgastante pra mim no acolhimento porque toda vez que o cliente entra e senta, tu induz a conversa sobre o posto ele se retesa todo, tudo muda, a energia muda, porque aí começa um jogo de pingue-pongue [...] tu não tem argumentos e aí tu quer fazê-lo ver. Tu ta entendendo o dilema que nós vivemos?* (E-2).

Diante das situações vivenciadas pela enfermagem no serviço estudado, emerge o sentimento de contrariedade. Essas profissionais deparam-se com os desejos individuais de um agir justo, ético, mas têm, por outro lado, uma exigência institucional a cumprir, o que torna a situação desgastante. Distanciando-se dos princípios éticos, desvia-se o sentido do trabalho, instalando-se um "estado de vida contrariado" (MACHADO, 2002, p.125), suscetibilizando ao sofrimento no trabalho.

Incluindo este aspecto, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) identifica como pontos críticos do processo de implantação do acolhimento nos serviços de pronto socorro: 1) a ampliação do acesso sem sobrecarregar as equipes, prejudicar as ações ou transformar o serviço de saúde em excelente produtor de procedimentos; 2) a superação da prática tradicional, centrada exclusivamente na dimensão biológica; 3) a reconfiguração do trabalho médico a fim de superar o papel central que este vem ocupando e integrá-lo no trabalho da equipe; 4) a transformação do processo de trabalho nos serviços de saúde, no sentido de aumentar a capacidade dos trabalhadores de distinguir os problemas, identificar riscos e agravos, e adequar respostas à complexidade de problemas trazidos pelos usuários; e 5) a discussão da proposta com a população, conjunto de profissionais e atores políticos, de forma a ampliar a escuta para os pontos descritos.

Tendo isso em vista, questiona-se o que realmente se quer com o acolhimento. Acolhimento requer uma política de atenção, "não é um espaço ou um local, mas uma postura ética. Desse modo ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde" (BRASIL, 2004b, p.9).

Pode-se afirmar que muito se tem a fazer em prol da reestruturação do processo de trabalho a fim de construir um projeto de acolhimento. Acredita-se que os processos de trabalho resultam da dimensão das ações cotidianas propriamente ditas, executadas pelos trabalhadores de saúde na sua relação com o usuário, e ainda, dos produtos-meios que estão envolvidos, como ferramentas ou matéria-prima, e os componentes relacionados ao saber e ao modo de atuar dos profissionais envolvidos (MERHY, 2002).

A lacuna entre o que deveria ser feito (missão do acolhimento) e o que vem sendo feito, tem implicado diretamente na saúde das profissionais de enfermagem, as quais se vêem obrigadas a sustentar um discurso "vazio" o qual nem mesmo elas acreditam. Além da realidade vivenciada por essas trabalhadoras no Acolhimento, pode-se afirmar que outras dimensões implicadas na relação trabalho-saúde necessitam ser consideradas, uma vez que esta relação está pautada nas situações concretas de trabalho, nas quais são construídas as interações com o meio e entre as pessoas.

4.2.3 Condições de trabalho vivenciadas em um hospital referência

O Hospital de Pronto Socorro é referência em trauma para a América do Sul por seu suporte tecnológico. Conta com uma nova estrutura física para os serviços de apoio e administração e a maioria dos trabalhadores possui estabilidade no emprego. De fato, estes são pontos bastante positivos, assim como o salário das profissionais de enfermagem que, segundo um sujeito da pesquisa, "é um dos melhores que tem por aí" (E-8).

Entretanto, as condições de trabalho vivenciadas no dia-a-dia do serviço mostram a existência de algumas dificuldades. A enfermagem do SAE expressa a experiência de condições de trabalho desfavoráveis à qualidade do trabalho.

> *Em frente à sala do acolhimento há um cartaz colado na parede dizendo: 'Acolhimento consiste na humanização das relações entre trabalhadores e serviço de saúde com seus usuários. Merhy et al., 1994'. Abaixo, há rabiscos de caneta que puderam ser entendidos como uma forma de protesto, pois diziam: 'Sem Material?'* (O-8).

> *'Nada contra o acolhimento, mas eles abriram um setor pra faltar gente nos outros?'* (O-2).
>
> *[...] a gente nem sempre consegue fazer o trabalho como gostaria de fazer por deficiência de material, de pessoal, às vezes a equipe é restrita [...]* (E-3).
>
> *[...] a gente leva a sala nas costas!* (E-5).
>
> *Aqui desgaste é pela falta de área, de equipamento [...] tu passa o tempo todo gerenciando a falta, o que não tem, às vezes tu não tem o material [...]* (E-6).
>
> *[...] a gente já ta um bom tempo sem concurso público e a gente sabe que trabalha aquém do número de pacientes* (E-7).

Além da precariedade de recursos humanos, a quantidade e qualidade dos materiais também representam um fator gerador de sofrimento para a enfermagem.

> *[...] dânula nem sempre tem, é o que mais falta, a bolsa de uroquit desconecta tudo, menos aonde tem que conectar na sonda, ali é a maior dificuldade que a enfermeira tem na hora de conectar, aquilo não solta de jeito nenhum, [...] aqui tem bastante quebra-cabeça, tu pega essas bolsinhas aqui, tem que montar porque desmonta todinho, os equipos também, mal encosta e eles caem. É complicado, atrapalha muito, assim, tu leva um tempão pra poder conectar um soro, o equipo no soro porque não entra, daqui a pouco ele entra e racha o frasquinho* (E-10).

A qualidade do material necessário para o trabalho condiciona o tempo gasto nas atividades. O tempo, por sua vez, dimensiona a qualidade do atendimento no serviço de emergência. Dessa forma, as trabalhadoras de enfermagem se percebem falhando e desempenhando mal o seu trabalho diante de um suporte precário para o trabalho.

Ainda, acredita-se que

> a(o) trabalhadora(or) é violentada(o) quando não lhe são garantidas as condições de trabalho necessárias ao desempenho de suas funções [...] gerando nele o sofrimento de não conseguir desempenhar satisfatoriamente as suas funções. Mesmo assim ele faz aquilo que é possível dentro das condições que lhe são oferecidas, mas ao atuar o faz deficientemente e com isso violenta, indiretamente, o doente (COSTA 2005, p.100).

Mesmo possuindo estas características descritas e observadas no contexto de trabalho, pode-se questionar como o Hospital se mantém como uma referência. Compreende-se esta ambivalência pelos argumentos de Lunardi- Filho (2004), uma vez que a prioridade dada por

parte das Instituições de saúde à aquisição de equipamentos e instrumentos especializados e sofisticados favorece a precisão diagnóstica e deixa em segundo plano os meios de trabalho que se destinam à realização de procedimentos de tratamento e do cuidado. Segundo o autor, tem-se atribuído pouca consideração às condições mínimas de trabalho necessárias às práticas assistenciais para que sejam desenvolvidas de forma segura para os usuários e para os trabalhadores.

A partir dos resultados de pesquisa realizada em Instituições públicas de emergência, Deslandes (2002) também revelou que a disponibilidade de um equipamento considerado de ponta é mais presente nesses contextos do que aqueles considerados básicos ou fundamentais.

Na mesma direção, Costa (2005, p.138) afirma que "a fascinação exercida no imaginário da(o) trabalhadora(or) pela alta tecnologia de saúde atual é tamanha que o leva a não refletir sobre a igual necessidade dos recursos básicos indispensáveis à sua ação". O estudo desta autora mostrou que embora as trabalhadoras se sintam desconfortáveis frente a condições de trabalho que não priorizem o cuidado de qualidade, elas não relacionam sua sensação de impotência à falta de instrumentos e equipamentos básicos de trabalho que limita sua atuação.

> *Apesar de a gente ter uns períodos assim tão piores ou melhores em termos de pessoal e até de equipamento, materiais [...] de maneira geral sempre tem melhorado, eu acho que a gente tem evoluído muito com o advento da residência médica[...]* (E-3).

Sobre essa questão, Dejours (1999) ressalta que o discurso oficial sobre o trabalho e sua organização é construído principalmente visando "ao exterior" e que dentro da instituição preconiza o ajustamento da produção e da organização do trabalho às exigências econômicas, mas também devem atestar a felicidade dos que trabalham na empresa. Assim, entende-se que o discurso de 'hospital referência' serve, algumas vezes, para mascarar as dificuldades, o que acaba se tornando "uma disciplina, que consiste em defender e sustentar a mensagem de valorização, bem como se abster de qualquer crítica" (DEJOURS, 1999, p.66).

> *Se falta alguma coisa, são mínimas coisas... tem gente que reclama demais, tem gente que reclama até de barriga cheia [...] se estivessem num hospital particular não iriam reclamar nada, seria: 'sim senhor!' [...] eu só tenho que agradecer a Deus por este Pronto Socorro, [...] nós somos privilegiados* (E-11).

Pensando dessa maneira, exigir as condições mínimas seria não valorizar o privilégio que se tem por possuir um lugar no mercado de trabalho e, principalmente, de ser privilegiado por fazer parte de uma Instituição de referência. Diante disso, se por um lado há queixas sobre as condições de trabalho, por outro, há satisfação em trabalhar numa Instituição valorizada socialmente.

Além das condições de trabalho, questões como a organização das pessoas diante das tarefas também estão implicadas na configuração das redes estruturais que organizam e determinam o cotidiano de trabalho da enfermagem. Tendo isso em vista, passa-se a considerar aspectos relacionados à divisão do trabalho no contexto estudado.

4.2.4 A divisão do trabalho e as negociações nas relações intra e inter equipes profissionais

No contexto hospitalar, o lugar estrutural que a enfermagem ocupa na divisão do trabalho está subordinado ao caráter dominante da profissão médica que atua por meio dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos em prol da cura. O trabalho da enfermagem tem um caráter de atividade de execução das tarefas referentes a esses procedimentos uma vez que ocupa a posição de subordinação à profissão médica, a qual detém a concepção do trabalho (LIMA, 1998).

O objetivo de um serviço de urgência e emergência é dar suporte para reverter um estado de desequilíbrio anatomo-fisiológico grave, gerador de um risco à vida. Tem-se por isso, uma valorização do saber médico sobre a cura, o que confere autonomia e autoridade à profissão. Assim, poder-se-ia supor a estruturação de processos de trabalho baseados na atuação intelectual do médico, que determina tarefas à enfermagem.

Ainda pode-se inferir que

> a ordem hierárquica também reflete a origem social desses trabalhadores, reproduzindo, na organização do trabalho hospitalar, as relações de desigualdade e dominação da sociedade. Desse modo, no interior da divisão do trabalho hospitalar, há uma separação radical entre o trabalho de concepção e de execução das tarefas (DESLANDES, 2002, p.49).

A seguinte passagem do diário de campo mostra como a organização do trabalho centrada no saber/fazer médico confere a característica de executoras às trabalhadoras de enfermagem.

> *O médico fala em voz alta a prescrição e deixa o boletim em cima do balcão. Ele não solicita que seja realizada, mas a próxima auxiliar/técnica 'disponível' executa o que foi prescrito* (O-1).
>
> *O médico diz em voz alta à auxiliar/técnica as medicações a serem administradas, usa brincadeiras e bate nas costas dela, depois volta ao procedimento* (O-12).

O trabalho manual, seguindo a lógica do sistema capitalista, está em desvantagem em relação ao intelectual. Essa desvantagem, além de ser financeira, também se constrói no reconhecimento social. No trecho a seguir fica exposto o sentimento de repressão vivenciado pela enfermagem frente à autoridade do médico, no processo de trabalho em saúde.

> *[...] o médico é o médico e nós temos que obedecer as ordens médicas, mas tem coisas assim que a gente não consegue ficar parada, tem que comentar: "Doutor isso, doutor aquilo". Sei que não é bom, mas tu quer ajudar o paciente e muitas vezes tu te sente privada de não poder...tu ta vendo que o paciente não ta muito bem e tu te sente amarrada, porque tem médico que não aceita que a enfermagem dê uma opiniãozinha, não aceitam de ninguém, [...] então a gente se sente as vezes um pouco reprimida, de não poder fazer o melhor* (E-11).

Pode-se constatar que se por um lado "o médico é o médico" e ela "deve obediência" ao mesmo, por outro, ela precisa obedecer aos juízos próprios quanto ao melhor a ser feito para o paciente. A trabalhadora demonstra desconforto diante de duas necessidades, muitas vezes divergentes, a necessidade de obedecer ao médico e o seu compromisso profissional de cuidar da melhor maneira do paciente.

Ainda pode-se pensar sobre esta questão sob o aspecto do poder exercido pelas trabalhadoras diante da organização do trabalho. Concorda-se com Sato (1996) ao apontar o controle exercido sobre o contexto de trabalho no qual as tarefas são realizadas como fator decisivo na relação trabalho-saúde.

> *Eu acho que o maior desgaste da enfermeira aqui no HPS é pelo descaso de um ou outro profissional, aí tu tem stress [...] porque ser enfermeira, fazer os procedimentos, atender o paciente não é o nosso problema, o nosso problema é*

> *o outro profissional que tem que vir avaliar e tu não acha e quando vem, vem na má vontade, ou quando prescreve, prescreve pela metade, faz errado, tu passa horas a fio no telefone procura um, chama outro [...]* (E-6).

O que se identifica é o controle sobre a organização do trabalho como influenciado pela atuação do médico, uma vez que ele desencadeia procedimentos terapêuticos que atribuem repercussões decisivas para o percurso do trabalho da enfermagem. Entretanto, há de ser considerado conforme Sato (1996) o requisito de familiaridade como aspecto definidor no controle sobre a organização do trabalho, o que torna possível que a enfermagem assuma o compartilhamento dos espaços e saberes.

Ainda concorda-se com Lima (1998) quando afirma que no trabalho coletivo, embora cada agente realize uma parcela das ações na estrutura de produção de cuidado, existe uma interdependência entre os profissionais na qual um trabalho não se realiza sem a complementaridade do outro. As ações realizadas por cada categoria profissional articulam-se em torno de uma mesma finalidade.

> *O quadro do paciente é discutido entre a enfermeira e a médica, enquanto um interno as observa. A médica pergunta às técnicas de enfermagem os valores resultantes da aferição dos sinais vitais e então decide pela necessidade de exames* (O-13).

As profissionais de enfermagem viabilizam a produção de diagnóstico e tratamento, o que caracteriza o trabalho como complementar e interdependente em relação ao trabalho do médico. Tendo isso em vista, a autonomia do médico também é relativa uma vez que é definida pelos limites da competência e do saber, impostos pelos outros agentes e pelas relações sociais mais amplas. A autonomia dos outros agentes pode ser ampliada pela valorização dos saberes específicos e pela construção cotidiana da cooperação do trabalho (LIMA, 1998).

Apesar das marcas da divisão entre a concepção e a execução do trabalho, observou-se que nos atendimentos aos casos graves, que ocorrem principalmente na sala de emergência, há exigências claras de compartilhamento entre os saberes dos profissionais. Isso acontece devido à necessidade de que a avaliação da situação e a execução das manobras de salvamento ocorram simultaneamente.

Nesses momentos, o objetivo do trabalho se refere ao salvamento de uma vida e deve ocorrer com a utilização do menor tempo possível, o que não permite que haja uma separação

rígida entre quem decide e quem faz. Tal constatação vai ao encontro do que fora afirmado por Pereira (2005, p.119) em relação ao serviço de Atendimento Pré-Hospitalar, no qual "todos sabem o que fazer, conhecem a seqüência do atendimento e organizam-se conforme a situação, podendo assumir qualquer posição. Como a prioridade é salvar a vítima, não há tempo, nem espaço para as disputas".

As trabalhadoras de enfermagem da sala de emergência ressaltam essa questão como sendo fator motivador do trabalho nesse setor, pois

> *[...] não tem quem sabe mais e quem sabe menos, todo mundo sabe, [...] um médico sozinho não salva ninguém, o enfermeiro sozinho não salva ninguém, tem que estar tudo sincronizado, o médico, o enfermeiro, o técnico de enfermagem* (E-12).
>
> *[...] a enfermeira não pode trabalhar sozinha, ela tem que trabalhar em grupo e saber com que grupo ela trabalha e confiar no trabalho e dar liberdade e responsabilidade pro grupo trabalhar junto, tu não é onipresente, tu não ta sempre ali, às vezes tem outras coisas que tu sai da sala e tu nunca sabe quando vai chegar paciente grave* (E-3).

Assim, a maneira como as trabalhadoras de enfermagem operam com o saber tecnológico em saúde nos atendimentos de emergência inclui a concepção e dessa forma, há certo controle sobre a organização do trabalho. O seguinte relato é útil na discussão desta questão:

> *[...] chegou um senhor de idade, setenta e sete anos, vem de uma queda de uma escada na casa dele [...] era de madrugada, uma ou duas horas da manhã, só no olhar pro paciente eu vi que o paciente não estava bem, estava um pouco cianótico. Eu fui perguntando pra ele: 'O que houve com o senhor?' Quando eu vi que ele tinha dificuldade pra falar aí me chamou mais atenção ainda, aí conseguimos colocar ele na maca, já fui vendo os sinais vitais dele. Vi que estava piorando e coloquei o saturômetro, tudo sem médico, ele não estava ali no momento, tinha dado uma saída, no centro de estudos, e eu disse pra uns internos: 'Chama o Doutor, chama o Doutor na sala faz favor!' A minha vontade era de colocar um acesso e já colocar um soro, a vontade da gente é de ir, mas a gente não pode, a gente sabe que a enfermagem não pode! [...] Daqui a pouco comecei a conversar com ele: 'Seu Francisco, seu Francisco?' Ele não estava mais me respondendo quando o médico entrou na sala [...], eu só disse assim pra ele: 'Doutor, esse paciente não está bem!' Quando ele olhou pro paciente ele viu que estava ficando cianozado. Eu coloquei a mão por baixo da blusa do paciente e vi que ele estava ficando sudorético, aí eu digo: 'Esse paciente não é pra nós, esse paciente é pra poli!' Eu disse pro Doutor, aí ele disse: 'Por quê?' Eu respondi: 'O paciente não está bem e olhe lá!' Mostrei o saturômetro e tava baixado, 93, foi baixando... 'Doutor, se o senhor não autorizar, eu vou levar o paciente pra sala de poli, o paciente não é nosso, não*

> *é daqui!' E ele: 'Ta, mas calma aí, vamos colocar um soro.' Só que quando eu fui pegar o frasco com soro e equipo o paciente começou a gemer. Eu digo: 'Ah não, com licença!' Pára tudo, pega a maca lá, pega tudo... Saímos no corredor a mil pro poli, chegando no poli já foram cortando roupa, a Doutora já estava em cima, já foi auscultando, entubando, já foi tudo, porque afundou o paciente* (E-11).

Este relato torna explícito o processo de tomada de decisões nos momentos críticos, para os quais independe a categoria profissional, uma vez que é válida a iniciativa que salve a vida do paciente. Concorda-se com Merhy (1997) quando afirma que o trabalhador domina um determinado espaço no processo de trabalho onde se auto-governa ao operar as intervenções tecno-assistenciais no encontro com o usuário. Entretanto, conhecer o cotidiano de trabalho do serviço de pronto socorro permite dizer que isso se potencializa nos atendimentos ao paciente grave.

Priorizar a técnica coloca a enfermagem num nível de valor simbólico mais próximo ao do médico, uma vez que nas situações de emergência o saber e o fazer dos diferentes atores têm a mesma relevância, pois são dependentes e precisam ser simultâneos, o que pode tornar menos hierarquizada a divisão do trabalho dos atendimentos de emergência.

A característica de nivelamento dos saberes das categorias nos atendimentos ao paciente grave valoriza a sala de emergência como setor preferido para atuação da enfermagem. Enquanto na sala de urgências clínicas e de sutura, destaca-se a tradicional divisão entre a concepção e a execução, na sala de emergência os atendimentos exigem o raciocínio e a ação, de forma concomitante.

Entendendo-se que o ser humano busca, mesmo que inconscientemente, espaços para satisfação de suas necessidades, a atuação na sala de emergência oferece a oportunidade de se esquivar de uma divisão de trabalho fragmentada entre o saber e o fazer. Assim, a sala de emergência parece oferecer um espaço que ressalta o saber da enfermagem e inscreve a satisfação das necessidades das trabalhadoras.

> *[...] eu gosto dessa coisa da emergência, de fazer, de botar em ação!* (E-7).

Ao estudar o trabalho da enfermeira em unidades hospitalares fechadas, Gustavo (2001) observou que nas unidades de emergência estas profissionais gozam de uma certa autonomia nas avaliações que determinam o tipo de procedimento a ser realizado em alguns casos. Uma

autonomia adquirida pela formação (poder instituído) e pela experiência profissional (relacionado à prática), o qual fica em maior evidência nos discursos das participantes:

> *Com o passar do tempo a gente vai tendo mais domínio das situações, do contexto todo de trabalho, das relações entre os profissionais, tanto na área de enfermagem quanto da área médica e os outros profissionais que atuam na sala [...] É positiva a independência do trabalho, a gente tem muita autonomia aqui nesse hospital, a enfermagem, a enfermeira, de determinar condutas, questionar condutas [...]* (E-3).

Um aspecto observado, que aponta nesta direção, se atribui às trabalhadoras de nível médio da enfermagem, que na hierarquia do hospital não se classificam numa posição que lhes atribui poder. Entretanto, a ausência da enfermeira em algumas salas durante o plantão tem servido de espaço para que o papel seja "exercido" entre as técnicas e auxiliares de enfermagem, uma vez que estas passam a se organizar sem a supervisão da enfermeira.

> *Elas falavam sobre planejarem-se quanto ao serviço, uma delas diz: 'Aqui a gente é empregado e patrão ao mesmo tempo, tu é que tem que organizar pra ti mesmo, se não é tu que sofre as conseqüências!'* (O-2).

Assim, a atuação da enfermagem na estreita vinculação com a categoria médica em prol do projeto terapêutico não têm sua estrutura rigidamente subordinada ao médico. Encontram-se formas de atuar na concepção do trabalho, o que torna possível participar do controle sobre a organização do trabalho e ainda representa fator positivo à saúde das trabalhadoras de enfermagem.

Além do médico, a equipe de enfermagem também interage cotidianamente com os residentes e os estudantes de medicina. Sobre esta questão algumas especificidades podem ser consideradas, uma vez que se tratam de relações particulares na divisão do trabalho.

Na sala de emergência o médico contratado atua somente quando o residente achar que sua presença é necessária. As trabalhadoras de enfermagem confessam que diante da atuação dos residentes não agem com muita paciência, já que elas conhecem as práticas do mundo do trabalho e os residentes "não tem experiência, recém saíram da faculdade" (E-9).

Dessa forma, o poder do médico nas mãos do residente se torna questionado pela enfermagem já que ele não detém segurança ou o conhecimento necessário para a tomada das

decisões. A insegurança de quem desconhece peculiaridades desse mundo do trabalho permite que a enfermagem participe, de alguma maneira, na concepção do trabalho.

> *Às vezes a gente até é um pouquinho petulante demais porque tu vai pegando todas aquelas manhas, as rotinas, como proceder, tu sabe como atender o paciente, e às vezes tu vê que isso não acontece. Daí a gente fica meio que empurrando e pressionando os residentes, tu trabalha muito com os residentes, na madrugada, por exemplo, tu não tem médico contratado na sala [...]* (E-7).

> *[...] quem ta na sala é o residente, em relação à eficiência do serviço, à prestação de um bom serviço tu encontra um pouco de dificuldade por parte de quem ta começando [...] eles não acertam de primeira no atendimento, daí acaba te dando mais trabalho ou trazendo algum prejuízo pro próprio paciente, gastos pra própria administração pública.* (E-9).

Por outro lado, nas salas de urgência clínica e de sutura não há atuação de residentes, apenas dos internos que, num total de 2 a 4 por sala, realizam atividades de anamnese e exame físico, e procedimentos de sutura. Estes, por sua vez, não possuem interferência direta nas decisões da terapêutica, necessidades de exames e internação; por isso, não se enquadram na mesma posição do médico na divisão do trabalho.

As observações realizadas discordam dos resultados trazidos por Skaba (1997, p.68) que constatou muitos atritos entre a equipe de enfermagem e os internos. Neste estudo, a relação da enfermagem com os internos caracterizou-se mais como uma relação de auxílio e proteção do que de conflito, uma vez que eles, os "guris" como são chamados, encontram-se no papel de executores de tarefas, muitas vezes orientadas pela própria enfermagem.

> *O estudante de medicina conversa com um paciente e depois vem procurar saber com a auxiliar o que fazer com o caso, pois o ferimento já passa 24horas. Ela levanta e vai conversar com o paciente sobre o assunto. Depois orienta a ação do estudante de medicina: 'Tu deve escrever no boletim que...'*(O-2).

> *A auxiliar fala para o interno: 'Quer anestesiar, pode anestesiar meu amor' e em tom de carinho ela explica como ele pode organizar o material.* (O-6)

Dessa forma, as trabalhadoras descobrem, coletivamente, maneiras de ganhar espaço para a realização de suas necessidades e manter-se em equilíbrio, pois na interface com os médicos residentes e os internos a enfermagem ganha a vantagem da familiaridade com o mundo do trabalho, o que favorece o controle sobre a organização desse trabalho. Portanto, embora as

profissionais refiram com desgosto os erros e desperdícios praticados pelos “menos experientes”, elas ganham liberdade para influenciarem nas decisões dos mesmos.

Tendo em vista a relevância do controle sobre os contextos de trabalho para a saúde das trabalhadoras é possível ainda contribuir para esta discussão afirmando que elas criam coletivamente “jeitinhos” de aproximarem-se ao máximo do controle e afastarem-se da “ruptura”, cuja expressão é a manifestação de sofrimento e de doenças. Com as ações adaptativas, muda-se o trabalho planejado e criam-se outros percursos, nos limites possíveis (SATO, 1996).

> *Eu acho que quando tu trabalha nessa área tu é política porque política não deixa de ser a forma com que tu te relaciona com as pessoas, a forma que tu consegue as coisas na central de leitos ou nas enfermarias, então tu acaba usando muito de política pra conseguir alcançar todo o atendimento necessário pro paciente. Então tu tem que ser muito política, tu tem que se adaptar muito!* (E-6).

De fato a realidade estudada leva a concordar com Sato (1996): existem brechas na organização do trabalho que permite que o controle seja exercido. Estas ações, que modificam a organização prescrita do trabalho a fim de atender os desejos e necessidades das trabalhadoras, não passam pelo nível consciente das relações.

No contexto estudado há negociações tácitas que fazem parte da organização real do trabalho da enfermagem que se referem ao ritmo de trabalho e os períodos de descanso. Independente do ritmo de trabalho, intenso ou não, quando alguém se ausenta da sala por motivos particulares ou profissionais, aquelas que permanecem realizando o atendimento o fazem com a aceleração necessária para atender à demanda.

Muitas situações desse tipo foram observadas e podem ser exemplificadas pela seguinte passagem:

> *A sala está cheia e os atendimentos não param, mas além da auxiliar que saiu, a enfermeira também não está na sala e a outra auxiliar está na sala do lanche. Apenas dois auxiliares estão na sala e desempenham suas tarefas com ritmo acelerado para dar conta de várias situações* (O-5).

Portanto, a organização do trabalho não é impenetrável. Há porosidades que permitem determinada negociação no cotidiano, permitindo que os atores construam suas relações de sobrevivência. A organização real do trabalho funciona como uma regra que pertence aos

bastidores, que é assumida no silêncio dos acordos que visam a modificar aquilo que incomoda no contexto onde as ações são realizadas.

> *[...] ali na sala a gente trabalha nessa filosofia: se cada um faz sua parte ninguém faz nada e tudo anda bem. Todos fazem um pouquinho e ninguém se cansa, porque se tu não faz a tua, alguém ta fazendo e esse alguém no final de uma jornada de doze horas como a nossa, ta um bagaço, ta caído [...]* (E-4).

Também se observaram negociações em relação ao descanso noturno: chamar um colega em seu período de descanso é quase uma afronta ao direito do outro. Perturbar os colegas que gozam de suas duas horas e meia de descanso na madrugada pode ser uma atitude questionada. No entanto, quando a situação se agrava, os períodos de descanso são interrompidos, e o "não questionamento dos colegas" é visto como atitude de solidariedade:

> *[...] na madrugada de sábado pra domingo passado começou chegar gente, gente, gente. Não parava mais de chegar baleados e quem estava descansando foi chamado. Eles levantaram imediatamente e vieram ajudar, não questionaram nada, quando a coisa aperta mesmo o pessoal pega junto!* (E-9).

Todas as categorias profissionais inseridas na produção de assistência hospitalar buscam, por meio de argumentos, de alianças, de poder ou de arranjos, negociar a divisão do processo de trabalho a fim de atender as suas próprias necessidades. Estas, por sua vez, podem ser técnicas, ideológicas ou de adaptação ao sofrimento oriundo do trabalho (DESLANDES, 2002). Dessa forma, firmar acordos que burlem as regras, ou seguir rigidamente as regras, tratam-se de opções postas em prática conforme a situação e a necessidade de cada categoria, como fica subentendido na seguinte passagem:

> *[...] na madrugada tu não tem médico contratado na sala, eu não me sinto inibida nem um pouquinho, eu chamo, chamo o médico residente, chamo o médico contratado, não tem essa, eu vou atrás!* (E-7).

Dessa forma, evidencia-se que o "acordo do descanso" não tem a mesma fidelidade se estiver se tratando de outra categoria. Além disso, os acordos de uma categoria, muitas vezes, entram em confronto com o percurso do trabalho da outra, principalmente em relação ao médico que encontra mais facilidade da montagem dos "esquemas", como chamou Deslandes (2002).

Estes profissionais dividem os horários do plantão, o que deixa o atendimento mais lento e ainda, repercute em outras conseqüências para o trabalho da enfermagem.

> *[...] a desorganização é tanta que tinha três médicos na sala, aí um saiu e o outro simplesmente pediu todos os exames pro paciente de novo! Isso é um re-trabalho, o laboratório vai coletar de novo e além de trabalho é gasto. Eu penso não só na parte de desgaste de funcionários, tanto nosso como do laboratório que tem que descer pra coletar, como gasto com exames desnecessários* (E-8).

Diante disso, a enfermagem se coloca na posição de defensora das regras institucionais, amparada pela questão financeira para justificar o desacordo à organização da equipe médica. Por outro lado, se tomada a organização real do trabalho da enfermagem, pode-se observar que não faz parte do cotidiano de trabalho o estabelecimento de um vínculo com o paciente no qual o cuidado inicia e é concluído. Dito de outra forma, o cuidado, assim como o tratamento médico, depende da continuidade para que seja concluído com êxito, visto que a profissional de enfermagem que inicia os cuidados ao paciente não necessariamente será a mesma, ou a única, a concluí-lo, como pode ser visto no seguinte relato:

> *[...] todos os pacientes que entram dentro da sala são de todos os funcionários. Então tu acaba tendo que ter o domínio de todos os pacientes, tendo que saber pelos menos alguma coisa de quase todos, principalmente os que estão deitados em macas, que a gente tem paciente internado lá que também é de todo mundo [...]* (E-5).

Observa-se que a enfermagem, embora muitas vezes se coloque na defesa das regras institucionais, não está livre de burlar o percurso prescrito para o trabalho, quando a situação assim convier. A seguinte passagem mostra “jeitinhos” de conseguir as coisas, formas de atender necessidades particulares da trabalhadora, desviando o caminho formalizado para os acontecimentos, o que demonstra que os “esquemas” também podem ser propostos pelas profissionais que os contestam.

> *[...] ela fez cirurgia de face, fez cirurgia da órbita, colocou platina dos dois lados, foi atendida bem lá embaixo, pela equipe, pelos médicos, foi atendida bem até pelo buco, teve fratura de fêmur, e ela não ia fazer, ela ia ser transferida e nós temos um monte de profissionais ótimos, maravilhosos aqui, só que não se tem acesso [...]. Eu consegui que ela saísse daqui pronta porque eu fui atrás das pessoas, eu liguei pra casa das pessoas, dos médicos, eu disse*

> *assim: 'Olha, eu trabalho lá e eu preciso!'. Mas e as pessoas que não tem acesso? Aí tu para pra pensar que é totalmente cruel, e isso também é estressante pra gente!* (E-7).

Revela-se nesta passagem caminhos utilizados a fim de atender um benefício próprio da profissional dentro da instituição. Assim, observa-se que os acordos não fazem parte de atitudes estáticas, mas são adotados/criados quando convierem, o que na situação descrita "é estressante" por infringir desejos do seu grupo, embora atenda às suas necessidades individuais.

Além das relações multiprofissionais diante da necessidade de se trabalhar em regime de cooperação, ainda há de ser considerado o fato de o objeto de trabalho ser uma pessoa, o que salienta ainda mais o aspecto relacional do trabalho no hospital. Vieira, Seligmann-Sila e Athayde (2004) afirmam que o cuidado envolve uma dimensão relacional que exige das trabalhadoras não só capacidades físicas e cognitivo-intelectuais, seus conhecimentos formais, mas também os afetos, que atravessam as relações econômicas, salariais e de poder.

4.2.5 Interações entre profissionais de enfermagem e usuários: a reprodução da violência no cenário de trabalho

Os serviços de saúde têm na violência um desafio singular como fenômeno social que perpassa, com sua complexidade, os limites dados pela lógica de controle de enfermidades. Além disso, nos serviços de pronto socorro a violência mistura-se ao próprio processo de trabalho e às distintas interações entre profissionais e usuários (DESLANDES, 2002; LEAL, 2003).

> *A maioria das situações ruins é com aquele paciente que nem tem uma dor aguda e quer passar na frente de todo mundo e quando entra dentro da sala ele já tem até as medicações predeterminadas por ele mesmo, porque como ele vem sempre na emergência ele já sabe o que ele tem que tomar. Então ele quer um tramal, ele quer uma dolantina, aquelas medicações que ele já conhece e aí o médico não dá e ele começa a dizer: "Ah, eu não fui atendido, se eu for num veterinário vão me tratar melhor!"* (E-5).

Não foram poucas as situações conflituosas, produtoras de algum tipo de violência, presenciadas pela pesquisadora. Nesses momentos, era possível perceber que ambos, usuário e

profissional de enfermagem defendiam seu ponto de vista e sua posição na rede de interesses em relação ao atendimento.

> *Uma paciente chega acompanhada de duas crianças pequenas, ela segura o seu boletim e olha para as pessoas querendo buscar a atenção de alguém. Ela fala de seu acometimento à auxiliar/técnica e defende-se antes de qualquer comentário, dizendo que foi ao posto e que lá a mandaram ao HPS '...pra vir até aqui eu tive que trazer meus filhos pequenos! Vocês não vão me atender?' Duas auxiliares/técnicas explicam que os postos têm a vacina antitetânica que ela procura. A paciente tenta intimidar dizendo que as denunciará ao jornal local* (O-12).
>
> *A enfermeira responsável por outros setores entra na sala de emergência e conversa com uma técnica/auxiliar de enfermagem. Ela fala em tom de ironia que 'a sala está calma' mas 'quando nós saímos somos quase espancadas pelos que estão na fila!'* (O-13).
>
> *A segurança abre a porta da sala e avisa que irá ausentar-se porque teria que ir até outro setor. Ela diz às auxiliares/técnicas: 'Estou avisando, se não eles vão invadir aqui!'* (O-2).

De fato o ambiente de um serviço de pronto socorro, além da complexidade de uma institruição hospitalar, é gerador de relações conflituosas entre aqueles que exigem o que é prometido pelo Poder Público (a saúde como direito de todos) e aqueles que estão representando o Sistema Público de Saúde (profissionais de saúde). Compartilha-se, portanto, com Skaba (1997, p14) na consideração de que "os serviços de emergência são espaços ampliados dos conflitos da sociedade em que vivemos".

> *[...] eles acusam de a gente não estar prestando atendimento, então essa situação é chata, da vontade de pegar e mandar todo mundo longe. [...] No entanto, tu sabe que tu estás prestando o melhor possível!* (E-5).

O usuário enxerga na profissional que o atende, um representante do sistema público e, portanto, expressa sua angústia e raiva por não encontrar o atendimento que ele necessita ou espera. Ao mesmo tempo, a profissional que fica na linha de frente do sistema se sente injustiçada pela agressão que lhe é conferida:

> *[...] esses dias, semana passada, mas me feriu tanto... uma moça me destratou tanto que um senhor do saguão levantou-se. [...] O meu crime foi ter dito a ela que nós não tínhamos uma estrutura para atender abscesso. [...] A gente costuma não encarar a agressão verbal como agressão e é sim! É agressão!*

> *Sabe, ser grosseiro, nada justifica, eu não aceito a desculpa de que a tua dor está te levando a um quadro de agressividade. Não, não é assim. Se isso for uma prática comum a todos, minha nossa, a gente vai ter que trabalhar com escudo!* (E-2).

O sentimento de frustração pela agressão sofrida, para muitos profissionais, é transformado em brincadeira, como pode ser visto no diálogo de uma auxiliar/técnica com os estudantes de medicina:

> *O paciente chama a auxiliar de tia, e ela responde: 'Tia não, por favor. Eu não agüento mais esse tia!'. Ela conta para os internos, enquanto realiza uma tricotomia neste paciente, sobre outro paciente que a chamava de tia e ela pediu para parar e então ele: 'O que tu quer nêga véia?' Todos riram* (O-6).

Esta situação pode ser entendida como uma naturalização das ações violentas no ambiente de trabalho. Ou seja,

> a exposição dos profissionais a um ambiente de hostilidade e sofrimento tem contribuído para que alguns desenvolvam um processo de naturalização destas condições que, no limite, gera uma brutalização daqueles que, por definição, deveriam estar a serviço da vida (SKABA, 1996, p.125).

Dessa forma, a autora afirma que os profissionais da saúde também se tornam produtores de ações violentas, o que é corroborado nesta pesquisa. Por meio da negligência ou pela adoção de comportamentos viris o usuário é vitimado pela violência, que é entendida aqui com base em Minayo (1994) como um fenômeno biopsicossocial que se define a partir das relações de forças da sociedade. Segundo a autora, muitas formas institucionalizadas de socialização, os sistemas econômicos e os modelos culturais configuram o contexto para análise da violência.

Embora não se desejou aprofundar o tema no presente estudo, algumas questões se tornaram relevantes para a discussão haja vista que a violência também esteve presente nos comportamentos das participantes da pesquisa.

> *[...] chegam dez, um atrás do outro fazendo fiasco, as mulheres e os amigos querendo que a gente aplique uma glicose rapidamente. De repente o acompanhante também ta alcoolizado e já quer uma confusão também [...]* (E-5).

> *[...] Eu mandei não atender, era um H!* (E-6).

Rotulando os casos como sendo “fiasco” ou “H”, quando se referem à crise de histeria pode-se perceber que a classificação dos casos, quanto a sua gravidade, está imbuída de valores morais, e aí se encontra outra forma de violência: a negligência. Deslandes (2002) argumenta que, ao mesmo tempo em que esses profissionais estão circunscritos em uma cultura organizacional específica, expressa pelo agir rápido, eles não estão imunes à reprodução de preconceitos e rancores socialmente solidificados, revelando a discriminação contra os mais vulneráveis, sujeitos a rótulos de marginalidade e a um baixo reconhecimento do valor social de suas vidas.

Embora se tenham parâmetros técnicos para a triagem, alguns casos considerados de “rotina” ou “fiascos” podem se tornar graves se ficarem na fila esperando por horas pelo atendimento.

> *Aqui tu encontra negligência, as vezes tu tem que brigar pra aquele médico que não veio ainda receber o paciente [...] daqui a pouco tu tem um paciente com aneurisma de aorta, dissecção de aorta há 10 horas, que é que eu vou fazer? Vou esperar o paciente morrer?* (E-12).

> *[...] às vezes tu vê um paciente que está sendo negligenciado, ta sendo tratado com descaso e tu te envolve, daí tu começa a mostrar, tu vai atrás, fala com um médico, fala com outro, tenta mostrar que aquele paciente é realmente um potencial paciente grave, que ele pode complicar se for negligenciado e daí tu consegue os meios [...] se tu não tiver esse olhar humano e preocupado, às vezes tu pode passar e perder esse paciente por descaso!* (E-6).

Dessa forma, os dados encontrados vão ao encontro da afirmação feita por Giglio-Jacquemot (2005, p23) de que entre as extremidades da classificação do risco de vida, há um grande número de casos, “mais ou menos de emergência, mais ou menos urgentes, mais ou menos de rotina”. Para o mesmo, entre esses se encontra um espaço para a avaliação subjetiva do(a) profissional que realiza o atendimento.

Leal (2003) pontua que as relações entre profissionais da saúde e os pacientes são permeadas por disciplina e poder, e a fragmentação do processo de trabalho também contribui para a despersonalização do paciente. Acredita-se, ainda, que essa despersonalização também acomete as trabalhadoras, que se colocam como agentes da violência, embora seu compromisso ético esteja voltado à saúde e à vida.

Mais visível ainda encontra-se a violência expressa por meio da intimidação do paciente ou da brutalidade, tanto na forma verbal quanto nas próprias ações, sempre na intenção de agilizar o processo de atendimento. Muitas das situações observadas foram registradas no diário de campo, mas o desafio encontrado foi transmitir em palavras a agressividade que acompanhou situações como as seguintes:

> *Uma auxiliar/técnica passa em frente às macas e vê o paciente tentando erguer-se. Ela bate com a mão na perna do paciente e diz: 'Baixa a cabeça!'* (O-2).
>
> *Um paciente com cabelos compridos entra na sala. Parte do couro cabeludo havia sido arrancado em um acidente, a auxiliar/técnica o atende falando: 'Com esse cabelão, tu não te cuida?' O paciente permanece quieto, cabisbaixo* (O-2).
>
> *A enfermeira dirige-se à maca onde se encontra um paciente que tentou suicidar-se. Ela carrega uma bandeja com materiais para a colocação de uma sonda naso- gástrica. Ao medir a sonda a enfermeira pergunta de forma concisa: 'Quantos comprimidos tu tomou?' O paciente vagarosamente responde que foram 19. A enfermeira: 'Cuidado que uma hora tu consegue! Um rapagão desses, com toda a vida pela frente... ninguém gosta de quem não gosta de si próprio. As mulheres gostam de homens fortes, que gostem da vida!'* (O-1).

Convém lembrar Skaba (1997) na afirmação de que quando se trata especificamente dos eventos decorrentes da violência social, a seletividade na distribuição dos serviços de emergência pode estar influenciada pela posição social ocupada pelo paciente, pela responsabilidade da vítima no acontecimento, pela classificação moral da clientela, o que geraria nas profissionais um sentimento que as levaria a caracterizar estas demandas como legítimas ou ilegítimas para o atendimento ao qual o serviço está destinado.

Refletir sobre os comportamentos adotados pelas profissionais de enfermagem requer que seja considerada a sua formação para o trabalho e o seu mundo do trabalho. Ou seja, tem-se por um lado uma formação que investe em valores humanísticos e é voltada ao cuidado integral, mas por outro lado, estas profissionais se inserem num contexto que sugere condições inapropriadas para a construção de relações harmônicas e de respeito.

Costa (2005), em análise das formas de violência presentes no cotidiano da enfermagem em emergência pública, contribui para essa questão afirmando que a "virilidade" se faz presente no hospital por meio do poder, da força ou da dominação, valores esses que, segundo a autora,

socialmente são mais importantes que os atributos femininos como devotamento, docilidade e carinho. A autora afirma que na lógica predominantemente racional, tecnicista e competitiva a que se submetem todos os trabalhadores do serviço hospitalar, e que o enfoque agressivo da assistência mecanizada, biológica e prática passa a influenciar[12] as trabalhadoras de enfermagem.

No contexto da urgência e emergência, o cuidado perde assim sua dimensão relacional em detrimento do tratamento e da cura, uma vez que o objetivo do trabalho é justamente o de salvar a vida biológica. Talvez seja por isso que as ações da enfermagem mostram pouco investimento em vínculos de humanização e afetividade com os pacientes, mas sim em ações voltadas à execução dos procedimentos técnicos. Pode-se dizer que esta seria uma ação adaptativa a fim de aproximar-se do poder, o qual pertence àqueles que não adotam posturas sensíveis, e frágeis.

Assim, a adoção de comportamentos agressivos pode ser explicada como uma forma de minimizar ou evitar o sofrimento da trabalhadora e pode-se dizer que

> além da identificação com o componente viril de conformidade com as imposições androcêntricas do contexto hospitalar, existe o componente racional de cunho econômico nas condições inadequadas e insatisfatórias de trabalho que pressionam as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem a uma atuação calculada racionalmente (COSTA, 2005, p. 109).

Concorda-se com esta afirmação, pois os fatos observados e a realidade descrita pelos atores apontam para a mesma direção na compreensão do fenômeno da violência no serviço público de urgência e emergência. Compreende-se a presença da violência nas ações profissionais como manifestações de descontentamento com a realidade do trabalho, pois segundo Dejours e Jayet (1994), atitudes agressivas e os comportamentos violentos podem ser uma expressão direta do sofrimento.

Diante dessa realidade, ações adaptativas são os recursos utilizados pelas profissionais de enfermagem para que as situações geradoras de sofrimento no trabalho não causem o adoecimento. Na seqüência, são abordadas as estratégias identificadas na busca do equilíbrio, o que presume a saúde no trabalho em urgência e emergência.

---

[12] Costa (2005), amparada em Bourdieu (1999), considerou como influência, a resultante da violência simbólica, invisível às suas vítimas por se exercer pelas vias simbólicas da comunicação, do conhecimento ou do desconhecimento, do reconhecimento e até do sentimento.

4.2.6 Estratégias de enfrentamento no cotidiano da enfermagem

A proteção da saúde não depende apenas do talento de cada indivíduo, mas ela passa também pelas estratégias coletivas de defesa, as quais desempenham um papel relevante na capacidade de cada um desenvolver sua resistência aos efeitos desestabilizadores do sofrimento. As estratégias defensivas resultam de uma forma específica de cooperação entre os trabalhadores para lutarem contra o sofrimento engendrado pelos constrangimentos do trabalho. Dentre estes está o medo do acidente, a angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou os limites de tempo impostos, o medo das agressões provenientes dos usuários, o receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, entre outros (DEJOURS, 2004).

No contexto de trabalho estudado, algumas estratégias de defesa puderam ser reconhecidas, e é sobre estas que se discute na seqüência.

4.2.6.1 Distanciamento do problema como forma de proteção

No hospital, o contato constante dos profissionais de saúde com a dor e o sofrimento das pessoas impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas por vezes repulsivas e aterrorizantes. O desempenho destas tarefas requer um exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas (BIANCHI, 2000; LAUTERT, 2001). Os mecanismos de defesa são desenvolvidos socialmente pelos membros da organização e tendem a se tornar aspectos da realidade externa com a qual os novos e antigos membros da instituição devem entrar em acordo (PITTA, 1999).

A estratégia de “fragmentação da relação técnico-paciente” fora apontada por Pitta (1999) e, posteriormente por Leal (2003), como sendo uma possibilidade por meio do parcelamento das tarefas no sentido de reduzir os tempos de contato da profissional com o paciente. No presente estudo esta estratégia também mostrou acompanhar as práticas da enfermagem no serviço de urgência e emergência.

“Se a gente não ta vendo, não ta sofrendo tanto!”

A necessidade de agir de forma imediata, conduzida pela lógica dos procedimentos técnicos, é uma característica possível de ser utilizada como proteção diante do contato com o indivíduo doente. A proximidade da morte gera a necessidade de distanciar-se do ser humano que está morrendo como forma de proteção contra o sofrimento. Assim, centram a atenção no desempenho técnico porque as possibilidades de vida também dependem do desempenho imediato da própria profissional.

> *[...] aqui passa, vai, o vínculo é menor, então isso aí me atrai mais porque eu me apego muito [...] Então, se a gente não ta vendo, não ta sofrendo tanto!* (E-11).

> *[...] não sei se eu me adaptaria novamente a trabalhar numa unidade aberta ou mesmo numa outra unidade fechada, com pacientes internados, com um vínculo maior e individual com os pacientes [...]* (E-3).

Neste trecho a técnica de enfermagem revela que sua preferência pelo serviço está relacionada à possibilidade de menor aproximação com os pacientes, pois eles “passam” e, segundo ela, não ver é não sofrer tanto. A partir disso, pode-se supor que a extrema necessidade de agilizar o serviço para liberar o paciente também pode relacionar-se ao vínculo menor. Este fato foi identificado com freqüência durante a observação da dinâmica de trabalho da enfermagem, a qual permanece mais tempo ao lado do paciente, e não do médico, cuja atenção está voltada aos exames e às decisões.

Outra situação pode servir para discutir esta questão:

> *[...] eu ia lá fora pra dar um suporte pra família. A segunda ou terceira vez que fui e deu vontade de chorar, ainda na quarta vez eu chorei mesmo. Aí eu digo: ‘Não, sou forte aqui dentro, mas ver família não dá!’ Então com o paciente eu consigo lidar melhor, mas o amparo pra família...Eu me defendi não vendo. Prefiro sempre chamar o serviço social, encaminhar* (E-12).

Dessa forma, a enfermeira identifica que se voltar à realização da técnica, embora esteja diante do ser humano em estado grave, é mais fácil do que encará-lo como um indivíduo dotado de sentimentos, de identidade, e que tem uma família e um contexto de vida. Afinal, “lidar” com

o paciente é voltar-se à lesão, à patologia, e com a família é dar margem ao aspecto relacional, afetivo.

“Vou sair daqui um pouquinho...”

Outro comportamento que atesta a necessidade de distanciamento, de “ver menos para sofrer menos” é a freqüência com que as profissionais de enfermagem ausentam-se da sala. Mesmo que seja por poucos minutos, elas usam diferentes estratégias para darem uma volta pelos corredores, conversar com as colegas das outras salas ou ir à sala do lanche.

> *Uma auxiliar/técnica de outro setor entra na sala e troca algumas palavras informais com uma das auxiliares/técnicas da sala e sai dizendo para ‘aparecer por lá depois’* (O-11).
>
> *Uma auxiliar/técnica de outro setor entra e conversa com um técnico da sala, os dois riem. Depois, ela fala em voz alta: ‘O que mesmo eu vim fazer aqui?’*(O-10).
>
> *A auxiliar que havia saído, volta com sacolas de supermercado, as quais são mostradas às colegas, há conversas sobre os produtos, e a profissional responsável pela segurança entra na sala e participa da conversa. As compras são levadas para a sala do lanche, junto com quem as carrega e mais duas auxiliares se direcionam para lá.* (O-5)

Esta parecer ser a forma encontrada para conviver com a superlotação das salas ou qualquer situação geradora de tensão na dinâmica de atendimento. Essas posturas eram referidas pelas próprias profissionais como maneiras de reagirem às demandas do trabalho, como pode ser visto no seguinte relato:

> *[...] tu pára, vou sair daqui um pouquinho, vai lá pra dentro da salinha e come alguma coisa, toma um café, daqui a pouco tu volta. Daí tu sai de novo porque acaba ficando cansada daquele ambiente[...]* (E-5).

Lazarus e Folkman (1986), ao relatarem uma pesquisa com enfermeiras de UTI, descreveram que as estratégias de distanciamento que estas usavam permitiam regular suas emoções e desempenhar o cuidado de forma eficaz. Por outro lado, as fazia parecer distantes e automatizadas diante das necessidades de apoio emocional dos pacientes.

Falar ao telefone sobre assuntos particulares, com familiares e amigos, é um comportamento que se repete várias vezes durante o plantão. Tomar café, comer guloseimas ou pratos por eles preparados também são hábitos muito presentes no cotidiano da enfermagem.

> *Todas as macas da sala estavam ocupadas e, ainda, uma paciente aguardava numa cadeira posicionada entre as macas. Uma auxiliar lava materiais de sutura enquanto as outras encontram-se reunidas na sala do lanche, onde apreciam um jantar organizado pelo grupo, nenhuma tensão relacionada ao trabalho parecia perturbar o momento de confraternização [...] [algum tempo depois] Não há funcionários da equipe de enfermagem atuando na sala no momento, um deles está ausente e as outras lavam as louças do jantar. Uma das auxiliares volta à sala descascando uma banana e escora-se no balcão enquanto a come* (O-12).

4.2.6.2 Despersonalização como estratégia de enfrentamento

Lautert (2001) descreve a despersonalização como estratégia de enfrentamento utilizada pelas profissionais de enfermagem diante das pressões oriundas do trabalho, o que vem ao encontro do que fora identificado no cenário do Pronto Socorro.

"Tu te obriga a botar uma máscara, uma carapuça..."

Neste estudo, o controle dos sentimentos é um dos comportamentos adotados pelas profissionais de enfermagem para lidar com as situações geradoras de desconforto e, por vezes de crise, pela identificação com o sofrimento do outro. Esta alternativa é reconhecida como necessária para a sobrevivência no contexto de trabalho.

> *[...] o problema não aparece porque eu não deixo ele aparecer [...] O profissional de enfermagem lida com sentimentos, então tu te obriga a botar uma máscara, uma carapuça na hora do serviço porque se não tu vai começar a absorver tudo aquilo, aí tu vai pro saco junto!* (E-4).

> *Desde que comecei a trabalhar com a enfermagem, faz quase 12 anos, eu sempre soube separar muito bem, chegava aqui e fazia o meu serviço tranqüilamente, ia para casa e não ficava pensando sobre o meu serviço, conseguia separar bem [...] eu procuro ser bem frio na hora de executar as minhas tarefas, não que eu não me importe com quem esteja ali, [...] eu*

> *procuro separar isso pra manter a minha sanidade, a minha cabeça no lugar [...] saber separar é o que traz o equilíbrio pro profissional e pra pessoa!* (E-9).

A despersonalização da profissional aparece como uma forma de proteção contra o sofrimento vivenciado, onde ela apesar de sentir-se comprometida com a situação procura afastá-la, assumindo um comportamento frio a fim de restaurar o equilíbrio. Segundo Deslandes (2002), no limite entre a vida e a morte, na medida em que as condições oferecidas se mostrem precárias, o próprio trabalhador tenta resolver os problemas decorrentes da falta de racionalização e se reveste "de uma 'couraça' composta de frieza e distanciamento para suportar o próprio sofrimento do 'saber o que fazer', mas não 'ter as condições de fazer'[grifos da autora]" (DESLANDES, 2002, p. 176).

De forma semelhante o paciente também é despersonalizado. Esta estratégia permite às profissionais conviverem com conflitos e dilemas do contexto de trabalho, bem como com grandes frustrações.

> *O paciente não responde e a expectativa da equipe pode ser observada na expressão dos olhares na espera de algum sinal de vida. Os investimentos continuam até ser confirmado o óbito. Não há emoções expressas com relação à morte, vejo a equipe médica se distanciar do corpo e permanecerem os técnicos e/ou auxiliares de enfermagem executando os cuidados junto a este até retirá-lo da sala* (O-9).

Agindo como se o paciente não tivesse importância, elas despersonalizam e negam o valor do indivíduo, o que também foi identificado por Pitta (1999) como uma estratégia de enfrentamento. Nesse sentido, todos os pacientes são tidos como iguais, sem desprendimento de afeto, diante de qualquer que seja a situação.

Leal (2003), ao estudar as estratégias de enfrentamento utilizadas pela enfermagem no cuidado às vítimas e agressores, ressalta que esta exprime um esforço para racionalizar o pensamento, como forma de enfrentamento. Conforme a fala a seguir, confirma-se nesse estudo a avaliação da autora.

> *[...] a gente se conforta assim: Também, quem mandou ele estar lá... [risos] Ah, mas é bandido mesmo, já passou tanto pela cadeia e tal, não se perdeu muito. Infelizmente a gente pensa assim quando é um bandido que morre [...]* (E-10).

Encontrando uma justificativa racional para a situação, a realidade é intelectualizada e a dimensão emocional da experiência vai sendo distanciada. Dessa maneira, o sentimento despertado é transformado em leitura lógica sobre a realidade a fim de proteger-se do desequilíbrio emocional.

Além disso, considera-se importante destacar que a observação da enfermagem, no convívio com as vítimas da violência, também possibilitou identificar a despersonalização como forma de proteção ao sofrimento. Isso pôde ser evidenciado pela postura adotada pelas profissionais diante de situações como a seguinte:

> *Um paciente algemado e acompanhado de policiais é trazido à sala. Ele apresenta dificuldades respiratórias e aguarda atendimento com a presença de quatro policiais. Informações sobre o paciente são questionadas aos policiais e não há nenhuma interação com o paciente. O médico o ausculta sem trocar qualquer palavra, da mesma forma o auxiliar na verificação dos sinais vitais e instalação de nebulização [...]. Antes da alta, as informações sobre os cuidados e tratamento são dadas ao policial, nada sobre esses assuntos é comunicado ao próprio paciente. O policial que recebe a informação apenas faz sinal ao colega que pega o paciente pelo braço e o puxa!* (O-11).

O paciente custodiado é despersonalizado e as trabalhadoras não tomam consciência da insegurança, do medo e até da raiva que sentem. Ainda, pode-se inferir, sobre essa questão, que os sentimentos negativos gerados pelo convívio com as vítimas da violência não foram declarados nos discursos das participantes da pesquisa durante a coleta dos dados.

Não encarar o paciente custodiado, e sim suas lesões físicas, é uma maneira de não reconhecer a violência como fenômeno de responsabilidade social, incluindo o setor saúde. Dessa maneira, entende-se que o olhar lançado exclusivamente à doença física se torna uma responsabilidade menos complexa, mais passível de resolução sem precisar encarar o problema, o que funciona como uma forma de proteção utilizada pelas profissionais que convivem cotidianamente com bandidos e agressores.

4.2.6.3 Modulando o sofrimento com graça: **“**que a gente perca tudo, menos o censo de humor.”

A observação das posturas assumidas nos momentos de tensão devido ao risco de morte possibilita mencionar que se instala a angústia e o medo de que as manobras não salvem o paciente. Nessas situações, utiliza-se uma alternativa para aliviar a tensão diante da aproximação do fracasso. Geralmente trata-se da iniciativa de algum dos membros da equipe em tecer comentários humorados para que todas se descontraiam.

Esta é uma medida que pode ser entendida como algo que visa a prevenir a evolução da tensão e do sofrimento. Sobre isso, Lazarus e Folkman (1986) afirmam que algumas pessoas encontram formas de reagir em situações críticas até para que possam manter a esperança de que a situação venha a se modificar.

Essa estratégia é utilizada não somente diante do medo da morte, mas também quando o desespero instala-se pela demanda excessiva que exige a intensificação do trabalho. Dessa forma, frente à angustiante sensação de não conseguir dar conta das tarefas, lança-se mão de risos e piadas como recurso contra o sofrimento.

> *observo piadinhas sobre o fluxo de pacientes na sala: 'Aqui é como shopping center', diz a auxiliar. E o médico: 'Mas no shopping não tem fila pra entrar!' Ela responde: 'Não faz mal, é de graça!' [muitos risos]* (O-2).

> *[...] a gente tem os nossos momentos de distração durante o trabalho, que já é um trabalho de 12 horas tumultuado. A parte divertida é um momento de distração, contar uma piada pra colega, gozar da cara de alguém.[risos] É uma coisa divertida, é o nosso momento de distração, pra gente não levar essa coisa do atendimento na emergência tão a sério, tão a sério não, eu digo tão tenso[...]* (E-5).

> *elas fazem graça com o caso de uma paciente que 'não tinha nenhum dente' e o marido a pegou no colo e a tratou 'como uma princesa', 'apaixonado'* (O-4).

Os comentários humorados, as piadas e os momentos de riso estão constantemente acompanhando o trabalho, e o significado para tais comportamentos é identificado como forma de enfrentamento pelas próprias profissionais de enfermagem.

> [...] *às vezes a gente dá risada aqui e eu digo assim: 'Que a gente perca tudo, menos o censo de humor!' O que é esse censo de humor? É a minha maneira de me defender!* (E-2).

Verifica-se, portanto, que as trabalhadoras de enfermagem, por atuarem juntas há muitos anos, desenvolveram ao longo do tempo estratégias coletivas para enfrentarem as situações passíveis de gerar sofrimento em seu cotidiano de trabalho. Diante disso, supõe-se que as "formas de enfrentamento" utilizadas estariam atuando como protetoras à instalação do sofrimento. No entanto, sabe-se que

> a vocação primeira dessas defesas é de resistir psiquicamente à agressão que constitui determinadas formas de organizações do trabalho. A coisa complica-se bastante pelo fato de que se essas defesas forem eficazes, elas conseguirão dissimular; com maior ou menor êxito, o sofrimento em questão da própria consciência dos trabalhadores (LANCMAN & SZNELWAR, 2004, p.144).

Dessa maneira, embora as formas de defesa individual ou coletiva forneçam proteção à saúde dos indivíduos, a intensificação da estratégia defensiva fornece uma espécie de solução paliativa, que impede que as trabalhadoras tomem consciência de determinados aspectos do trabalho que seriam sobre maneira maléficos a sua saúde. Assim, poderia haver sofrimento sem a tomada de consciência sobre o mesmo, e ainda, sobre os riscos e as relações de exploração a que estão expostas essas profissionais.

Entretanto, não são apenas as formas de enfrentar o sofrimento que protegem a saúde das profissionais no contexto estudado. Observou-se um outro aspecto que contribui para esta proteção e, mais do que isso, um aspecto decisivo na relação que o trabalho em urgência e emergência estabelece com a saúde das trabalhadoras de enfermagem. Trata-se do sentido do trabalho, o qual se evidenciou como elemento fundamental para a capacidade de se manter o equilíbrio e não adoecer.

4.3 O sentido do trabalho propiciando a saúde das trabalhadoras

O olhar lançado ao cotidiano de trabalho da enfermagem em urgência e emergência permitiu constatar que, mesmo diante de muitas dificuldades enfrentadas no dia-a-dia, o benefício do trabalho para a saúde está posto no valor simbólico da atuação. Ou seja, este se encontra no atributo moral da atividade.

Diante disso, concorda-se com o que defende a pesquisadora Estelle Morin, ao afirmar que o sentido do trabalho é o que define a relação que ele tem com a saúde das trabalhadoras. Segundo ela, o trabalho é o centro de equilíbrio das pessoas, e se busca nele uma ocupação ética e que tenha utilidade, pois o que oferece equilíbrio para a saúde dos trabalhadores é o sentido deste trabalho, se é moralmente correto e se lhes permite sentir-se eficientes (MORIN, 2003; MORIN, 2006).

Nesta perspectiva, a relevância do desempenho profissional não está posta na sustentação da empresa ou na recompensa financeira, mas está, principalmente, na valoração moral do trabalho e no prazer de sentir-se útil. Este valor, no contexto estudado, é atribuído à finalidade do trabalho, que é compreendida pelos participantes como a de salvar vidas.

> *[...] o bom é justamente isso, de atuar num momento crítico, que é crítico e crucial, é aquela coisa da vida e da morte. Tu pega um paciente mal e o paciente daqui a pouco está falando, é gratificante isso pra nós!* (E-7).
>
> *[...] a gente tem pacientes bem graves, mas eles vão evoluindo e melhorando... aquele paciente não vai mais morrer, isso é muito bom!* (E-10).
>
> *Eu acho muito rico o trabalho de uma emergência, [...] é uma grande contribuição pra realmente manter o paciente, é salvar, é trazer o paciente de volta pra vida que está se despedindo dele [...] a vida ta indo embora e a gente tenta trazer ela de volta justamente naquele momento em que ela está se despedindo[...]* (E-12).

O poder de salvar vidas aparece como um fator de auto-estima das trabalhadoras de enfermagem, o que remete Lancman (2004), ao referir que o trabalho integra o ser humano a grupos com certos direitos sociais. No que permeia estes direitos, pode-se pensar o trabalho de "salvar vidas" como uma ocupação que traz recompensas sociais de gratidão e admiração a essas profissionais.

As habilidades que tornam possível trazer de volta a vida são prerrogativas que atribuem poder às trabalhadoras do serviço estudado, as quais são vistas como heroínas diante do desafio de salvar. Percebendo-se com esta dádiva, as participantes desta pesquisa expuseram o orgulho pelo trabalho que realizam.

4.3.1 Orgulho pela atuação: uma manifestação de saúde

Ser crucial diante do risco de morte é um motivo de muito orgulho para as trabalhadoras de enfermagem. As seguintes falas expressam o significado do trabalho executado, o que é compreendido aqui como uma manifestação de saúde no trabalho.

> *[...] tu vê o paciente chegar tão ruim e depois sair te agradecendo [...] É muito gratificante esse serviço nosso, eu fico muito emocionada...[ela pára de falar e limpa suas lágrimas*] (E-11).
>
> *[...] esse tipo de trabalho é uma fonte de realização muito grande, fonte de alegria, [...] eu tenho o máximo orgulho de trabalhar aqui. Bah, eu já vi tantas coisas aqui dentro!* (E-2).

As participantes também destacaram com orgulho a importância do setor de urgência e emergência em relação aos demais setores do hospital. Para elas, o valor conferido às qualidades da atuação da enfermagem pode ser gozado no privilégio de atuar no setor que "salva primeiro".

> *Emergência é a via aérea do hospital, é quem mata primeiro, na realidade é quem te salva primeiro! [...] De nada adianta ter uma UTI super bem montada se na emergência as coisas não andarem bem. E esse trabalho de andar bem que é a nossa realidade!* (E-12).
>
> *O térreo do Pronto Socorro é o cartão de visita do hospital, é a entrada e é onde os pacientes são avaliados em primeiro lugar. Então a gente tem a porta, a gente tem que saber e tem que ser bem selecionado!Tu não acha?* (E-11).

Tendo isso em vista, percebe-se que a preferência manifesta por trabalhar no SAE é atribuída pelas participantes a fatores como o poder de combater a morte, as habilidades e conhecimentos específicos necessários para se atuar no setor, dentre outros.

Sobre isso, Deslandes (2002) refere que as profissionais que trabalham em serviços de urgência e emergência se percebem privilegiadas por deterem e exercerem habilidades de iniciativa individual, capacidade de decisão rápida e domínio técnico. Da mesma forma, no contexto estudado, as habilidades específicas para realizar o trabalho foram expressas como exigências que determinam a autovaloração profissional das trabalhadoras de enfermagem.

> *[...] o enfermeiro emergencista, que trabalha em trauma, ele tem que ser criativo e ele tem que atuar dentro da pressão e do estresse, ele tem que saber lidar com tudo isso, [...] ele tem que ter o perfil de adaptação, tu tem que te adaptar com as mais diversas situações* (E-6).

Assim, "o que tu tem que ser...tem que saber...tem que fazer" são necessidades declaradas com orgulho, pois o reconhecimento pela capacidade de trabalho é fator de auto-estima para estas profissionais.

Com base em Lancman e Sznelwar (2004), compreende-se o discurso manifesto sob a perspectiva de que a retribuição que o indivíduo espera do trabalho está, antes de qualquer outra, no reconhecimento, o qual não é mero adorno presente no discurso das trabalhadoras, mas representa fator crucial para a constituição da sua saúde.

4.3.2 Reconhecimento e identidade no trabalho

O reconhecimento passa pelo julgamento de utilidade e de estética. No primeiro, a dimensão utilitária da atividade decorre da percepção dos superiores hierárquicos, dos subordinados e mesmo dos clientes; o segundo é proferido essencialmente na linha horizontal, pelos pares, pelos colegas, pelos membros da equipe ou da comunidade (LANCMAN e SZNELWAR, 2004).

Nesta perspectiva, pode-se afirmar que, em relação ao suporte dado pela Instituição e pelo Sistema de Saúde, as trabalhadoras percebem-se desamparadas e, portanto a dimensão utilitária da atividade não proporciona o reconhecimento que as profissionais desejam.

> *[...] eu vejo triste como o profissional de saúde é desassistido: Te vira! Enquanto tu estiveres produzindo tudo está numa boa, mas quando tu pirar, quando tu não corresponder mais, se tu cometer algum deslize... É muito triste de ver o abandono de nós cuidadores!* (E-2).

> *[...] o funcionário aqui se acha pouco valorizado. Na verdade porque se trabalha aqui? A maioria trabalha pelo dinheiro, porque é o hospital que mais bem paga [...]* (E-8).

A recompensa financeira é tida como o suprimento de uma necessidade, mas não realiza o ser humano na dimensão do reconhecimento, pois mesmo recebendo um “bom” salário, ele se sente pouco valorizado. Diante disso, entende-se o reconhecimento como questão intermediária entre o trabalho e o prazer, uma vez que sem reconhecimento não há sentido, prazer ou reapropriação em relação à alienação. Sem reconhecimento, instala-se o sofrimento e/ou as estratégias defensivas (LANCMAN, 2004).

Ainda sobre a dimensão utilitária, verifica-se a valoração diferenciada entre as atividades desenvolvidas no SAE. Fala-se aqui do valor atribuído às profissionais que salvam vidas, e que lidam em situações de emergência, o que estaria divergindo do reconhecimento atribuído aos fazeres “de rotina” ou “não urgentes”.

Dessa maneira, atuar na sala de emergência possui seu *status* dentro da Instituição, onde a organização do trabalho prima pelo suporte tecnológico avançado no atendimento ao paciente em risco de morte e o conhecimento específico das profissionais sobre a área. Assim, é como se as “melhores” profissionais estivessem exercendo suas atividades no local “mais importante”.

> *Conforme referiram uma enfermeira e uma auxiliar: ‘O pessoal do poli se acha o máximo porque usa abocath 14, mas eu sempre digo que técnica qualquer um aprende!’ [...] As duas comentam que a equipe do poli é ‘fechada’ e ‘eles te testam’, se trata de ‘um status’ de quem trabalha no poli sabe mais [...]* (O-4).

A busca pelo reconhecimento provoca conflitos entre as equipes de enfermagem, uma vez que o hospital, como serviço de pronto socorro e referência em trauma oferece uma margem maior de reconhecimento para aqueles que atuam diretamente nessas situações e se identificam com o propósito do serviço. Esta identificação torna-se mais abstrata para aqueles que atuam em casos de menor ou nenhuma gravidade, para os quais não é exigido o conhecimento específico para trabalhar em um Pronto Socorro, como fica evidenciado na observação que segue:

> *Numa conversa da auxiliar com o médico: ‘Aqui por muito tempo foi um depósito de gente que não prestou pra outros setores [...] tem que acabar com a sala 6, isso aqui é um hospital de trauma!’* (O-6).

Conforme Lancman e Sznelwar (2004), processos como reconhecimento e mobilização da inteligência, mais do que relacionados à realização do trabalho, estão ligados à constituição da identidade do sujeito. Somado a isso, ainda há a questão dos papéis exercidos pela enfermagem

nas situações de emergência. Nestas, a divisão do trabalho ameniza a distância entre o saber e o fazer, já que a ação inclui a concepção pela necessidade de um atendimento ágil e eficaz, o que se mostrou menos evidente na sala de sutura e sala clínica, fazendo com que a preferência fosse pela sala de emergência.

Foi possível evidenciar ainda que o reconhecimento oriundo do profissional médico também contribui para a dimensão utilitária do trabalho da enfermagem, como pode ser visto na declaração a seguir:

> *[...] quando tu consegue os meios de atingir o profissional para dar atenção específica para determinado paciente e ele realmente vem te dizer: 'Poxa, que bom que tu viu isso! Vamos agilizar para fazer esse atendimento!' Isso é o que te dá o retorno*! (E-6).

Tomando a psicodinâmica do trabalho como eixo de análise, quanto ao reconhecimento há de ser considerada, ainda, a percepção provinda dos usuários sobre a dimensão utilitária da atividade. Esta questão está vinculada a reflexões anteriores, onde foram descritas interações conflituosas entre as profissionais de enfermagem e os usuários do serviço. Estas constatações vão ao encontro dos resultados obtidos por Deslandes (2002, p.70) para quem "os confrontos entre profissionais e clientela são fatos comuns que agregam maior tensão ao exercício das tarefas nas emergências, o que acaba fazendo com que todos os envolvidos no trabalho se sintam pouco reconhecidos". Apesar disso, as trabalhadoras afirmam sua utilidade pela grande procura da população pelo Pronto Socorro.

O reconhecimento pelo julgamento de estética, provindo dos pares, tem conferido valores positivos às trabalhadoras de enfermagem. Para essas profissionais, a competência e o coleguismo são fatores motivadores para a sobrevivência no trabalho.

> *[...] a nossa equipe é muito legal [...] tem habilidades, trabalha, pega junto e pega pra valer, eu acho que a equipe toda faz isso [...]* (E-7).

> *[...] a gente graças a Deus tem uma equipe de trabalho, de enfermagem, m-u-i-t-o boa de trabalhar!* (E-5).

Além disso, o reconhecimento expresso pelas enfermeiras em relação às auxiliares e técnicas de enfermagem atesta a valoração das habilidades exercidas por essas profissionais. Esta questão pode ser vislumbrada nas seguintes falas:

> *A enfermeira fala de sua equipe: 'Quando eles pedem para que eu dê uma olhada, eu posso confiar, realmente precisa ver, eles tem o olhar clínico!'* (O-4).

> *[...] a gente sabe com quem a gente trabalha e fica tranqüila. Eu agora estou conversando contigo e saí da sala, eu sei que eles vão saber o que fazer se chegar um paciente mais grave!* (E-3).

Assim, a confiança entre os pares é identificada como fator positivo do trabalho. Para Lancman e Sznelwar (2004) o reconhecimento de estética confere ao sujeito sua originalidade e refere-se ao que há em comum entre o sujeito e os demais integrantes do grupo e a profissão. Assim, pode-se inferir que, no contexto estudado, há o reconhecimento dos pares configurando o julgamento à enfermagem enquanto grupo.

Diante das considerações traçadas acerca das dimensões implicadas no reconhecimento, determinantes do equilíbrio das trabalhadoras e conseqüentemente da relação trabalho-saúde, interessa ainda destacar a sua importância na constituição da identidade das mesmas. Segundo estudos da psicodinâmica do trabalho esta questão deve ser incluída na discussão sobre a relação trabalho-saúde por ser a identidade sempre uma vitória sobre a alienação no trabalho, havendo dessa forma uma reapropriação do sentido do trabalho.

> *[...] é um serviço muito dinâmico, muito diversificado, variado, não chega a enjoar [...]* (E-3).

Na "variação" mencionada pela participante da pesquisa é que se identifica um espaço peculiar do trabalho em urgência e emergência para que haja criação sobre a tarefa prescrita. Dito de outra forma, a atuação prevista para as situações de trabalho é passível de um acréscimo de criatividade, inventividade ou descoberta, atribuindo ao resultado final um pouco da própria trabalhadora, uma vez que diante do risco de morte nem tudo pode ser previamente concebido.

Esta parcela de si sobre a técnica é, também, um espaço favorável à construção da identidade das trabalhadoras de enfermagem. Tendo isso em vista, afirma-se que além do benefício à saúde estar no significado do que está sendo feito (salvando vidas), ainda há de ser considerada a possibilidade de espaço para a mobilização humana diante da tarefa, o que é potencializado no contexto estudado pela imprevisibilidade das situações.

> *[...] tu pode até trazer a vida de volta quando tu está numa UTI ou numa internação, mas acontece que a situação de emergência é a situação aguda, tu vai atender e tu não sabe o que está acontecendo, tu não sabe quais são as causas que ocasionaram isso, tu não tem o paciente monitorizado, tu não tem o paciente intubado, tu vai fazer tudo naquele momento! Então é mais ou menos isso o ambiente de emergência, esse é o meu cotidiano do meu trabalho!* (E-12).

A possibilidade de "fazer tudo naquele momento" é compreendida aqui como espaço para a realização dos desejos e necessidades das trabalhadoras, o que significa, por conseguinte, espaço para a possibilidade dos sujeitos restabelecerem o equilíbrio diante das situações passíveis de sofrimento e, dessa maneira, se manterem saudáveis. Assim, lidar com o imprevisto, exigência do trabalho em urgência e emergência, pode ser entendida como um benefício dessa organização do trabalho à saúde das profissionais de enfermagem.

Além disso, a sensação de participação no processo de trabalho como um todo é outro fator contribuinte no benefício do trabalho em urgência e emergência para a saúde das profissionais de enfermagem. Dessa forma, concorda-se com Deslandes (2002) ao referir que nas situações graves, de risco à vida, a intervenção realizada cria a idéia de atendimento que se completa, seja com a sobrevivência ou com a morte do paciente.

> *[...] eu gosto desse tipo de atendimento, que entra e sai, que a gente completa um trabalho e depois encaminha o paciente pra outros lugares, um fluxo contínuo [...]* (E-3).

Tendo isso em vista, pode-se constatar que o trabalho em urgência e emergência possui aspectos favoráveis à saúde das profissionais de enfermagem. A possibilidade de participar da concepção do trabalho, somada ao orgulho pela sua finalidade e ao reconhecimento constituinte da identidade das trabalhadoras, foram os fatores identificados como definidores do equilíbrio e, portanto, da saúde no trabalho.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Buscar a compreensão do trabalho na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem, atuantes em um serviço público de Pronto Socorro exigiu discorrer sobre o contexto organizacional do serviço, a dinâmica de trabalho e a vivência das trabalhadoras de enfermagem inseridas nessa realidade.

No que concerne ao contexto organizacional, observou-se que o serviço estudado tem recebido os usuários que buscam resolutividade, seja pela gravidade da doença, que requer uma interferência imediata sobre o estado de saúde do paciente, ou pela não resolução de seus problemas na atenção básica, que seriam os casos chamados “não-urgentes”. Frente a essas situações, as trabalhadoras de enfermagem se percebem impotentes, uma vez que não podem resolver muitas das necessidades oriundas da “desordem” na rede de serviços públicos de saúde, e tampouco conseguem inserir o usuário no sistema.

Entende-se que isso acontece porque o Pronto Socorro visa somente a ações imediatistas e não possui uma direção exata para encaminhar a população que necessita de atenção contínua à saúde. Dito de outra forma, o sistema de referência e contra-referência em saúde ainda não encontra-se completamente estruturado no município.

Embora se tenha utilizado como campo de pesquisa uma Instituição referência para o atendimento ao trauma, os problemas clínicos de saúde se mostraram como os principais motivos que levam o usuário ao HPS. Essa demanda tem sua entrada no serviço de diversas maneiras e com diferentes atores atuando na sua classificação.

O conhecimento das áreas de atendimento do SAE permitiu incluir à análise o espaço onde os indivíduos interagem, reproduzindo ou transformando as estruturas sociais que integram o dia-a-dia do trabalho estudado. Além disso, conhecer a ordem hierárquica da administração do Hospital, e conseqüentemente do SAE, possibilitou identificar, por exemplo, que nos atendimentos de casos de urgência e emergência, a autoridade da profissão médica se coloca em mesmo nível que a da enfermagem, embora seu poder seja revelado no momento em que ocupam cargos de chefia superior.

Entretanto, essa questão não pareceu motivo de incômodo para as participantes da pesquisa. A mudança na chefia de enfermagem, ocorrida pouco tempo antes do período de coleta

dos dados, se mostrou como um fator gerador de ansiedade para enfermagem, principalmente porque suscitou insegurança em decorrência das mudanças organizacionais que essa alteração estava trazendo.

Apesar de haver uma estrutura rígida, pôde-se perceber que as profissionais de enfermagem não convivem tão passivamente com as regras impostas. Isso vale principalmente para o nível médio da enfermagem, que não ocupa nenhum cargo de chefia, mas ao qual é assegurada a estabilidade empregatícia.

Ainda abordando o contexto organizacional do trabalho da enfermagem em urgência e emergência, o estudo possibilitou caracterizar o perfil das profissionais de enfermagem. Dessa forma, foi possível identificar que a categoria das auxiliares de enfermagem representa a maioria dessas trabalhadoras de nível médio, têm mais de 20 anos de trabalho no serviço e a sua distribuição entre os setores do SAE variou conforme o sexo, em detrimento do conteúdo da tarefa. Diante disso, pôde-se observar que os homens se destinavam às tarefas que exigiam uso da força física, ao passo que as mulheres assumiam tarefas dimensionadas pela habilidade manual.

Tendo em vista o contexto organizacional no qual se insere o cotidiano da enfermagem em urgência e emergência, buscou-se a compreensão da dinâmica do trabalho da enfermagem. Nessa direção, encontraram-se ações de cuidado dependentes do tempo, da imprevisibilidade da demanda e desprovidas de rotina.

A necessidade de agilizar os atendimentos foi detectada claramente tanto nas observações em campo quanto nas entrevistas, parecendo ser o objetivo principal das ações desenvolvidas pela enfermagem no SAE. Isso, por vezes, se mostrou como um fator desencadeante de conflitos interpessoais, uma vez que a demora no atendimento contribuía para a superlotação do serviço, bem como para a intensificação do trabalho.

Além disso, a superlotação exigia que as trabalhadoras escolhessem, muitas vezes, para quem destinariam a sua atenção, deixando alguns pacientes desassistidos. Situações desse tipo foram identificadas como potenciais para o sofrimento no trabalho, à medida que suscitavam a culpa de não fazer aquilo que acreditavam ser o melhor, acarretando conflitos pessoais por considerarem que os comportamentos adotados ficavam desprovidos de ética e compromisso social.

Essa questão se mostrou ainda mais presente nas atuações da enfermagem destinadas ao acolhimento. Observa-se que, frente ao usuário que não encontra soluções para os seus problemas

na atenção básica, ter que informar que o Pronto Socorro deve ser procurado somente para atendimento de urgências e emergências, tem sido uma tarefa muito angustiante para as profissionais de enfermagem. Elas compreendem sua atuação como não resolutiva por constatarem que não se tem para onde encaminhar essas pessoas. Dessa limitação, emerge o sofrimento, pois suas ações ficam desprovidas de sentido.

Ainda sobre o acolhimento, tecnologia que visa a reorganizar a promoção da saúde no SUS, este estudo permitiu identificar que alguns princípios que regem essa diretriz operacional estão sendo implementados no Pronto Socorro com alguma fragilidade. Questões estruturais da organização do atendimento não foram alteradas, o que não possibilita que se avance no alcance dos objetivos do acolhimento, e para a enfermagem essa situação tem sido motivo de desgosto com as práticas desenvolvidas.

Além disso, a deficiência de recursos humanos e materiais também foi identificada como uma condição imprópria para o trabalho. No entanto, pôde-se constatar que a existência de equipamentos de alta tecnologia muitas vezes basta para que as profissionais de enfermagem se sintam privilegiadas, mesmo que esses instrumentos não façam parte diretamente do seu fazer.

Ainda em relação aos meios de trabalho, observou-se que as condutas exercidas pelas trabalhadoras de enfermagem encontram-se influenciadas pela posição que a enfermagem ocupa na divisão do trabalho hospitalar. Entretanto, constatou-se que no trabalho em urgência e emergência essa divisão é amenizada pela necessidade de atuar intelectualmente diante do risco de morte.

Essa característica possibilita que a enfermagem atue na concepção do trabalho, e não só na execução, tornando possível exercer controle sobre a organização do trabalho, o que também foi observado na interface do trabalho da enfermagem com os residentes e internos de medicina. Nessa relação, a familiaridade das profissionais de enfermagem com o mundo do trabalho lhes confere maior poder e, assim, oportuniza espaço para a realização dos desejos e necessidades das trabalhadoras.

Outra característica do trabalho na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem é a existência de acordos coletivos que circunscrevem percursos para o trabalho, tornando possível atender às necessidades dessas trabalhadoras. O cumprimento às regras institucionais é a estratégia utilizada pela enfermagem na maioria das situações em que essas profissionais necessitam lidar com os acordos traçados pelas demais categorias, que atuam no

mesmo espaço de trabalho. No entanto, a postura assumida pela enfermagem não é estática quanto a essa questão, uma vez que as trabalhadoras também quebram as regras quando suas aspirações assim exigem. É nesse movimento de atitudes e comportamentos que as profissionais têm encontrado algumas brechas para suas realizações coletivas e individuais no trabalho.

Além das relações estabelecidas diante da necessidade de trabalhar em regime de cooperação, ainda há o objeto – humano - de trabalho, salientando o fator relacional do trabalho em saúde. No encontro da enfermagem com o usuário do Pronto Socorro, observaram-se relações bastante conflituosas e, por vezes, geradoras de violência no ambiente de trabalho.

A violência identificada foi oriunda de ambas as partes: os usuários agredindo verbal e fisicamente as profissionais, e estas, por sua vez, respondendo com descaso e rispidez nas atitudes. Essas observações foram compreendidas como manifestações de sofrimento para ambas as partes.

Contudo, esse sofrimento, expresso no encontro com o usuário e associado a questões que, por vezes, ultrapassam a capacidade resolutiva do Pronto Socorro, é enfrentado pelas trabalhadoras de enfermagem com o uso de estratégias coletivas de defesa. Foi possível identificá-las no distanciamento assumido pelas profissionais frente a situações como a necessidade de prestar apoio à família quando o atendimento não tivera o desfecho desejado, por exemplo. Ou então no comportamento de afastamento adotado diante da superlotação da sala, o qual repercutia na saída do setor de atendimento por várias vezes, seja para ver colegas de outros setores ou para ir à sala do lanche.

A despersonalização também se mostrou como uma estratégia de enfrentamento utilizada pelas trabalhadoras do SAE. Elas se demonstraram frias e racionais diante das situações, afirmando controlar seus sentimentos para seguirem trabalhando sem que as circunstâncias lhes causassem dano. Além disso, o uso freqüente de citações humoradas e brincadeiras diante dos momentos mais variados permitiram perceber que essa era mais uma forma de defesa encontrada para não adoecer diante das situações de fracasso no salvamento dos pacientes graves, por exemplo.

Além do uso de estratégias de enfrentamento frente às situações geradoras de sofrimento, as profissionais de enfermagem mantinham-se em equilíbrio diante das exigências do trabalho, face ao seu conteúdo.

A reflexão assim direcionada permitiu identificar que o benefício do trabalho estudado para a saúde das profissionais de enfermagem está posto no valor simbólico da atuação, no atributo moral da atividade. Assim, a finalidade do trabalho em urgência e emergência – salvar vidas – é o que define positivamente as repercussões do trabalho sobre a saúde, no espaço estudado.

Dessa maneira, aquelas que atuam diretamente com os casos de maior gravidade foram identificadas como as trabalhadoras mais beneficiadas pelo reconhecimento provindo da ação de salvar os pacientes da morte. Embora esse estudo não tenha identificado a diferenciação numérica entre os atendimentos de urgência e emergência e os "não-urgentes", ele possibilitou qualitativamente afirmar que o convívio da enfermagem com os pacientes mais graves é mais prazeroso. Nessas situações as profissionais exercem suas habilidades especializadas, atuam intelectualmente diante do objeto de trabalho e conseguem acompanhar o desfecho da produção (a vida ou a morte do paciente), enquanto nas demais situações, muitas vezes, o problema do paciente não é resolvido, e as trabalhadoras percebem os seus fazeres como "vazios".

Tendo em vista as questões mencionadas, compreende-se que a saúde das profissionais de enfermagem é constituída a partir de uma dinâmica de trabalho por vezes danosa, resultante de um contexto organizacional que carrega marcas de um sistema público de saúde com muitas deficiências, mas que permite, de algumas maneiras, que as trabalhadoras encontrem caminhos originais para dar conta das exigências do trabalho e das suas próprias necessidades, sem adoecerem. Assim, mesmo aquelas que se percebem menos privilegiadas em relação ao setor onde desempenham suas tarefas, têm seu equilíbrio estabelecido.

Compreende-se, portanto, que são múltiplos os fatores do trabalho envolvidos na sua relação com a saúde das profissionais estudadas. Contudo, constatou-se que os aspectos que caracterizam um serviço como sendo de urgência e emergência, como a imprevisibilidade da demanda, a tecnologia e as manobras para salvar a vida, são fatores que favorecem a saúde no trabalho. Por outro lado, ficou explícito como impróprias à saúde as situações que deixam as trabalhadoras contrariadas devido a sua incompletude, ou seja, entre o que é possível de ser feito e o ideal, o que elas gostariam de fazer. Isso pôde ser vislumbrado na dinâmica das salas superlotadas, na atenção oferecida ao hipertenso que não encontrava acompanhamento na atenção básica e tampouco no Pronto Socorro, ao morador de rua que simulava quadros clínicos para alimentar-se ali, dentre outras situações.

Diante do exposto, entende-se que o tema está longe de ser esgotado devido a sua complexidade. Reconhece-se a parcialidade da opção de vislumbrar somente a enfermagem e alguns setores do SAE.

Assim, emergem possibilidades para novas investigações, tais como as que envolvam os parâmetros usados pelas profissionais na classificação dos pacientes, tanto na sua entrada no serviço, quanto na sua remoção entre os setores de atendimento. Tendo em vista a influência desta avaliação para a dinâmica do trabalho, pergunta-se: Quais são as bases desta avaliação?

Ainda destaca-se que a implantação do Acolhimento no Pronto Socorro parece ser uma questão controversa. Diante disso, afirma-se que muito se tem a aprofundar sobre o tema e alguns questionamentos são levantados: Que parâmetros estão avaliando os resultados obtidos com a implantação do Acolhimento no HPS? Quais são as percepções dos usuários sobre essa forma de recepção no Pronto Socorro? Como é possível avançar em prol da vinculação do Acolhimento no Pronto Socorro com a atenção básica?

Além desses aspectos, outro tema que mostrou necessitar de maior exploração a partir do estudo desenvolvido é a questão do gênero, o qual acompanha as relações que configuram o espaço de trabalho como potencial para a saúde ou o adoecimento. Sobre esse tema emergem as seguintes indagações: O trabalho possui o mesmo sentido para homens e mulheres? O reconhecimento e a identidade no trabalho são assexuados?

Apesar desses pontos não terem sido aprofundados, acredita-se na relevância do presente estudo na medida em que traz à tona aspectos por vezes fundamentais e latentes à relação que o trabalho estabelece com a saúde das profissionais de enfermagem.

Para o serviço estudado, traz-se subsídios às ações gerenciais que visem a abordar as condições de trabalho e, conseqüentemente, a qualidade da assistência prestada. Para as profissionais de enfermagem, os achados descrevem aspectos do cotidiano que nem sempre fazem parte do nível consciente dos pensamentos, o que pode contribuir para novas reflexões e indagações sobre a vida no trabalho.

REFERÊNCIAS

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 1977.

BIANCHI, E. R. F. **Enfermeiro hospitalar e o stress**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 390-394, 2000.

BOURDIEU, P. **A dominação masculina**. Tradução Maria Helena Kuhner. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1999. 160 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196, de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas em Seres Humanos**. 9p., 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Implantação às Urgências.** Portaria GM n°2048, de 5 de novembro de 2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004** – uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico de Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilhas da PNH**: acolhimento com classificação de risco. Brasília: Editora MS, 2004b.

_____. 3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador: "trabalhar sim, adoecer não". **Textos de Apoio**, 2005. Disponível em:

<www.fundacentro.gov.br/CTN/ColetaneaTextosdeApoioIIICNST.pdf> Acesso em 03 de março 2006.

BRITO, J. C. **Saúde, trabalho e modos sexuados de viver**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e Poderes no Hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, B.G.; MARTIN, G.B.; CORDONI, Jr. L. A Organização do Sistema de Saúde no Brasil. In: ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A.; CORDONI, Jr. L, organizadores. **Bases da Saúde Coletiva.** Londrina: UEL; 2001. p.27-59.

COELHO, M. T. A. D.; FILHO, N. A. Análise do Conceito de Saúde a partir da Epistemologia de Canguilhem e Foucault. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 101-113

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução nº 293/2004.** 2004. Disponível em <http://www.bve.org.br> Acesso em 05 de março 2006.

CONCONE, M. H. V. B. Os Sentidos da Saúde: uma abordagem despretensiosa. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 75-82

COSTA, A. L. R. C. **As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem:** o cotidiano de trabalho no setor de urgência e emergência clínica em um hospital público. Tese de Doutorado (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, 2005. 268 f.

CUNHA, J.P.P.; CUNHA, R.E. Sistema Único de Saúde Princípios. In: CAMPOS, F.E.; TONON, L.M.; JUNIOR, M. **O Planejamento e Gestão em Saúde** (Caderno de Saúde). Belo Horizonte: Coopmed; 2003.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, n.54, v.14, p.7-11, abr/jun., 1986.

_____, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. São Paulo:Cortez, 1990.

_____, C. Normalidade, trabalho e cidadania. **Cadernos do CRP**. n. 6, out, 1991.

_____, C.; ABDOUCHELI, E. Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C**. Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.119-145.

_____, C.; JAYET, C. Psicopatologia do Trabalho e Organização Real do Trabalho em uma Indústria de Processo: metodologia aplicada a um caso. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C**. Psicodinâmica do Trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. p.68-118.

_____, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

_____, C. Avant-propos para a edição brasileira. In: In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 15-21

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

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, abr/jun. 1999. Disponível em <http://www.scielo.br> Acessado em: 21 de dezembro 2005.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde:** perspectivas de profissionais e usuários. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar**: da idealização à realidade. 2001. 115 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Enfermagem**. 2004. Não publicado.

LACAZ, F. A. C. Qualidade de Vida no Trabalho e Saúde do Trabalhador: uma visão crítica. In: GOLDENBERG, P.; MARSIGLIA, R. M. G.; GOMES, M. H. A. (orgs). **O Clássico e o Novo:** tendências, objetos e abordagens em ciências sociais e saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003. p. 413-429

LANCMAN, S. O Mundo do Trabalho e a Psicodinâmica do Trabalho. In: LANCMAN, S.; SZNELWAR, L.I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. p. 23-34

_____, S.; SZNELWAR, L. I. (orgs) **Christophe Dejours**: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15, 2004. 2004

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. **Processo de Produção e Saúde**. Trabalho e Desgaste Operário. Ed Hucitec. São Paulo, 1989.

_____, A.C. et al. El trabajo como determinante de la enfermedad. **Cuadernos Médicos-Sociales**, v.56, p.17-33, 1981.

LAUTERT, L. O processo de enfrentamento do estresse no trabalho hospitalar: um estudo com enfermeiras. In: HAAG, G.S.; LOPES, M.J.M.; SCHUCK, J.S. (orgs.). **A enfermagem e a saúde dos trabalhadores.** Segunda edição, Goiânia: AB, 2001. p. 114-140.

LAZARUS, R.S; FOLKMAN, S. **Estrés y Procesos Cognitivos**. Barcelona: Ediciones Martínez, Roca, 1986.

LEAL, S. M. C. **Violência como Objeto da Assistência em um Hospital de Trauma**: o "olhar" da enfermagem. Dissertação de Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – UFRGS. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2003. 164f.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.20, n.esp., p.86-101, 1999.

_____, M. A. D. S. **O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico**. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, 1998.

LOPES, M. J. M. Poder, Interdependência e Complementaridade no Trabalho Hospitalar: uma análise a partir da enfermagem. **Revista Saúde**, Porto Alegre, v.1, p.43-50, 1996a.

_____, M. J. M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado da saúde. In: LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E.; WALDOW, V. R. **Gênero e Saúde.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996b, p.56-62.

LUNARDI- FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem á medicina**. 2 ed. Pelotas: Edição do Autor, 2004

MACHADO, M.H. Gestão Pública e Ética no Trabalho. Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil. In: **Seminário Internacional de Políticas de Recursos Humanos**, Brasília, 2002.

MELO, C. M. M. **Divisão Social do Trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MERHY, E. E. **Em busca do tempo perdido**: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. Agir em Saúde. São Paulo: Hucitec, 1997, p.71-112.

_____, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 1. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002. v. 1. 189 p.

MINAYO, M.C.S. et al. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 7 ed. Petrópolis – RJ: Vozes,1997.

_____, M. C. S. A violência sob a perspectiva da saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supt 1): 7-181, 1994.

_____, M. C. S. et al. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: HUCITEC, Rio de Janeiro: ABRASCO, 1993.

MORIN, E. À Procura do Sentido. **Carta Capital: Política, Economia e Cultura**, São Paulo: ano X, n. 263, p. 16-17, 2003.

_____. E. O Perigo da Satisfação. **Revista da Escola de Administração** – UFRGS. Porto Alegre: ano V, n. 14, p. 14-17, 2006.

NUNES, B. O. **O sentido do trabalho para merendeiras e serventes em situação de readaptação nas escolas públicas do Rio de Janeiro**. [Mestrado] Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. 161f.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde**: a interface entre trabalho e interação. Tese (Doutorado) Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da UNICMP, 1999. 240f.

_____, M.; AMSELMI, M. L. . O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, 2002.

PEREIRA, W. A. P. **Atendimento Pré-Hospitalar à Vítima de Acidente de Trânsito**: a organização do trabalho, seus atores e a Enfermagem. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). UFRGS. Escola de Enfermagem. Curso de Mestrado em Enfermagem, 2005, 171f.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.

_____. D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do Trabalho em Enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**. v.2, n.2, p. 311-325, 2004.

PITTA, A. M. F. **Hospital:** dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

POLIT, F.D.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. **Relatório de Gestão 2003**. Disponível em <http://lproweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/prestcontas2003.pdf>. Acesso em 27 de janeiro, 2006.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**: métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

ROLLO, A.A. É possível construir novas práticas assistenciais no hospital público? In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Editora Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997. p.321 – 39

SATO, L. **Trabalho e Saúde Mental**. Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho – Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical – CUT, 1996.

SILVA, C. O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da inventividade e da vida. (Dissertação de Mestrado) Rio de Janeiro: Ensp/Fiocruz, 1994. 182f.

SKABA, M. M. V. F. **O vício da adrenalina**: etnografia da violência num hospital de emergência. Dissertação (Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Fundação Osvaldo Cruz, 1997. 135 f.

STAKE, R. **Investigación com estúdios de casos**. Madrid: Morata, 1998.

STEIN, A. T. **Acesso a atendimento médico continuado**: uma estratégia para reduzir a utilização de consultas não urgentes em serviços de emergência. Tese (Doutorado em Clínica Médica). Porto Alegre: UFRGS, 1998. 240f.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. **Como Fazer Teses em Sade Pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001.

VIEIRA, S. B.; SELIGMANN-SILVA, E.; ATHAYDE, M. Dimensões ocultadas no hospital: o "trabalho sentimental" e as violências presentes na relação de serviço. In: ARAÚJO, A. et al. **Cenários do trabalho**: subjetividade, movimento e enigma. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

APÊNDICE A - Ficha de observação

FICHA DE OBSERVAÇÃO PARA DIÁRIO DE CAMPO

Data:_____ Hora:_____ Local:_____

Observações	Comentários

APÊNDICE B – Roteiro para entrevista

ENTREVISTA

Data: Hora: Local da entrevista:

Sexo: Etnia: Profissão:

Turno: Setor de Trabalho:

Tempo de serviço:

1 Fale-me sobre o seu trabalho.

2 Como você convive com essa realidade?

3 Como você percebe a sua saúde em relação aos aspectos mencionados?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

O projeto de pesquisa intitulado ‘ENFERMAGEM, TRABALHO E SAÚDE: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro’ está vinculado ao Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, sendo desenvolvido por Daiane Dal Pai. Tem por objetivo compreender o trabalho em urgência e emergência na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem atuantes em um serviço público de pronto socorro. Para tanto será realizada observação da dinâmica de trabalho no seu local de atuação, bem como uma entrevista.

Os dados a seu respeito serão mantidos sob sigilo assim como não haverá nenhum risco. Sua participação é voluntária e você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento sem que esta decisão acarrete qualquer dano a você.

A pesquisadora orientadora deste projeto é a professora Dra Liana Lautert, a qual poderá dar maiores informações sobre a pesquisa por meio do telefone (51) 3316 5089 ou (51) 9963 21 62.

Eu_____ declaro que fui informado(a) de forma clara e detalhada sobre esta pesquisa e sobre a minha participação. Concordo em participar deste estudo.

_____ _____

Assinatura do participante Assinatura da pesquisadora responsável

Data: _____

APÊNDICE D – Termo de responsabilidade pelo uso de dados

TERMO DE RESPONSABILIDADE PELO USO DOS DADOS

Eu Daiane Dal Pai, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul estou desenvolvendo a pesquisa intitulada 'ENFERMAGEM, TRABALHO E SAÚDE: cenas e atores de um serviço público de pronto socorro' que tem por objetivo compreender o trabalho em urgência e emergência na sua relação com a saúde das profissionais de enfermagem atuantes em um serviço público de pronto socorro. Para tanto, realizar-se-á revisão de documentos relativos ao contexto organizacional de trabalho (fluxograma do serviço, escalas de trabalho, a média de atendimentos realizados, perfil da clientela, dentre outros) a fim de descrever as circunstâncias em que atuam as profissionais de enfermagem. Os procedimentos metodológicos incluirão também a observação do local de trabalho e a realização de entrevistas com as trabalhadoras de enfermagem**.**

Comprometo-me a utilizar os dados coletados estritamente para esta pesquisa, os quais serão divulgados em conjunto não permitindo que sejam identificados dados confidenciais da clientela usuária deste hospital. Meu telefone para maiores esclarecimentos é (51) 8412 4620 e a orientadora desta pesquisa é a Doutora Liana Lautert e seu telefone para contato é (51) 3316 5171 ou 99632162.

Atenciosamente,

_____

Daiane Dal Pai

Enfermeira Mestranda

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
HOSPITAL DE PRONTO SOCORRO
DIREÇÃO CIENTÍFICA

Of. 045/2005

Porto Alegre, 17 de agosto de 2005.

Ref. Projeto de Pesquisa
AC CP N. 022/2005
Trabalho e saúde no cotidiano de trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de pronto socorro.

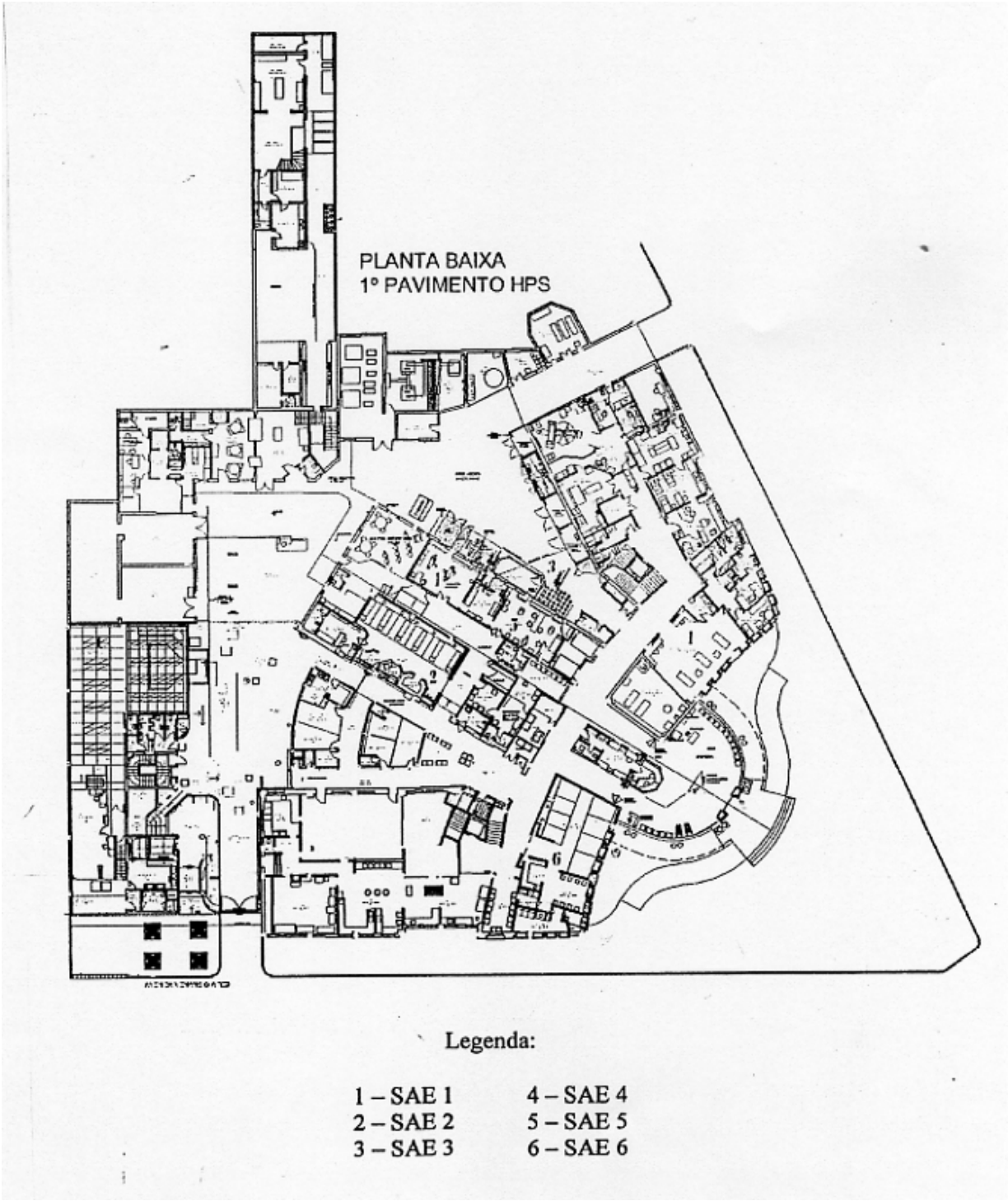
Prezada Autora Daiane Dal Pai:

O seu Projeto de Pesquisa foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Pronto Socorro Municipal de Porto Alegre, sendo considerado aprovado do ponto de vista ético e metodológico para execução neste Hospital.

Atenciosamente,

Dr. Mauro Soibelman,
Coordenador de Ensino e Pesquisa – DC – HPS.

ANEXO B – Planta baixa do pavimento térreo do Hospital de Pronto Socorro



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