

TÂNIA MARIA FERREIRA SILVA MELO

**DESVELANDO O INVISÍVEL: O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GETÚLIO
VARGAS ATRAVESSADO PELO SOFRIMENTO – UM ESTUDO DE CASO**

MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

UFPI

**TERESINA
2007**

Livros Grátis

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

Milhares de livros grátis para download.

TÂNIA MARIA FERREIRA SILVA MELO

**DESVELANDO O INVISÍVEL: O TRABALHO DA ENFERMAGEM NO
SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO HOSPITAL GETÚLIO
VARGAS ATRAVESSADO PELO SOFRIMENTO – UM ESTUDO DE CASO**

Dissertação apresentada ao Programa de pós-Graduação em Políticas Públicas da Universidade Federal do Piauí, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas.

Orientador: Professora Doutora Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

**TERESINA
2007**

M528d Melo, Tânia Maria Ferreira Silva
Desvelando o invisível: uma análise do processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência atravessado pelo sofrimento – um estudo de caso. /Tânia Maria Ferreira Silva Melo. – Teresina, 2007.
150f.: Tab.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Piauí – UFPI. Teresina, 2007.
Orientadora: Lúcia Cristina dos Santos Rosa.

1. Hospital. 2.Trabalho da Enfermagem. 3. Sofrimento. I. Título.

CDD 362.110 19

TÂNIA MARIA FERREIRA SILVA MELO

Dissertação de Mestrado submetido ao Curso de Mestrado em Políticas Públicas do Centro de Ciências Humanas e Letras da Universidade Federal do Piauí – Área de Concentração: Cultura e Identidade.

BANCA EXAMINADORA

**Professora Doutora
Universidade Federal do Piauí
(Orientadora e Presidente)**

**Professor (a) Doutor (a)
Universidade Federal do Piauí**

**Professor (a) Doutor (a)
Universidade Federal do Piauí**

**TERESINA
2007**

DEDICATÓRIA

- A Deus, por me permitir viver e realizar sonhos.
- À minha mãe, que abdicou dos seus sonhos, para me educar e realizar os meus.
- Aos irmãos Halan, Girlene e Cássio, pelo afeto e dedicação.
- Ao Melo, meu marido, pelo amor e companheirismo na união que decidimos construir.
- Ao José Levi, meu adorável filho, por me ensinar que a felicidade existe e está conosco através do seu sorriso.
- A Olga Marina, a filha amada que está por vir, pela companhia nas madrugadas em claro para elaboração desta dissertação.
- À tia Dadaia, pela dedicação ao José Levi, quando precisei me ausentar para estudar.
- À Lia, David e Maria Clara pelas alegrias compartilhadas nos domingos em família.
- Às amigas Mauricéia, Gracinha, Lilá e Marfisa pela amizade prazerosa.
- A todos, muito obrigada, por permitir aprender com vocês diferentes formas de amar e de amor.

AGRADECIMENTOS

- Aos trabalhadores de enfermagem do Serviço de Urgência e Emergência, que contribuíram na construção desse estudo com a riqueza dos seus depoimentos e a sabedoria posta no fazer realizado com sofrimento, mas também com prazer.
- À Professora Doutora Lúcia Cristina dos Santos Rosa, minha orientadora, por sua competência teórico-metodológica, pela sua capacidade de incentivar a busca do saber, pela sua paciência em ensinar e por seu sorriso largo sempre estampado que nos passa confiança;
- Ao Professor Doutor Francisco de Oliveira Barros Júnior, por sua brilhante forma de ensinar, pelas valiosas orientações em sala de aula e pela preocupação em sempre trazer um conteúdo para contribuir com a temática;
- A todos os professores do Mestrado pela convivência do saber acadêmico, e do saber da experiência, do sorriso, da alegria e dedicação, construídos dentro e fora da sala de aula;
- À Coordenação do Mestrado em Políticas Públicas, na pessoa da Neila, sempre atenciosa e prestativa em atender a todos com o mesmo carinho;
- Aos tímidos iniciantes do primeiro dia de aula, que no decorrer do processo fizeram-se caros amigos: Elvira, Carol, Manuela, Lucíola, Maria Helena, Iolanda, Edílson, Derivaldo, Kleber, Íris e Giovana;
- À amiga Hardeli, que com sua amizade sincera e serena esteve sempre disposta para as idas e vindas de leituras e correções;
- Ao amigo Celso que, com sua tranquilidade, soube passar a segurança de que este estudo seria digitado dentro dos prazos;
- A todas as pessoas que contribuíram para a realização deste desafio, meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE SIGLAS

CAP's – Caixas de Aposentadorias e Pensões

IAP's - Institutos de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

PNHAH – Programa Nacional de Humanização e Atenção Hospitalar

HGV – Hospital Getúlio Vargas

MDER – Maternidade Dona Evangelina Rosa

HILP – Hospital Infantil Lucídio Portela

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

UTQ – Unidade de Tratamento de Queimados

IDTNP – Instituto de Doenças Tropicais Natan Portela

CLT – Consolidação da Leis Trabalhistas

DC – Diário de Campo

RESUMO

Esta dissertação cujo título é “Desvelando o invisível: uma análise do processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência atravessado pelo sofrimento – um estudo de caso” teve como objetivo principal a análise da relação trabalho e sofrimento, e procurou estabelecer as implicações do trabalho hospitalar como elemento desencadeador de sofrimento para os trabalhadores da enfermagem. O campo empírico foi o Hospital Getúlio Vargas, no Serviço de Urgência e Emergência Dr. Dílson Pinheiro. A metodologia utilizada foi a qualitativa, tendo por método o estudo de caso. Como recursos metodológicos foram empregados: pesquisas bibliográficas, observação registrada em diário de campo e entrevista com quatorze trabalhadores(as) de enfermagem. Para análise das informações utilizou-se a análise de discurso. O argumento central desenvolvido foi o de que o sofrimento está presente no trabalho da enfermagem, consequência do trabalho geral tal como organizado na sociedade capitalista, que subverte o significado fundamental do trabalho, de fonte de valorização humana, pelo desprazer. O trabalho envolve não apenas dispêndio de energia física, mas também emoções, sentimentos e sentidos a partir dos quais os sujeitos vivem, sobrevivem, se transformam e são transformados, resistem e se mobilizam. A análise mostrou que, mesmo com sofrimento, os trabalhadores de enfermagem encontram um sentido subjetivo para o seu trabalho realizado em constante contato com a dor, o sofrimento e a morte.

Palavras-chave: Hospital - Trabalho da Enfermagem - Sofrimento.

ABSTRACT

This dissertation whose title is "Revealing the Invisible: an analysis of the nursing job process in the Service of Urgency and Emergency crossed by suffering - a case study" had as its main goal the analysis of the relationship between work and suffering and it tried to establish the implications of hospital work as an element that triggers suffering for nursing professionals. The empiric field was the Getúlio Vargas Hospital one of its services, the Urgency and Emergency Service Dr. Dílson Pinheiro. The methodology used was qualitative having the case study as a method. Bibliographical researches, observation registered in the field diary, and interview with fourteen workers of nursing were used as methodological resources. Speech analysis was used to analyze information. The central argument which was developed was that suffering is present in the nursing job, a consequence of general work as it is organized in the capitalist society that subverts the fundamental meaning of work, from human valorization source to displeasure. Work does not only involve physical energy expenditure, it also involves emotions, feelings and senses by which people live, survive, transform and are transformed, resist and mobilize themselves. The analysis showed that even with suffering nursing workers find a subjective sense for their work accomplished in constant contact with pain, suffering and death.

Key words: Hospital - Nursing Job - Suffering.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS	6
RESUMO	7
ABSTRACT	8
INTRODUÇÃO	11

CAPÍTULO 1

O DESAFIO DE CONSTRUIR A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COMO ESPAÇO EM DEFESA DA VIDA E DA CIDADANIA.....	19
1.1 Antecedentes históricos da instituição hospitalar	19
1.2 O processo de construção da política de saúde no estado brasileiro: algumas considerações sobre o modelo hospitalocêntrico no país	34
1.2.1 Anos 30: as bases para o desenho da política de saúde	38
1.2.2 A política de saúde após 1964: o aprofundamento de mercantilização	41
1.2.3 SUS: a construção de um outro olhar para a questão saúde	43
1.3 Trajetória do Hospital Getúlio Vargas no contexto piauiense: um caminho de muitos percalços	48

CAPÍTULO 2

2 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: O FAZER COM SOFRIMENTO	53
2.1 E o ser humano inventou o trabalho e sua divisão	53
2.2 O reencontro com a discussão sobre trabalho na contemporaneidade	61
2.3 Trabalho no hospital: a difícil arte de conciliar o feijão e o sonho	63
2.4 Trabalho da enfermagem: breves considerações sobre os caminhos percorridos ..	70
2.5 A institucionalização da enfermagem no Brasil	73
2.6 O sofrimento: um fantasma atravessando o trabalho	78

CAPÍTULO 3

3 A NECESSIDADE DE CONSTRUIR UM NOVO MODO DE TRABALHAR EM SAÚDE: DIALOGANDO COM QUEM ESTÁ AGINDO, E SE TRANSFORMANDO	83
3.1 Artefatos e invisibilidades: caracterizando o campo empírico	83
3.2 Um olhar vicinal para o processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do HGV	93
3.3 Conhecendo de perto os sujeitos da pesquisa	101

3.4 Segredos que se revelam: a entrada no campo empírico	106
3.5 Aproximação com o real: a definição dos instrumentos para a construção das informações	108
3.6 As informações obtidas através das entrevistas e das observações: as categorias desvelando o sofrimento	112
CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	140
ANEXOS	148

INTRODUÇÃO

O trabalho que ora apresento originou-se a partir da minha experiência profissional como assistente social vivenciando por algum tempo o “espetáculo” e os bastidores do Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas. No decorrer dos anos que lá permaneci, na dura rotina dos plantões, inquietava-me aquela quantidade excessiva de pacientes espalhados por todos os lados e chegando até ao pátio. Este cenário que vivenciei nos idos de 1996 a 2000, ainda hoje se repete, e o contraste entre o verde das plantas e o rosto sofrido de pacientes ainda me causa desconforto quando pelo pátio preciso transitar. Os pacientes dificilmente reclamam da estadia nessas condições, pois o que mais querem é a pronta atenção médica e a cura, é ter de volta a saúde para retornar às suas atividades e ao convívio com seus familiares, inclusive por não terem outra opção na rede de serviços.

No decorrer dessa experiência também convivi de perto com os trabalhadores que desenvolviam suas atividades laborais neste espaço em que a dor, o sofrimento e a morte de tão constante parecia que até não incomodava mais. Para realizar os objetivos institucionais, uma gama de trabalhadores das mais diferentes formações sociais, culturais, políticas, religiosas e acadêmicas se agrupam para obter, por meio do trabalho, sua reprodução material e suas realizações pessoais. Mas essa convivência também me causava desconforto, porque em alguns era perfeitamente visível o compromisso com o fazer, com o humano, enquanto que para outros parecia mera obrigação e sem qualquer envolvimento afetivo. Essa diferença também se explicitava para pacientes, familiares e demais trabalhadores.

A partir de 2001 fui levada a vivenciar uma outra experiência, não como técnica, mas para ocupar uma função de gerência e, mais precisamente, de supervisora de gestão de pessoas. No exercício dessa função já não presenciava mais as dores, as angústias e o sofrimento dos pacientes, pois passei a conviver com os problemas, as dores e o sofrimento dos trabalhadores, aqueles que representam o elemento essencial para que a finalidade institucional seja alcançada. Nessa nova experiência deparei-me com duas falas paradigmáticas, que aguçaram a minha inquietude e trago aqui para ilustrar:

Médica: Eu já passei dois anos de licença sem vencimento, já gozei licença-prêmio e férias. Quero saber de você se ainda tenho algum direito para me afastar do serviço.

SGP: Não, porque você já gozou todos os direitos permitidos ao servidor.

Médica: Pois então eu vou pedir demissão. Já não agüento mais trabalhar nessas condições e saber que as pessoas estão morrendo quando poderiam ser salvas. Quando deixo o plantão uma angústia toma conta de mim, não

consigo dormir pensando nos pacientes que não pude levar para a UTI e que teriam chances de viver.

Téc.Enf: Quero saber como faço para não trabalhar no Serviço de Pronto-Socorro, mesmo perdendo dinheiro. Eu não agüento mais. Se eu não sair de lá, eu tenho certeza que fico louco. E eu não posso adoecer, tenho uma família que precisa de mim.

Essas duas falas marcaram a minha trajetória naquele novo serviço, e com a continuidade outros casos foram chegando, embora não tão explícitos quanto estes, mas em forma de queixas e encaminhamentos da chefia de enfermagem sobre funcionários alcoolizados (incluindo mulheres) e com excessivo número de faltas ao serviço.

Com o passar dos anos, foi possível observar que tais queixas eram mais constantes com os funcionários da área assistencial, e mais precisamente com auxiliares e técnicos de enfermagem que desenvolviam suas atividades no serviço de Urgência e Emergência. Essa situação foi se prolongando e, com ela, minha inquietude, que ficou latente até que comecei a levantar algumas indagações como: por que será que trabalhando dez plantões por mês, o funcionário chega a trocar ou a faltar oito? O que há no setor de trabalho ou com o trabalho realizado que os faz “fugir” do dia-a-dia? Por que será que alguns são tão envolvidos enquanto outros “parecem” desligados e estão ali por obrigação e “esquecem” o ser humano que precisa de cuidados? Há sofrimento no fazer cotidiano?

Essas inquietudes aguçaram-me o espírito investigativo, levando-me a refletir sobre o processo de trabalho dos trabalhadores de enfermagem, aí incluindo as três categorias: enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem; porém, somente algumas questões serão respondidas aqui. Pois seria muita pretensão querer dar conta de um processo de trabalho que percebo vicinalmente, e onde reside o maior desafio deste estudo. Daí porque, conhecedora de minhas limitações, por pertencer a um outro campo do saber, o das ciências humanas, e talvez exatamente por ter uma formação que compreende o ser humano inserido em uma totalidade mas constituído de particularidade e singularidade, tenha encontrado ânimo para enfrentar tal desafio.

Dentre os motivos que me levaram a refletir sobre o processo de trabalho da enfermagem, ao invés do processo de trabalho do assistente social, está o fato de que ao olhar o cotidiano do trabalho hospitalar – e no HGV não é diferente, vê-se nitidamente que a maioria dos trabalhadores é da área de enfermagem, e são eles que se fazem presentes 24 horas por dia junto aos pacientes, desenvolvendo um trabalho essencial para o cuidado em saúde. No entanto, a energia gasta para a realização do trabalho tem um custo: o sofrimento.

Porém, para realizar seu trabalho e para que seja prestado com qualidade, é preciso que esses trabalhadores também cuidem de si, pois lidam sobretudo com a dor, o sofrimento, a morte, para que, no geral, a dimensão da realização humana e do prazer não fiquem diminuídas. Caso contrário, se estabelecem as condições para que esses seres humanos se anulem e se alienem como profissional, com um saber e um fazer socialmente necessários, e como sujeitos capazes de pensar, decidir, querer, criticar e construir seus diferentes espaços, aí incluindo-se o cotidiano do trabalho.

Tomando como ponto de partida a experiência profissional realizada na instituição hospitalar, cuja natureza do trabalho é caracterizada por dor, sofrimento e morte, este estudo apresenta como proposta o aprofundamento da compreensão do processo de trabalho da enfermagem realizado no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas, processo este atravessado por sofrimento, muito embora nem sempre reconhecido pelos trabalhadores de enfermagem. Nessa perspectiva foram traçados os seguintes objetivos:

1. Analisar a relação entre trabalho e sofrimento no processo de trabalho da enfermagem;
2. Conhecer as ações coletivamente construídas para a humanização da organização do trabalho.

Neste estudo, o eixo é a enfermagem, compreendida como parte do processo de trabalho em saúde. Assim, urge explicitar que o trabalho é aqui abordado como atividade vital para os seres humanos, e que os diferencia dos demais seres naturais. Enquanto atividade vital específica dos seres humanos, é por meio do trabalho que os homens transformam a natureza para satisfação de suas necessidades materiais, ao mesmo tempo em que também se transformam, originando a partir daí um complexo desenvolvimento das capacidades humanas.

Desse modo, Karl Marx (1996) ao discorrer sobre o trabalho, destaca-o como categoria fundante dos homens com caráter histórico, haja vista que exige não apenas a relação homem-natureza, mas também a relação dos homens entre si, exigindo dessa forma o desenvolvimento das próprias relações sociais, transformando as coisas e as relações entre os seres humanos. Nesse sentido, o trabalho enquanto atividade vital “deveria constituir-se em um espaço de realização dos seres humanos de expressão do seu potencial criativo” (ARGENTA e PIRES, 2000, p. 288).

O trabalho enquanto atividade de transformação constitui-se em atividade intencional, planejada e orientada para um fim, comportando, pois, dimensão objetiva e subjetiva, adquirindo significados para o homem que o executa, como refere Codo (1999, p.

112) neste trecho: “O homem se reconhece no seu trabalho e se orgulha daquilo que constrói, se orgulha do fruto de seu trabalho e também se transforma nesse.”

No entanto, a lógica capitalista que orienta a vida social desde o final do século XVIII orienta também a organização do trabalho com base em princípios científicos que incidem sobre a disciplinarização dos corpos. É essa lógica que irá marcar o mundo do trabalho seja na esfera da produção industrial, seja na prestação de serviços.

Assim, o trabalho em saúde, que se materializa como expressão do trabalho geral, tendo, portanto, características comuns a outros trabalhos da sociedade, apresenta algumas singularidades. Nas sociedades capitalistas, o trabalho em saúde organizou-se em dois grandes modelos: o coletivo, para controlar a doença endêmica/epidêmica na sociedade e, o individual, para recuperar a força do trabalho e devolvê-la ao mercado. No modelo individual, o hospital passa a ser configurado como um dos instrumentos de trabalho após um processo de intensas transformações sociais, que tem sua gênese no final do século XVIII e a partir do qual será considerado como local de cura (MACHADO, 1999, p. 10).

Com tal transformação emerge o hospital moderno, e junto com ele instala-se a hegemonia médica no processo de trabalho, detentor dos meios necessários para realizar o diagnóstico e a terapêutica. Com a presente complexificação do conhecimento e dependência de uma infra-estrutura fundada na tecnologia, outros trabalhadores vão se fazendo necessários e, ao se agregarem, asseguram a dinâmica do trabalho coletivo em saúde.

Assim como no trabalho geral, o processo de trabalho hospitalar será parcelado, fragmentado, realizado por tarefas, dividido em trabalho intelectual e manual. Embora assim caracterizado, apresenta algumas singularidades como: o trabalho realizado não é precipuamente consumido com vistas a gerar lucro; é fundado numa relação direta entre trabalhador e usuário do serviço; o resultado final não é material e guarda difícil previsibilidade (COSTA, 2000, p. 40-41). De acordo com Merhy (1997), a experiência taylorista demonstrou que o processo de trabalho no campo da produção material, ao ser domesticado de acordo com uma ordem estabelecida para atingir resultados bem estruturados na sua linha de produção, não pode ser aplicado com a mesma rapidez quando a produção está relacionada aos serviços de saúde, uma vez que a incerteza permeia as práticas do trabalho em saúde, com resultados que podem ser alterados.

É nesse contexto de redefinição da prática médica e de transformação do hospital capitaneados pelo capitalismo, em que o corpo é socialmente visto como força de trabalho com significativo valor para a garantia da acumulação, que a enfermagem irá se institucionalizar (ROCHA e ALMEIDA, 1997, p. 20-21).

Tendo por pano de fundo esse cenário, a enfermagem se apresenta como prática social e historicamente construída, sendo o seu processo de trabalho constituído com finalidades, objeto e instrumento de trabalho, tal qual as demais práticas sociais. A divisão social será marcante e se refletirá internamente pela divisão que se estabelece entre enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem.

Diante dessas reflexões, e ao voltar um olhar ainda que vicinal para o processo de trabalho da enfermagem no âmbito do Serviço de Urgência e Emergência do HGV, levanta-se o pressuposto de que o sofrimento está presente no trabalho realizado pelas categorias que formam a enfermagem, com tendência a imprimir uma relação coisificada entre sujeito – aquele que cuida; e sujeito-objeto – aquele que necessita de cuidado e ao mesmo tempo banaliza o significado político do trabalho.

Para compreender a problemática, este estudo privilegiou a abordagem qualitativa, através do estudo de caso, porque embora o problema aqui enfocado possa parecer similar a outros, ele se expressa de maneira distinta, apresentando singularidade em cada contexto. Também porque possibilita analisar situações concretas nos seus aspectos sociais e culturais, permitindo a apreensão do problema nos seus diferentes traços (MINAYO, 2006). Por outro lado, o estudo de caso é uma investigação na qual o caso é a unidade significativa do todo, que detém a possibilidade de explicação da realidade concreta por ser “rico em dados descritivos, tem um plano aberto e flexível e focaliza a realidade de forma complexa e contextualizada” (LUDKE e ANDRÉ, 1986, p.18). De acordo com esses autores, para que o objeto seja apreendido de forma mais completa, é necessário levar-se em conta o contexto no qual está inserido, para que seja possível revelar a multiplicidade das dimensões desse objeto, que se apresenta na realidade enquanto processo histórico, pois este representa o passo inicial para a apreensão da realidade.

Conforme observa Diniz (1999), o estudo de caso sobre uma dada realidade é a forma de investigá-la para posterior interpretação e reconstrução do real em bases científicas assentadas nas teorias, nas técnicas de investigação e nas interpretações das informações construídas devendo, pois, “conduzir a enunciados universais, que dão significados à singularidade do estudo de caso” (Ibid. p. 49-50).

Dessa forma, a enfermagem é compreendida como prática social historicamente construída, e seu processo de trabalho como sendo “histórico, coletivo, organizado socialmente para atender aos carecimentos sociais” (ALMEIDA e ROCHA, 1997, p. 24), que emergem com o modo de produção capitalista.

Nessa perspectiva, um dos instrumentos escolhidos para a construção das informações sobre o real foi a observação participante, na sua forma não-estruturada, na qual o “pesquisador se torna parte da situação observada, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação” (MAZZOTTI e GEWANDSZNAJDER. 1999, p. 166).

Para Ludke e André (1986), os focos da observação devem ser determinados pelos objetivos do estudo e, nesse sentido, torna-se extremamente útil que a observação seja orientada em torno de alguns aspectos. Assim, aqui, a observação do processo de trabalho dos trabalhadores da enfermagem, para que fosse analisada a relação entre trabalho e sofrimento deu-se a partir de um roteiro (anexo I) para auxiliar a observação, uma vez que esta técnica permite maior riqueza de detalhes por ser caracterizada como:

Um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles no seu cenário natural, colhe dados (sic). Assim, o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (CICOUREL, 1990, p. 89).

De acordo com Ludke e André (1986), há variadas formas de se registrar as observações, como por exemplo as anotações escritas ou gravações, filmes, dentre outras. Mas a forma de anotação mais freqüente ainda é a anotação escrita. Neste estudo optou-se pelas anotações escritas registradas no Diário de Campo, recurso bastante utilizado para registrar o cotidiano da pesquisa (LOPES et al in WITHAKER, 2002).

Ao lado da observação, outro instrumento utilizado neste estudo foi a entrevista semi-estruturada, um dos principais recursos utilizados nas ciências sociais, tendo em vista a natureza do objeto de estudo e as dificuldades em estabelecer *a priori* todos os fatores que no cotidiano do trabalho geram sofrimento. A entrevista assumiu importância neste estudo por permitir capturar a visão dos sujeitos sobre a questão central, por apresentar como uma de suas finalidades “buscar no discurso o processo, o movimento, o sentido” (PINHEIRO, 1999, p. 185). Também foram utilizados como fontes de informações primárias: o regimento, o manual de normas e rotinas de enfermagem, o livro dos registros dos plantões.

A análise das informações foi precedida da classificação das categorias que apresentavam “características comuns ou que se relacionam entre si” (MINAYO, 1997, p. 70), e a partir das quais os sujeitos destacaram os fatores que têm implicações na gênese do sofrimento em seu processo de trabalho. Assim, foram classificadas as seguintes categorias: reconhecimento e desvalorização, condições inadequadas do ambiente de trabalho nos seus

aspectos organizacionais ou das relações humanas, carga de trabalho, enfrentamento da morte, profissão e duplo emprego.

Tendo por base a riqueza dos temas e informações construídas a partir das entrevistas e observações, acredita-se que as reflexões e análises das falas dos sujeitos constituem uma aproximação da totalidade, não se constituindo na mesma, mas conduzem sempre a novas interpretações. O tratamento sobre as informações construídas nesse estudo foi por meio da análise de discurso.

Citando Pêcheux, Minayo (2006 p. 319) aponta que o objetivo precípua da análise de discurso é:

Realizar uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão da significação de textos produzidos nos mais diferentes campos: das relações primárias, religioso, filosófico, jurídico e sociopolítico, visando a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção de seus sentidos.

Por considerar relevante os processos de sentidos e significação, não como simples interpretação do objeto pesquisado, mas articulados a um contexto historicamente determinado, a análise de discurso acena para inúmeras possibilidades de reflexão ao apresentar meios com os quais o investigador será capaz de entender (Ibid. p.325): “O processo e as condições de produção de um discurso (fala, documento); o sentido do campo semântico em que ele é produzido; e uma elaboração contextualizada e crítica das realizações discursivas (corpus, amostra)”.

Dessa forma, tal concepção possibilita compreender que textos, palavras, documentos, gestos e até o silêncio quando inseridos em contexto historicamente construídos estão cercados de sentidos para os sujeitos.

Desse modo, na discussão dos resultados procurou-se estabelecer articulações entre o conteúdo apresentado a partir das categorias e o referencial teórico que sustenta o estudo, no sentido de atingir os objetivos propostos, tendo por base a questão norteadora da pesquisa.

Os resultados do estudo estão distribuídos em três capítulos. No primeiro capítulo intitulado, “O desafio de construir a instituição hospitalar como espaço em defesa da vida e da cidadania”, é apresentado a contextualização histórica da trajetória da instituição hospitalar, desde a antiguidade até a contemporaneidade, onde são resgatados os pontos considerados mais significativos para a compreensão da natureza do trabalho hospitalar caracterizada pela dor, sofrimento e morte. Ainda neste capítulo é abordada a construção da política de saúde no Brasil, influenciada ao longo dos anos pela política econômica que imprime ao setor a lógica

da privatização e mercantilização dos serviços e atinge diretamente os hospitais públicos caracterizados hodiernamente pela escassez de recursos financeiros, de equipamentos, de pessoal e com excesso de demandas. Consta também da contextualização da trajetória do Hospital Getúlio Vargas que sofre os reflexos da política de saúde do país, tendo como agravante sua abrangência regional, por ser o único serviço público que está capacitado para atender os casos de urgência e emergência no Meio Norte do Brasil.

No segundo capítulo, intitulado “O hospital como espaço de trabalho da enfermagem: o fazer com sofrimento”, consta o eixo do estudo, que recai sobre as dimensões teóricas e conceituais acerca do trabalho enquanto processo de realização para os sujeitos. Trabalho que, sendo o selo distintivo dos indivíduos sociais na construção de respostas às necessidades humanas, assume também caráter fundamental na construção da subjetividade, do equilíbrio e desenvolvimento, transformando simultaneamente o sujeito e a realidade. Entretanto, se realizado nas condições em que se efetiva na sociedade capitalista e organizado a partir da lógica taylorista, passa então a ser também portador de sofrimento para aquele que o realiza. Como o foco de interesse é o trabalho da enfermagem, este é compreendido numa perspectiva de prática social historicamente construída, marcada pelas características do trabalho geral, bem como pela natureza do trabalho hospitalar com implicações na gênese do sofrimento para esses trabalhadores que estão presentes 24 horas do dia junto ao “paciente”.

No terceiro capítulo intitulado, “A necessidade de construir um novo modo de trabalhar em saúde: dialogando com quem está agindo e se transformando” é apresentado o percurso metodológico empreendido onde são tecidas as considerações sobre a abordagem escolhida para compreender o problema, uma caracterização do objeto, do campo empírico e dos sujeitos pesquisados. Apresenta ainda a definição do método, as técnicas adotadas para a construção das informações e os resultados obtidos.

Por fim, são tecidas algumas considerações sobre os resultados obtidos, cujos achados corroboram as reflexões dos autores que subsidiaram o estudo, ainda que restritas sobre a relação trabalho e sofrimento no trabalho da enfermagem.

Espera-se com este estudo contribuir para dar visibilidade a um sofrimento que no cotidiano do trabalho persiste invisível; mostrar a importância de cuidar do cuidador, até para a criação de um ambiente de trabalho mais acolhedor e produtor de saúde, o qual se refletirá na assistência prestada, e ainda, para subsidiar futuros estudos.

CAPITULO 1

1 O DESAFIO DE CONSTRUIR A INSTITUIÇÃO HOSPITALAR COMO ESPAÇO EM DEFESA DA VIDA E DA CIDADANIA

Mudam-se os tempos, mudam as vontades, muda-se o ser, muda-se a confiança, todo mundo é composto de mudança, tomando sempre novas qualidades.

Luiz Vaz de Camões

A instituição hospitalar, entre a Idade Média e a Moderna, traz consigo o caráter da exclusão de seres humanos que, por alguma razão – mendicância, pobreza e/ou doença – eram excluídos do convívio com a sociedade. Conseqüentemente, na Idade Moderna sua missão voltar-se-á para a recuperação da força do trabalho no menor espaço de tempo para devolvê-la à produção. As mudanças sociais, econômicas e políticas vão aos poucos modificando a missão dessa instituição e novos contornos vão se desenhando de forma a superar aqueles traços iniciais e constituindo-se novas práticas.

Nesse sentido, o objetivo deste capítulo é contextualizar historicamente a trajetória da instituição hospitalar, situando-a em diferentes quadrantes que vão dar novos significados à saúde, à doença e aos serviços de saúde.

1.1 Antecedentes históricos da instituição hospitalar

De acordo com Rosen (1979), a doença esteve associada ao homem desde o aparecimento da vida sobre a terra, ganhando diferentes significados no decorrer histórico. Esses significados serão transmitidos de um grupo a outro por sistemas culturais com o uso da linguagem e de outras formas de comunicação que tenha caráter essencialmente humano.

Nesse sentido, o autor salienta que a doença não é fruto do acaso, mas se constitui como um fenômeno de caráter social que afeta e é afetado pelas condições de vida ou as relações sociais estabelecidas entre os membros de uma sociedade. Esta compreensão é reforçada por Illich (1975) quando afirma que, “toda cultura elabora e define um modo particular de ser humano e ser sadio, de gozar, de sofrer e de morrer” (Ibid. p. 122).

Segundo Antunes (1991), é ainda no século VI a.C que podem ser registrados os primeiros estabelecimentos para colher doentes que deveriam ser curados por meio da intercessão poderosa de Asclépio, divindade a quem se atribuía o poder de cura. Esses estabelecimentos recebiam a denominação de Asklepieia e, apesar de direcionar a atenção às

doenças, os doentes eram mais agentes do que pacientes de sua cura, pois recebiam em sonhos as instruções necessárias que trariam a cura esperada.

Nos Asklepieia, a medicina e a ciência não eram hegemônicas, fato esse que contribuiu para marcar o distanciamento entre aqueles estabelecimentos e o hospital moderno. Essas instituições, embora não contando com esse poder hegemônico, tiveram vida longa em decorrência de outros atributos, como por exemplo, o clima agradável, pois eram erigidos em locais de beleza paisagística e tinham a presença constante da música. Embora longevos, esses estabelecimentos foram se modificando no ritmo das mudanças sociais, sendo substituídos por hospitais cristãos até fins do século IV d.C. (ANTUNES, 1991).

Na antiguidade, embora contando com povos altamente civilizados, pouca atenção foi dispensada à saúde, seja individual ou coletiva, exceção apenas para os hebreus e a civilização greco-romana.

Na Idade Média, com o advento do Cristianismo, emerge uma nova visão humanística e desenvolve-se o conceito de assistência aos enfermos, órfãos, viúvas, viajantes e peregrinos. Pelo Decreto de Milão (313 d.C) e o Concílio de Nicéia (325 d.C), o imperador Constantino libera a Igreja para exercer atividades de cunho assistencial, fato esse que impulsiona o aperfeiçoamento dos hospitais (LISBOA, 2006).

Na Idade Média iremos encontrar as bases para a organização da Saúde Pública como mecanismo de prevenção e proteção da saúde das comunidades. As primeiras ações ditam entre os séculos VI e VII, quando a lepra e a peste bubônica começam a assolar a Europa, tornando-se sério problema de ordem sanitária e social, alcançando o ápice nos séculos XIII e XIV. A disseminação da lepra fez surgir na Europa instituições localizadas fora das cidades e voltadas especificamente para atender a esses doentes, numa demonstração clara de exclusão da vida social (ROSEN, 1994).

Ainda segundo Rosen (1979), a classe social passa a indicar uma diferença na definição e oferta de atenção médica. Tal afirmação significa, em outras palavras, que a atenção médica se constitui em uma atividade de caráter social, refletindo-se nas distintas dimensões da estrutura social. Então, a medicina, enquanto prática de enfrentamento das doenças também irá estar presente nos diferentes grupos sociais, de maneira específica articulada às condições econômicas e sociais. Na sociedade feudal de então, caracterizada por castas sociais bem demarcadas, o médico atendia em casa, no leito do paciente, aqueles com maior poder aquisitivo; os pobres eram atendidos por médicos municipais.

Entretanto, é nesse período, seja no Oriente islâmico ou no Ocidente cristão, que se desenvolveu a idéia de que cabia à sociedade prestar assistência em caso de doença ou

mesmo de infortúnio. Tal preocupação foi materializada a partir da criação dos hospitais que emergiram tendo como “pano de fundo” motivos religiosos e sociais (ROSEN, 1994).

Etimologicamente, a palavra hospital origina-se do latim *hospitalis*, que significa “ser hospitaleiro”, adjetivo derivado de hospes, que se refere a hóspede, estrangeiro, viajante, aquele que pratica a hospitalidade, que acolhe¹.

Assim, a partir do século IV d.C. e do reconhecimento do Cristianismo como religião oficial firmado pelo Imperador Constantino, “vários estabelecimentos destinados ao cuidado e abrigo dos doentes e necessitados foram fundados pelo Clero em nome dos fundamentos da fé, e passavam a prestar diversas modalidades de assistência social” (ANTUNES, 1991, p. 40).

A Igreja católica inicia sua entrada no cenário social tendo as tarefas da caridade como fundamento de sua ação e criando hospitais nos arredores de suas dioceses. Essas tarefas eram em número de sete e estavam voltadas para: alimentar os famintos, saciar a sede, hospedar os estrangeiros, agasalhar no frio, cuidar dos enfermos, visitar presos e sepultar os mortos. Para dar conta desse trabalho, diferentes instituições, como os hospitais, foram criadas, espalhando-se pela Europa (Idem).

Em razão do *mix* assistência médica e social, no princípio da Era Cristã o termo hospital assumiu a concepção de *nosocomium*, relacionado ao grego e ao latim, significando lugar de doentes, asilo dos enfermos.

No Ocidente, a origem dos hospitais está enraizada nas ordens monásticas que, preocupadas em diminuir o sofrimento humano – mais da alma e menos do corpo, desenvolveram Ordens Hospitalares em que o caráter de “proteção”, essencialmente religioso, marcará as bases ideológicas da instituição hospitalar.

Como bem lembrado por Foucault (1979), nas protoformas da instituição hospitalar estes eram destinados a receber pobres, inválidos, mendigos, desocupados, numa demonstração clara de que as medidas relacionadas à saúde eram combinadas com outras de caráter assistencial e repressivo, marcando dessa forma a instituição hospitalar até o final do século XVIII.

Nesse “cenário”, Foucault (1979) salienta que a função primeira do hospital será esconder e disciplinar os corpos que causavam desconforto social, e o pobre se constituirá seu personagem principal. O sentido de instituição que exclui era aceito pela sociedade de então, e esses espaços funcionavam mais como proteção para a população sadia, que ficava protegida

¹ O estudo feito por Teresinha Covas Lisboa (2006), sobre a história dos hospitais, nos possibilitou conhecer melhor sobre a etimologia da palavra.

contra os males trazidos pela doença e risco de desordem social, e menos como espaço para tratamento dos afetados pelas doenças, de forma que era um espaço de controle do meio urbano.

Mas, para melhor compreender os motivos que proporcionaram o surgimento do hospital articulando medidas de atenção médica com medidas de assistência social, há que se voltar o olhar aos valores básicos que eram difundidos nesse momento da história.

Nesse sentido, vale ressaltar que a aceitação do Cristianismo como religião oficial, traz consigo a propagação da caridade como porta para a salvação da alma e, nesse contexto, “cuidar dos doentes é não só um dever cristão, mas traz benefícios à salvação da alma” (ROSEN, 1979, p. 337)

Partindo desse valor, a Igreja cria instituições hospitalares que combinavam funções médicas e sociais, encarregando-se de espalhá-las por toda a Europa, uma expansão impulsionada também por benfeitores como reis, rainhas, guildas, nobres e ricos comerciantes.

De acordo com Rosen (1979), o hospital medieval era ao mesmo tempo um centro de atenção médica e uma instituição filantrópica e espiritual, numa demonstração clara do valor da salvação e santificação daqueles que realizavam a caridade para com os pobres e necessitados, aí se incluindo os doentes.

Assim, no período que vai do século VIII até o século XII, o hospital monástico representou na Europa a principal instituição cuja função era cuidar dos doentes. A partir do século XIII, o hospital medieval inicia a transferência de poder dos religiosos para a jurisdição secular, porém a hierarquia não abandonou totalmente as atividades ao longo dos séculos XIII e XVI, continuando presente se não na administração dos hospitais, agora no cuidado dispensado aos doentes. Tal separação somente se concretizará com a Reforma e a ascensão do Estado absolutista (Idem).

Para Antunes (1991), os hospitais cristãos que tiveram suas origens no século IV, e seu apogeu nos séculos XII e XIII, e que embora não contando com a medicina e a ciência como poderes hegemônicos, foram se modificando no ritmo das mudanças econômicas, políticas, sociais e ideológicas de forte impacto na vida urbana.

No final do século XV, há um significativo incremento da rede de hospitais por toda a Europa, com a finalidade de oferecer cuidados médicos e de assistência social. A Inglaterra, por exemplo, em meados do século XIV já contava com mais de seiscentas instituições hospitalares. Paris, no precípua do mesmo século, já contava com quarenta hospitais e quarenta leprosários (ROSEN, 1979).

Mas, apesar de todo o desenvolvimento da instituição hospitalar na ordem medieval e mesmo que no século XIII tenha sido iniciado um processo de transferência para a jurisdição secular, essa instituição será afetada pelo processo de mudanças econômicas, políticas e sociais que vinha acontecendo.

De acordo com Rosen (1994), o processo de mudança social se inicia ainda entre os séculos XII e XIII, quando o comércio se estabelece como uma nova atividade econômica, e a burguesia emerge enquanto nova classe social. A partir de então, as cidades européias começam a prosperar, e a burguesia vai aos poucos aumentando sua riqueza e poder nascendo então “[...] uma nova noção de riqueza, a da riqueza mercantil, não mais fundada na terra, mas em dinheiro, ou em artigos de comércio que se mediam em dinheiro” (Ibid. p. 74).

Uma outra marca desse processo de mudanças está relacionada economicamente ao crescimento e expansão das cidades, que passam a ser cada vez mais populosas. Nesse novo contexto, os hospitais criados pela Igreja, numa lógica de atenção médica e assistência social, com a caridade como valor central, já se mostravam inadequados para enfrentar os problemas de saúde da população.

As condições de vida dos pobres tornar-se-ão piores no início do século XVI, ficando explicitado para a sociedade o grande problema de ordem econômica e social que estava a exigir alguma solução. Nesse quadro, mais precisamente entre os séculos XIV e XV em que o feudalismo², inserido em um contexto de graves crises, conseqüência da expansão do comércio e das trocas, inicia um processo de descaracterização, sendo aos poucos substituído por novas formas, o fenômeno da vadiagem atinge grandes proporções e, “tentando aumentar seus meios de subsistência, muitos vadios fingiam ser aleijados ou doentes para poderem mendigar impunemente e serem admitidos no hospital” (Ibid. p.350)

Assim, o panorama que irá caracterizar a Europa, desde o século XIV até o século XVI, será simultaneamente a presença e ascensão da burguesia, que concentra tanto o poder político quanto o econômico, e a presença dos trabalhadores, que vão sendo alijados de suas atividades artesanais para submeter-se ao trabalho assalariado.

A partir do século XVI, com o desenvolvimento do comércio, o crescimento das cidades e a irrupção do capitalismo comercial, manifesta-se um crescimento do número de pessoas que, por alguma razão, eram excluídos da vida social e que dependiam das obras sociais da Igreja (SINGER et al, 1981). A partir da segunda metade do século XVI, mais

² O feudalismo aqui é entendido como um modo de produção característico da época medieval, que une estreitamente autoridade e propriedade da terra e que se realiza mediante a condição de vassalagem. (MARTINELLI, M. Lúcia. *Serviço Social: identidade e alienação*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993, p. 31).

precisamente na Inglaterra, surge o capitalismo como decorrência de um conjunto de circunstâncias históricas, engendrando uma nova estrutura social e política constituída por duas classes antagônicas – burguesia e proletariado. Nessa fase, as transformações acontecem tanto no campo como nas cidades, e o surgimento das fábricas nas cidades favorece a crescente demanda por mão-de-obra, submetendo o empregado ao trabalho assalariado. O impacto dessa primeira onda industrializante manifesta-se na pauperização progressiva da classe trabalhadora (MARTINELLI, 1993). Dessa forma, o crescimento populacional atendia a interesses de ordem econômica e política que marca todo o século XVII e parte do século XVIII.

Nesse contexto, marcado pelo capitalismo em sua fase mercantil e industrial, com crescimento populacional, expansão de situação de pobreza e o aparecimento de novas doenças, novas exigências são postas à sociedade avatando inclusive nova concepção e forma de abordar saúde/doença. Os hospitais e estabelecimentos criados pela Igreja mostravam-se inadequados para atender ao conjunto da população que carecia de medidas sanitárias mais abrangentes. Nessa perspectiva, no período dominado pelo mercantilismo³, a saúde da população será alvo de intervenção estatal tendo por pano de fundo preocupação de ordem econômica e política.

De acordo com Rosen (1979), as medidas administrativas e legislativas na área da saúde pública estão intrinsecamente articuladas à política econômica e social. Assim, na Inglaterra do século XVII, com a expansão da indústria, em que a produção torna-se importante, “o trabalho passa a ser considerado como um dos mais importantes fatores de produção, elemento essencial para o enriquecimento nacional.” (Ibid. p. 215). E o salário será o meio de manter a sobrevivência do trabalhador.

O Estado, servindo a interesse capitalista e caracterizando-se pelo exercício das funções econômicas, e também político-ideológicos, interfere no processo de reprodução da força de trabalho impedindo que a exploração a que os trabalhadores são submetidos coloque em risco o processo geral de acumulação. Nesse sentido, implementa medidas para a recuperação da saúde dos trabalhadores incorporados ao mercado de trabalho, enquanto que os incapazes eram socorridos pelas paróquias de acordo com os interesses dominantes, cujo

³ O mercantilismo é aqui entendido como “a intervenção econômica do Estado na agricultura, nas manufaturas, no comércio e estabelece uma estratificação mais sólida e rígida da sociedade em ordens, que mais tarde serão chamadas de estados: a nobreza, o clero e o povo. Tal estratificação expressa a própria ordem política interna do Estado, a sua estrutura do poder” (OLIVEIRA C. R. de. *História do Trabalho*. 3. ed. S. Paulo: Ática, 1995, p. 65)

objetivo real da ajuda era forçar ao trabalho, implantando-se aí as bases para a difusão do conceito de política nacional de saúde (RAICHELIS, 1988).

No entanto, as medidas práticas não evoluíram da mesma maneira nas diferentes nações européias que se preocuparam distintamente com a saúde de sua população.

A França e a Inglaterra, por exemplo, não desenvolveram intervenção efetiva para aumentar o nível de saúde da população, diferentemente da Alemanha, que em meados do século XVIII irá implantar a Política Médica para efetivar programas de melhoria do nível de saúde da população (FOUCAULT, 1979).

Com o declínio do sistema hospitalar fundado em base cristã e religiosa, mudanças foram se constituindo, fazendo com que os hospitais agora secularizados se desenvolvessem ao longo da Idade Moderna, como uma organização diferente daquela imposta pela doutrina eclesiástica católica hierárquica. Entretanto, a secularização não é o único fator explicativo das transformações ocorridas no hospital medieval para o moderno.

Segundo Singer et al. (1981, p. 24), em decorrência do atraso científico da medicina, a atividade terapêutica não avançava no âmbito hospitalar. Nesse prisma, o autor afirma que os hospitais eram sujos, com pouca ventilação, superlotados e,

[...] os pacientes eram postos dois a dois numa cama, sem que se levasse em conta o tipo de enfermidade ou a condição do enfermo. Nessas circunstâncias, muitas vezes ocorria que percesse um paciente, e o cadáver permanecia na cama junto ao enfermo vivo, durante várias.

Até o século XVIII, o hospital não tinha se constituído como centro de cura e as pessoas procuravam a instituição para morrer de forma mais protegida. Nessas circunstâncias, fica evidenciada a razão pela qual até meados do século XVIII só os inteiramente desamparados recorriam ao hospital pois,

Dizia-se corretamente, nesta época, que o hospital era um morredouro, um lugar onde morrer. E o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir a sua própria salvação. Era um pessoal caritativo – religioso ou leigo – que estava no hospital para fazer uma obra de caridade que lhe assegurasse a salvação eterna (FOUCAULT, 1979, p. 101-2).

Conforme afirma Foucault (1979), não há sociedade que não tenha de uma forma ou de outra, posto em prática diferentes estratégias para uma certa “noso-política”. No entanto, é no século XVIII que serão prescritas e sistematizadas novas regras e, “a saúde, a doença como fator de grupo e de população, é problematizada no século XVIII a partir de instâncias múltiplas em relação às quais o Estado desempenha papéis diversos” (Ibid. p. 194)

Dessa forma, o desenvolvimento de uma medicina privada acontece associado a uma compreensão de que tanto a saúde como a doença se constituem, simultaneamente, em um problema de ordem econômica e social. Partindo de tal compreensão, o traço mais marcante que irá caracterizar a política de saúde no decorrer do século XVIII, é o binômio saúde-assistência aos pobres.

De acordo com Rosen (1979), os problemas de saúde eram enfrentados pelo governo local e pelas paróquias. As paróquias, a partir da institucionalização da Lei dos Pobres⁴ (1601), receberam oficialmente a tarefa de auxiliar os indigentes estando aí incluída a atenção médica. A partir de então, o Estado assume, em parte, o problema da pobreza, ainda que não realizando, mas legislando e instruindo cada freguesia a arrecadar impostos para realizar ações de assistência. Com isso, cada paróquia ficava responsável pela manutenção de seus pobres, dando emprego àqueles que eram capazes e ajudando idosos, doentes e incapacitados.

No período do Renascimento, as transformações de caráter econômico e social refletem e alteram a inserção dos hospitais na vida urbana. No novo cenário, a burguesia estava a exigir melhoras nas condições de vida nas cidades e o fenômeno da vadiagem já sobrecarregava o cunho assistencial dos hospitais, que acolhiam todo tipo de incapazes para o trabalho, razão pela qual se fazia necessário e urgente uma alteração na função do hospital. Ao mesmo tempo, esforços eram realizados para punir os mendigos, obrigando-os a trabalhar.

Assim, a primeira forma encontrada para alterar a função hospitalar está localizada ainda no século XVII, ficando os hospitais para assumir de forma prioritária o cuidado com os enfermos, enquanto outros estabelecimentos – casas de trabalho – passaram a assumir funções asilares. A segunda forma se manifesta em meados do século XVIII, com a instalação de dispensários que, ao contrário dos hospitais, dispensavam cuidados médicos sem internação. Nesse contexto, como aponta Rosen (1979), “O movimento de criação de hospitais e dispensários foi impulsionado principalmente por iniciativas e contribuições privadas, apesar de o governo ter dado alguma assistência sob a forma de ação legislativa”. (Ibid. p. 356)

A intervenção do Estado favoreceu a expansão tanto em Londres como nas províncias, da criação de dispensários, hospitais gerais e hospitais para grupos específicos de

⁴ “Lei dos Pobres” – sistema de assistência desenvolvido na Inglaterra do século XVI e mantido, com várias mudanças, até depois da Segunda Guerra Mundial. (Rosen, G. *Uma história da saúde pública*. 2. ed. Unesp/Hucetec/Abrasco. Rio de Janeiro, 1994. p. 214).

doentes. Mas, o autor chama a atenção para outras duas categorias centrais que estão estreitamente relacionadas com a expansão dos hospitais a partir de meados do século XVIII, sendo a primeira de ordem médico-científica, e a segunda de ordem sócio-econômica, com significativa interdependência entre ambas.

Nessa perspectiva, primeiramente é preciso assinalar alguns fatores sociais e econômicos que irão inscrever-se como elementos explicativos para um processo de mudança que irá marcar e produzir novos hospitais.

Segundo Rosen (1979), as mudanças na vida econômica que se manifestaram na Inglaterra, mais precisamente na última parte do século XVIII, afetaram também a estrutura da vida social e, “[...] originaram uma nova atitude mental em relação aos problemas da vida comunitária”. (Ibid. p. 359)

É interessante considerar que dentre os problemas da vida comunitária, o fenômeno do pauperismo se impunha de maneira significativa e sempre crescente. Embora a assistência ao pobre fosse garantida pela Lei dos Pobres, novos valores políticos e econômicos começavam a abalar seus princípios. Assim, em 1834 a Lei dos Pobres é reformada, sendo instituídas as “*workhouses*” para abrigar enfermos, inválidos, doentes mentais e desempregados, sendo estes últimos aí postos a trabalhar. O núcleo dessas mudanças está vinculado a novas disposições políticas que permeavam a última parte do século XVIII onde “o novo modo de produção exigia a concentração dos trabalhadores em um espaço específico: a fábrica, a indústria, *locus* da concentração da produção, tendo em vista a expansão do capital” (MARTINELLI, 1993, p. 36).

Dessa forma, a nova legislação sobre a assistência aos pobres traz como efeito outra concepção de pobreza na qual o esquema de obrigação ao trabalho torna-se mais rígido, e o pobre incapacitado cede lugar ao pobre como elemento produtivo, o que implica em “desarticular em definitivo os laços anteriormente estabelecidos entre o “pobre” e a freguesia a que “pertence”, de forma tal que ele possa irromper e circular livremente no mercado” (DONNANGELO, 1979, p. 66)

Portanto, a pobreza não será mais identificada com o não trabalho, e, nessa lógica, os indivíduos pobres deveriam ficar livres das obras de ajuda e caridade, para procurar no mercado os meios de manter-se.

Nesse sentido e conforme afirma Singer (1981), a Revolução Industrial que ocorre no final do século XVIII, e a implantação do capitalismo industrial irão suscitar o surgimento de condições de vida assombrosas para o proletariado. O autor salienta que a proletarização e a urbanização ocorrem em condições adversas à saúde, sendo marcadas por jornadas de

trabalho de 13 a 16 horas fosse para homens, mulheres e crianças; as moradias eram insalubres; os salários eram baixos e inexistiam serviços sanitários básicos. Por outro lado, as más condições de vida e saúde na qual se encontrava a classe operária afetavam também as classes dominantes na medida em que,

não ficavam imunes às epidemias que grassavam os novos centros industriais. Em segundo lugar, as más condições de vida e de saúde deveriam reduzir significativamente a produtividade do trabalho. E, em terceiro lugar, a situação desesperadora em que se encontrava a classe operária era terreno fértil para movimentos de revolta, que punham em perigo a ordem constituída. (SINGER et al, 1981, p. 21)

Nesse contexto, a classe dominante cria as condições para controlar a força de trabalho a partir de uma legislação posta em prática com a intervenção do Estado, e os serviços de saúde ao serem institucionalizados irão se constituir em elemento eficaz para proteger e garantir a reprodução da força de trabalho.

Nesse processo de mudanças econômicas e sociais no qual os procedimentos de assistência são decompostos e a doença dos pobres está relacionada com a necessidade de produção, é preciso, também, chamar a atenção para o fato de que o desenvolvimento científico com inflexão na medicina tem estreita correspondência com interesses políticos-ideológicos.

Assim, a medicina enquanto prática social ganha importância no século XVIII, redefinindo-se e estendendo-se a toda sociedade, articulada ao significativo papel de contribuir para a acumulação da riqueza na ordem capitalista (DONNANGELO, 1979).

De acordo com Foucault (1979), essa redefinição relacionada aos efeitos de ordem econômico-política apresenta por suporte as transformações, onde a manutenção e conservação da força de trabalho são de fundamental importância para a nova ordem.

A esse fenômeno de extensão da medicina na vida social, Ivan Illich irá chamar de medicalização. Em outros termos, isso significa que a prática médica associada aos avanços científicos irá interferir de forma cada vez mais significativa nas condições de vida da população, e o fará por meio das mais diferentes instituições – o hospital se constitui em uma delas.

Nesse sentido, a prática médica vai aos poucos se constituindo como estratégia de poder útil ao Estado, uma vez que por meio dela a população será socialmente controlada e sua saúde será cuidada por uma política médica. O médico passará a ser figura de muito poder e, “se torna o grande conselheiro e o grande perito, se não na arte de governar, pelo menos na

de observar, corrigir, melhorar o ‘corpo’ social e mantê-lo em um permanente estado de saúde” (FOUCAULT, 1979, p. 203)

Diante da posição política da prática médica e dos novos problemas que emergiam e exigiam intervenção estatal, o hospital aparecia como uma estrutura ultrapassada, sendo “mais um foco de morte para as cidades onde se acha situado do que um agente terapêutico para a população inteira” (Idem).

Essas condições, aliada a um conjunto de fatores de ordem interna, como a desordem, a dificuldade de tratar os doentes, a precária vigilância médica fazem com que no século XVIII o hospital venha a ser alvo de questionamento, chegando até mesmo a se pensar na sua substituição por outros mecanismos, como por exemplo a hospitalização a domicílio e a distribuição do corpo médico pela sociedade para atendimento totalmente gratuito.

Mas, a idéia de substituição da instituição hospitalar por outros mecanismos não é consistente o bastante a ponto de se concretizar. Com isso, ao invés do seu desaparecimento, adotam-se medidas de reforma que irão favorecer a transformação da imagem e a função da instituição hospitalar. Nessa trajetória, outros elementos não podem deixar de ser mencionados, uma vez que também influenciaram na mudança, sendo eles: as grandes descobertas de Pasteur e Koch, a introdução da assepsia e a incorporação das enfermeiras ao corpo hospitalar (SINGER et al., 1981).

De acordo com Foucault (1979), é na história das materialidades políticas e econômicas do século XVIII que se inscreve a reorganização arquitetônica, institucional e técnica dos hospitais. Assim, a partir do final do século, o hospital torna-se um elemento funcional no espaço urbano, secundarizando-se das funções de assistência para transformar-se em espaço de ação terapêutica sistematizada, onde o médico ocupa privilégio na hierarquia institucional e onde as observações, os registros e anotações dos casos seguem a lógica da disciplinarização. A clientela se constituirá não mais de pobres, vadios e mendigos que necessitavam de abrigo, mas será o lugar onde os enfermos poderão buscar a cura.

Por outro lado, é importante ressaltar que a reorganização dos hospitais se manifesta em condições históricas onde,

a crescente demanda da classe operária, não sendo economicamente salvável, manifestava-se no plano político, passou-se a exigir que o Estado de alguma maneira proporcionasse meios para que todos os cidadãos pudessem obter cuidados à saúde, dentro dos melhores padrões da prática médica (SINGER et al, 1981, p. 29).

Dessa forma, o hospital aos poucos vai sendo impactado pelo conjunto de fatores econômicos, políticos, sociais e científicos, transformando-se no centro de atenção à saúde e

adquirindo valor como instituição de formação médica. Por outro lado, é numa trajetória política, social e tecnológica que vão se constituindo as características do que seria o hospital moderno, quais sejam: espaço de atuação de clínicos e cirurgiões, e lugar de ensino, pesquisa e incorporação de tecnologia.

Conforme afirma Rosen (1979), a crescente aceitação por parte da sociedade em perceber o hospital moderno como centro de atenção à saúde, apresenta como consequência a complexidade dessa instituição seja em tarefas, em organização e em serviços. Para realização dos novos objetivos esta instituição será fortemente marcada pela divisão social, uma vez que: “desenvolveu-se uma necessidade de serviços auxiliares além dos cuidados médicos e de enfermagem já existentes, ou seja, assistência social, nutrição e procedimentos de registro e de administração mais complexos”. (Ibid. p. 368)

A partir de então, a atenção médica será o principal objetivo da instituição hospitalar, sendo orientado por normas científicas e pela racionalidade organizacional, e o hospital terapêutico será a boa nova do século XVIII.

Alguns autores como Foucault e Pitta explicam que historicamente a transformação do hospital em centro de cura ocorreu em virtude de dois processos: a inserção dos mecanismos disciplinares e a intervenção médica. O primeiro está relacionado à desordem até então presente no espaço hospitalar. A título de exemplificação, vale citar o tráfego de mercadorias e objetos preciosos levados para o hospital marítimo pelo traficante, que se fazia doente para escapar da alfândega.

O mecanismo, “pano de fundo” dessa transformação, é a política do poder disciplinar, que a partir do século XVIII será aperfeiçoado como técnica de controle dos seres humanos pois, "A partir do século XVIII, se desenvolve uma arte do corpo humano. Começa-se a observar de que maneira os gestos são feitos, qual o mais eficaz, rápido e melhor ajustado". (FOUCAULT, 1979, p.106)

Portanto, a disciplina enquanto técnica de poder que permeará todas as dimensões da vida dos indivíduos será introduzida também no hospital, viabilizando assim o esquadramento do espaço hospitalar, manifestando-se no controle das visitas aos doentes, nos horários das refeições, no banho, dentre outros. Assim, a disciplina introduzida nesse espaço tem por função,

assegurar o enquadrinamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura

do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (Ibid. p. 108)

Por outra parte, a intervenção médica se constituirá no segundo processo que dará origem ao hospital terapêutico, isso porque com a transformação do saber e da prática médica o poder institucional será centralizado na figura do médico.

É do ajustamento desses dois processos que irá surgir o hospital terapêutico como meio de intervenção sobre o doente, marcado por algumas características que o afastarão cada vez mais do velho modelo de exclusão de pobres. É assim que se estabelece, por exemplo, que sua localização no espaço urbano seja planejada e ajustada a questões sanitárias da cidade, que a distribuição interna do espaço também seja planejada em função de critérios no qual não será mais permitido o amontoamento de doentes em um mesmo leito como era anteriormente. O planejamento do espaço externo e interno do hospital será, portanto, a primeira característica que marca a transformação do hospital no final do século XVIII.

Uma segunda característica está relacionada ao sistema da distribuição do poder no interior da instituição hospitalar. Até meados do século XVIII, este poder estava centralizado nas mãos de religiosos. Nesse momento, o médico visitava os doentes de modo irregular e administrativamente era dependente do poder de mando dos religiosos. Mas, no momento em que o hospital passa a ser instrumento terapêutico, o poder é transferido para a figura do médico e, "a partir de então, a forma de claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o *hospital*, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente". (FOUCAULT, 1979, p. 109)

É assim, pois, que irá se constituir a inversão das relações hierárquicas na instituição hospitalar, e a presença do médico não só se afirma como também se multiplica no interior dessa nova instituição. Uma explicitação desse poder se manifesta, por exemplo, no ritual da visita que consiste em um, "desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos, enfermeiros, dentre outros". (Ibid. p.110)

Para Donnagelo e Pereira (1979), o século XVIII guarda a peculiaridade de extensão da prática médica para toda a sociedade, reforçando o pensamento de Ivan Illich sobre o processo de medicalização. Para os autores, a medicalização pode, "ser identificada através da emergência de novos conceitos referentes à saúde e à prática médica, bem como de novas formas de controle da medicina pela sociedade e de novos usos na medicina no controle e organização social" (Ibid. p. 47).

Desta forma, o hospital moderno vai adquirindo novos contornos e missões, e a figura do médico começa a simbolizá-lo, fato este que não acontecia no hospital antigo. Nesses hospitais, será competência exclusiva do médico o ato de examinar, internar, prescrever e dar alta ao doente (RIBEIRO, 1993).

Embora sendo o hospital moderno o lugar de atuação de cirurgiões e médicos com a missão de cuidar dos doentes, outras missões serão paulatinamente incorporadas. Entre essas vale citar o uso de tecnologias, de início artesanais, e já no século XIX industrialmente produzidas.

Em continuidade à caracterização do hospital moderno, um terceiro elemento que o marca está relacionado à necessidade crescente na organização de um sistema de registro de tudo o que acontece no seu espaço. Nesse sentido, serão desenvolvidas técnicas de identificação dos doentes onde etiquetas são amarradas ao punho; fichas são colocadas em cima do leito com nome e doença do paciente; registro de entradas, saídas, diagnósticos, cura ou óbito, enfim tudo é cuidadosamente anotado.

Desse modo, o hospital moderno, que a partir do século XVIII torna-se definitivamente um lugar de tratamento e recuperação de doentes necessitados de cuidados médicos e que incorpora o conhecimento científico e o uso da tecnologia, somente na segunda metade do século XX irá adquirir as características do hospital contemporâneo (Idem).

Nesse sentido, o hospital contemporâneo ao fazer uso da ciência e da tecnologia de forma cada vez mais constante, vai pouco a pouco se tornando um espaço onde além de se encontrar pessoas doentes, torna-se também em “um centro de excelência científica e um local onde se abriga tecnologia biomédica variada e sofisticada e onde se faz pesquisa conduzindo um leque de experiências simples e complexas em seres humanos” (MARTIN, 2004, p. 34)

Ao ser identificado por essa característica, pode se perceber a forte influência do paradigma tecnocientífico balizando as condutas da instituição, tomando por parâmetro valores como o conhecimento científico e a eficiência técnica, tendo a doença e a cura como objetivos a serem alcançados.

Desse modo, ao adotar tais valores, o hospital contemporâneo se constituirá em uma instituição que, resguardadas as missões precípua, novas serão acrescentadas, favorecendo a emergência de características que irão requerer nova forma de administrar, novos sujeitos, novos instrumentos e processos de trabalho, tornando-o uma instituição complexa que goza de reconhecimento social pois, “[...] o que aparece, todavia, é o seu resultado mais brilhante e socialmente aceito: o cuidado com o enfermo”. (RIBEIRO, 1993, p. 30)

Por outro lado, e sob a influência desse paradigma, o hospital começa a se especializar e o conhecimento sobre o corpo será fragmentado enquanto o paciente é despersonalizado. Nesse campo do saber, a vida diária se dará entre dois limiares – a vida e a morte.

Assim, ao lado da missão de curar, tratar e formar, o hospital contemporâneo assumirá também a missão de adiar e ocultar a morte, uma vez que esse acontecimento será modelado pela textura social, e em cada época terá uma imagem, um sentido socialmente construído.

De acordo com Pitta (1990), o ser humano moderno, por horror à doença e à morte, necessita do saber e da técnica presentes nos hospitais, sob a forma de diferentes dispositivos, para afastar do cotidiano essa presença que tanto incomoda. Destarte, se na Idade Média, a morte era percebida como algo normal e circulava na vida das pessoas intimamente, na Idade Moderna será transferida para o hospital, que se circunscreve como um espaço no qual “[...] um padrão aceitável de morte começa a se instituir entre doentes, família e os que trabalham com as doenças”. (Ibid. p. 31)

No hospital, o uso constante de recursos tecnológicos produz, assim, uma cultura na qual não se admite falar em morte, e todas as manifestações de emoção, dor e sofrimento são transformadas em problemas de caráter técnico, de forma que não perturbem a serenidade e o equilíbrio do meio hospitalar. Nesse espaço, tudo o que acontece é contabilizado com números de internações, altas, dias de permanência, índice de mortalidade, dentre outros, recorrendo a tecnologias administrativas que lhe garante caráter de eficiência e resolutividade (RIBEIRO, 1993).

Mas, no hospital contemporâneo manifesta-se a presença de um outro paradigma que vem somar-se ao tecnocientífico – o comercial-empresarial. Enquanto aquele priorizava a doença com ênfase no conhecimento científico, este por sua vez prioriza a doença em nome da geração do lucro, e esse mix acaba refletindo no cotidiano e, “ao lado da missão de recuperar a força de trabalho e devolvê-la ao mercado, o hospital contemporâneo reproduz, de outro modo, o capital”. (Ibid. p. 29)

É essa nova missão que caracteriza o hospital como uma empresa que realiza uma atividade econômica, multiplicando direta e indiretamente o capital. No hospital estatal essa nova missão ganha proeminência não como retorno lucrativo, mas ao se concretizar como lugar de compra e venda de tecnologias médicas, de medicamentos, de equipamentos e de força de trabalho.

Destarte, dentre as muitas missões do hospital contemporâneo – algumas explícitas, outras ocultas – torna-se relevante perceber que esta instituição apresenta uma lógica de reprodução seja do capital, seja das estruturas sociais agregando novos conhecimentos e novos processos de trabalho, tornando-se uma instituição heterogênea. (RIBEIRO, 1993).

Nessa tessitura social, o hospital contemporâneo não apenas evoluiu, mas apresenta-se como uma nova instituição que, acompanhando as transformações políticas, econômicas e sociais ocorridas no final do século XIX, reproduz o modo de ser de cada sociedade, tendo como elemento mais constante nesta trajetória “o homem que sofre e morre”. (Ibid. p. 31).

1.2 O processo de construção da política de saúde no Estado brasileiro: algumas considerações sobre o modelo hospitalocêntrico no país.

No Brasil, o setor saúde é marcadamente influenciado pelo contexto político, social e econômico. A concepção de um modelo de atenção à saúde, seja individual ou coletiva, tem variado historicamente, embora nem sempre tenha ocupado centralidade no processo de decisões políticas. Assim, do descobrimento até a instalação do império, não havia o interesse de Portugal em dispor de um modelo de atenção para tratar da saúde do povo. Neste momento histórico a atenção à saúde estava limitada aos conhecimentos de curandeiros que se utilizavam das plantas e ervas em abundância, e dos boticários que manipulavam fórmulas para administrá-las àqueles que os procuravam.

No entanto, como consequência da iniciativa de D. Manuel I, que no ano de 1498 fundava em Lisboa a primeira casa de misericórdia, iniciativa esta estendida às suas colônias; no Brasil, então colônia portuguesa, é fundada em 1543 a Santa Casa de Misericórdia, em Santos, São Paulo, com a finalidade de atender os militares e que se constituirá no 1º Hospital do Brasil e o 2º Hospital das Américas (SOUZA, 1976).

Mas com a vinda da família real para o Brasil se manifesta a necessidade de um controle sanitário ainda que minimamente, capaz de garantir a salubridade e a vida dos representantes da corte na cidade do Rio de Janeiro.

Como bem aponta Berner (2005), os primeiros hospitais no Brasil surgiram a partir da iniciativa da Igreja – com a instalação das Santas Casas – e das necessidades do exército representante de Portugal. Séculos depois se somando a essa iniciativa, alguns hospitais emergiram vinculados às comunidades estrangeiras – principalmente as

Beneficências Portuguesas – criadas pelos ricos imigrantes para prestar apoio financeiro, social e médico aos patrícios recém-chegados ao solo brasileiro. Tais iniciativas concretizaram-se com o funcionamento em 1727 do serviço hospitalar militar no Morro de São Bento, na cidade do Rio de Janeiro; com as Santas Casas da Misericórdia, com o Real Hospital Português de Beneficência do Recife em 1855; com o Hospital Português de Salvador em 1857 e em 1859 surgiram a Beneficência Portuguesa no Rio de Janeiro e Real Benemérita Associação Portuguesa de Beneficência em São Paulo. (PIRES, 1989)

Com o início da República, se estabelece no Brasil uma forma de organização do Estado nos moldes capitalistas, mas o poder político continuava sob o controle dos grandes proprietários, razão pela qual a Primeira República recebeu as designações de República Oligárquica, República dos “Coronéis” e República “Café com Leite”.

As mudanças políticas ocorriam simultaneamente com notável crescimento econômico, sendo o café e a borracha os produtos que sobressaíam. O país permanecia essencialmente agrário, e a maior parte da sociedade brasileira foi alijada dos acontecimentos e do significado das mudanças (ARRUDA, 1999).

Neste início de século, o quadro sanitário da cidade do Rio de Janeiro, sede do poder político, era caracterizado pela presença de doenças como a varíola, a febre amarela, a peste, e outras tantas, deixando a cidade à mercê das epidemias. Tal situação, no entanto, gerava sérias conseqüências tanto para a saúde do povo como também para a economia, pois a caótica situação afastava os navios estrangeiros que, por temor da tripulação às doenças, não queriam atracar no porto carioca.

Segundo Braga e Paula (1986), a forma de enfrentamento dos problemas relacionados à saúde são relativos aos aspectos de saneamento dos emergentes centros urbanos e a estratégia de atração e retenção de mão-de-obra necessária para a constituição do mercado de trabalho capitalista que se estruturava.

É neste quadro que Rodrigues Alves, ao assumir a presidência em 1902, apresenta um programa de governo que consistia em modernizar o porto e remodelar a cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foi dada ênfase ao saneamento da cidade e o presidente nomeia Oswaldo Cruz como Diretor do Serviço de Saúde Pública. Oswaldo Cruz inicia o combate à febre amarela, atacando-a pela extinção dos mosquitos e pelo isolamento dos doentes em hospitais. Combateu também a peste bubônica, que exigia a exterminação dos ratos e a desinfecção das casas e das ruas. Para atingir os fins, brigadas foram postas nas ruas e “visitavam casa, desinfectando, limpando, exigindo reformas, interditando prédios, removendo doentes”

(CARVALHO, 1987 p. 94). Vale lembrar que essas medidas eram direcionadas às áreas mais pobres e de densidade demográfica.

Este modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista”, sendo caracterizado pelo uso da força e da autoridade. Os êxitos obtidos no Rio de Janeiro lançaram as bases para torná-lo hegemônico como proposta de intervenção na área de saúde, porém, como aponta Braga e Paula (1986, p. 43).

No seu conjunto, não ultrapassam os limites de soluções imediatistas a agudos problemas que, de uma forma ou de outra, poderiam vir a comprometer o processo de acumulação cafeeira. Ou então, constituem tão somente tentativas de respostas aos quadros calamitosos, epidêmicos, que ameaçavam a população em geral e que por sua vez davam motivos a pressões políticas.

Em 1904, uma lei tornou obrigatória, para todo o território nacional, a vacinação contra a varíola, fazendo surgir um movimento de revolta popular que ficou conhecido como a revolta da vacina. O combate ao caráter obrigatório da vacina deu-se no Congresso, na imprensa e com pessoas de todas as classes sociais que foram para as ruas manifestar-se, ainda que por razões distintas (CARVALHO, 1987).

Durante o período da República Velha – 1889 até a Revolução de 1930, a economia brasileira era agro-exportadora, assentada na monocultura do café. No entanto, é nesse período também que grupos internacionais com interesses econômicos começam a fazer investimentos, iniciando então a entrada do Estado brasileiro no processo de industrialização, onde o excedente do café era aplicado na indústria têxtil, com destaque para as cidades do Rio de Janeiro e São Paulo (ARRUDA, 1999).

Assim, no final do século XIX e início do século XX, as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro cresceram e se modernizaram. Inicia-se o processo de urbanização; surgem novos grupos de trabalhadores constituídos por imigrantes, especialmente europeus (italianos e portugueses), como mão-de-obra nas indústrias em decorrência da experiência que já possuíam; as condições de pobreza dos operários obrigavam mulheres e crianças a trabalharem; as jornadas de trabalho eram longas, estafantes e em locais insalubres; não havia quaisquer garantias trabalhistas como férias, jornadas de trabalho definidas, pensões, aposentadoria, seguro contra acidente de trabalho.

Por um lado, é importante frisar que as transformações econômicas, sociais e políticas vividas pela sociedade brasileira com seu ingresso na economia industrial, também ocorreram nas sociedades européias com o início da Revolução Industrial no século XVIII.

Por outro lado, é nesse quadro com péssimas condições de existência e de trabalho que o movimento operário se organiza e entra no cenário político para conquistar direitos sociais.

Nesse contexto histórico, em que o modo de produção capitalista se consolida e se expande no país acompanhado de transformações econômicas, sociais, políticas e culturais, emerge a “questão social” como expressão concreta das contradições entre o capital e o trabalho no interior do processo de industrialização capitalista (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 58). A “questão social” permanece por várias décadas na ilegalidade, sendo tratada ideologicamente como desordem, como caso de polícia e enfrentada pelo Estado via seus aparelhos repressivos.

Na década de 1920 a saúde pública, embora se caracterize como parte da questão social, vai ganhar novos contornos ao nível de discurso, pois passa a ser considerada atribuição do Estado. Tal atribuição apresenta seu marco com a aprovação pelo congresso Nacional da Lei Eloy Chaves (Decreto Lei nº 4.682 de 24/01/1923), embrião da previdência social no Brasil, através da qual foram criadas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's). Essa lei guardava algumas peculiaridades como: seus benefícios só eram garantidos aos operários urbanos; as caixas eram organizadas por empresas; eram financiadas pelo Estado, empresas empregadoras (1% da receita bruta); e pelos empregados (3% do salário mensal); sua criação dependia do poder de organização e mobilização de determinadas categorias (BRAGA e PAULA, 1986).

As CAP's ofereciam aos trabalhadores benefícios de assistência médica curativa e medicamentos lado a lado com medidas de seguro social como por exemplo: aposentadoria, pensões e auxílio pecuniário para funeral. Ademais, é pertinente salientar que tais benefícios se materializavam a rigor com base em um contrato mantido entre empregados de determinadas empresas e seus empregadores, razão pela qual não eram estendidos a todos os trabalhadores, mas àquelas categorias combativas politicamente e que estavam ligadas aos setores de importância para a economia. Tais ações marcam a emergência do sistema previdenciário brasileiro, em sua gênese bastante tímido.

Até as primeiras décadas do século, institucionalmente no campo da saúde, o Estado entra em cena ao estabelecer o modelo de atenção à saúde de toda a população denominado sanitarismo-campanhista no qual os programas,

eram, na maior parte dos casos, restritos as áreas portuárias e às regiões produtivas, caracterizando-se portanto pelo seu alcance restrito e pela concentração de suas ações a determinados setores da população, especialmente na zona urbana (POSSAS, 1989, p. 184).

É importante ressaltar que o modelo sanitário-campanhista segue hegemônico até metade dos anos sessenta do século passado e, embora de grande relevância para o contexto histórico, as ações implementadas “não constituíam contudo, no sentido estrito do termo, uma Política Nacional de Saúde, pelo caráter ainda esporádico de suas intervenções, sempre desencadeadas de forma emergencial em situações críticas” (POSSAS, 1989, p.184).

Os anos 20 se encerram no emaranhado de uma crise que impacta o país no âmbito econômico: com a decadência da agro-exportação do café e o impacto da crise de 29 na economia brasileira enfraquecendo a oligarquia cafeeira; na política, com a quebra do acordo tradicional entre as oligarquias de São Paulo e Minas Gerais favorecendo a entrada dos militares na cena política; e, no âmbito social, com a organização da classe trabalhadora (VIANNA, 1989). É este então o cenário que abre o espaço para a Revolução de 1930 liderada por Getúlio Vargas.

1.2.1 Anos 30: as bases para o desenho da política de saúde

O revezamento do poder político entre São Paulo e Minas Gerais favorecendo exclusivamente os interesses de ambos começava a incomodar a classe média urbana, os trabalhadores e militares, e tal descontentamento marca uma nova fase na história do Estado brasileiro, haja vista ter resultado na Revolução de 1930. Nesse contexto, como aponta Fausto (1995, p. 273),

O Estado se definiu como articulador de uma integração nacional que, mesmo frágil, nem por isso era inexistente. Tinha de garantir uma certa estabilidade no país, conciliar interesses diversos, atrair investimentos estrangeiros, cuidar da questão da dívida externa.

Diante da insatisfação popular e da pressão política, a Revolução de 1930 termina por conduzir Getúlio Vargas a assumir “provisoriamente” o governo, que, para obter a legitimidade social e manter-se no poder, lança propostas com ênfase no discurso de proteção ao proletariado urbano e rural. No entanto, ao assumir o governo, Getúlio Vargas dissolve o Congresso e Assembléias e nomeia interventores federais para administrar os Estados.

De acordo com Fausto (1995), o novo Estado que nasceu a partir de 1930, distinguia-se do Estado oligárquico em decorrência de alguns elementos, com destaque para: maior centralização do poder, atuação econômica visando à industrialização, atuação social com ênfase nos problemas dos trabalhadores urbanos e a garantia da ordem.

Vale salientar que a partir desta década a questão social deixará de ser tratada como caso de polícia para receber um novo tratamento por parte da classe dominante. Será então legitimada e conduzida por novos aparelhos de Estado, com destaque para o Ministério

do Trabalho que controlará a questão social, “[...] no interior de um discurso integrador e paternalista; ocultando a luta de classes e combinando o autoritarismo com o mecanismo do favor” (CERQUEIRA FILHO, 1982, p. 77).

Dessa forma, o Estado, que se manifesta como agente propulsor do desenvolvimento econômico e social, desempenhará também o papel de “principal articulador entre as classes, apresentando-se como um estado arbitral, acima dos interesses de classes, apesar de centralizador e intervencionista” (ROSA, 2003, p. 95).

Por um lado, esse papel do Estado será equacionado com a promulgação das leis trabalhistas, que procuravam estabelecer um contrato entre capital-trabalho, garantindo aos trabalhadores direitos como: férias, limitação da jornada de trabalho, a regulação do trabalho das mulheres e crianças, dentre outros. Por outro lado, essas ações que apareciam como dádivas do governo, camuflavam seus objetivos, que eram de “reprimir os esforços organizatórios da classe trabalhadora urbana fora do controle do Estado e atraí-la para o apoio difuso ao governo” (FAUSTO, 1995, p. 335).

Assim, é nesse período da economia e da política na sociedade brasileira que estão assentadas as bases para a constituição de uma política nacional de saúde e que são instalados os aparelhos de Estado para a sua efetivação, com destaque para o Ministério da Educação e Saúde (BRAGA e PAULA, 1986).

Entretanto, tal política que se forma assume um caráter restrito uma vez que não se expande a todos os membros da comunidade, mas limita-se exclusivamente àqueles cujas ocupações estejam definidas em lei. Institui-se então o que Santos (1987) vai denominar de cidadania regulada, pois esta será definida com base em três parâmetros, quais sejam: a carteira profissional assinada, a profissão reconhecida legalmente e a associação ao sindicato.

Mas, é nesse processo político que Braga e Paula (1986) identificam as condições de emergência de uma política nacional de saúde organizada em dois setores, quais sejam: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Tal definição de implantação de políticas sociais busca de algum modo responder às necessidades dos trabalhadores urbanos ao tempo em que mantém a acumulação do capital.

O subsetor de saúde pública que tem seu precípuo ainda nos anos 20, com o modelo campanhista, será predominante até meados dos anos 60, e as campanhas sanitárias se constituíram como elementos centrais no processo de centralização da política de saúde. A centralização capitaneada pelo Estado aparece na criação de serviços de saúde, de departamentos e de reformas dos serviços existentes.

Quanto ao subsetor de medicina previdenciária, que tem seus resquícios com a lei Eloy Chaves e se desenvolverá paralelamente ao subsetor de saúde pública, somente a partir dos anos 60 irá se configurar como política de assistência à saúde. Tal alteração se manifesta com a organização dos institutos de Aposentadorias e Pensões – IAP’s, que ao serem criados substituem as antigas CAP’s. Esses institutos foram criados conforme a capacidade de organização e mobilização dos trabalhadores por categorias. Assim, o primeiro instituto a ser criado é dos marítimos em 1933, seguindo-se o dos comerciários e dos bancários em 1934, o dos industriários em 1936, o dos servidores do Estado e dos transportadores de carga em 1938.

Entretanto, a partir de meados da década de 50, com a expansão do processo de industrialização e a conseqüente urbanização, ocorre também o crescimento da massa de assalariados urbanos pressionando o Estado por assistência médica. Observa-se nesse período,

Um movimento simultâneo de crescimento da atenção médica da Previdência Social e de esvaziamento progressivo das ações campanhistas que acaba por levar à conformação e hegemonização do modelo médico-assistencial privatista (MENDES, 1993, p.20).

Esse novo modelo viabiliza o crescimento de um complexo médico hospitalar e o foco de atenção do sistema passa a ser “o corpo do trabalhador, mantendo e restaurando sua capacidade produtiva” (Ibid. p. 21).

Por um lado, o setor de atenção médica de intervenção individual e curativa posto em prática abrange apenas algumas camadas de trabalhadores inseridos diretamente no setor de produção social e representados em seus institutos. Nesse momento observa-se que mesmo entre os institutos há diferenciação de benefícios e serviços e este mecanismo “funcionava como base desagregadora de uma ação conjunta dos trabalhadores” (BRAGA e PAULA, 1986. p. 83), refletindo assim a fragilidade da classe trabalhadora em fazer valer seus interesses no tocante à questão saúde de forma mais universal e menos fragmentada.

Após algumas tentativas de unificação dos diversos institutos em um só, tal processo somente acontecerá com a aprovação em 1960 da Lei Orgânica de Previdência Social “que abrangia todos os assalariados em regime de CLT, igualando os benefícios a serem auferidos” (Ibid. p. 66).

Nesse processo de crise e transformações de expansão da medicina previdenciária aliada ao progresso tecnológico na atenção médica, vai se fortalecendo a tessitura da política de saúde, sendo a instituição hospitalar transformada no centro motor do sistema (Ibid. p. 67). Entretanto, vale ressaltar que o atendimento hospitalar que cresce neste momento é mais

aquele de natureza privada do que necessariamente o de caráter público, consolidando-se a lucratividade do setor. Como aponta Braga e Paula (Ibid, p. 74)

o setor de atenção médica no Brasil, à semelhança do que ocorre em outros países, cresce aceleradamente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos, permitindo uma crescente acumulação do capital em seu interior.

Desse modo, é nesse contexto que vai se cristalizando no setor saúde a integração entre Estado e a empresa privada, representada por hospitais particulares, indústria farmacêutica e de equipamentos. O hospital enquanto centro do sistema será definido com espaço privilegiado do saber médico e da infra-estrutura necessária para prestar serviços à população, assumindo então a característica do hospital moderno.

1.2.2 A política de saúde após 1964: o aprofundamento da mercantilização.

Em março de 1964, os militares articularam um golpe e instalaram no país o regime militar com aval americano, dando início a um processo de ditadura com conseqüências que atingiria a vida individual e coletiva do povo brasileiro que,

modificou profundamente o processo político que até então se desenvolvia no país, baseado no modelo populista reformista que se orientava para a realização de reformas sociais, inclusive no meio rural, e a ampliação do processo democrático (ROSA, 2003, p. 97).

O movimento de 64 contava com suportes políticos bastante fortes, contrapondo-se às idéias comunistas que se disseminavam pela América Latina e que colocavam em risco os interesses capitalistas.

O regime então instituído de caráter ditatorial e repressivo para manter-se no poder utiliza-se de forças policiais e formulação de algumas políticas sociais para legitimação do governo perante a sociedade. Um mecanismo importante neste momento será a utilização de técnicos saídos do seio da sociedade e colocados sob a tutela do Estado para organizar a nova estrutura dos serviços oferecidos, constituindo a tecnoburocracia.

Assim, no intuito de garantir sustentação social, o governo se utiliza do sistema previdenciário instituindo, em 1967, o Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, resultado da fusão de todos os IAP's. O novo instituto assume a tendência de incorporar paulatinamente diferentes grupos para ter acesso aos serviços e benefícios. Dessa forma, em 1971 são incluídos os trabalhadores rurais, em 1972, as empregadas domésticas, e em 1973 os trabalhadores autônomos (OLIVEIRA e TEIXEIRA, 1986).

Segundo Oliveira e Teixeira (1986), a criação do INPS engendra as condições para a hegemonização do modelo médico-assistencial privatista, que apresenta como características centrais:

- a. a extensão da cobertura previdenciária de forma a abranger a quase totalidade da população urbana e rural;
- b. o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública;
- c. a criação, através da intervenção estatal na área de saúde, de um complexo médico-industrial;
- d. a atuação do Estado como regulador do mercado de produção e consumo dos serviços de saúde, desenvolvendo um padrão de organização da prática médica, orientado em termos de lucratividade e propiciando a capitalização da medicina e privilegiamento do produtor privado desses serviços.

Destarte, a prioridade concedida pela Política Nacional de Saúde à medicina previdenciária, cuja expansão se manifesta a partir da contratação dos serviços da rede privada, tem reflexo na assistência hospitalar, uma vez que se realiza uma divisão entre os serviços prestados pelos hospitais oficiais e privados. Como aponta Braga e Paula (1986, p. 111), “aos primeiros, geralmente melhor equipados, ocorrem os casos mais graves, de tratamento mais demorado e difícil e, portanto, mais custoso. Aos hospitais privados destinam-se os casos mais simples, mais rápidos, mais baratos – e mais lucrativos.”

Entretanto, a integração entre o Estado e o setor privado, no âmbito da política de saúde com o Estado, assumindo o papel de regulador das políticas sociais, e especificamente da saúde, entra em crise juntamente com a crise enfrentada pelo modelo do “milagre econômico”. No plano social os salários deixam de aumentar, o desemprego se espalha, pioram as condições de vida ao passo em que se elevam os índices de concentração de renda.

Segundo Mendes (1993), a partir de 1974 com os sinais de esgotamento do “milagre econômico” e o início da abertura política lenta e gradual, começavam os questionamentos à política social do governo capitaneados por novos atores sociais que apareciam no cenário político “dispostos a lutar pelo resgate da imensa dívida social acumulada no período autoritário” (Ibid. p. 26).

Para Gallo e Nascimento (1989), com o processo de redemocratização do país, a questão da saúde irá se constituir em interesse da sociedade, tendo como forte aliado o movimento dos profissionais do setor. Nesse sentido, um dos atores que muito se destacaram

e conduziu as medidas de reforma na Política de Saúde foi o Movimento Sanitário. De origem acadêmica, porque se expressa no âmbito da Universidade, composto por intelectuais o Movimento,

não se limitou à vertente de produção de um novo saber; ao contrário, em todos os momentos caracterizou-se por aliar a produção científica à busca de novas práticas políticas e à difusão ideológica de uma nova consciência sanitária (TEIXEIRA e MENDONÇA, 1989, p.205).

O núcleo do movimento sanitário circula em torno de três direções: a politização da discussão sobre a saúde enquanto direito de todo cidadão e um dever do Estado; a modificação da norma constitucional com a garantia de um Sistema de Saúde público e extensivo a toda a população independente de contribuição; e a mudança das práticas institucionais então vigentes.

Com efeito, foi nesse processo histórico de questionamento das instituições públicas e das políticas sociais – aqui em foco a de saúde, que o Movimento Sanitário embora com diferentes variantes ideológicas, entra na luta política com o Projeto de Reforma Sanitária. Nesse contexto, um mecanismo que lança as bases para as mudanças foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, marco histórico mais importante na trajetória da política de saúde. Contou com grande mobilização e participação da sociedade civil ao reunir cerca de 4.500 pessoas, sendo 1.000 delegados, para discutir os rumos da saúde no país. A esse fato, outros como a da eleição da Assembléia Constituinte também em 1986 e a promulgação da Constituição em 1988, foram de fundamental importância para a constituição de um novo sistema de saúde no Brasil.

1.2.3 SUS – a construção de um outro olhar para a questão saúde

A nova ordem democrática que se instalou no país necessitava de leis distintas das leis autoritárias instituídas no regime militar presentes na carta de 1967 e nas emendas de 1969, para legitimar-se perante a sociedade. Nesse sentido, a Carta Constitucional de 1988 se efetiva apresentando significativo avanço na condução das leis que iriam reger a partir de então a vida política, econômica e social dos cidadãos.

No campo da saúde, os avanços expressos na lei são conseqüências da intensa participação do Movimento Sanitário, e diferentemente das Constituições brasileiras anteriores, a saúde representa “prerrogativa indisponível assegurada ao cidadão indistintamente” (CARVALHO e SANTOS, 2001. p. 40).

Com efeito, não foi fácil a operacionalização das proposições de uma política de saúde democrática, pois o embate foi articulado num contexto em que blocos antagônicos a essa proposta, representados pela Federação Brasileira de Hospitais e Associação das Indústrias Farmacêuticas (internacionais), defendiam a privatização dos serviços de saúde.

Assim, a Carta Constitucional de 1988, em seu artigo 196, reconhece a saúde como direito de todos a ser garantido pelo Estado mediante a implementação de políticas econômicas e sociais que,

visem à redução de riscos de doenças e outros agravos e ao estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de proteção, defesa, promoção, prevenção, preservação e recuperação da saúde (CARVALHO e SANTOS, 2001, p. 34).

Além de reconhecer a saúde como direito, a lei também define em seu artigo 198 o Sistema Único de Saúde – SUS, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I. descentralização, com direção única em cada esfera do governo;
- II. atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III. Participação da comunidade.

De acordo com Vilarinho (1997), o princípio do direito à saúde que marca o sistema, apresenta-se como instituinte para que novas práticas sejam construídas no sentido de consolidar o modelo de atenção que se “propõe à ampliação do enfoque clínico para o epidemiológico dentro de uma proposta de modelo de atenção centrada na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, comprometido com a efetiva integralidade das ações” (VILARINHO, 1997, p. 132). Nessa perspectiva, a centralidade da atenção deve localizar-se nas unidades e centros de saúde, que passam a ser a porta de entrada dos usuários na rede assistencial. Importa sublinhar que o conceito de saúde torna-se abrangente e para além da ausência de doença, passa a estar relacionado a outros determinantes da vida cotidiana sendo pois, “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (MENDES, 1993, p. 42-43).

Entretanto, apesar de definido na lei maior em 1988, o novo sistema de saúde somente foi regulamentado na década de 90, através da Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, na qual se expressa a definição do modelo operacional e sua forma de organização e funcionamento, e, através da Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre o financiamento.

Dessa forma, o SUS é concebido como o conjunto de ações e serviços a ser executado por órgãos e instituições públicas nos níveis federal, estadual e municipal, podendo ter a iniciativa privada em caráter complementar. O sistema é orientado por princípios doutrinários e organizativos. Como princípios doutrinários destacam-se a universalidade, a equidade e a integralidade, e como princípios organizativos, a hierarquização das ações e participação popular e a descentralização.

Apesar de ter sido fruto de lutas sociais e estar expresso na forma da lei, o SUS enfrenta dificuldades engendradas seja no âmbito da disponibilidade de recursos financeiros, seja no âmbito da operacionalização. Os problemas enfrentados tornam-se mais heterogêneos na década de 90, quando a opção neoliberal torna-se hegemônica no campo econômico, reduzindo o papel do Estado, com reflexos nas políticas sociais que se tornam seletivas e residuais, inclusive as de saúde. Como afirma Rosa (2003 p. 117),

As políticas sociais são subordinadas às reformas estruturais e restritas a ação emergencial, de caráter assistencialista, sem assegurar direitos e constituir uma política pública, contrariando a Constituição de 1988, que estabelece a universalidade e a igualdade como princípios da seguridade social.

Assim, o projeto político-econômico que se estabelece nos anos 90, projeto neoliberal, confronta-se com o projeto da Reforma Sanitária, e engendra as condições para o fortalecimento do projeto de saúde privatista, dificultando ainda mais a operacionalização do sistema.

Por outro lado, a institucionalização do SUS com a compreensão de que a saúde não se reduz à ausência de doença, mas está interligada a outras dimensões da vida, no cotidiano dos serviços vem se dando acompanhado de problemas que persistem sem solução. Dentre o cabedal de problemas, o próprio Ministério da Saúde (2006) aponta como tendo maior relevância:

- a. fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais;
- b. fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- c. precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- d. sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- e. baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho em equipe;

- f. poucos dispositivos de fomento à co-gestão, à valorização e à inclusão dos trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde;
- g. desrespeito aos direitos dos usuários;
- h. formação dos trabalhadores da saúde distante do debate e da formulação da política pública de saúde;
- i. frágil controle social dos processos de atenção e gestão do SUS;
- j. modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta.

Entretanto, estando a saúde como questão sempre presente no debate político, os atores vão aos poucos lançando propostas no sentido de contornar tais problemas, e ações vão sendo paulatinamente construídas.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde, no período de 2000 a 2003, implementa nos hospitais de referência o Programa Nacional de Humanização e Atenção Hospitalar (PNHAH), com “o intuito de criar comitês de humanização voltados para a melhoria na qualidade da atenção ao usuário e, mais tarde, ao trabalhador” (BENEVIDES e PASSOS, 2006, p. 35). Além desse programa, outras iniciativas são postas em prática como, por exemplo: Carta ao Usuário; Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (1999); Programa de Acreditação Hospitalar (2001), e o Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000), dentre outros.

Importa sublinhar que diante dos avanços, mas também dos desafios a enfrentar, e uma vez que os programas apresentam como eixo central a questão da humanização, o Ministério da Saúde implementa a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde – “Humaniza SUS” (Ministério da Saúde, 2006, p. 8). A Política de Humanização é norteada por princípios como:

- valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de seguimentos específicos (populações negras, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, dentre outros);
- fortalecimento do trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;

- construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Assim, assentado em um contexto de avanços e desafios, o SUS vem sendo constituído e operacionalizado, e o hospital – instituição com dimensão social, política e histórica, se constitui espaço de práticas concretas, exercendo importante papel na operacionalização do sistema.

Entretanto, se no século XVIII críticas foram feitas à instituição hospitalar, na contemporaneidade são lançadas propostas para um espaço efetivo de defesa da vida, marcadas por práticas humanizadas. Esse novo olhar para a instituição hospitalar tem por base o paradigma benigno-humanitário que “tem como seu valor fundacional a dignidade do ser humano e o respeito pelos direitos humanos” (MARTIN, 2004, p. 37).

Para Cecílio (1997), a missão e o perfil assistencial do hospital precisam ser redefinidas pelas diferentes instâncias do SUS, de forma que essa instituição não continue como hegemônica no sistema, devendo transformar-se em uma nova instituição organizada de forma mais racional, na qual o poder não seja concentrado exclusivamente no saber médico, não seja o único espaço para a cura e o contato das pessoas com o sistema. Nesse sentido, o autor considera que “O ‘novo hospital’ pode e deve ser um espaço de promoção da saúde, de defesa da vida e da cidadania, com suas equipes colaborando ativamente na construção de novas relações dentro do sistema de saúde” (Ibid. p. 301).

Desse modo, o debate da humanização ganha amplitude no SUS, constituindo-se como uma vertente a ser efetivada nos serviços – aqui em foco o hospital, pois coloca-se,

como estratégia de interferência nestas práticas, levando em conta que sujeitos sociais, atores concretos e engajados em práticas locais, quando mobilizados são capazes de, coletivamente, transformar realidade, transformando-se a si próprios neste mesmo processo (BENEVIDES e PASSOS, 2006, p. 37).

Nessa lógica, abre-se a perspectiva de que a história do hospital, “como qualquer outra, não é uma história acabada. Ela está sendo feita, como a de tantas outras instituições contemporâneas em crise que precisam andar com a vida” (RIBEIRO, 1993, p. 131).

1.3 Trajetória do Hospital Getúlio Vargas no contexto piauiense: um caminho de muitos percalços

De acordo com Nogueira (1996), a organização sanitária do Piauí seguiu no plano geral a mesma lógica das outras províncias brasileiras, iniciando-se com forte caráter religioso e caritativo. Assim, em 1835, foi criado o Hospital de Caridade na cidade de Oeiras, transferido para Teresina em 1852, quando esta se torna a nova capital do Estado. É significativo colocar que Parnaíba e Floriano também se destacaram por institucionalizar a saúde.

O Hospital de Caridade em Teresina foi instalado no Quartel de Polícia, e em 1860 é desativado em consequência da inauguração da Santa Casa de Misericórdia. Vale ressaltar que a manutenção desta instituição ficava por conta de subvenções, indulgências e doações voluntárias, permanecendo em funcionamento até 1941, quando foi então desativada para dar lugar ao Hospital Getúlio Vargas (NOGUEIRA, 1996).

Para melhor compreender os determinantes que levaram à criação do Hospital Getúlio Vargas, há que se articular as transformações que se manifestavam no panorama nacional e que refletiram nos Estados brasileiros.

No início dos anos 30, no cenário nacional, a República Velha começava a dar indícios de esgotamento, fato este que favorecia a entrada de novos atores políticos com propostas para ascensão ao poder, concretizando-se com a Revolução de 1930, capitaneada por Getúlio Vargas. A partir de então, a questão social passa a ser tratada como questão política enfrentada pelo Estado por meio de políticas públicas.

Nos idos do Estado Novo, o setor de saúde foi objeto de reformas no sentido de desenvolver e fortalecer ações de caráter curativo e preventivo, criando-se então as condições para o desenho da política de saúde com abrangência nacional, impondo as regras de organização sanitária.

Dessa forma, o Hospital Getúlio Vargas emerge no cenário social no período que compreende o governo de Leônidas de Castro Mello, iniciado em maio de 1935, quando é eleito pela Assembléia Legislativa, por meio do voto indireto, e findado em 1945, quando “a redemocratização forçou a queda do ditador, e, com ele, os interventores estaduais” (CARVALHO, 1994, p. 21).

É importante sublinhar que Leônidas de Castro Mello chegou ao poder como Interventor Federal ao apoiar o Estado Novo instituído em 1937, após o golpe de Estado liderado por Getúlio Vargas. Esse período foi marcado por perseguições aos opositores do governo, tendo Getúlio Vargas governado como ditador até 1945, quando também foi deposto do poder.

De acordo com Silva (2005), no governo de Leônidas de Castro Mello, o Piauí progrediu em razão da boa aceitação da cera de carnaúba no mercado externo – Inglaterra, Estados Unidos e Alemanha, bem como da política desenvolvimentista implantada por Getúlio Vargas. Quando da apresentação do relatório das atividades realizadas no decorrer de 1941, o então interventor situa que os três maiores problemas a serem enfrentados são: a instrução, a saúde e os transportes.

Assim, tendo como metas principais de governo a saúde e a educação, inúmeras obras foram realizadas. No campo da educação são destaques: o prédio do Liceu Piauiense, a Biblioteca e o Arquivo Público do Estado, grupos escolares em cada município e a ampliação do número de salas de aula nos municípios que já possuíam escola (CARVALHO, 1994).

No campo da saúde o governo criou postos de higiene que funcionavam como mini-hospitais pelo interior do Estado. Nesse campo, no entanto, a maior obra foi a construção do Hospital Getúlio Vargas, considerada na época como a mais moderna unidade para atendimento médico-hospitalar no Nordeste (Ibid. p. 61).

Nesse sentido, a construção de um grande hospital tornava-se prioridade para o então interventor, que tinha na medicina a sua profissão. Assim, o excedente das finanças arrecadadas com a venda do principal produto à época – a cera de carnaúba, se constituiu na base financeira para a construção do hospital, projetado então para constar com 200 leitos (NOGUEIRA, 1996). A importância da referida obra pode ser melhor observada no relatório apresentado pelo então interventor ao Presidente Getúlio Vargas quando afirma que:

o ano de 1941, marca na história administrativa do Estado, uma época memorável. A arrecadação de avultadas rendas permitiu realizar serviços de utilidade pública da mais alta relevância econômica e social que desde muito aguardavam solução. Estão neste caso a construção da estrada da rodagem Teresina-Parnaíba, velha e justa aspiração, e a construção do Hospital “Getúlio Vargas”, solução definitiva ao problema de assistência hospitalar do Piauí (MELLO, 1941, p. 8).

De acordo com Nogueira (1996), a construção do Hospital Getúlio Vargas demonstra a intenção do interventor em incluir o Piauí na diretriz do Ministério da Educação

e Saúde, pois no decorrer do Estado Novo instala-se a política de saúde voltada para a edificação de grandes hospitais, em detrimento de medidas preventivas de menor custo.

Nesse sentido, o próprio interventor em seu relatório de atividades realizadas expõe que, “o ano de 1941 correspondeu, realmente, ao início dos serviços de Assistência Hospitalar organizados dentro de normas positivamente atualizadas, pois que o possuimos antes deficientes e mal instalados” (MELLO, 1941, p. 79).

Nesse contexto, a organização a que o interventor se refere está relacionada à criação do Instituto de Assistência Hospitalar; à inauguração do Hospital Getúlio Vargas; à remodelação do Hospital Areolino de Abreu, no que tange a material e pessoas; à reconstrução do Hospital Miguel Couto de Floriano e ao aumento das subvenções aos hospitais particulares, mais precisamente à Santa Casa de Misericórdia e à Maternidade Dr. Marques Bastos, de Parnaíba.

Com efeito, o cabedal de obras realizadas acontece com uma demonstração explícita de ênfase no modelo que tem o hospital no vértice do sistema, caracterizando a política de saúde posta em prática mais como mecanismo de legitimação política, e menos como preocupação de cunho social.

Dessa forma, nos idos de 1937, tem início a construção do Hospital do Estado, sancionada pela lei nº 148 de 14/07/1937, mais tarde denominado HGV (RAMOS, 2004). Foi oficialmente inaugurado em 03 de maio de 1941, mas “somente em 1º de outubro foi possível pôr em movimento o grande estabelecimento” (MELLO, 1941, p. 79).

Vale sublinhar que o HGV, inicialmente, vincula-se ao Instituto de Assistência Hospitalar criado pelo decreto-lei nº 360 de 02/05/1941, ficando a partir daí sob a tutela dos órgãos que o substituíram, até ter seu patrimônio definitivamente ligado à Secretaria de Saúde do Estado.

É importante ressaltar que no período compreendido entre 1940 e 1950, avolumavam-se os problemas de saúde da população em conseqüência do crescimento demográfico, sem, contudo, implicar em políticas públicas necessárias para atender o novo contexto, pois, para alguns “Teresina configurava como uma cidade provinciana, com indústria incipiente, comércio sem grandes atrativos e produção agropastoril nos moldes de antanho” (SILVA, 2005, p. 72).

Vale lembrar que a construção e inauguração do HGV enfrentaram resistências, por parte dos opositores do governo, haja vista que no contexto local outros acontecimentos estavam a exigir resposta do governo. Nesse cenário, um fato que marcou e até desgastou

politicamente o interventor está relacionado aos incêndios às casas de palhas, causando medo e insegurança à população.

Nesse sentido, o HGV emerge em meio a críticas pela magnitude da estrutura física para a realidade de então, mas com o objetivo explícito de substituir o atendimento até então realizado pela Santa Casa de Misericórdia, criada e funcionando desde 1860, e sendo apresentado como “a solução definitiva ao problema de assistência hospitalar do Piauí” (MELLO, 1941, p. 8).

De acordo com Ramos (2004), o HGV é criado com o propósito de oferecer assistência médico-hospitalar utilizando-se dos avanços tecnológicos então existentes. Aponta ainda que desde o princípio o referido hospital foi “considerado uma instituição de referência médica e escola de aperfeiçoamento profissional” (Ibid. p. 131).

Assim, com a construção do HGV, o Piauí é inserido “na política de saúde vigente no Estado Novo, voltada para a edificação de grandes hospitais” (RIBEIRO, 1999, p. 25). No início, já contava na sua estrutura organizacional com os serviços de: Clínica Médica, Cirúrgica, Obstetrícia, Pediátrica, Urológica, Dermatológica, Oftalmolaringológica, Radiológica, Tisiológica, Fisioterapia, Anatomopatológica, Laboratório, Ambulatório, Pronto-Socorro, Odontologia, Farmácia e Enfermagem, e foi regulamentado pelo decreto-lei nº 374, de 24/05/1941.

Embora tendo iniciado suas atividade em um período em que a política de saúde encontrava-se dividida nos setores de saúde pública e medicina previdenciária, o HGV foi transformando-se para atender às novas necessidades sociais.

Hodiernamente, o HGV constitui-se como operacionalizador do SUS, desenvolvendo suas ações em consonância com os princípios norteadores do sistema de saúde, desempenhando também o papel de hospital de ensino, sobretudo para a Universidade Federal, Estadual e particulares. Serve ainda como campo de ensino para as escolas públicas e privadas que formam os auxiliares e técnicos de enfermagem. De acordo com o Regimento Interno (Portaria SESAPI PI/GAB nº 428 de 13/10/2005), tem por finalidade:

- I. prestar assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de emergência;
- II. promover, prevenir, recuperar e reabilitar a saúde da população do Estado;
- III. servir de campo de ensino, pesquisa, extensão e treinamento na área de saúde;
- IV. servir de referência às Instituições de Saúde nas áreas de Hemovigilância, Tecnovigilância e Farmacovigilância.

Dentre os serviços com os quais iniciou suas atividades, alguns deixaram de existir a partir da ampliação da rede hospitalar com a abertura, por exemplo, da Maternidade Dona Evangelina Rosa e do Hospital Infantil Lucídio Portela. Enquanto alguns serviços deixam de existir, outros emergem como consequência das necessidades, caso, por exemplo, da Unidade de Tratamento Intensivo, da Unidade de Tratamento de Queimados, da Nefrologia, dentre outros. Atualmente, conta com 427 leitos distribuídos nas diferentes clínicas e serviços, possuindo certificação de hospital de ensino (Portaria nº 450/GM de 23/03/05), sendo também referência da rede nos níveis de alta e média complexidade.

Em se tratando da demanda, esta é procedente não apenas do Piauí, mas também de outros Estados como Pará, Tocantins, Maranhão e Ceará. A força de trabalho é constituída por diferentes categorias de profissionais distribuídos por nível elementar, médio, técnico e superior, totalizando 2.074 trabalhadores, com uma concentração na enfermagem de 748, e na área médica de 320.

A grande demanda, citando aqui a título de exemplo o ano de 2006, no qual o HGV realizou 16.260 cirurgias, 268.710 atendimentos ambulatoriais, 5.932 cirurgias na urgência e emergência, vem demonstrar que embora enfrentando obstáculos de diferentes ordens para implementar a política de saúde, este hospital, que ainda é referência seja no atendimento médico, seja na formação de profissionais para o mercado de trabalho, aderiu à Política Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar como estratégia para minimizar as deficiências existentes na assistência prestada.

Nesse sentido, alguns projetos vêm sendo implementados desde 2003, como mecanismos de materialização da Política de Humanização, sendo alguns direcionados aos trabalhadores como, por exemplo: Programa de Assistência ao Servidor Alcoolista e o Projeto Recreação e Cidadania na saúde, visando minimizar o estresse no ambiente de trabalho. Outros projetos também são direcionados aos usuários no sentido de facilitar o acesso e fortalecimento da cidadania ao primar em garantir os princípios do SUS.

2 O HOSPITAL COMO ESPAÇO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM: O FAZER COM SOFRIMENTO

“Sem trabalho, toda vida apodrece. Mas, sob um trabalho sem alma, a vida sufoca e morre”

Albert Camus

Nos últimos tempos, o debate sobre o trabalho tem ganhado novos contornos, principalmente quando a sociedade contemporânea vivencia o desemprego estrutural, consequência do processo de reestruturação produtiva. A difusão desse processo, por sua vez, acarreta mudanças que afetam diretamente o mundo do trabalho, seja na sua dimensão material, seja na sua dimensão subjetiva.

Diante dessa nova realidade, o trabalho passa por metamorfoses que podem ser percebidas nas transformações do próprio mercado de trabalho, com a redução significativa de empregos fabris e a expansão das atividades relativas aos serviços, nos paradigmas produtivos, em que o padrão fordista, com ênfase na centralização, vem sendo modificado para formas de gestão do trabalho mais flexíveis, e, por fim, no próprio lugar e sentido atribuído ao trabalho.

A incerteza desses novos tempos tem conduzido alguns estudiosos a questionar a própria centralidade do trabalho, muito embora esteja esta atividade presente na vida e em todas as sociedades. É este trabalho, transformado ao longo da história da sociedade capitalista, e mais especificamente o trabalho realizado em um espaço complexo como é o hospital, que ganha, neste capítulo, centralidade: o trabalho de enfermagem vislumbrado no seu significado histórico como uma atividade realizada por pessoas que, por meio desta, reproduz sua existência material e subjetiva.

2.1 E o ser humano inventou o trabalho e sua divisão

A palavra trabalho é originada do latim *tripalium*, que era um instrumento utilizado para manter presa a pata do animal no momento de ser ferrado, caracterizado então como instrumento de tortura. Por esta razão, trabalho será associado durante muito tempo à obrigação e movimenta os sentimentos de castigo, sofrimento, cruz, padecimento.

De acordo com Ferreira (1986), trabalho significa a aplicação das forças humanas para atingir um determinado fim. No dicionário de filosofia, o trabalho é colocado como atividade cuja finalidade é utilizar as coisas da natureza para modificar o meio e satisfazer necessidades (ABBAGNANO,1998).

Elevado ainda ao significado de castigo e padecimento, o trabalho é considerado na Bíblia como maldição imposta ao homem por ter cometido o pecado original. Várias são as passagens que vão considerar o trabalho por este aspecto, como por exemplo, “você comerá seu pão com o suor do seu rosto, até que volte para a terra, pois dela foi tirado. Você é pó e ao pó voltará” (GENESIS, 3:19).

Mas a Bíblia chama a atenção ainda para o cuidado em não onerar o outro com o sofrimento e o cansaço decorrente da realização do trabalho ao apontar que,

nem pedimos a ninguém pão que comemos; pelo contrário, trabalhamos com fadiga e esforço, noite e dia para não sermos um peso para nenhum de vocês. Não porque não tivéssemos direito a isso, mas porque nós quisemos ser um exemplo para vocês imitarem. De fato, quando estávamos entre vocês, demos esta norma: quem não quer trabalhar, também não coma (II TESSALONICENSES 3:8-10).

Com efeito, a diversidade de considerações acerca do conceito de trabalho indica que a história dessa atividade tem seu precípua no exato momento em que os homens buscam na natureza os meios necessários para satisfazer suas necessidades de forma a possibilitar a sobrevivência. Assim, conforme aponta Marx (1996), “o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza” (MARX, 1996, p. 202)

Segundo Braverman (1987), todas as formas de vida realizam atividades para apoderar-se dos meios existentes na natureza em proveito próprio, mas, tais atividades, somente podem ser consideradas como trabalho se houver a elaboração de uma finalidade a ser alcançada. Com tal colocação o autor apresenta uma diferença essencial entre as atividades de utilização da natureza realizadas tanto pelos animais como pelos homens, qual seja, de que somente os seres humanos são capazes de alterar a natureza com a intencionalidade de atingir um objetivo. Tal afirmação consagra as palavras de Marx ao colocar que,

No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu medo de operar e ao qual tem de subordinar sua vontade (MARX, 1996, p. 206).

Temos então, algo que distingue definitivamente o trabalho humano daquele realizado pelos outros animais – a intencionalidade, a consciência – ainda que a motivação inicial de ambos seja a sobrevivência.

Nesse sentido, o trabalho assume importância fundamental na vida dos homens e ao longo da história vai determinando o modo objetivo e subjetivo de ser, através do qual vai sendo construída a realização humana. Assim, sempre que o assunto central for a existência humana, esta estará vinculada ao trabalho enquanto atividade transformadora, pois “o primeiro pressuposto de toda a existência humana e, portanto, de toda a história, é que os homens devem estar em condições de viver para poder ‘fazer história’” (MARX e ENGELS, 1987, p.39).

Com efeito, sendo o trabalho uma categoria historicamente construída que permite ao homem não só distinguir-se dos outros animais e de reproduzir-se materialmente ao satisfazer suas necessidades, é também por meio dessa ação que ao relacionar-se com outros homens é transformado pelas relações que aí se estabelecem, pois

a produção da vida, tanto da própria, no trabalho, como da alheia, na procriação, aparece agora como dupla relação: de um lado, como relação natural, de outro como relação social no sentido de que se entende por isso a cooperação de vários indivíduos, quaisquer que sejam as condições, o modo e a finalidade. (MARX e ENGELS, 1987, p. 42)

Tal afirmação contribui para enfatizar que o trabalho se realiza através de relações sociais, uma vez que é concretizado na convivência coletiva dos homens com a possibilidade de compartilhamento de desejos, de sonhos e de projetos.

Entretanto, o trabalho enquanto constructo social se põe dinâmico e evoluiu passando por diferentes estágios, marcando por assim dizer diferentes épocas. Nesse sentido, o domínio do homem sobre a natureza para extrair e ampliar suas fontes de existências tem estreita relação com a divisão do trabalho e da propriedade, uma vez que “cada nova fase da divisão do trabalho determina igualmente as relações dos indivíduos entre si, no que se refere ao material, ao instrumento e ao produto do trabalho” (Ibid. p. 29).

Com tal assertiva, Marx e Engels (1987) delimitam três formas de propriedade. A primeira é a propriedade tribal, que corresponde à fase mais rudimentar da produção e na qual as atividades realizadas para satisfazer as necessidades são a caça, a pesca e casualmente a agricultura. Nessa fase, a divisão do trabalho é pouco desenvolvida e está limitada a uma extensão da divisão natural no âmbito da família, e, portanto, caracterizando também a estrutura social no mesmo parâmetro.

A segunda forma de propriedade é a comunal e estatal, presente na antiguidade, e resultante da reunião de várias tribos para formar uma cidade. Nessa fase, a divisão do trabalho já está mais avançada com uma explícita divisão entre campo e cidade, enquanto as relações de classe se dão entre cidadãos e escravos. A terceira forma de propriedade é a

feudal, com expansão da propriedade privada se dando a partir do campo. Nessa fase a divisão do trabalho pouco desenvolveu e a estrutura estamental era constituída por príncipes, nobreza e clero concentrando-se no campo, enquanto na cidade estão os mestres, oficiais e aprendizes.

Essa lógica permite compreender que a divisão social do trabalho se dá entre os homens desde os mais remotos tempos e está presente “em todos os tipos de sociedade e tem origem nas diferenças da fisiologia humana, diferenças estas que são usadas para favorecer determinados fins dependendo das relações sociais que predominem” (BOTTOMORE, 1983, p. 112).

De acordo com Bravermann (1987), a divisão social do trabalho que se manifesta entre os sexos, entre a agricultura e a indústria, apresenta-se como dimensão que não apenas fortalece, mas garante a própria sobrevivência humana.

Segundo Melo (1986), a origem da divisão social do trabalho surge primeiramente da divisão natural em decorrência da diferença entre sexo e idade, cabendo ao homem realizar tarefas externas, enquanto a mulher realizava tarefas domésticas. A segunda divisão social do trabalho emerge a partir da separação entre artesanato e agricultura, e o escravo passa a ser considerado como elemento básico para a produção econômica. A terceira divisão social do trabalho se manifesta na emergência do seguimento de classe dos novos comerciantes.

Com base em tais considerações, torna-se evidente que a divisão social do trabalho presente em todas as formações econômicas é decorrente das transformações sociais e econômicas, e, “à medida que a satisfação das necessidades sociais se torna mediatizada pelo mercado, isto é, pela produção, troca e consumo de mercadorias, tem-se uma crescente divisão do trabalho social” (IAMAMOTO, 1992, p. 55).

Vale ressaltar também que o trabalho enquanto atividade humana por excelência que modifica não apenas o mundo, mas também o homem que o realiza e que vai se constituindo historicamente em diferentes épocas, é capaz ainda de criar identidade social pois,

ao criar o novo, através da práxis do trabalho – enquanto resultante de um projeto idealmente concebido (subjetivamente), que se materializa (objetivamente) na natureza – o homem se diferencia de outros homens, ao mesmo tempo se afirmando enquanto ser histórico e social (KANTORSKI, 1997, p. 7)

Na sociedade capitalista, ao trabalho é atribuído uma nova valorização, legitimando-se como fator produtivo, ao passo que institui-se o discurso de que somente por meio do trabalho produtivo o homem atingiria a dignidade, pois como bem lembra a música,

*“E a vida é trabalho
E sem o seu trabalho
Um homem não tem honra
E sem a sua honra
Se morre, se mata.
Não dá pra ser feliz”*

(GONZAGUINHA)⁵

No entanto, no contexto da sociedade capitalista onde o trabalho é legitimado como sinônimo de produtor de riqueza, o trabalhador destituído dos meios de produção para manter sua sobrevivência terá que colocar à disposição do mercado o único bem que possui, qual seja, a sua força de trabalho que vem a ser, “o conjunto das faculdades físicas e mentais, existente no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores-de-uso de qualquer espécie” (MARX, 1996, p. 187)

Assim, enquanto na ordem feudal, fundada na subsistência e na escravidão, onde significativa parcela da população embora livre em relação aos senhores feudais permaneciam presos à terra para manter a subsistência, e o trabalho era atividade destinada mais à subsistência, o mesmo não se verifica na ordem vindoura, pois a instauração de uma nova sociedade – a burguesa, emerge trazendo consigo grandes transformações e,

um mundo absolutamente novo: ele engendra uma cultura inédita e uma arte peculiar; confere ao conhecimento científico da natureza funções outrora desconhecidas, relacionando-o estreitamente à produção. Sobretudo, nele a economia e a sociedade são organizadas de modo particular, submetidas ambas a uma estratégia global (a da burguesia) e a uma lógica específica (a da valorização do capital). Configura-se assim um novo padrão de vida social, aquele centralizado na civilização urbano-industrial (NETTO, 1989, p. 11).

Assim, para os gregos “a prática material produtiva ocupava lugar secundário” (ALBORNOZ, 2000, p. 50), pois o trabalho com desprendimento da força física era realizado por escravos precisamente por ser considerado uma atividade inferior. Na concepção judaica, o trabalho era encarado como castigo pelo pecado cometido e sua finalidade, além de atender às necessidades humanas básicas, “também servia aos fins últimos da caridade, para a saúde do corpo e da alma, e para afastar os maus pensamentos provocados pela preguiça e ociosidade” (Ibid. p. 51).

Uma outra visão do trabalho emerge ainda na Renascença onde uma nova moral é atribuída ao trabalho, passando este a ser concebido como razão de desenvolvimento do próprio homem, e a ociosidade passou a ser sinônimo de negação de Deus pois,

⁵ Música: “Um homem também chora” (Guerreiro Menino), de Gonzaguinha.

o trabalho seria expressão do homem e expressão da personalidade do indivíduo. O homem se torna um criador por sua própria atividade; pode realizar qualquer coisa. O trabalho é a melhor maneira de preencher sua vida (Ibid. p. 58)

É interessante salientar que a nova visão sobre o trabalho que vai sendo construída é conseqüência de um conjunto de mudanças econômicas, sociais e políticas que se manifestam com a crise da ordem feudal, em que formas históricas vão cedendo lugar a novas.

Assim, o desenvolvimento do comércio e a formação e a expansão do mercado mundial se constituem como pano de fundo para o surgimento do capitalismo no século XVI, que tem como essência a separação entre capital e trabalho. Esta nova ordem implica em um outro olhar para o trabalho, e conforme aponta Albornoz, “uma nova atitude com relação às atividades humanas vinculadas à transformação da natureza, as quais já não recaem – como na Antiguidade – sobre escravos, mas sobre homens livres” (ALBORNOZ, 2000, p. 59)

Nesta lógica, o trabalho é concebido então como fonte de riqueza individual e coletiva, e na divisão do trabalho iniciada “há dezenas de milênios, nas obras materiais do homem, a partir de seus primeiros esforços para se adaptar às variações de seus meios naturais e, subseqüentemente, para os transformar” (FRIEDMANN, 1983, p. 23), se torna mais acentuada e entra em uma nova fase.

Essa nova fase, conseqüência da Revolução Industrial ocorrida no século XVIII e iniciada na Inglaterra, é caracterizada pela produção mecanizada que irá substituir o processo anterior onde,

o artesão ou o operário especializado, pondo sua experiência, seu conhecimento do material num objeto que ele começava e acabava, com a ajuda de suas ferramentas, continuava a ser o trabalhador – tipo do mundo ocidental (Ibid. p. 26)

É interessante observar que nesse processo de expansão do mercado e aumento da produtividade, as razões explicativas, dentre outras, para que a máquina gradualmente substitua o homem são: ser mais produtiva que o homem, ter movimentos mais uniformes, ser capaz de produzir em maior quantidade, dentre outros. Tal processo contribui para acelerar o fim da autonomia do trabalho artesanal, criando então a divisão técnica do trabalho onde cada operação é decomposta e executada por diversos trabalhadores. Conforme enfatiza Friedmann (1983), “operações, outrora agrupadas nas mãos de um único tecelão profissional, começam a se desvincular. Assistimos ao início de um fenômeno de dispersão, contínuo, multiforme, universal” (Idem)

Tal afirmação, portanto, evidencia uma marca da emergência do capitalismo, mais especificamente de sua forma clássica, qual seja: a manufatura. Dessa forma, a divisão técnica do trabalho enquanto subdivisão de tarefas se realiza mediante,

A colaboração duma grande quantidade de operários, trabalhando ao mesmo tempo e no mesmo local (ou, se quisermos, no mesmo campo de trabalho), sob as ordens do mesmo capitalista, com vista à produção da mesma espécie de mercadoria, constitui o ponto de partida histórico e formal da produção capitalista (MARX, 1979, p. 47)

Segundo Bravermann (1987), essa forma de divisão do trabalho peculiar da sociedade capitalista é imposta aos trabalhadores por meio do planejamento e do controle. Nesse contexto, enquanto a divisão social do trabalho separa os indivíduos em ocupação específicas a partir do instante em que o trabalho assume caráter social, a divisão técnica, por sua vez, subdivide o homem ao vinculá-lo em um processo de trabalho efetuado a partir da cooperação e do parcelamento das atividades.

De acordo com Singer (1987), o capitalismo industrial que substitui o manufatureiro e que adota como estratégia de expansão atender às crescentes necessidades dos mercados proporciona o desenvolvimento das forças produtivas “mediante o progresso das ciências físicas e a sistemática aplicação dos resultados na atividade produtiva” (SINGER, 1987, p. 20).

Nessas condições, e tendo a força de trabalho sido convertida em mercadoria, a divisão do trabalho iniciada com a fábrica torna-se cada vez mais sofisticada, e o trabalho assalariado passa a ser uma das condições básicas para a produção de mercadorias, uma vez que os trabalhadores ao serem separados dos meios de produção irão precisar vender sua força de trabalho para ter acesso a essas mesmas mercadorias de forma a manter-se e se reproduzir.

Em razão da busca de maior produtividade, os métodos da ciência são aplicados “aos problemas complexos e crescentes do controle de trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão” (BRAVERMANN, 1987, p. 82). Com efeito, para racionalizar a produção a empresa capitalista recorre a métodos científicos, surgindo então o taylorismo e o fordismo como estratégia que “investiga não o trabalho em geral, mas a adaptação do trabalho às necessidades do capital” (Ibid. p. 83).

Tendo como principais formuladores F. W. Taylor e H. Ford, o taylorismo e o fordismo são de grande monta para o capitalismo, ao elaborar princípios no sentido de aperfeiçoar a já existente divisão técnica e organizar o processo de trabalho. Tais princípios são importantes para os capitalistas uma vez que “a organização do trabalho responde a uma necessidade econômica (obter uma melhor produtividade possível) e a uma necessidade

política (manter os trabalhadores numa posição subordinada em relação ao capital)” (VASCONCELOS, 1989, p. 56).

Segundo Bravermann (1987), os princípios formulados por Taylor são fundamentais para compreender como se organiza o processo de trabalho em todas as esferas da produção social. O primeiro princípio trata da separação entre o trabalhador e o conhecimento dos materiais e práticas acerca da execução, que a partir da racionalidade científica na produção, passará a ser responsabilidade da gerência. Conforme aponta Bravermann (1987, p. 103),

o processo de trabalho deve ser independente do ofício, da tradição e do conhecimento dos trabalhadores. Daí por diante deve depender não absolutamente das capacidades dos trabalhadores, mas inteiramente das políticas gerenciais.

O segundo princípio destacado por Bravermann (1987), está relacionado à separação entre a concepção e a execução do trabalho, reduzindo o trabalhador a um autômato cumpridor de ordens e de ritmos. Conforme o autor, tal separação evidencia a desumanização do processo de trabalho pois,

os trabalhadores ficam reduzidos quase que ao nível de trabalho em sua forma animal enquanto isento de propósito e não pensável no caso de trabalho auto-organizado e automotivado de uma comunidade de produtores (Ibid. p. 104).

Por fim, o terceiro princípio se refere ao monopólio do conhecimento por parte da gerência que assim é capaz de não só controlar cada fase do processo, como também o modo de realizar o trabalho. Desse modo, o processo de trabalho tendo por parâmetro tais princípios apresentar-se-á marcado por características como, por exemplo: formalidade, hierarquia, tarefas rigidamente distribuídas e definidas, controle rigoroso dos gerentes sobre a execução. Ao mesmo tempo “são desenvolvidas complexas maquinarias capazes de transformar o trabalhador num apêndice e servidor da máquina, que passa inclusive a controlar o seu ritmo de trabalho” (VASCONCELOS, 1989, p. 58).

Entretanto, ocorre que nas sociedades modernas, o trabalho, ao mesmo tempo em que se constitui como elemento capaz de realização social e histórica do homem, é também a sua própria negação. A especialização do trabalho coloca-se como base constitutiva de tal processo, haja vista que o trabalhador não percebe mais o alcance da realização de sua atividade e despersonaliza-se. Conforme aponta Friedmann (1983),

a despersonalização é acompanhada, amiúde, pela consciência de não poder jamais acabar a tarefa, de jamais poder, dando um recuo, dizer a si próprio que realizou alguma coisa, por si mesmo, e que a fez bem feita (p. 206).

Nesse contexto, o trabalho se constitui em negação do trabalhador no próprio processo de trabalho, uma vez que, enquanto indivíduo, o trabalhador não tem sua vontade e poder de decidir considerados sobre o quê e como produzir, sendo esta decisão do capitalista, pois é ele o proprietário dos meios de produção. Por outro lado, aquilo que o trabalhador produz – a mercadoria, adquire no mercado mais importância que o produtor, definindo dessa forma as condições de vida, de trabalho e a própria identidade (ALBORNOZ, 1986).

De acordo com Friedmann (1983), o trabalho fragmentado e efetuado sob os moldes da organização científica mostra-se vazio de substância e suscita no trabalhador falta de interesse e uma relação de privação. O autor observa ainda que, “para muitos operários especializados em tarefas muito parceladas e repetidas, o trabalho é algo de desagradável, desprovido de interesse e de significação, amiúde de dignidade, algo que não é natural” (Ibid. p. 209).

Conforme lembra o próprio Friedmann (1983), o trabalho alienante se manifesta em virtude da especialização, da fragmentação, e também pelas condições dispersivas no qual é executado. No entanto, embora obnubilado pela alienação, “multiplicam-se indícios de tomada de consciência, de vigorosa e sã reação” (Idem), que abrem possibilidades, afim de que o homem se reconheça e se realize na civilização com império da técnica.

Assim, a possibilidade de avatar a situação de robotização está em tornar significativo o desenvolvimento de valores sociais e humanos, fazendo com que o “trabalho em migalhas” alie competência técnica com uma sólida base de humanismo, de forma que o indivíduo “possa dar sua plena contribuição enquanto cidadão” (Idem, p. 214).

2.2 O reencontro com a discussão sobre trabalho na contemporaneidade

De acordo com Singer (1987), a prosperidade do capitalismo estabelecida no pós-guerra sofre significativa diminuição de ganhos a partir da década de 1960 do século passado. A estabilidade do sistema e a fase de crescimento econômico cedem lugar a uma crise, acentuando sua lógica destrutiva, principalmente a partir de meados dos anos 1970. Nesse contexto de crise, desenham-se algumas transformações tanto na sua estrutura produtiva, como também no universo de seus valores.

Torna-se indispensável destacar que ao longo do século XX, a forma capitalista de produção vem se incorporando ao setor de serviços com acentuado processo de expansão, assumindo grande relevância no conjunto das transformações societárias. Esta expansão, por

sua vez, imprime novas características ao trabalho, ao mesmo tempo em que rompe com a racionalidade do processo de produção industrial.

A rigor, as atividades do setor de serviços são realizadas numa relação direta entre produtor (individual ou coletivo) e consumidor, relação esta que escamoteia o valor de uso aí inserido mesmo quando o trabalho é realizado nos modelos de produção capitalista. Assim, conforma observa Costa (1998), “os serviços terminam sendo identificados como serviços de consumo (ou serviços propriamente ditos), contrapostos a serviços de produção e circulação de mercadorias” (p. 17).

Segundo Dowbor (2002), o fio condutor de tais transformações é exatamente a revolução tecnológica que, ao invadir o universo fabril, provoca mudanças seja nas relações de trabalho, seja na produção do capital. O autor argumenta que, “essa revolução atual não é mais de infra-estrutura, como a ferrovia ou o telégrafo, ou de máquinas, como o automóvel e o torno, mas de sistemas de organização do conhecimento” (Ibid. p. 15)

Nesse cenário de revolução tecnológica acompanhada do acirramento da concorrência intercapitais, novas experiências de organização industrial e da vida social começam a se estabelecer. Nesse sentido, o capital implementa um processo de reestruturação com vistas a recuperar o seu ciclo de reprodução representado pela acumulação flexível que “se apóia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo” (HARVEY, 1992, p. 140).

Nessa lógica, as transformações vão incidir sobre a estrutura produtiva, e o padrão taylorista e fordista até então adotado será substituído pelo modelo toyotista. Incidem também no universo de ideários e valores do sistema capitalista. Nesse sentido, Antunes observa que:

Duas manifestações são mais virulentas e graves: a destruição e/ou a precarização, sem paralelo em toda era moderna, da força humana que trabalha e a degradação crescente, na relação metabólica entre homem e natureza, conduzida pela lógica voltada prioritariamente para a produção de mercadorias que destroem o meio ambiente (2001, p. 38).

As transformações apresentam sérias conseqüências no mundo do trabalho, que passa a ser caracterizado pela redução do emprego regular; pela tendência da subproletarização presente na forma de trabalho precarizado, em tempo parcial, temporário e terceirizado, e pelo retrocesso do poder sindical.

Nesse processo de transformações que se manifestam no mundo do trabalho, se evidencia um novo paradigma de organização das relações econômicas, sociais e políticas presentes em todas as esferas da produção, alterando as formas de organização e controle do trabalho. Tais alterações se manifestam no cotidiano do trabalho aumentando a densidade, o

ritmo e a ampliação da jornada de trabalho. No que concerne ao perfil exigido dos trabalhadores, as mutações sinalizam para a necessidade da polivalência, do comprometimento com a organização, da qualificação técnica, da participação criadora e da mobilização da subjetividade (ANTUNES, 2002).

Vale ressaltar que num contexto de reestruturação capitalista, o modelo de regulação social-democrática é obnubilado pela expansão do neoliberalismo que, “passou a ditar o ideário e o programa a serem implementados pelos países capitalistas, inicialmente no centro e logo depois nos países subordinados” (Ibid. p. 40).

É preciso acrescentar ainda que esse ideário que organiza o sistema capitalista na contemporaneidade é favorável à privatização acelerada, ao enxugamento do Estado e à redução de gastos com políticas sociais. É nesse cenário de fundo no qual o trabalho é metamorfoseado, que emerge a necessidade de um novo olhar para compreender a relação do indivíduo inserido no contexto do trabalho nas mais diferentes ocupações e instituições – aqui em destaque a instituição hospitalar e o trabalho da enfermagem.

2.3 Trabalho no hospital: a difícil arte de conciliar o feijão e o sonho

A instituição hospitalar é sem dúvida um elo importante para o sistema de saúde, mas o fato de ainda concentrar ao seu redor toda a legitimidade de resolutividade, assume uma hegemonia não rompida até o momento por um conjunto de determinantes. O fato de assumir essa importância na concretização dos serviços oferecidos pelo sistema faz com que esta instituição apareça com frequência na mídia e, na maioria das vezes, para apresentar a sua crise. Afora esse aparecer, a instituição hospitalar se concretiza como uma totalidade onde uma teia de encontros se manifesta e onde diferentes atores munidos de um saber mantêm um diálogo (SILVA, 1998).

Segundo Vasconcelos (1989), a divisão do trabalho que se faz presente em todas as instâncias produtivas, aparece também na produção dos serviços de saúde e marcará profundamente o processo de trabalho realizado no âmbito hospitalar. É importante sublinhar que um fator de grande contribuição nesse processo foi a utilização do ensino científico que passou a atender às necessidades do novo modo de produção.

Nesse sentido, Singer (1987) observa que até metade do século XVIII, o ensino da ciência, no âmbito das universidades da Inglaterra, não estava orientado para atender os interesses da indústria e até então a Astronomia era a ciência que gozava de maior prestígio. Entretanto, no final do século XVIII, a Medicina, ao se estruturar como prática social, traz em

seu bojo não apenas a alteração do conceito de doença, como também a alteração da finalidade da instituição hospitalar e do processo de trabalho posto em prática nesse campo.

De acordo com Pitta (1990), o ofício de cuidar praticado nos hospitais da Idade Média, se transforma em tecnologia a partir do momento em que novos saberes e novos instrumentos entram no cenário instituindo mudanças no processo de trabalho. Dessa forma, o processo de trabalho em saúde passa a assumir uma importante função ao contribuir para manutenção e reprodução da força de trabalho necessária à consolidação do capitalismo que,

socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo (FOUCAULT, 1979, p.80).

É nesse movimento que irá se constituir uma nova maneira de racionalidade médica para atender as necessidades do capitalismo. Dentre as imensas necessidades surgidas, uma direciona-se para a força de trabalho – agora livre e pronta para ser vendida, que precisa apresentar-se em condições de adequar-se à dinâmica da nova ordem. Assim, dentre as inúmeras práticas desencadeadas para atender a tais objetivos, incluem-se as de saúde que irão efetivar-se para controlar a ocorrência de doenças em escala social, como também no sentido de recuperar a força de trabalho já incapacitada pela doença, e devolvê-la ao mercado (GONÇALVES, 1988).

Nesse contexto, destaca-se a figura do médico que, assentado no modelo da clínica anátomo-patológica será transformado no agente hegemônico que comandará o processo no trabalho em saúde. Em princípio, todo o processo de trabalho será desempenhado pelo médico que será o agente proprietário de todos os atos e de todas as condições necessárias para realização do trabalho.

Para que a prática médica fosse desenvolvida de forma a atender às necessidades sociais do capitalismo, articulou-se a mudança funcional do hospital medieval para o hospital moderno que, a partir de então, passa a se constituir como espaço privilegiado para o exercício dessa prática. Conforme a observação de Gonçalves (1988, p. 18), o hospital, “levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhos ‘infra-estruturais’, sem os quais não pode funcionar, e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo”.

Tais considerações são reforçadas por Pitta (1990), ao observar que o processo de trabalho hospitalar deve ser compreendido como um conjunto de práticas articuladas a outras e submetidas a regras construídas historicamente. É importante ter em conta ainda acerca do trabalho hospitalar, que embora não produzindo mercadorias, e sim serviços, será organizado

com base nos princípios da racionalidade seguindo a lógica do modelo taylorizado e “ocultada pelo discurso valorativo do ‘trabalho em equipe’” (SILVA, 1998, p.29).

Destarte, o trabalho hospitalar caracteriza-se por ser parcelado, subdividido, especializado e realizado por grupos. Essa característica resultante da inovação técnico-científica e da divisão técnica do trabalho, passa a exigir trabalhadores “com funções, habilidades, qualificações, remuneração e *status* extremamente diversificados” (KANTORSKI, 1997: p.8).

Nogueira (*apud* Pitta, 1990) observa que a realização de tarefas isoladas no processo de trabalho hospitalar se manifesta acompanhada da integração, porém marcadamente hierárquico. Nesse sentido, a autora afirma que a complementaridade e a dependência se manifestam no decorrer de todo o processo, exigindo do trabalhador dispêndio de energia, destreza, conhecimento e incorporação de novas tecnologias.

Segundo Pitta (1990), diferentemente do processo de trabalho industrial, o trabalho hospitalar embora obedecendo às mesmas regras econômicas daquele, apresenta maior complexidade seja por envolver uma discussão sobre valor, seja por realizar-se numa inter-relação pessoal entre sujeito-objeto de trabalho, e seja, ainda, por ser um processo de trabalho atravessado por relações de poder.

Conforme observa Foucault (1979, p. 14), o poder não é algo unitário, não é um objeto. Ao contrário, o poder é uma prática social construída historicamente que penetra a vida cotidiana, sendo exercido em diferentes pontos da rede social. Daí que o autor coloca, “não existe de um lado os que têm o poder e de outro aqueles que se encontram dele alijados. Rigorosamente falando, o poder não existe: existem sim práticas ou relações de poder”.

É preciso sublinhar, ainda, que o poder apresenta objetivos econômicos – tornar o homem útil, e político – tornar o homem dócil, adotando por interesse: “gerir a vida dos homens, controlá-los em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e utilizando um sistema de aperfeiçoamento gradual e contínuo de suas capacidades” (Ibid. p. 16).

Destarte, o poder que se manifesta enquanto uma relação vai estar presente nas mais diferentes instituições incluindo-se nesse rol a instituição hospitalar. A relação de poder irá acontecer através de um dispositivo a que o autor chama de poder disciplinar que, “fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial capitalista” (Ibid. p. 17).

Esse poder disciplinar aparece na organização do espaço onde os indivíduos são isolados em locais fechados, esquadrihado de maneira a poder exercer funções diferentes;

aparece também como controle do tempo, objetivando eficácia na produção, na vigilância contínua e que penetra os lugares mais ocultos. Finalmente, o poder disciplinar produz um saber que assegura o exercício do poder. Com base em tais colocações, Foucault observa que “o hospital não é apenas local de cura, ‘máquina de curar’, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber” (Ibid. p. 22).

Segunda Pitta (1990), a cultura do poder atravessa o processo de trabalho hospitalar nas mais diferentes atuações, e ainda que não se manifeste explicitamente, é por meio desse mecanismo que a obediência garante a realização do trabalho, uma vez que o poder disciplinar consiste em, “métodos que permitem o controle minucioso das operações do corpo, que realizam a sujeição constante de suas forças e lhes impõem uma relação de docilidade-utilidade” (Ibid. p.126).

Nesse sentido, o processo de trabalho hospitalar carrega consigo algumas peculiaridades decorrentes dos paradigmas adotados na sua organização, a partir da lógica da sociedade moderna, que engendra a idéia de que o trabalho funciona como fonte de construção e realização, ao mesmo tempo em que escamoteia o sentido de que este mesmo trabalho pode significar exploração, sofrimento, doença e até a morte daqueles que o realizam.

Desse modo, o processo de trabalho hospitalar é acentuadamente marcado pela separação dos trabalhos intelectual e manual, influência recebida do taylorismo. Tal separação ocorrerá num primeiro momento entre as tarefas designadas ao médico e à enfermagem, mas, em função da complexidade e de determinantes econômico-sociais estender-se-á a outros agentes envolvidos no processo, pois o resultado dependerá de, “um conjunto complexo de procedimentos materiais e imateriais, realizados por diferentes agentes articulados e hierarquizados de diversas formas e que respondem a distintos tipos e articulações de necessidades” (SCHRAIBER e NEMES, 1996, p. 106).

Conforme assinala Dejours (1992), a organização do trabalho tendo por base o sistema taylorista, repercute na saúde do corpo do trabalhador e o esgotamento se faz aparecer ao conjunto de trabalhadores, não distinguindo entre aquele que realiza o trabalho intelectual e aquele que realiza o trabalho manual. Nesse sentido, Pitta (1990) aponta que tal organização desencadeia um processo de estranhamento e alienação, facilitando a manifestação de estados de ansiedade no trabalhador.

Outro aspecto apontado por Pitta (1990), como característica do trabalho hospitalar, é o regime de plantão que se faz presente mediante a necessidade de funcionamento diuturno da instituição hospitalar para atendimento de demandas de cuidados à

saúde da população. O trabalho assim realizado, afirma a autora, em que os ritmos circadianos e os sincronizadores individuais são invertidos favorece

desordens na esfera biológica, psicológica e social desses trabalhadores e seus familiares, habitualmente desconsiderados nos acordos de trabalho e sequer presentes como eixo de preocupação deles próprios ou mesmo dos profissionais de saúde (PITTA, 1990, p.59).

Por um lado, o regime de turnos e plantões possibilita aos trabalhadores em serviço de saúde terem mais de um emprego, criando dessa forma fatores de desgaste físico e mental. Por outro, esse regime contribui para que no cotidiano os trabalhadores se mostrem sempre apressados, com baixo nível de envolvimento e menor investimento afetivo nas ações.

Outra característica marcante desse processo de trabalho está relacionada às marcas dos primórdios da instituição hospitalar, onde o trabalho era realizado como meio de salvação da alma e como caridade. Como coloca Pitta (1990, p. 52),

Generosidade dos que tratam versus gratidão dos tratados e suas famílias se constitui numa troca simbólica que se materializa e modificada através dos tempos e das mudanças concretas, das regras gerais de produção da sociedade.

Nesse sentido, Pinheiro e Guizard (2004), observam que com o advento do mercado e do Estado moderno, a dádiva é alijada das relações, ao passo em que a mercadoria ascende ao cenário social transformando todas as relações como se entre coisas fossem. E nesse contexto, os serviços de saúde são inseridos e o processo de trabalho hospitalar será então regido por tal lógica.

Mas, neste debate acerca das características do processo de trabalho hospitalar, há que se fazer referência, ainda, à sua natureza. Nesse processo, a lida diária se manifesta em contato direto com a dor, o sofrimento e a morte. Importa assinalar que nas sociedades capitalistas em que a saúde é considerada um bem de consumo coletivo, a cultura que “determina o modo como a vida deve ser organizada, as categorias disponíveis para dar forma às emoções” (ILLICH, 1975, p. 122) irá se encarregar também de transformar o sentido ético e político atribuído à dor, ao sofrimento e à morte.

Nessa perspectiva, a cultura transforma a experiência da dor, despojando-a de sua dimensão subjetiva para transformar em um problema de caráter técnico. Se as culturas tradicionais tornavam o homem responsável por seu comportamento mediante o impacto da dor, na sociedade industrial tal responsabilidade será atribuída à própria sociedade, e a prestação dos serviços de saúde enquanto atividade produtiva se estabelece para absorver esse problema técnico ao tempo em que atende à valorização do capital (Ibid., 1975).

Ainda segundo Illich (1975), a dor ao ser transformada em problema de economia política faz com que o indivíduo se torne um consumidor de anestésias, favorecendo o crescimento da demanda por medicamentos, hospitais, serviços de saúde mental e outros cuidados profissionais. Assim, na sociedade dominada pela analgesia, a morte é interdita na linguagem comum e o doente será isolado de sua rede familiar ao ser transferido para o hospital. No âmbito do hospital, o médico não lida com a morte, tarefa essa repassada a outros profissionais como enfermeiros(as), psicólogos e assistentes sociais, uma vez que na prática médica ela é encarada como fracasso, razão pela qual o momento fatal é continuamente retardado. Então, fugir da dor apresenta-se como meio racional, normal e aceitável; o hospital se constitui como micro espaço em que histórias de vida são construídas pois,

Dentro de um hospital, como nas antigas catedrais, recapitulam-se todas as fases da vida do ser humano. O nascimento, com suas festas e esperanças, as doenças, a restauração da saúde, a cura, as pesquisas de busca de novos medicamentos, as cruzadas das campanhas preventivas, as vigílias nas UTIs – as corporações ou as equipes profissionais combatendo o “inimigo” infecção, orações e meditações nos oratórios e/ou capela, sem esquecer do silêncio e da inquietude em momentos de despedida de vida (PESSINI, 2004, p. 13)

No contexto hospitalar, a morte é uma questão sempre presente e não pode ser examinada apenas como fenômeno natural, mas também como fenômeno socialmente construído tendo seu sentido passado por significativas alterações. Na antiguidade por exemplo, embora encarada com familiaridade os mortos eram mantidos à distância da vida cidadã pois o contato com os mortos era bastante temido; a morte também já foi concebida numa visão romântica como sendo lugar de encontro dos entes queridos. Com efeito a morte se faz presente para o homem desde os primórdios da humanidade constituindo-se numa passagem violenta. Conforme observa Rinaldi (1996 p. 11) “Na maioria das sociedades, os gestos simbólicos que dizem respeito à morte são fundamentalmente ambíguos, a um só tempo de aceitação e recusa, de conservação e banimento, de ordem e desordem”.

Phillipe Ariès *apud* Rinaldi (1996) salienta que a sociedade moderna recusa e interdita a morte, expulsando-a da vida cotidiana, quando é então transferida para o hospital. Esse processo de medicalização da morte no âmbito da instituição hospitalar, “ocasionou sua disciplinarização através da privação do indivíduo de sua agonia, de seu luto e da consciência da morte, gerando sua marginalização” (TEIXEIRA, 1996, p. 40).

Nessa perspectiva, a morte torna-se um problema técnico, regulado através de intervenções e sob a responsabilidade dos especialistas técnicos-científicos, que no processo de trabalho são colocados em contato permanente com a morte, fazendo com que vivenciem

sentimentos contraditórios e utilizem artefatos que mascaram a dificuldade em lidar com tal fenômeno (Ibid., 1996).

Ainda segundo Teixeira (1996), a reação de cada trabalhador de saúde diante da morte está relacionada a determinantes socioculturais como a religiosidade, a formação profissional, a tradição familiar e a classe social; e a determinantes sócio-ocupacionais de estreitos vínculos com a divisão social e técnica do trabalho. Dessa forma, o confronto direto com morte no processo de trabalho se faz “em situações que produzem tensão, conflitos, sentimentos de culpa, impotência e diversos medos” (Ibid., p. 42)

É importante observar também que as atitudes e reações manifestadas no confronto com a morte no contexto hospitalar não segue um padrão único para todos os envolvidos no processo de trabalho, estando relacionada também à posição hierárquica ocupada.

De acordo com Pitta (1990), o contato incessante com pessoas doentes, com sofrimento, mortes e outras mazelas impõe a realização de tarefas nem sempre agradáveis, que exigirá um ajuste à ocupação escolhida ou um cabedal de dispositivos de defesa individual e coletiva. Nesse sentido, a autora destaca como estratégias de defesa postas em prática pelo conjunto de trabalhadores: a fragmentação da relação técnico-paciente, reduzindo o tempo de contato; a despersonalização e negação da importância do indivíduo doente; o distanciamento e negação dos seus sentimentos; a eliminação de decisão; a redução do peso da responsabilidade e do poder decisório.

Por outro lado, tais dispositivos se expressam no cotidiano do trabalho concreto, que favorece assim o aparecer da outra face do trabalho – seu valor de uso – enquanto “ato de depositar significado humano à natureza, construção de significado pessoal e intransferível, individual” (CODO et al., 1994, p. 98), mas que se articula com o trabalho como valor de troca, ainda que essas duas faces não sejam visíveis de imediato para esse conjunto de trabalhadores. Nesse sentido, os autores afirmam que:

Os significados reais do trabalho se escondem, e não são revelados ao primeiro olhar, dependem de uma análise rigorosa, exaustiva, onde são obrigatórias a observação do cotidiano, as representações do trabalhador, os desígnios da empresa (Ibid., p.100)

Dessa forma, os mecanismos de defesa criados para enfrentamento de situações adversas em que a vida diária se faz com sofrimento, se apresentam ao mesmo tempo como possibilitadores de transformação de uma realidade vivida na qual também se efetiva o prazer que sustenta a permanência desses trabalhadores e que a faz existir.

2.4 Trabalho da enfermagem: breves considerações sobre os caminhos percorridos

De acordo com Paixão (1979), os povos antigos por adotaram a convicção de que as doenças se constituíam em castigos de Deus ou efeito do poder diabólico sobre os homens, contribuiu para que na busca da cura se recorresse a sacerdotes e a feiticeiros que assim acumularam as funções de médicos, farmacêuticos e enfermeiros. Nesse sentido, a autora afirma que, para compreender a história da enfermagem, há que se recorrer a assunto de ordem médica, social e religiosa.

Na antiguidade, as práticas médicas estavam bastante unidas às práticas religiosas. No Egito, por exemplo, os templos dispunham de escola médicas, e o trabalho dos sacerdotes-médicos era muito bem remunerado, sendo acessíveis somente aos ricos. Apesar de ter sido um povo de grande legado, não constam em seus documentos referência nem a hospitais e nem a enfermeiros. A Índia, ao contrário, já aponta para outra mentalidade ao “proporcionar assistência inteligente aos mais desamparados” (PAIXÃO, 1979, p.21), com a construção de “hospitais” e a escolha de enfermeiros exigindo inclusive que estes fossem portadores de um cabedal de qualidades e conhecimentos, bem como de uma postura moral. Os hindus exigem assim de seus enfermeiros: asseio, habilidade, inteligência, conhecimento de arte culinária, preparo de remédios. Na dimensão moral, exigia-se que fossem puros, dedicados e cooperadores (Ibid. p. 21).

Os chineses também se destacaram por aliar o caráter religioso às suas experiências “médicas”, e organizaram “hospitais” com “enfermeiros”. A Grécia, por sua vez, além de alcançar notoriedade no campo da filosofia e das artes, alcançou destaque também no campo da medicina com a importante atuação de Hipócrates, nascido em 460 a.C. na ilha de Cós, e a quem foi atribuído o papel de pai da medicina científica (Ibid. p. 21).

Também os romanos se distinguiram entre os povos primitivos que dispensaram cuidados médicos aos seus cidadãos. No entanto, o fato de ser um povo essencialmente guerreiro, refletiu também nos cuidados aos doentes, que foram dispensados, com prioridade para os cidadãos guerreiros. Em Roma, a enfermagem, assim como a medicina, era considerada como atividade indigna para ser praticada pelos cidadãos romanos, sendo exercida por estrangeiros e escravos. Diante de tais considerações, pode-se perceber que no decorrer dos tempos o cuidado ao doente, realizado no âmbito privado pela mãe, escravo, físico ou cirurgião-barbeiro, se configura como uma das vertentes precursora do processo de trabalho da enfermagem, que seria institucionalizado somente no século XX (PIRES, 1989).

Algo novo se apresenta com a instituição do Cristianismo, que carrega consigo uma profunda revolução no que diz respeito aos valores morais, influenciando profundamente na atenção aos pobres e enfermos que, a partir de então se constituem em espaço de atuação assistencial da Igreja. Nesse sentido, a Igreja lança-se na tarefa da assistência e inicia a organização de hospitais para recolher doentes, órfãos, velhos e peregrinos. O socorro a esses necessitados era realizado por diáconos e diaconisas, e por um grupo de escol que associavam o espírito de servir com a oração (PAIXÃO, 1979).

Segundo Melo (1986), o advento das ordens seculares marca a introdução da enfermagem nos hospitais com a presença das religiosas nos cuidados aos doentes, trabalho este solidificado no caráter moral de amor ao próximo. Ao fazer tal afirmação, a autora destaca ainda a significativa presença da mulher no trabalho de enfermagem, fato este que irá marcar profundamente a profissão. Assim, o trabalho caritativo e assistencial caracteriza-se como “uma das primeiras vertentes do trabalho da enfermagem, organizado como serviço reconhecido socialmente” (PIRES, 1989, p. 106).

Vale sublinhar que esta marca está relacionada à divisão social do trabalho, que ao dividir os indivíduos por grupos e sexos, atribui ao homem o caráter combativo e empreendedor, enquanto à mulher é idealizada a vocação natural para compreender e ajudar. Dessa forma, o homem será preparado para o trabalho exterior, fora do lar, enquanto que à mulher será reservada as tarefas domésticas, educativas e caridosas, ocupando-se com eficácia dos seres considerados fracos, crianças e doentes exatamente por ser dotada de paciência e sensibilidade.

Entretanto, em decorrência da Reforma Protestante promovida por Lutero e Calvino, muitos hospitais cristãos foram fechados e as religiosas que cuidavam dos doentes foram expulsas dos hospitais que permaneceram, recrutando pessoal leigo e remunerado, para executar os serviços de enfermagem, até então realizado pelas religiosas.

As conseqüências dessas mudanças para a enfermagem foram grandes, uma vez que foram recrutadas mulheres marginalizadas que se submetiam a receber baixos salários para realizar qualquer serviço, aí incluindo-se o cuidado aos doentes. Esse período é considerado crítico para a profissão de enfermagem, sendo conhecido no âmbito profissional como “o período negro da enfermagem” (MELO, 1986).

De acordo com Melo (1986), esse período é marcado pela presença da Santa Inquisição, que implementou severa perseguição às mulheres curandeiras, tratadas como bruxas, quando na realidade o interesse maior da Igreja era permanecer com o domínio sobre o conhecimento e a arte de curar.

Nesse contexto de organização hospitalar sob o comando das ordens religiosas, os cuidados de enfermagem dispensados aos doentes eram realizados pela *matron* – a quem cabia a direção do serviço, e pela *sister* – responsável pelas enfermarias. Tal separação, como aponta Melo (1986, p. 36),

Constitui-se no início da divisão social do trabalho entre os elementos designados para prestarem os cuidados de enfermagem, reproduzindo a hierarquia religiosa, por sua vez inspirada na organização militar, dentro da instituição hospitalar.

Dessa forma, enquanto as religiosas coordenavam e supervisionavam, aos leigos oriundos de uma classe subalterna cabia o trabalho manual e mal remunerado. Mas, é necessário salientar que esse panorama é significativamente transformado com o surgimento da Revolução Industrial e a consolidação do capitalismo como modo de produção, com reflexos na vida social.

Nesse sentido, o desenvolvimento da ciência médica, a reorganização dos hospitais com finalidade terapêutica sob o comando do médico, o novo caráter da intervenção do Estado com a institucionalização dos serviços de saúde se constituirá no quadro econômico, político e social que, na segunda metade do século XIX, irá garantir as condições históricas para que a enfermagem fosse institucionalizada como profissão, primeiramente na Inglaterra, difundindo-se depois por todo o mundo ocidental (MELO, 1986).

Vale salientar que neste cenário de institucionalização da enfermagem moderna, foi importante a contribuição de Florence Nightingale, oriunda da aristocracia inglesa, que em 1860, na Inglaterra, implementou “a estruturação da escola de formação de enfermeiros administradores e prestadores de cuidado” (PIRES, 1989, p.55).

De acordo com Almeida (s/d), tanto a enfermagem praticada pelas religiosas, como também a enfermagem nightingaleana apresentam a profissão numa visão idealizada. Aquela entende a enfermagem como uma atividade orientada por princípios morais do cristianismo, razão suficiente para que seja realizada à luz do amor e da solidariedade ao próximo. Nesta, a enfermagem se organiza sob a ideologia da disciplinarização do ambiente hospitalar e do corpo, seja como força de trabalho, seja como agente que obnubilado pelo caráter vocacional reforça o projeto do capitalismo, conforme a observação de Melo (1986, p. 48), “a possibilidade de treinar mulheres para o desempenho de trabalho assalariado refletia o interesse do capitalismo na utilização da mão-de-obra feminina”.

Dessa forma, a emergência da enfermagem moderna também é marcada pela divisão social do trabalho, com a distinção explícita entre duas categorias: a *lady-nurse* e a

nurse. A *lady-nurse* era procedente de uma classe social mais elevada, com conhecimento intelectual e, portanto, mais preparada para as atividades de supervisão e ensino. Por outro lado, a *nurse* era oriunda de uma classe social inferior, assumindo tarefas de caráter manual. É interessante notar que a própria enfermagem moderna, ao emergir, se apresenta marcada pela divisão do trabalho, pois se “constituiu em profissão de apoio ao trabalho médico, com intuito de controlar o ambiente para maior êxito do cuidado médico e restabelecimento do doente” (ROCHA et al, 1990, p. 107).

Tais considerações contribuem para compreender que a divisão do trabalho na profissão de enfermagem não ocorre por mero acaso, mas, é reflexo do modo de produção dominante que, ao se instalar avata as relações de produção, como também as relações sociais construídas por meio do trabalho para garantia da existência material e subjetiva.

A nova profissão que se institucionaliza na segunda metade do século XIX, e que se desenvolve no século XX, se distancia do discurso realizado e se caracteriza como trabalho assalariado marcado pela divisão social e técnica do trabalho, cujo processo de trabalho, influenciado pelos princípios tayloristas, também é constituído de finalidade, objeto e instrumental, que se manifestam e transformam o cotidiano e seus agentes, razão pela qual não pode ser vislumbrado como prática isolada, mas articulada com as outras práticas sociais e estabelecendo relação dialética construída socialmente (ALMEIDA, s/d).

2.5 A institucionalização da enfermagem no Brasil

De acordo com Melo (1986), as primeiras manifestações de cuidado ao doente na sociedade brasileira podem ser localizadas no início da colonização do país com os indígenas. A concepção de saúde/doença dos indígenas assentava-se no pensamento mágico-místico sendo então as doenças causadas pelos deuses em decorrência de comportamentos inadequados. Neste contexto, como observa Pires (1989 p.27),

A assistência aos doentes era reservado ao intermediário entre os homens e os deuses, o pajé, o feiticeiro ou sacerdote, capaz de tirar encantamentos, exorcizar os maus espíritos, preparar porções mágicas, fazer oferendas e confeccionar amuletos.

Embora não existindo normas escritas, o feiticeiro ou pajé era recompensado com arcos, flechas, pedras vistosas ou qualquer coisa que pedisse em caso da cura do doente. Mas, caso contrário, se a tão esperada cura não ocorresse, o feiticeiro ou pajé poderia ser punido sendo expulso de sua moradia ou morto pelos familiares do doente (PIRES, 1989).

Com a colonização e a instituição da propriedade fundiária da terra, há uma significativa modificação de vida e do quadro nosológico no país, disseminando-se doenças como a varíola, o sarampo, a tuberculose, a lepra, dentre outras. A prática de cuidar ganha novos agentes nesse período, sendo encontrado então “os físicos, os cirurgiões, os cirurgiões barbeiros, os barbeiros, os algebristas, os curiosos, os boticários, os anatômicos, os curandeiros, os entendidos e outros” (Ibid, p. 32).

Para exercer essas práticas, os agentes vinham habilitados da metrópole ou eram treinados na própria colônia por parentes próximos, ficando a partir daí autorizados para exercer ações de saúde. Já nesse período, a divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual se apresenta entre esses agentes. Assim, os físicos eram os depositários do saber sistematizado nas universidades européias e eram reconhecidos socialmente como médicos, enquanto os demais realizavam atividades manuais. Esse período conta ainda com a presença dos jesuítas que cuidavam dos doentes nas enfermarias dos colégios por eles fundados e pela irmandade nas santas casas de misericórdia.

De acordo com Pires (1989), as atividades realizadas pelos Jesuítas emergem assim como as primeiras atividades registradas como sendo de enfermagem no espaço institucional, embora marcadas pelo caráter caritativo. Por outro lado, os hospitais das misericórdias fundados no Brasil representam as primeiras instituições – embora não tendo caráter governamental – que prestam assistência de saúde no país. Como aponta Pires (1989, p. 37-38),

As santas casas junto com as enfermarias dos jesuítas, até meados do séc. XVIII, quando a Companhia de Jesus foi expulsa do Brasil, e junto com as enfermarias das demais ordens religiosas, os hospitais militares e os lazaretos, até o início do séc. XX, representaram a espinha dorsal da assistência institucional prestada à população, na época.

Vale salientar que nessas instituições o trabalho realizado assumia caráter caritativo, seja para os religiosos que “tornam-se os enfermeiros do hospital colonial” (MELO, 1986, p. 61), seja para os agentes que prestavam cuidados eventuais, para os escravos que auxiliavam em troca de teto e alimentação ou para os voluntários que se dedicavam ao cuidado dos doentes. Segundo Paixão (1979, p.105),

A própria idéia que se fazia da enfermagem e a falta de divulgação dos conhecimentos científicos dessa época simplificaram excessivamente as exigências para o desempenho das funções atribuídas aos enfermeiros.

No campo da saúde, as medidas sanitárias assumiam uma preocupação maior com a questão econômica do que propriamente com o bem-estar da população. Diante da parca e

precária infra-estrutura hospitalar e assistencial, continua imprescindível os serviços oferecidos pelas santas casas de misericórdia, pelas enfermarias de caráter religioso e dos hospitais militares.

Por outro lado, a enfermagem praticada nestas instituições apresenta-se, desde os tempos da colônia até o império, marcada por um caráter eminentemente prático, exercida em bases empíricas e com forte influência da Igreja Católica. Como já mencionado anteriormente, a enfermagem enquanto prática social articulada a outras práticas, transforma-se à medida em que a própria sociedade vai passando por mudanças no sentido de romper, ainda que não totalmente, com o modo de ser tradicional (SILVA, 1989).

Assim, conforme observa Melo (1986), a década de 1920 irá se revelar de grande importância para a institucionalização da profissão. Essa década, que se apresenta marcada por muitos problemas sociais, que se refletem nas condições de existência e de trabalho da população, torna-se palco de manifestações dos grandes movimentos sociais que desencadeiam lutas para a conquista da cidadania, muito embora com saldo de vitórias reduzido. Durante essa década, o Estado, por interesses econômicos ligados à economia de exportação do café, e políticos que objetivavam atrair mão-de-obra para a constituição do mercado de trabalho capitalista, esboça algumas medidas sanitárias que irão interferir diretamente na vida da população.

Dessa forma, nos idos de 1923 é criada a primeira escola de enfermagem no país, na cidade do Rio de Janeiro, financiada pela Fundação Rockefeller, e sob orientação de enfermeiras norte-americanas. A orientação da escola seguiu o sistema Nightingale e as enfermeiras embora passando por oito horas de trabalho em hospital, ao concluírem o curso passavam a atuar basicamente nos serviços de saúde pública. Essa escola, que mais tarde denominou-se Escola Ana Néry, foi durante dez anos a única existente para esta formação, e marca o advento da enfermagem moderna⁶ no país.

De acordo com Silva (1989), o surgimento da enfermagem moderna no país à luz do sistema Nightingale está imbricado de interesses, revelando e sendo atravessado por paradoxos. Um primeiro paradoxo se evidencia já nos objetivos que, priorizando o atendimento a problemas imediatos de saúde pública, implanta uma formação nos moldes de um país rico em que a realidade é bastante diferente, seja em termos de desenvolvimento ou de riqueza. O segundo paradoxo está relacionado aos interesses que não se revelam, mas

⁶ Enfermagem moderna aqui é compreendida como várias categorias da enfermagem submetidas a uma formação e que se opõe à enfermagem tradicional ou pré-profissional que era exercida por leigos (SILVA, G. Borges da *Enfermagem Profissional: análise crítica*. 2. ed.. São Paulo: Cortez, 1989. p. 11)

definem a lógica para sua institucionalização. Assim, enquanto nos Estados Unidos a intenção para a fundação das primeiras escolas de enfermagem “foi o atendimento, a baixo custo, da demanda de mão-de-obra de instituições privadas” (SILVA, 1989, p. 78), no Brasil a finalidade estava articulada a interesses governamentais. Por fim, essa formação é marcada ainda pela ênfase na formação dentro dos hospitais, enquanto que o exercício profissional se fazia basicamente nos serviços de saúde pública.

Nesse processo de institucionalização da profissão, o recrutamento dos novos agentes se faz acompanhar e até reproduz a estrutura de classes da sociedade capitalista, efetuando-se com a seleção de um público-alvo eminentemente feminino com “O proletariado fornecendo os “atendentes” de enfermagem e, mais tarde candidatos aos cursos de auxiliar de enfermagem; a burguesia fornecendo os candidatos para cursos de enfermeiras” (Ibid, p. 79)

Nessa lógica, reproduzia-se também a divisão entre trabalho manual e intelectual. Os atendentes⁷ e auxiliares eram habilitados para a realização de atividades manuais junto ao paciente, enquanto que as enfermeiras exerciam atividades intelectuais de supervisão, ensino e administração.

As décadas de 1920 e 1930 são importantes para a enfermagem por comportar as condições históricas e sociais para a implantação da profissão no país, expandindo-se daí em diante, inserida no conjunto de mudanças que se processam na sociedade.

Nas décadas de 1940 e 1950, a estimulação por parte do Estado ao desenvolvimento urbano-industrial e o conseqüente crescimento urbano acarretam em mudanças de caráter político e social que rebatem como fatores propulsores para a consolidação da enfermagem no Brasil. No campo da saúde, o desenvolvimento da indústria hospitalar e farmacêutica marca a intervenção do Estado, que irá priorizar a medicina previdenciária com ênfase na medicina curativa e hospitalar. O hospital passa “a ser o símbolo da supremacia da atenção médica sobre as medidas sanitárias de modo geral” (MELO, 1986, p. 67), que para atender as nova exigências econômicas e políticas irá exigir pessoal com maior qualificação, configurando-se então como novo campo de atuação da profissão e, dessa forma: “As enfermeiras diplomadas passam a integrar o corpo de pessoal do hospital, organizando em novos padrões o serviço de enfermagem”. (Ibiden)

No âmbito desse espaço de atuação, os cuidados de enfermagem permanecem sendo realizados por atendentes e auxiliares, enquanto que as enfermeiras serão responsáveis

⁷ Categoria extinta conforme reza no Art. 23 da Lei nº 7.498/86, de 26.06.86, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem.

pela administração dos serviços, supervisão e treinamento do pessoal auxiliar. Conforme aponta Melo (p. 68),

A divisão do trabalho na enfermagem sofisticou-se na medida em que se reveste de uma maior complexidade técnica, para estabelecer as tarefas entre as diversas categorias, contribuindo para a manutenção da hierarquia social, ampliada no setor saúde com o desenvolvimento da assistência hospitalar.

A década de 1960 se apresenta com profundas modificações políticas e sociais, chegando ao auge com o golpe militar de 1964 e a implantação do Estado burocrático-autoritário, agravando ainda mais as condições de vida da classe trabalhadora com repercussões no âmbito social, político, econômico e cultural. Nesse contexto, as mudanças se traduzem em um cabedal de reformas no campo da saúde ao mesmo tempo em que contribuem para um quadro nosológico caracterizado pela presença de doenças pestilenciais, aumento das doenças degenerativas, enfermidade de massa e elevado índice de mortalidade infantil (SILVA, 1989).

De acordo com Silva (1989), as mudanças na sociedade e mais especificamente no campo da saúde, refletem-se na enfermagem enquanto fazer profissional articulado às práticas sociais. No percurso histórico, alguns fatos, seja no campo da formação, como a passagem a ensino superior em 1962, os primeiros cursos de pós-graduação a partir de 1972; seja no campo da organização, como a criação do Conselho Federal de Enfermagem em 1973, caracterizam a década de 1970 como a fase de expansão da profissão.

Vale salientar que ao longo da trajetória da enfermagem no Brasil, as indagações sobre o fazer profissional estiveram concentradas na produção científica com ênfase nos,

Aspectos internos da prática profissional, como tecnologias aplicadas na assistência, elaboração de modelos assistenciais, avaliação dos cuidados biopsicossociais prestados à clientela e outros. (ALMEIDA e ROCHA, 1989, p.22).

De acordo com Netto (1996), as transformações societárias vivenciadas a partir de 1970, atingindo o vértice na década de 1980, afetam diretamente a vida social e incidem sobre as profissões, suas áreas de intervenção, seus suportes de conhecimento e de implementação, suas funcionalidades. Nesse sentido, as profissões são marcadas por alterações que,

derivam da intrincada interação que se processa entre as transformações societárias, com seu rebatimento na divisão sociotécnica do trabalho, e o complexo (teórico, prático, político e, em sentido largo, cultural) que é constitutivo de cada profissão (NETTO, 1996, p. 89).

Nesse cenário, a enfermagem inicia um processo de discussão e reflexão sobre o seu próprio trabalho, numa visão histórico-social. Este outro olhar permite compreender a

importância das técnicas realizadas por uma categoria heterogênea envolvida no seu cotidiano com questões de caráter subjetivo, com possibilidade da livre criação e de transformação seja do objeto de trabalho, seja de si mesmo.

2.6 Sofrimento: um fantasma atravessando o trabalho

Segundo Pessini (2005), a sociedade secularizada e em plena era de globalização, ao envolver as pessoas em uma teia de objetivos afasta o sentido do sofrer, razão pela qual as pessoas são incapazes de perceber o sentido do sofrimento e quão presente ele está no cotidiano de cada um.

De acordo com Ferreira (1986), sofrimento está associado à dor física, ato de sofrer, angústia. Embora dor e sofrimento por diversas vezes sejam utilizados como sinônimo, são na realidade termos distintos ainda que entre si exista alguma proximidade. A palavra dor origina-se do latim *dolore*, sendo cientificamente definida “como impressão desagradável ou penosa, decorrente de alguma lesão ou contusão ou de um estado anormal do organismo ou de parte dele” (PESSINI, 2004, p. 15). Existe a dor aguda e a dor crônica. Aquela está associada a uma lesão corporal e logo desaparece, enquanto esta é contínua, prolongada. Porém, a dor também aparece como uma construção social, sendo transformada em problema de economia política, como já mencionado no capítulo anterior.

O sofrimento, por sua vez, é criado nas pessoas a partir de referências cognitivas e sociais, ligado aos valores e enquanto fenômeno psicossocial é abordado enquanto questão subjetiva. Assim, a pessoa sofre ao sentir dor física, mas sofre também,

quando sente qualquer perda (ou falta) significativa (real ou em perspectiva para o seu futuro próximo) e sofre, ainda, quando se culpa do “mau” resultado de uma sua opção (ou falta dela) no passado (GAMEIRO, s/d: p. 31).

Nesse sentido, os significados do sofrimento são sempre relacionados a uma expressão individual, podendo variar em intensidade, duração e profundidade. Característica ontológica do ser humano, coloca-o frente a frente com sua fragilidade e finitude, sendo capaz de fortes alterações na sua experiência existencial e na “capacidade de relação com o mundo” (GAMEIRO, s/d, p. 36).

Conforme observa Pessini (2004), o ser humano não se constitui apenas de uma dimensão físico-biológica, mas também comporta a dimensão psíquica, social e espiritual, e, enquanto ser total, ligado à natureza e à cultura que o envolve e ao mesmo tempo o

transforma, institui relações com o outro, construindo a realidade. Nessa relação se constitui, se reconhece, sente prazer e sofrimento.

De acordo com Alevatto (1999), o homem, ao viver a realidade, o faz por meio de representações simbólicas nos mais diferentes espaços por onde circula, e o espaço institucional no qual realiza o seu trabalho se constitui um deles.

Para Dejours (1992), os sofrimentos vivenciados pelos seres humanos no confronto com suas tarefas foram assuntos alijados pelos especialistas que se debruçaram a entender a relação homem/trabalho. As condições históricas para que esses sofrimentos negligenciados fossem destacados emergem somente a partir de 1968, quando então o movimento operário atinge dimensão política de maior significado.

A psicopatologia do trabalho, apesar de embrionária na década de 1950, será a disciplina que irá divulgar a questão do sofrimento existente na relação do homem com a tarefa realizada e que põe em risco a sua saúde mental. No entanto, o avanço da disciplina foi de pouca monta neste período em decorrência do viés adotado, qual seja, o da psicanálise com estreita ligação com os modelos de análise da área médica que procurava avaliar a psicopatologia do trabalho a partir das doenças mentais.

Conforme observa Dejours (1992), o inconveniente dessa abordagem é não permitir uma aproximação com as questões relacionadas à significação, à vivência subjetiva dos trabalhadores. Se o trabalho ocupa grande parte do tempo e espaço vivido, é nesse espaço que ao cruzar com outras pessoas o trabalhador, portador também de afetividade⁸, vai exercitando sua objetividade e sua subjetividade.

Nesse sentido, Dejours (1992) propõe um novo paradigma para a psicopatologia do trabalho, no sentido de questionar os impactos da organização do trabalho sobre a vida do trabalhador e o sofrimento que advém dessa relação, pois enquanto “beneficiário da produção, o homem é, amiúde, no mesmo movimento, vítima do trabalho.” (Ibid. 1996, p. 150). Mas, o autor sublinha também que o trabalho não se constitui apenas em fonte de sofrimento, podendo também ser fonte de prazer e mediador da saúde.

Dejours (1996) define o sofrimento como “o espaço de luta que cobre o campo situado entre, de um lado, o “bem-estar” (para retomar aqui o termo consagrado pela definição de saúde fornecido pela OMS), e, de outro, a doença mental ou a loucura” (Ibid. p.153). Esse conceito é fundamental para a psicopatologia do trabalho que, a partir do início

⁸ Afetividade aqui é entendida como o modo pelo qual o próprio corpo vivencia seu contato com o mundo. A afetividade está na base da subjetividade (DEJOURS, C. *A Banalização da injustiça social*. 6. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005, p. 29.

dos anos 1980 focaliza sua análise percebendo o sofrimento na relação psíquica com o trabalho.

O sofrimento então emerge quando se manifesta o choque entre o indivíduo dotado de uma história individual portadora de projetos, sonhos e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Nas palavras de Dejours (1996), a organização do trabalho é constituída por um lado pela divisão das tarefas que atinge o interesse e o tédio no trabalho e, por outro, pela divisão dos homens por meio do sistema de hierarquia, das modalidades de comando, das relações de poder, das questões de responsabilidades, dentre outros, e que atinge diretamente as relações que se estabelecem entre os trabalhadores no local de trabalho.

Em relação ao sofrimento relacionado à vida humana e ao trabalho, o autor enfatiza dois tipos de sofrimento. O sofrimento criativo, caracterizado como aquele em que o sujeito produz soluções favoráveis para sua vida e sua saúde. O contrário, ou seja, quando o sujeito, na luta com o sofrimento, não consegue chegar a soluções favoráveis para a sua vida e sua saúde se qualifica então o sofrimento patogênico (Ibid).

Assim, a organização do trabalho é relacionada indubitavelmente como causadora de descompensação, geradora de sofrimento, presidindo os indivíduos seja no sentido do sofrimento criativo, ou no sentido patogênico, que irá impactar também a vida no espaço doméstico do trabalhador. Por outro lado, os trabalhadores inseridos nessa lógica com enfrentamento de pressões, no geral não chegam ao último estágio de evolução do sofrimento: a doença mental em si, mas são capazes de construir mecanismos para se defender e enfrentar as dificuldades provocadas pelas pressões advindas da organização do trabalho.

De acordo com Dejours (1992), a ideologia defensiva posta em prática pelos trabalhadores assume algumas características básicas, como por exemplo: mascarar uma ansiedade grave; é elaborada por um grupo social de acordo com a natureza da organização do trabalho, guardando as especificidades de cada atividade; é destinada a lutar contra um perigo real; deve obter a participação de todos os trabalhadores; deve ser coerente com a realidade e se fazer necessária. Para o autor, as estratégias coletivas de defesa substituem os mecanismos de defesa individual, tornando-os impotentes.

Com efeito, o sofrimento dos trabalhadores pode se manifestar como ansiedade e/ou insatisfação resultante seja das condições, seja da organização do trabalho. Esses sintomas do sofrimento se fazem aparecer na relação do homem com o significado do trabalho realizado em relação ao sujeito ou em relação ao objeto, uma vez que:

A atividade do trabalho pelos gestos que ela implica, pelos instrumentos que ela movimenta, pelo material tratado, pela atmosfera na qual ela opera,

veicula um certo número de símbolos. A natureza e o encadeamento destes símbolos dependem, ao mesmo tempo, da vida interior do sujeito, isto é, do que ele põe, do que ele introduz de sentido simbólico no que o rodeia e no que ele faz. (DEJOURS, 1992, p. 50)

Para Codo (1994), toda atividade humana está repleta de fantasmas, símbolos e uma “carga inexorável de história” (CODO et al., 1994, p. 187), que funde a objetividade e a subjetividade do ser humano, universo este que também se faz presente no mundo do trabalho, pois

qualquer que seja o modo de produção ou a tarefa, existe sempre uma transferência de subjetividade ao produto: trabalhar é impor à natureza a nossa face, o mundo fica mais parecido conosco e, portanto, nossa subjetividade depositada ali, fora de nós no representando” (Ibid. p.189-190).

O trabalho então que se constitui tanto da esfera objetiva – relacionada à transformação física, como da esfera subjetiva – a significação atribuída pelo sujeito ao produto, sobre a possibilidade ao trabalhador de expressar sua individualidade, muito embora com o advento do capitalismo, tenha se manifestado a cisão entre trabalho e afeto transformando,

portadores de subjetividades diferentes em iguais, mercadoria como qualquer outra a ser vendida no mercado, transformação do trabalho em força de trabalho, impedindo a subjetivação do indivíduo no trabalho e empurrando o ser subjetivo do homem para fora da fábrica, restrito ao lar (Ibid. p. 193).

Mas, essa lógica da acumulação não se manifesta sem luta, sem enfretamento por parte dos trabalhadores que criam mecanismos e estratégias para defender-se da ruptura entre o afeto e o mundo do trabalho, pois:

por trás das vitrinas, há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estar à altura das imposições da organização do trabalho: imposição de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez de aquisição de conhecimentos teóricos e práticos (DEJOURS, 2005, p. 28).

Segundo Codo (1994), a subjetividade de trabalhador só se manifesta na relação com outros trabalhadores, e essa unidade emerge na sociedade capitalista podendo ser investigada a partir do processo de trabalho. Assim, um trabalho por suas características próprias, por sua especificidade muitas vezes já é fonte de tensão e sofrimento, característica essa bem evidenciada no trabalho hospitalar em decorrência mesmo do seu objeto de trabalho.

Assim, conforme observa Pitta (1990), o objeto de trabalho hospitalar apesar de estar relacionado com a dor, o sofrimento e a morte do outro, paradoxalmente pode ser capaz de produzir também satisfação e prazer.

Para Silva (1998), os desgastes vivenciados pelos trabalhadores da instituição hospitalar estão vinculados mais à forma assumida historicamente por esta instituição, e menos a questões de caráter conjuntural como a falta de pessoal e/ou os parcos salários. Com efeito, o trabalho hospitalar – embora não apresentando como resultado final produtos materiais, mas sim serviços – segue as mesmas regras econômicas impostas às outras atividades.

Destarte, o processo de trabalho hospitalar ao se apresentar atravessado por relações de poder e pela disciplina, é marcado pela lógica taylorizada, que decompõe o processo em tarefas isoladas e fragmentadas acompanhada de uma evidente hierarquização e da separação entre trabalho intelectual e manual, requer dos seus trabalhadores o contato constante com doentes, com dor e morte e

impõe um fluxo contínuo de atividades que envolvem a execução de tarefas agradáveis ou não, repulsivas e aterradoras muitas vezes, que requerem para o seu exercício, ou uma adequação prévia à escolha de ocupação (refiro-me aos ajustes que o psiquismo de cada um estabelece para alcançar um grau mínimo de satisfação com as profissões escolhidas) ou o exercício cotidiano de ajustes e adequações de estratégias defensivas para o desempenho das tarefas (PITTA, 1990, p. 62).

Os sistemas de defesa têm por função ajudar o indivíduo a lidar com a ansiedade, a dúvida, o medo, a incerteza, o sofrimento e toda complexidade que envolve o trabalho hospitalar. Dejours (1993) observa que uma forma de enfrentar o sofrimento nas organizações é proporcionar aos trabalhadores o “espaço da palavra” através do qual o trabalhador ao conhecer o seu verdadeiro trabalho, seu sentido, seja capaz de transformar seu comportamento individual.

Nesse sentido, conforme aponta Silva (1998), o processo de trabalho hospitalar guarda grandes segredos e invisibilidades estreitamente relacionados com os processos de subjetivação dos sujeitos coletivos, que se realizam nesse contexto marcado por condições adversas e mazelas entre o sofrimento e a relação criativa, capazes que são de resistir à coação e ampliando a liberdade de operar (FRIEDMAN, 1983).

3 A NECESSIDADE DE CONSTRUIR UM NOVO MODO DE TRABALHAR EM SAÚDE: DIALOGANDO COM QUEM ESTÁ AGINDO E SE TRANSFORMANDO

“O senhor... Mire, veja: o mais importante e bonito do mundo é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso me alegra montão”

Guimarães Rosa

As novas realidades no campo da saúde vêm colocando a necessidade de construção de novos paradigmas para dar conta da questão da qualidade de vida articulada a outras dimensões como emprego, trabalho, lazer, dentre outras. Esse cenário que permite diferentes olhares para explicar os fenômenos no campo da saúde, tem possibilitado também aprofundar conhecimentos sobre o cotidiano dos serviços de saúde onde diferentes atores podem alterar o *status quo* e construir serviços de saúde inseridos em novas lógicas.

Nesse sentido, o objetivo desse capítulo é apresentar o campo empírico enquanto espaço rico em possibilidade de mudanças, que seja capaz de conduzir a um novo modo de trabalhar em saúde, desde que tais mudanças não estejam voltadas apenas para as coisas e estruturas, mas aspire também a mudanças de valores e ideologias das pessoas que, no papel de sujeitos portadores de um saber e um fazer – aqui destacados os trabalhadores de enfermagem – sejam fundamentais na construção de novas práticas e de novas instituições sociais.

3.1 Artefatos e invisibilidades: caracterizando o campo empírico

O Hospital Getúlio Vargas é um hospital geral com 427 leitos, situado na zona central do município de Teresina, capital do Estado do Piauí. Está assentado numa área de 23.147.17m², constituindo-se um prédio com três pavilhões. Conta com 2.052 funcionários distribuídos entre diversas categorias técnicas e de apoio, divididas em nível superior, médio e elementar.

Com efeito, por ser um hospital geral, oferece serviços de diferentes especialidades, já especificadas anteriormente no capítulo primeiro deste estudo. Em se tratando de clientela, 98% é beneficiária do Sistema Único de Saúde – SUS, enquanto que a assistência a planos de saúde e particular corresponde a 2%. Para efeito deste estudo, selecionou-se o serviço de Urgência e Emergência considerando o alto fluxo de demanda oriunda não apenas da capital, como também do interior do Estado e de Estados vizinhos e ainda por ser o serviço onde a expressão do objeto de nosso estudo melhor se evidencia.

Alguns aspectos do perfil dos trabalhadores que desenvolvem suas atividades no serviço estão representados na tabela I.

Tabela 1 - Trabalhadores que desenvolvem suas atividades no serviço de urgência e emergência do HGV segundo o nível e o sexo

NÍVEL SUPERIOR	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
MÉDICO	141	17	158
ENFERMEIRO	02	48	50
ODONTÓLOGO	11	05	16
FARMACÊUTICO	00	00	00
FISIOTERAPEUTA	01	01	02
ASSISTENTE SOCIAL	00	11	11
NUTRICIONISTA	00	02	02
TECNÓLOGO EM RADIOLOGIA	03	05	08
BIOQUÍMICO	04	05	09

Fonte: Gerência de enfermagem/ Diretoria do Serviço de Urgência e Emergência – março de 2007.

NÍVEL MÉDIO/TEC	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
TÉC. DE ENFERMAGEM	04	51	54
TÉC. EM RADIOLOGIA	12	03	15
TÉC EM PAT. CLÍNICA	02	06	08
AUX. ADMINISTRATIVO	56	69	125
AUX. ENFERMAGEM	10	90	100
AUX. PAT. CLÍNICA	01	05	06
AUX. RADIOLOGIA	02	07	09

Fonte: Gerência de enfermagem/ Diretoria do Serviço de Urgência e Emergência – março de 2007.

NÍVEL ELEMENTAR	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
AUX. SERVIÇO	32	53	85
ATEND. ENF.	01	02	03

Fonte: Gerência de enfermagem/ Diretoria do Serviço de Urgência e Emergência – março de 2007.

Esses números reforçam as discussões dos autores quando colocam que, ao longo do processo histórico e social, a divisão do trabalho entre os sexos articulada a outras formas de divisão social se constitui em um princípio organizador da produção capitalista presente nas diferentes práticas sociais. Se transpusermos essa reflexão para o trabalho no campo da saúde, essas razões de sexo e classe se articulam historicamente para distanciar no universo do trabalho as atividades relacionadas ao curar/tratar e ao cuidar.

Assim, essa dupla conjunção entre sexo e classe irá definir o conteúdo das práticas relacionadas com o diagnóstico e definição terapêutica a características masculinas e científicas, enquanto que as relacionadas com o cuidar serão caracterizadas como empíricas e femininas. No espaço hospitalar, o diagnóstico e a terapêutica médica representam os atos-fins e o seu saber embasa a organização e o processo de trabalho no hospital, marcando o trabalho do médico como valorizado e intelectual e com poder de decisão sobre o trabalho dos demais. Por outro lado, as atividades relacionadas ao curar serão consideradas menos valorizadas e inferiorizadas, realizadas por outros agentes que irão se incorporar ao processo coletivo de trabalho.

Torna-se, então, possível afirmar que essa conjunção entre sexo e classe, no caso dos trabalhadores lotados no Serviço de Urgência e Emergência, emerge, com efeito, na predominância de homens entre os trabalhadores com formação médica, enquanto que a forte presença de mulheres concentra-se entre enfermeiras, assistentes sociais, nutricionistas, técnicas e auxiliares de enfermagem. Vale ressaltar que tal evidência se estende às demais clínicas do hospital, bem como as gerências dos serviços, que são, na sua maioria, ocupadas por mulheres, caracterizando o hospital como espaço de concentração do trabalho feminino.

O atendimento de Emergência/Urgência teve início no Brasil através dos governos municipais, sendo a cidade do Rio de Janeiro o primeiro município a criar uma “grande rede hospitalar de emergência/urgência, com grandes hospitais como Miguel Couto e Sousa Aguiar” (FORTE, 1996, p. 99). Serviço de emergência neste estudo é compreendido como “o que se destina ao atendimento imediato do paciente externo que esteja em grave sofrimento, risco ou perda de função ou de vida” (BORBA, 1991, p. 96).

Em Teresina, em decorrência do contexto político, econômico e social quando da criação do Hospital Getúlio Vargas, retratada no segundo capítulo desse estudo, a iniciativa de criação não esteve a cargo do município. Assim, conforme observa Santos (1999, p. 26),

Em decorrência da magnitude do hospital para o contexto do estado à época, esta instituição foi assumindo ao longo do tempo, algumas responsabilidades relacionadas ao atendimento à saúde da população, explicando-se hoje o fato do serviço de emergência ser referência no estado e pertencer à rede

estadual, diferentemente dos demais estados da união, conforme preconiza a Constituição Federal.

É importante salientar que hodiernamente o crescimento dos traumas, violência urbana, acidente de trânsito tem provocado o crescimento da demanda por serviços de emergência, configurando um novo perfil no cenário dos problemas relacionados à saúde individual e coletiva. Assim, de acordo com Minayo (2005), ao lado de doenças crônicas e degenerativas, a sociedade presencia a violência e os acidentes, somando-se àquelas com conseqüências que afetam os serviços que “antes muito mais orientados para as enfermidades de origem biomédica, são hoje chamados para dar respostas às vítimas de lesões e traumas físicos e emocionais devendo equipar-se para isso” (Ibid. p. 12).

Dessa forma, o serviço de urgência e emergência do HGV, com capacidade instalada para 90 leitos, e diante da “retração progressiva do setor privado” (SANTOS, 1999, p. 32), em atender a demanda por serviços dessa natureza e diante também da falta de investimento do poder público, vem ocasionando a superlotação⁹ e a precarização dos serviços prestados, razão pela qual os pacientes ficam “acomodados” em cadeiras, no chão, no pátio, em fila dupla em um estreito corredor, com comprometimento das condições de trabalho e da qualidade da assistência prestada. De acordo com Campos (1997), a Reforma Sanitária, que teve início na década de 70, empenhou-se mais no processo de mudança do aparato legal e da estrutura político-administrativa do sistema de saúde e menos na mudança das ideologias e valores que organizam os serviços de saúde e das pessoas que constroem tais serviços a partir de um saber e de seu fazer. Nesse sentido, o autor chama a atenção para o fato de que a crise dos serviços de saúde e da saúde pública não foi interrompida com a mudança do sistema de saúde, não só prosseguiu como vem se tornando crônica, enquanto que a sociedade assiste a tudo com indiferença. Diz esse autor que:

Hospitais públicos, programas sanitários respeitabilíssimos se derretem frente aos olhos de um país adormecido em berço verde-amarelo. O próprio movimento sanitário se esgota, vendo seus quadros sendo arrastados ou para um ceticismo abestalhante ou para uma adesão acrítica às selvagerias do neoliberalismo (CAMPOS, 1997, p. 33).

Nos registros de entrada sobressaem os casos de: traumatismo, vítimas de assaltos, espancamentos, acidentes, estrupos, afogamentos, envenenamento, tentativas de suicídio e os agravamentos dos casos clínicos. A demanda, segundo a área de atendimento, está representada na Tabela 2.

⁹ Segundo informação da Diretoria do SPS, no dia 25.03.07, o Serviço tinha oitenta macas-leitos, além dos leitos oficiais. As macas-leitos ficam espalhadas no estreito corredor e no pátio.

Tabela 2 - Demanda no serviço de urgência e emergência do HGV, segundo a área de atendimento por motivo (causa) nos meses de dezembro/06, janeiro e fevereiro/07

ATENDIMENTO	MESES			TOTAL
	DEZ/06	JAN/07	FEV/07	
Mal Súbito ¹⁰	1.514	1.896	1.851	5.261
Acidente de bicicleta	96	63	74	233
Acidente de motocicleta	551	528	403	1.482
Acidente no trabalho	99	74	78	251
Acidente veículo estrada/zona rural	48	55	57	160
Acidente veículo zona urbana	83	42	52	177
Afogamento	2	1	1	4
Agressão física	106	82	82	270
Agressão física por arma branca	105	87	73	265
Agressão física por arma de fogo	64	66	54	184
Agressão física doméstica	15	11	5	31
Atropelamento	74	54	48	176
Cansaço	44	37	27	108
Choque elétrico	3	5	5	13
Consulta de retorno	135	163	106	404
Corpo estranho indefinido	77	149	121	347
Corpo estranho garganta	104	92	69	265
Corpo estranho nariz	23	23	18	64
Corpo estranho olho	184	181	91	456
Corpo estranho ouvido	89	77	62	228
Desmaio	43	23	18	84
Diarréia	8	6	5	19
Dor abdominal	209	184	99	492
Dor de cabeça	103	84	72	259
Dor de ouvido	36	42	37	115
Dor lombar	43	27	19	89
Dor na perna	69	67	41	177
Dor no olho	100	127	95	322
Dor no peito	41	23	22	86
Envenenamento	18	7	4	29
Epistaxe	6	6	5	17

¹⁰ Segundo informação da Diretoria Técnica Assistencial, o usuário ao dar entrada no serviço tem que inicialmente fazer uma ficha na recepção. E, considerando que tal ficha é feita por um funcionário de nível médio, a denominação “mal súbito” é utilizada para iniciar o atendimento que requer investigação pelo corpo clínico.

ATENDIMENTO	MESES			TOTAL
	DEZ/06	JAN/07	FEV/07	
Mal Súbito ¹¹	1.514	1.896	1.851	5.261
Miíase	1	0	0	1
Não informado – ignorado	10	45	4	59
Pancada no olho	41	25	22	88
Parecer tratamento odontológico	753	990	681	2.424
Perfuração do olho	10	6	2	18
Queda	865	848	740	2.453
Queimadura	28	19	22	69
Queimadura com fogos de artifício	2	0	0	2
Urticária	1	1	0	2
Vômitos	70	38	24	132

Fonte: Diretoria do Serviço de Urgência e Emergência (março / 2007).

O Serviço de Urgência e Emergência do HGV caracteriza-se como um serviço de atendimento a situações em que há um risco de vida ou, em outros termos, como um local para salvar vidas em situações críticas e secundariamente como local de tratamento. O fluxo deveria ser o atendimento inicial que se fizer necessário, a avaliação diagnóstica e o posterior encaminhamento seja para as clínicas especializadas no próprio hospital, seja para a rede disponível no sistema. No entanto, o tempo de permanência que, no geral, deveria ser breve, termina se prolongando, causando assim uma distorção na finalidade do serviço e uma superlotação contínua, razão pela qual explica a existência das macas-leitos.

Enquanto essa situação vem se prolongando ao longo dos anos, em Teresina “conta-se” com um Hospital Universitário, construído e equipado para atender uma demanda ambulatorial apenas, e um serviço municipal de pronto-atendimento, que está há mais de dez anos em “construção” e que seria para desafogar a demanda do HGV.

Bertolami apud Santos (1999) observa que a localização do serviço assume também importância, devendo obedecer a alguns parâmetros de forma a facilitar o acesso a quem o procura. Nesse sentido, a autora salienta que o serviço deve

ficar situado ao nível da rua, com entrada fácil para as ambulâncias e outros veículos que transportam os clientes. Nesse local é conveniente a existência de área coberta para evitar as intempéries. São recomendáveis a existência de entrada separada do tráfego normal do hospital e que não fique junto ao

¹¹ Segundo informação da Diretoria Técnica Assistencial, o usuário, ao dar entrada no serviço, tem que inicialmente fazer uma ficha na recepção. E, considerando que tal ficha é feita por um funcionário de nível médio, a denominação “mal súbito” é utilizada para iniciar o atendimento que requer investigação pelo corpo clínico.

ambulatório, evitando que a visão de certas situações dramáticas perturbe as atividades ambulatoriais normais (SANTOS, 1999, p. 28-29).

Em relação a essa consideração, vale salientar que o Serviço de Urgência e Emergência do HGV atende a estes requisitos, contanto com entrada privativa, coberta e separada do tráfego normal do hospital.

No entanto, o fato de que Teresina vem ao longo dos anos desenvolvendo-se como centro de referência na prestação de serviços de saúde no Meio Norte do país, com significativo número de empresas públicas e privadas que se concentram na mesma área em que estão localizados o HGV, o Hospital São Marcos, o Hospital Infantil Lucídio Portela, o Hospital Santa Maria e o Instituto de Doenças Tropicais Dr. Natan Portela, tem acarretado um tráfego intenso que dificulta o acesso ao serviço de urgência. Por outro lado, o poder público apresenta propostas em andamento no sentido de implementar ações com vistas a buscar melhoria no sistema de saneamento básico, ruas, segurança, trânsito, dentre outros, concentradas no Projeto Pólo de Saúde desenvolvido pela Superintendência de Desenvolvimento Urbano Centro/Norte, uma vez que em torno dessa área desenvolve-se uma cadeia de negócios com empregos diretos e indiretos.

De acordo com Forte (1996, p. 108), a disposição dos objetos físicos e dos equipamentos em serviços de emergência são importantes não apenas por uma questão de ordem, mas também por uma questão de eficiência e respeito àqueles que necessitam dos serviços. Nesse sentido a autora salienta que:

O leiaute hospitalar envolve eficiência técnica, pela necessidade da rapidez de intervenção do cuidado e cura, eficiência na comunicação física, na economia de tempo e movimento, e eficiência administrativa na humanização da rotina.

No Serviço de Urgência e Emergência do HGV o que se observa de imediato é um longo e estreito corredor “apinhado” de pacientes, e um intenso ir-e-vir de trabalhadores, acompanhantes, visitantes, estudantes e curiosos, em qualquer dia da semana, em qualquer hora, seja dia ou seja noite. Ao longo desse corredor, estão as unidades de internação destinadas para a “acomodação do paciente internado e a prestação dos cuidados necessários ao seu atendimento” (BORBA, 1991, p 63). Essas unidades estão distribuídas da seguinte forma: sala de emergência com capacidade para dois leitos, sala de sutura com capacidade para uma maca, atendimento de homens, mulheres e crianças cada uma com capacidade para seis leitos, uma sala de observação masculina e feminina, cada uma com capacidade para cinco leitos. Essa é a capacidade de leitos oficiais, enquanto que extra-oficialmente existe

quatorze macas fixas nas paredes, duas em cada atendimento e vinte macas móveis. Conta ainda com um centro cirúrgico com três salas, uma sala de recuperação com três leitos e duas UTIs com treze leitos.

No primeiro andar do Serviço de Urgência e Emergência estão as enfermarias para pacientes pós-cirurgia com um total de cinquenta e cinco leitos distribuídos entre enfermaria masculina, sala de emergência, enfermaria feminina, para crianças e uma sala para isolamento, sala de sutura, atendimento homem, atendimento mulher, observação masculina, observação feminina, enfermaria cirúrgica masculino, repouso feminino, um centro cirúrgico com três salas e uma UTI com capacidade para 06 leitos, sala para ortopedia, injeção e aerosol, repouso de funcionários e posto de enfermagem.

Forte (1991) observa que os equipamentos e instrumentos assistenciais necessários para o atendimento como, por exemplo, aparelhos eletrônicos, pinça cirúrgica, medicamentos, bola de algodão, dentre outros, precisam estar bem distribuídos e em funcionamento de forma que possa contribuir para maior eficiência no atendimento. Assim, conforme observa Forte (1991 p. 108), “um leiaute ou arranjo físico flexível às necessidades dinâmicas de um serviço torna as ações mais eficientes e humanas, diminui o estresse, e emite símbolos de amor e respeito pelo cliente”..

Entretanto, o quadro que se observa no cotidiano é a lida diária em salvar vidas onde os trabalhadores lidam com equipamentos obsoletos, com falta de material e equipamentos, precisando algumas vezes ter “criatividade” para pendurar soro em paredes por falta de um simples suporte. Foi possível verificar essa situação em uma observação participante realizada numa tarde de quinta-feira:

Serviço superlotado, macas-leito espalhadas no corredor. O médico estava realizando um procedimento quando se volta para o auxiliar de enfermagem e diz:

- *Quero um instrumento que a válvula funcione.*
- *Só tem esse, doutor. Responde o auxiliar de enfermagem.*
- *Essas porcarias não funcionam direito. Assim é difícil, diz o médico.*

DC, 23.11.06

Essa observação reforça as discussões dos autores quando esses se referem ao parco investimento do poder público nos serviços de saúde distribuídos em todo o território nacional, enfrentando crises sucessivas e prolongadas.

No caso do Hospital Getúlio Vargas, a situação torna-se mais grave quando este hospital se constitui no único serviço que está habilitado a atender os casos de maior complexidade e deveria estar minimamente equipado com tecnologia avançada no que diz

respeito aos equipamentos e instrumentos necessários para a realização dos procedimentos. Assim, este centro de referência por mais de quinze anos terceirizou um tomógrafo, tem aparelhos de Raios X obsoletos, dispõe de um único mamógrafo, e seus equipamentos de menor impacto apresentam-se constantemente com defeitos.

Importa salientar que tal realidade não é vivenciada apenas por este hospital, mas é consequência de um processo de crise na rede pública de saúde no país, retratando dessa forma “o total desprezo que a administração pública, historicamente, vem tratando as demandas dos trabalhadores e das classes populares em relação à saúde” (BODSTEIN, 1997, p. 225).

Por um lado, tal situação apresenta-se como consequência dos processos de ajustes neoliberais instalados no país, agravada pela condição de falência do Estado e pauperização da sociedade, levando ao sucateamento da rede hospitalar. Por outro lado, a extensão dessa situação muitas vezes sequer é percebida e analisada pelo conjunto de trabalhadores no sentido de se mobilizar coletivamente para mudar esse contexto, ficando na maioria das vezes em nível de reclamações imediatas sem maiores implicações.

Outro fator que também está presente e que influencia na qualidade da assistência prestada está relacionado com a grande demanda a ser atendida no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, procedente não apenas do Piauí, como também de Estados vizinhos. Vale lembrar que ainda nos tempos da inauguração do Hospital Getúlio Vargas, o atendimento a Estados vizinhos foi considerado ponto forte para justificar a obra, conforme apontado por Nogueira (1996, p. 76):

Pode parecer paradoxal a decisão de implantar hospital dessa dimensão, considerando-se a época e também a precariedade de recursos de toda ordem na região. Entretanto, a providência fundamentava-se no propósito de atender a população do Piauí e Estados vizinhos.

No entanto, a intensa demanda do serviço na atual conjuntura além de fator complicador da assistência prestada, exige um dispêndio maior de “energia” dos trabalhadores, haja vista que a demanda não é procedente apenas do Piauí, mas de Estados vizinhos, conforme representado na Tabela 3.

Tabela 3 - atendimento no serviço de urgência e emergência do HGV por estado de origem dos pacientes

ESTADO	MESES			TOTAL
	DEZ/06	JAN/07	FEV/07	
PIAUÍ	4.914	5.174	4.402	14.490
MARANHÃO	911	1.039	718	2.668
PARÁ	20	20	13	53
OUTROS	54	50	49	153
TOTAL	5.899	6.283	5.182	17.364

Fonte: Diretoria do Serviço de Urgência e Emergência do HGV – março/2007.

O problema é consideravelmente agudo quando se volta um olhar minucioso para o fazer que acontece distante de quem administra, conforme a observação participante numa noite de quinta-feira:

Sala de emergência, com quatro pacientes. Superlotação para o espaço que comporta bem apenas três. Dois funcionários de enfermagem. São 20:00 horas. Um dos auxiliares esteve de plantão das 7:00 às 19:00, cuidando de doze pacientes, no atendimento de homens e, por estar em horário extraordinário, dobrou o plantão, que só encerrará às 7:00 de sexta-feira. O servidor não foi em casa.

DC (30.11.06)

Com relação à prática assistencial no Serviço de Urgência e Emergência, os trabalhadores de enfermagem nas categorias de auxiliares e técnicos, em obediência à divisão do trabalho existente na enfermagem, são aqueles que realizam atividades de cuidado direto ao paciente e atividades indiretas como a verificação dos materiais necessários (lençol, medicamentos, dentre outros), solicitando-os aos setores competentes para sua distribuição. Esses trabalhadores contratualmente têm uma jornada de trabalho com carga horária de cento e vinte horas por mês, que, para atender as necessidades do serviço que funciona diuturnamente, dá-se sob o regime de plantões de doze horas com vinte e quatro horas de folga. No entanto, para aqueles que trabalham em horário extraordinário, essa regra é modificada e alguns trabalhadores chegam a permanecer até trinta e seis horas no hospital, mudando apenas de turno.

A rotina de plantões é claramente produtora de cansaço físico, uma vez que há um constante deslocamento, pois o trabalhador passa a maior parte do tempo em pé, tem muitas tarefas a cumprir, está submetido a uma sobrecarga emocional frente às situações de vida ou

morte com as quais precisa lidar, e ainda a expectativa dos familiares, que exigem atenção especial aos seus.

Nesse sentido, a intensidade de demandas percebidas e conjugadas torna-se um elemento desencadeador de sofrimento para o trabalhador, que enfrentou essa dura realidade no plantão diurno e terá de enfrentá-la no plantão noturno, ainda mais quando tal situação não é eventual, mas estende-se a outros setores do Serviço de Urgência e Emergência em que outros trabalhadores também estão “dobrando” o plantão, com sério comprometimento na qualidade da assistência que será prestada por corpos, mentes e sentimentos exauridos.

3.2 Um olhar vicinal para o processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do HGV

No campo da saúde, e mais especificamente saúde do trabalhador, o processo de trabalho constitui-se uma categoria fundamental, possibilitadora de análises com a finalidade de compreender sobre o adoecimento e o sofrimento a ele ligados. Nesse sentido, a primeira intervenção voltada para a saúde dos trabalhadores surge com a institucionalização da medicina do trabalho, na Inglaterra, e mais precisamente na primeira metade do século XIX, com a Revolução Industrial. Os serviços de medicina do trabalho então implantados contribuíam com a lógica capitalista ao exercerem “um papel vicariante, consolidando, ao mesmo tempo, sua vocação enquanto instrumento de criar e manter a dependência do trabalhador (e freqüentemente dos seus familiares), ao lado do exercício direto do controle da força de trabalho” (MENDES e DIAS, 1991, p.342).

Com efeito, as medidas então implementadas constituem-se em uma atividade médica posta em prática tipicamente nos locais de trabalho no sentido maior de adaptar o homem aos postos e tarefas conforme suas aptidões. Esse paradigma dá sinais de esgotamento a partir da segunda guerra, que dentre os desdobramentos apresentava uma tecnologia industrial que:

evoluirá de forma acelerada, traduzida pelo desenvolvimento de novos processos industriais, novos equipamentos e pela síntese de novos produtos químicos, simultaneamente ao rearranjo de uma nova divisão internacional do trabalho. (MENDES e DIAS, 1991, p.343)

Nesse novo contexto, a medicina do trabalho demonstra relativa impotência para intervir nos problemas de saúde cujas dimensões estivessem relacionadas aos processos de produção. E, diante desse impasse, a resposta é dada de forma científica com o foco de atuação voltado agora para o ambiente a partir de análises multiprofissionais, surgindo então a saúde ocupacional.

Vale lembrar que tanto a medicina do trabalho como a saúde ocupacional adotam um referencial mecanicista para abordar a questão, e o trabalhador é focado como objeto das ações, numa situação de passividade diante de problemas que o afetavam individual e coletivamente.

Contudo, esse modelo também evidencia insuficiências para tratar a questão a partir da década de 1960, nos países industrializados do mundo ocidental, com reflexos mundo afora, em consequência dos desdobramentos de caráter econômico, político e social fortemente marcado “pelo questionamento do sentido da vida, o valor da liberdade, o significado do trabalho na vida, o uso do corpo, e a denúncia do obsoleto de valores já sem significação para a nova geração” (MENDES e DIAS, 1991, p. 344).

Esse processo de questionamento dos trabalhadores e do movimento social provoca alterações significativas na condução de políticas sociais direcionadas para as questões de saúde e segurança no trabalho. A esse processo vêm somar-se as profundas mudanças nos processos de trabalho a partir década de 1970, com a implantação de novas tecnologias: a automação e a informatização, que introduzem profundas modificações na organização do trabalho, exigindo dos trabalhadores alguns valores originados da nova racionalidade do mercado como, a título de exemplo, a capacidade de trabalhar em equipe, a versatilidade, a criatividade, a postura investigativa e o poder de comunicação (LUZ, 1999).

Neste intenso processo social, e à medida que a organização do trabalho amplia sua importância na relação trabalho/saúde, o modelo da saúde ocupacional com ênfase no ambiente começa a manifestar indícios de esvaziamento, dando lugar à saúde do trabalhador que apresenta como objeto “o processo saúde e doença dos grupos humanos, em sua relação com o trabalho” (MENDES e DIAS, 1991, p. 347), e, embora enfrentando obstáculos de caráter teórico-metodológicos, “busca a explicação sobre o adoecer e o morrer das pessoas, dos trabalhadores em particular, através do estudo dos processos de trabalho de forma articulada com o conjunto de valores, crenças e idéias, as representações sociais.” (Ibid)

Nessa perspectiva, os trabalhadores deixam de ser considerados meros objetos, para assumirem o papel “de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade” (MENDES e DIAS. 1991: p. 347).

De acordo com Mendes e Dias (1991), a preocupação e perspectiva com a saúde do trabalhador emergem na sociedade brasileira a partir da década de 1980, num contexto de redemocratização do país, que, em consequência de desdobramentos sociais e políticos, é

incorporada na Constituição Federal de 1988, no título VIII da ordem social, capítulo II – da Seguridade Social, em sua seção II – da saúde, e estabelecida no Sistema Único de Saúde onde:

Entende-se por saúde do trabalhador, para fins desta lei, um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Art. 6º § 3º da Lei nº 8080, de 19 de Setembro de 1990).

Para Oliveira e Vasconcelos (1992), embora absorvida pelo SUS, a perspectiva colocada pela discussão da saúde do trabalhador vem enfrentando diversos problemas, não sendo até então executadas com eficácia. Para os autores, a eficácia das ações de saúde do trabalhador passa por um eixo norteador, qual seja: participação dos trabalhadores nos seus espaços de trabalho como condutores das transformações da política. Vale ressaltar que os trabalhadores de saúde precisam articular diferentes estratégias para conduzir mudanças nos seus espaços de trabalho, e as Conferências de Recursos Humanos que acontecem desde 1986, quando da 1ª conferência, se constituem em espaços coletivos privilegiados para aprofundar o debate e contemplar questões relativas aos processos de trabalho no SUS. Outras conferências acontecem, como a de 1993, que teve como tema “Os desafios éticos frente às necessidades no setor saúde”, e de 2006: 3ª Conferência Nacional de Gestão no Trabalho e da Educação na Saúde”. No entanto, é fundamental a participação dos diversos segmentos – aí se incluem os trabalhadores, para fortalecer as discussões com mudanças reais nos serviços de saúde.

No entanto, o campo da saúde do trabalhador ao considerar relevantes os processos de trabalho como possível elemento desencadeador de adoecimento e sofrimento, abre um leque de possibilidades para um novo modo de lidar com a questão nos diferentes campos da produção de bens ou serviços, pois é por meio do trabalho que os homens são capazes de criar uma rede de interação social e recriar a si próprios.

Daí a importância da reflexão sobre o processo de trabalho que guarde relações com o sentido atribuído a ele pelos sujeitos que o realizam, pois o trabalho representa algo mais do que a mera manutenção de sobrevivência. O trabalho pode constituir-se na condição de realização dos seres humanos, mas pode ser também fonte de degradação e exploração, constituindo-se em trabalho alienado quando deixa de estar sob o domínio do trabalhador. Em relação ao processo de trabalho hospitalar, este no geral é desenvolvido por vários trabalhadores e guarda algumas peculiaridades como: há uma concentração de trabalho humano com intensas relações entre as pessoas; a tecnologia e conhecimento se tornam

fatores que podem intermediar ou distanciar essas relações; nas ações para o atendimento dos pacientes há um componente que segue a norma/rotina e outro particular que se manifesta nas improvisações diante da falta de algum componente e tendem a não ser seguros, colocando em risco o trabalhador e o paciente; exige altos níveis de qualificação e constantes treinamentos práticos; exige tomadas de decisão diante de situações complexas, mas imediatas.

É importante ressaltar que o hospital, local onde se desenvolvem diferentes práticas sociais, mostra-se também como campo de forças fortemente caracterizado pela divisão e hierarquização de saberes e depositário de significados que se situam para além dos referenciais da questão saúde-doença, pois as relações de trabalho estão englobadas em relações sociais e humanas por parte daqueles que aí convivem.

A enfermagem se constitui em uma dessas práticas sociais presentes no espaço hospitalar, caracterizando-se como um trabalho em saúde, portanto, parte do processo coletivo. Contém um processo de trabalho constituído pelos mesmos elementos que iluminam qualquer processo de trabalho, quais sejam: o trabalho direcionado a uma finalidade, o objeto sobre o qual incide a ação e os meios ou instrumentos que potencializam a ação (ALMEIDA, s/d).

O processo de trabalho da enfermagem se assenta sobre uma força de trabalho assalariada e contratada no mercado, sendo, porém, heterogênea quanto à formação profissional. É importante salientar que essa configuração que faz parte da realidade da enfermagem não se estabelece por mero acaso, mas está articulada à própria divisão social e técnica do trabalho na qual os agentes se multiplicam, sendo, portanto, historicamente construída.

Assim, é possível perceber no dia-a-dia do trabalho que as categorias da enfermagem – enfermeiras(os), auxiliares e técnicos realizam tarefas diferenciadas e parceladas por meio de operações hierarquizadas e divididas por complexidade de concepção e execução em que habilidades são exigidas para o manejo de instrumentos, métodos e procedimentos decorrentes do processo de formação e da divisão do trabalho.

Dessa forma, surge a necessidade de controlar e imprimir unidade a esse processo de trabalho, função esta que irá corporificar-se num de seus agentes – a enfermeira ou enfermeiro, que passará a assumir a atividade de supervisão dos trabalhadores e do processo como um todo, realizando também a assistência quando essa exige atos mais complexos. Por outro lado, cabe aos auxiliares e técnicos as tarefas mais intensas, cansativas e repetitivas,

bem como acompanhar mais de perto a estadia dos pacientes, registrando no prontuário todo e qualquer ato realizado.

Nesta perspectiva, se o processo de trabalho da enfermagem já se apresenta assim configurado, pode-se perceber que no âmbito do Serviço de Urgência e Emergência do HGV as tarefas realizadas pelas diferentes categorias da enfermagem tornam-se mais cansativas quando o número de pacientes é tanto que se dispersa para além da enfermaria, e os trabalhadores, além do intenso deslocamento no próprio serviço, terão de realizar o trabalho em condições precárias, tendo de se deslocar muitas vezes para o pátio interno, onde chega a ficar paciente por falta de espaço nas enfermarias e por excesso de demanda. Através da observação participante de um dos momentos do processo de trabalho realizado numa tarde de sábado observou-se:

*Sala de emergência, com capacidade para três leitos, todos ocupados. Um paciente vítima de envenenamento e dois de acidente de trânsito. Todos graves e necessitando de cuidados intensivos. Dois técnicos de enfermagem estavam no plantão iniciado às 7:00. No momento da observação, o médico estava entubando um dos pacientes, com a ajuda dos técnicos de enfermagem quando entra o maqueiro trazendo outro paciente. Nesse instante, a médica da UTI entra na enfermaria, e o local fica repleto: três estudantes de medicina, três de enfermagem-nível técnico, um fisioterapeuta, três funcionários de enfermagem. O espaço é pequeno e o ar-condicionado estava há mais de quinze dias quebrado, e o suor escorria pelo rosto do médico e dos dois funcionários de enfermagem que realizavam o procedimento. Não havia lençol para o paciente.
D.C. 25.11.06*

Essa observação evidencia as condições precárias em que os trabalhadores têm de realizar suas atividades, bem como a questão da demanda. Esse espaço está devidamente equipado para receber com segurança até três pacientes, um leito extra teria de ficar no meio da sala ou de modo inadequado e incômodo entre os demais leitos, de modo que, em caso de atendimento emergencial, ficaria difícil para os trabalhadores cercarem o leito para realizar os procedimentos necessários. Outra situação que também chama a atenção é o excesso de alunos para observar o procedimento, ainda que este seja um hospital de ensino, o respeito ao paciente, embora em coma, é fundamental, porque ali está uma pessoa humana em total dependência desses trabalhadores. Apesar das constantes reclamações por parte dos trabalhadores sobre as condições de trabalho, estas parecem incomodar-se apenas “no dia do plantão”, e as insatisfações embora expressadas por todos não se caracterizam em discussões políticas elaboradas coletivamente, de forma que se possa iniciar um processo de mudança a partir daqueles e daquelas que a cada plantão se deparam com as mesmas condições de trabalho antigas, de longas datas.

Cabe salientar que a enfermagem não realiza seu trabalho isoladamente, ma, como parte do trabalho coletivo em saúde, passa a constituir um trabalho em equipe, no qual diversas ocupações ou tipo de trabalhadores participam para prestar os cuidados aos pacientes. Embora o termo equipe passe a idéia de articulação, no dia-a-dia dos serviços essa relação mostra-se fragmentada, aparecendo pontualmente em situações emergenciais ou em casos que envolvem grande quantidade de feridos.

O processo de trabalho da enfermagem, como qualquer trabalho no setor de serviços, gera valores de uso que se expressam nos resultados. A enfermagem apresenta como resultado um serviço fundado numa forte relação interpessoal, relacionado com o indivíduo sadio ou enfermo, para atender suas necessidades sociais que, no setor saúde, se concretizam no sentido de promoção da saúde, prevenção de doença e recuperação dos indivíduos em processo de doença.

É importante salientar que tanto a finalidade como o objeto e os instrumentos são historicamente construídos. Nesse sentido, conforme observa Almeida (s/d, p. 22),

Só será na década de 80, quando surge uma produção de trabalhos na enfermagem analisando-a enquanto trabalho socialmente determinado, que esta questão do objeto torna-se mais clara, e passa-se a aceitar e entender a multiplicidade dos objetos de trabalho na enfermagem, ou seja, aqueles que vão do cuidado até a administração.

Tal perspectiva é perfeitamente observável no processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, quando se verifica que tanto o cuidado como a administração estão presentes no fazer, seja dos auxiliares e técnicos onde se concentram as atividades do cuidado direto aos pacientes, seja no fazer de enfermeiras e enfermeiros que não apenas supervisionam o trabalho, mas realizam atos que requer maior nível de saber e para o qual aqueles não estão preparados, bem como controlam o processo ao realizar também funções administrativas. Nesse serviço, em decorrência da grande demanda e da complexidade urgência e emergência, já se define um(a) enfermeiro (a) especificamente para a função administrativa, uma vez que a finalidade do serviço exige a presença do enfermeiro na assistência. Essa distribuição de funções ficou demonstrada na observação participante realizada numa manhã de segunda-feira:

O plantão teve início às 7:00. A observação ocorreu de 10:00 às 12:30. Na sala de emergência, dois técnicos de enfermagem do sexo masculino para cuidar de três pacientes, dois dos quais entubados. No momento da observação, só um funcionário estava na enfermaria fazendo pressão venosa, quando teve de sair para ir até a UTI buscar uma fita adequada, pois a que dispunha não era do tamanho correto para o procedimento. Enquanto isso os pacientes ficaram sozinhos na enfermaria. Na sala de

sutura, uma técnica de enfermagem, que no momento da observação, auxiliava o médico numa sutura. Seis pacientes já tinham sido atendidos até o horário do início da observação. No atendimento de homens, três técnicas de enfermagem cuidavam de vinte e quatro pacientes, com a possibilidade de serem admitidos outros até o final do plantão. Na enfermaria, sete pacientes, enquanto os outros estavam “espalhados” nos corredores e no pátio. No repouso de mulheres, três auxiliares e uma técnica de enfermagem para cuidar de trinta e cinco pacientes. No repouso de homens, duas auxiliares e seis técnicos de enfermagem – sendo um do sexo masculino, para cuidar de trinta e cinco pacientes na enfermaria, dez no corredor por falta de espaço, e dois na sala de emergência, totalizando quarenta e sete pacientes. No atendimento de mulheres, duas técnicas de enfermagem para cuidar de vinte pacientes. O processo de trabalho é supervisionado por duas enfermeiras do setor de emergência e duas nas enfermarias cirúrgicas com a assistência direta ao paciente. Uma enfermeira no turno da manhã para tratar de questões da administração do serviço.

D.C. 27.11.06

Pode-se perceber que o cuidado com o outro está marcadamente presente no dia-a-dia do trabalho da enfermagem, embora os trabalhadores deparem-se nos serviços com dificuldades de toda ordem para realizar o cuidado, o que pode comprometer a assistência prestada. Por outro lado, as dificuldades encontradas podem também repercutir negativamente para o cuidado consigo próprio.

De acordo com Boff (1999), o cuidado se constitui na forma como o ser humano está presente no mundo construindo suas relações com o outro e com as coisas. Nessa coexistência, o autor destaca a existência de dois modos básicos de estar no mundo e construir a realidade, quais sejam: o trabalho e o cuidado. Pelo trabalho o ser humano intervém na natureza para modificar sua vida, ao mesmo tempo em que engendra relações sociais e culturais. No entanto, o trabalho irá caracterizar-se a partir do século XVIII “pela ditadura do modo-de-ser-trabalho como intervenção, produção e dominação” (BOFF, 1999, p. 97). Por essa nova lógica “não se vê outra coisa no ser humano senão sua força de trabalho a ser vendida e explorada ou sua capacidade de produção e de consumo” (Ibid, p. 98).

O outro modo de estar no mundo está relacionado ao cuidado a partir do qual as relações não se manifestam entre objeto-sujeito, mas entre sujeito-sujeito, modo de ser este afastado do mundo do trabalho a partir do momento em que por referência, a motivação de ordem econômica, política e social, o cuidado é transformado em tecnologia útil à reprodução social.

Desse modo, enquanto na sociedade feudal o cuidado nos hospitais era realizado para a busca da salvação da alma daqueles que cuidavam, na sociedade capitalista o cuidado adquire valor, será realizado como trabalho e atenderá interesses ideológicos e econômicos,

transformado em tecnologia necessária à reprodução social. Nesse sentido é que irá demandar por diferentes agentes munidos de saberes e técnicas. Conforme observa Pitta (1999, p. 42), a tecnologia de processo de trabalho é caracterizada pelo,

saber e a técnica dos trabalhadores enquanto instrumentos tecnológicos tão ou mais indispensáveis que os materiais e equipamentos que costumam se confundir com o próprio uso do vocábulo tecnologia, estendendo-o a esse campo de práticas.

Desse modo, o exame permitiu observar que os trabalhadores da enfermagem que atuam no Serviço de Urgência e Emergência do HGV realizam o cuidado com os pacientes mesmo nas condições mais adversas, porque é o seu trabalho. Contraditoriamente, não estão cuidando de si ao acomodaram-se a uma situação que desencadeia sofrimento individual e coletivo. Deveriam mobilizar-se no sentido de construir medidas efetivas que possam mudar o cotidiano do trabalho em que o cuidado – consigo e com o outro – assuma centralidade, pois há neles algo que os faz diferentes das máquinas, qual seja: “o sentimento, a capacidade de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado” (BOFF, 1999, p. 99). Parece que não conseguem pensar o cuidado enquanto um trabalho profissional, de modo que a improvisação impera, ocorrendo uma acomodação que reforça o *status quo*.

Quanto aos instrumentos, neste estudo não são compreendidos como simples seqüências de passos, expressos por normas e rotinas constantes no manual existente no serviço ou como mero conjunto de técnicas, mas se amplia para “abranger o conhecimento como o meio de trabalho” (IAMAMOTO, 2001, p. 62), e que se insere numa perspectiva histórica. Isso não quer dizer que normas, rotinas e técnicas não sejam importantes, mas que precisam também estar articuladas com o real que é movimento, e a um saber que também se renova para iluminar a leitura da realidade e imprimir horizonte à ação.

Com efeito, o processo de trabalho da enfermagem que se realiza no espaço hospitalar, e mais precisamente em um Serviço de Urgência e Emergência, está envolto em complexidades. A violência que se manifesta corriqueiramente na demanda que adentra o serviço e que afeta a saúde individual e coletiva: seja dos usuários do serviço; seja do setor de emergência que precisa equipar-se para atender dando resolutividade, e, seja ainda, dos trabalhadores que ao cuidar de indivíduos com danos, lesões e traumas emocionais e sociais terão a sua dimensão singular afetada como sofrimento.

Embora os trabalhadores se mostrem sempre apressados e sobrecarregados de tarefas a fazer, este não deixa de ser um ser humano de “carne e osso”, razão pela qual ao realizar tais tarefas também por elas é afetado e por meio delas é transformado. No entanto, o

paradigma positivista teima em dicotamizar esse sujeito entre corpo/mente, objetividade/subjetividade, particular/universal, como se fosse possível a escolha entre um ou outro, quando esses elementos fazem parte de um mesmo processo. Conforme observa Sawaia (2001, p.101-102),

Afeto, identidade, emoção, necessidade são questões sócio-políticas, tanto quanto instituição classe social, relações de poder, trabalho são questões subjetivas. São passagens de uma instância a outra, onde estão sempre em confronto o uno e o múltiplo. Quando esse confronto é bloqueado, cessa o movimento e a vivacidade do homem, dos grupos e da sociedade, que se tornam caricaturas de si mesmo.

Portanto ao olhar com acuidade para o processo de trabalho da enfermagem há que se compreender que embora bastante taylorizado, é realizado cotidianamente por sujeitos com dimensão cognitiva e afetiva para além de seus corpos ou condição de trabalhadores.

3.3 Conhecendo de perto os sujeitos da pesquisa

De acordo com Nogueira (1996), o advento da enfermagem no Piauí está articulado a um conjunto de mudanças de caráter político, econômico e social resultado do regime centralizador vigente no país a partir de 1937, e com rebatimento também no Piauí.

Nesse contexto, duas instituições assumiram significativa importância para a institucionalização da profissão no Estado, que foram o Departamento de Saúde e o Hospital Getúlio Vargas. De acordo com Nogueira (1996), o Regulamento do Departamento de Saúde contribuiu no sentido de tornar evidente para a sociedade piauiense da época, as categorias de enfermagem que já desenvolviam ações profissionais no restante do país, uma vez que "no plano real, à época, atuavam na rede de serviços do Estado, apenas as irmãs de caridade e os "enfermeiros"¹² (Ibid. p. 59).

Com a ativação do HGV seguindo a tendência dos principais centros do país em modernizar a administração hospitalar, tornou-se "locus pioneiro do trabalho da enfermeira no Estado" (NOGUEIRA, 1996, p. 76), sendo as primeiras procedentes de outros Estados e recrutados junto à Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, haja vista a inexistência desse profissional no Estado.

Com efeito, tem início aí a formação do Serviço de Enfermagem do HGV, constituído à época por uma enfermeira, seis atendentes procedentes da Santa Casa de

¹² Conforme explicação da autora, esse termo se aplicava a quem prestasse cuidados de enfermagem. (NOGUEIRA, Lidya T. *A trajetória da enfermagem moderna no Piauí. 1937 – 1977*. Rio de Janeiro, 1996. p. 59)

Misericórdia e trinta atendentes que receberam treinamento para poder atuar no hospital (Idem).

É importante assinalar que a inserção de enfermeiras no HGV deu-se tanto pelo recrutamento externo junto à Escola de Enfermagem Anna Nery, como também por iniciativas e apoio do governo à profissionalização, com o encaminhamento de moças da sociedade piauiense para a referida escola, que, ao retornar, passavam a atuar no HGV. Por outro lado, enquanto tal processo se desenrolava, “no interior do HGV persistia o trabalho das freiras”. (Ibid. p. 98), que em consequência de alguns atritos com médicos e a direção do hospital foram afastadas em 1943, embora sob protestos da sociedade.

Nesse cenário, o problema que causava maior impacto no HGV manifestava-se no serviço de enfermagem, que contava com pessoal despreparado e que “inquestionavelmente, representava o maior contingente de trabalhadores do hospital” (Ibid. p.114). Assim, diante do fracasso do recrutamento e profissionalização de enfermeiras por parte do governo e da direção do hospital, as freiras retornam com a finalidade de suprir o espaço vazio deixado pelas enfermeiras graduadas pois,

não mais se mostravam antagônicas ao projeto de modernização hospitalar. Ao contrário, transfiguraram-se à época, em agentes de modernidade, face ao seu engajamento na difusão de escolas de enfermagem e por consequência, na superação da enfermagem empírica (NOGUEIRA, 1996, p. 116).

Assim, a ênfase do trabalho das Irmãs de caridade nesta nova fase voltou-se para a capacitação do pessoal de enfermagem, com treinamento em serviço, uma vez que naquele contexto o processo de admissão de pessoal era “norteado por critérios políticos que, durante anos a fio, agregou pessoas totalmente despreparadas ao serviço de enfermagem” (Ibid. p. 119).

Entretanto, uma estratégia para pôr fim à problemática do despreparo do pessoal de enfermagem será a fundação de um curso para formação de auxiliar de enfermagem instalado no próprio HGV, para qualificar o pessoal inserido no hospital, que termina por representar uma opção àqueles que não necessariamente estavam engajadas nesta rede.

De acordo com Nogueira (1996), a influência das freiras na condução da enfermagem hospitalar no Estado perdurou até próximo da década de 60, com o ingresso de enfermeiras leigas no mercado de trabalho sem a proteção do governo, mas impulsionado pelas mudanças que aconteciam no país no tocante à questão saúde, que elegia a assistência medica curativa em detrimento da preventiva e que demandava pela ação de especialistas. Assim, a maior concentração dessa força de trabalho ficou no HGV onde “as recém-admitidas eram todas progressivamente encaminhadas ao Centro Cirúrgico” (Ibid. p.171).

Tais considerações acerca da trajetória da enfermagem no Piauí, embora não se constituindo em objeto central de estudo, são de grande relevância por possibilitar compreender que o HGV se constituirá em campo de trabalho e em marco importante no processo de institucionalização da profissão de enfermagem nas suas distintas categorias.

Dessa forma, são os trabalhadores de enfermagem que desde a criação do HGV se constituíram em maior contingente da força de trabalho, hodiernamente assim se configuram e neste estudo ganharam destaque e foram eleitos como sujeitos da pesquisa. No entanto, outro recorte foi necessário para fins deste estudo, privilegiando aqueles e aquelas que desenvolvem suas atividades no Serviço de Urgência e Emergência do referido hospital.

Para efeito deste trabalho, o universo pesquisado se constitui de 14 (quatorze) trabalhadores de enfermagem distribuídos nas categorias de enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem, que apresentaram o seguinte perfil quanto a:

- *Gênero*

85% são do sexo feminino e 15% do sexo masculino. Historicamente, as atividades do cuidado a crianças, órfãos, doentes, sempre estiveram delegadas às mulheres, imputadas historicamente como “naturais”, embora construídas socialmente, baseadas em um sistema de qualidades, dentre elas: devotamento, benevolência e vocação. Nesse sistema está assentada a dicotomia entre o cuidar e o curar, e o hospital irá constituir-se como espaço de concentração do trabalho feminino. A informação obtida vem confirmar os achados na literatura estudada com Melo (1986), Silva (1986) e Pires (1989), onde estes relacionam a significativa presença de mulheres como oriunda das raízes históricas, do papel social desempenhado pela mulher e sua inserção no mercado de trabalho para as profissões com ênfase no cuidar e que marca profundamente a enfermagem.

- *A idade dos trabalhadores e trabalhadoras*

Em relação à faixa etária dos entrevistados observou-se que 21,43% têm entre 34 e 44 anos; 64,29% têm entre 45 e 55 anos enquanto que 14,28% têm mais de 56 anos de idade. Essa informação evidencia que, neste serviço, a meia idade configura como preponderante. Evidencia ainda que a renovação da força de trabalho para este serviço vem se dando de maneira muito lenta, uma vez que o poder público ao longo dos anos investiu muito pouco em concursos para a renovação desses trabalhadores, fator complicador quando o cotidiano do trabalho é realizado em contato com situações em que a dor, o sofrimento e a morte estão sempre presentes e a carga física e emocional é sempre intensa.

- *O tempo de trabalho no hospital*

O tempo de serviço dos entrevistados no HGV está configurado da seguinte forma: 85,72% têm entre 13 a 23 anos de trabalho, enquanto 14,28% têm mais de vinte e quatro anos de trabalho no hospital. Essa informação permite uma visão de que estes(as) trabalhadores(as) estão há muito tempo exercitando a mesma ocupação, no mesmo hospital, fato que talvez se explique por se tratar de um hospital público em que as demissões só ocorrem se a pedido do servidor, ou quando há transferências para outros hospitais.

- *A formação*

Em relação à formação dos entrevistados estão assim distribuídos: 21,42% são Enfermeiras, com pós-graduação; 28,58% são auxiliares de enfermagem com o 1º grau completo; 14,29% são técnicos em enfermagem com 2º grau completo. Esses(as) trabalhadores(as) ocupam seus postos de trabalho e suas funções por serem portadores da formação e de habilidades exigidas para esses postos. No entanto, a essa formação há a necessidade da educação continuada, para que possam se manter atualizados na profissão. Com relação aos enfermeiros(as) a preocupação com as pós-graduações manifestam-se mais em nível individual. Quanto aos auxiliares e técnicos, percebe-se que a busca por atualização acontece a partir dos cursos de pouca duração implementados no serviço ou em parceria com a Escola de Governo. Vale salientar, no entanto, que essa busca intensificou-se a partir da aprovação do Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos que atrela a promoção funcional como decorrente de um conjunto de fatores, sendo a capacitação continuada um desses fatores.

Outra informação que merece destaque está relacionada com a lei nº 7.498/86, de 26.02.86 que extinguiu a categoria de atendentes. No hospital estudado, os(as) trabalhadores(as) de enfermagem com este cargo e portador do 1º ou 2º grau, conseguiram completar a formação exigida para o exercício de auxiliares e técnicos de enfermagem, mas não houve a mudança de cargo, razão pela qual continuam nos seus antigos – atendente de enfermagem, em articulação com suas entidades representativas (COREN, ABEN e Sindicato) foram contemplados no Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos, o vencimento básico para formação adequada.

- *O estado civil*

Quanto ao estado civil dos entrevistados, 57,14% são casados, 14,29% são separados, 14,29% são divorciados, 7,14% são viúvas e 7,14% solteiras. Essa informação

remete a uma outra questão e que está relacionada à marcante presença feminina na enfermagem, tendo que, na maioria das vezes, se submeterem à tripla jornada de trabalho, com afazeres domésticos que ainda precisam realizar após o plantão. Merece reflexão o elevado número de divorciados e separados, fato que acarreta sobrecargas em uma única pessoa e preocupações de ordem financeira, além das já existentes com filhos, educação, dentre outros.

Cabe salientar que esse conjunto de questões somado ao trabalho realizado no espaço hospitalar constituem significativos elementos desencadeadores de sofrimento para essa categoria, e podem se sobrepor, dificultando o cuidado consigo, seja no espaço do trabalho ou fora dele.

- *O duplo emprego*

Em relação ao duplo emprego, observou-se que: 57,14% dos entrevistados têm dois empregos; 35,72% têm um emprego e 7,14% têm três empregos. Tem sido cada vez mais comum a realidade de múltiplos empregos exercidos concomitantemente, inclusive no campo da saúde. Com a queda do padrão de vida e do poder aquisitivo dos salários, para manter renda o segmento tem cada vez incorporado mais trabalho em sua vida cotidiana, muitas vezes na perspectiva de manter um mesmo padrão de vida. Essa realidade figura bem explicitada entre os sujeitos da pesquisa, que em muitas ocasiões saem de um emprego para outro, sem intervalo no espaço doméstico ou outro ambiente que não seja o ambiente de trabalho.

- *Tempo de trabalho no serviço de urgência e emergência*

Quanto ao tempo de lotação no Serviço de Urgência e Emergência, os dados demonstraram que: 71,43% têm entre dez a vinte anos de lotação neste serviço, enquanto que 28,57% têm mais de vinte anos. Essa informação permite uma visão de que esses trabalhadores estão expostos a longos períodos às situações com elevado índice de tensão, bem como a riscos físicos, químicos, psíquicos, dentre outros. Isso ficou demonstrado nas falas de alguns deles, quando se mostram satisfeitos e até se realizam com o trabalho. Mas é fato também que alguns gostariam de mudar de local e não o fazem por questões de ordem financeira, haja vista que no local há a possibilidade de se ganhar extra e gratificação diferenciada dos demais serviços e clínicas.

Verifica-se que inexistente na instituição uma política de remanejamento desses profissionais para outras clínicas, onde a carga física e emocional não sejam tão intensas.

Cabe salientar que a lógica capitalista, ainda que não apareça, sustenta a inexistência dessa política ao valorizar o ser humano mais como força de trabalho e menos como gente cuidando de gente, isso porque os ganhos salariais em forma de gratificação são garantidos de forma diferenciada para o Serviço de Urgência e Emergência e para as demais clínicas. Além do mais, o remanejamento implica em perdas salariais significativas para aqueles que realizam as atividades fins – caso dos trabalhadores de enfermagem, razão pela qual muitos ainda permanecem por longos períodos.

3.4 Segredos que se revelam: a entrada no campo empírico

Conhecer por dentro e nas entrelinhas aquilo que já se supõe conhecer desvela segredos e impacta. Primeiro, para aquele que se propõe a conhecer o “velho” e que se lhe revela como novo; segundo, para aqueles que serão sujeitos-objetos no processo da reconstrução do velho e que apresentarão o novo. As expectativas são elevadas para os dois atores: pesquisador e pesquisado.

Nesse sentido, Goldemberg (2003) observa que o pesquisador precisa redobrar seu espírito investigativo para não se deixar cegar diante de significados que irão emergir no decorrer da pesquisa e que poderão ficar ofuscados em decorrência de uma convivência profunda com o campo, fazendo com que “o pesquisador ‘naturalize’ determinadas práticas e comportamentos que deveriam ‘estranhar’ para compreender” (Ibid. p. 59).

Embora “nativo” no campo, dificuldades foram encontradas no meio do caminho, algumas de maior relevância, outras, nem tanto. A dificuldade de maior se deu em decorrência do momento conjuntural vivenciado pelos trabalhadores em relação à posição ocupada pela pesquisadora no âmbito da instituição, fato este que de imediato gerou desconfiança no momento da abordagem.

Considerando que este serviço funciona diuturnamente, atendendo a uma demanda crescente, a solução encontrada pelas gerências para manter o serviço foi a realização do trabalho extraordinário. Entretanto, essa situação, que deveria ser eventual, já vem se prolongando há mais de cinco anos.

O Serviço de Urgência e Emergência do HGV no momento atual apresenta um déficit de oitenta e três trabalhadores das categorias auxiliar e técnicos de enfermagem, e quinze enfermeiras¹³. Diante dessa situação, o serviço, por necessidade, funciona com elevada quantidade de trabalhadores com horário extraordinário. No entanto, o poder central, para

¹³ Informação da Gerência de Enfermagem. Maio / 2007.

“conter gastos”, vem deixando de pagar corretamente por essa jornada extraordinária, causando grandes transtornos sociais para aqueles que trabalham e esperam receber, programando a vida em função disso.

Por um lado, os gestores que estão no nível central parecem “desconhecer” a realidade dos serviços de saúde que vivenciam situações constantes de crises, não apenas de caráter financeiro, mas também de necessidade de renovação da força de trabalho, dentre outras.

Por outro lado, nos espaços de trabalho observa-se uma acomodação por parte dos próprios trabalhadores que se sujeitam a essa situação, não politizando coletivamente o trabalho excessivo, realizado no geral em condições precárias, que impossibilita um cuidado mais efetivo seja consigo, seja com o paciente que tenha a receber uma assistência inadequada.

A pesquisadora ocupa atualmente a função de supervisão de gestão de pessoas, setor responsável, dentre outras coisas, pelas informações acerca dos “pagamentos”, daí a desconfiança no momento da abordagem, quando se ouviu algumas indagações do tipo: “Já é levantamento para retirar nosso dinheiro?” Diante de tal indagação, a pesquisadora precisou, muitas vezes, reforçar detalhadamente sobre a pesquisa e o seu objetivo, para só então iniciar a observação participante ou realizar as entrevistas, com menos reações na ofensiva.

Uma outra dificuldade está relacionada ao fato de não se poder realizar entrevistas em alguns plantões, principalmente nas terças e quintas-feiras, pois nestes dias os trabalhadores estavam “sempre correndo” para prestar os cuidados aos pacientes. Nesses dias, ouvia-se o argumento:

“Hoje não é possível, porque doutor A e B estão no plantão. Eles internam muito. Não tenho tempo.”

(Orquídea, auxiliar de enfermagem)

A “pressa” e a “falta de tempo” sempre aparecem como “argumento”, e, nessa pressa em fazer, em atender, não fica tempo para o questionamento da própria organização do trabalho que, de tão naturalizada e cristalizada, impede a reflexão sobre o tipo de relação que os trabalhadores de enfermagem estabelecem com o seu trabalho. Desse modo, há que se questionar se a “pressa” e a “falta de tempo” que, por um lado é exigência da lógica taylorizada, por outro pode se constituir em mecanismo de defesa dos trabalhadores para se envolverem menos e com isso reduzir a angústia para o fazer envolto em dor, sofrimento e morte.

Em conseqüência da primeira dificuldade aqui exposta, alguns trabalhadores – principalmente auxiliares e técnicos de enfermagem com carga horária extra, faltam ao serviço, deixando outros assoberbados de trabalho. E, exatamente estes, recebiam a pesquisadora sempre apressados, com um “não tenho tempo”, tendo assim que retornar outro dia para realizar as entrevistas.

Embora “nativo” do campo, a proposta do estudo foi apresentada à gerência de enfermagem, bem como a cada sujeito da pesquisa individualmente, pois se entende que a construção de informações está inserida num jogo de cooperação “onde cada momento é uma conquista baseada no diálogo e que foge à obrigatoriedade” (MINAYO, 1997, p. 55), e o consentimento era construído e reconstruído permanentemente.

Com efeito, o Serviço de Urgência e Emergência é capaz de causar forte impacto naquele que o adentra pela primeira vez, por suas paredes brancas contrastando com seus odores fétidos e fortes; por seu mobiliário recém-pintado de branco para esconder o longo período de uso, mas que não consegue esconder sua desatualização utilitária; pelas roupas brancas dos trabalhadores contrastando com os leitos sem lençóis, com pacientes nus sobre os leitos, alguns sem o banho, outros sujos de sangue da noite ou dia anterior; pelos seus gestos mudos de paciência, de tristeza, de desesperança ou quem sabe pelos gritos por socorro. Nesse lugar tudo parece negar o que seria a característica do hospital moderno: um lugar de assepsia e organização. Tudo é visível a quem chega, mas parece “sem sentido” para quem faz o serviço acontecer aos olhos de quem chega.

No entanto, foi esse o campo escolhido para compreender o objeto sendo atravessado pelo sofrimento, não de todos os trabalhadores, mas essencialmente daqueles que assistem vinte e quatro horas os pacientes quais sejam, as categorias que compõem a enfermagem, aqui concordando com Cecílio (1997, p. 304), quando afirma que “a enfermagem gerencia o cotidiano do hospital”, situação esta que se concretiza em fonte de muitos conflitos e negociações explícitas ou camufladas.

3.5 Aproximação com o real: a definição dos instrumentos para a construção das informações

De acordo com Baptista (1999), o conhecimento sobre o real não se reduz a um conjunto das informações isoladas articulado por uma teoria que as explique, e por esta razão urge ao pesquisador compreender os fenômenos conectados aos significados que os indivíduos atribuem às suas ações. Nesse sentido, a autora afirma que a pesquisa qualitativa adota outros paradigmas que não os da pesquisa quantitativa, uma vez que:

Os fenômenos são compreendidos dentro de uma perspectiva histórica e holística – componentes de uma dada situação estão inter-relacionados e influenciados reciprocamente, e se procura compreender essas inter-relações em um determinado contexto (p.35).

Nesse sentido, este estudo privilegiou técnicas e instrumentos que localizaram a percepção dos sujeitos sobre os fenômenos que estavam próximos e que repercutiam diretamente na vivência cotidiana, possibilitando compreender a realidade do sujeito a partir dos significados que por ele eram construídos.

Considerando que este estudo pretende se aproximar dos significados e vivências dos sujeitos sobre o tema tratado, é consideravelmente importante a compreensão de sujeito coletivo “no sentido de que aquela pessoa que está sendo convidada para participar da pesquisa tem uma referência grupal, expressando de forma típica o conjunto de vivências do seu grupo” (MARTINELLI, 1999, p. 24).

Dessa forma, a eleição de sujeitos para este estudo não se baseou no critério numérico como meio de garantir a representatividade do universo presente no campo escolhido. Assim, o critério para escolha dos sujeitos definiu-se apenas em dois, quais sejam: primeiro, apresentar dez anos de tempo de trabalho no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, e em segundo, concordar em participar da pesquisa, mediante assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

A definição desses critérios justifica-se pela pretensão em compreender as razões e as recompensas simbólicas que esses trabalhadores extraem por optar em permanecer longo tempo nesse ambiente em que a linha entre a vida e a morte é tênue, em que os gritos de desespero pela perda de entes queridos são cenas comuns, e em que a cidadania parece apenas discussão acadêmica quando se vê pacientes espalhados por todos os lados, alguns até esquecidos.

Para a realização do trabalho de campo, optou-se por algumas técnicas que, articuladas, poderiam garantir melhor apreensão do que acontece no cotidiano do espaço de trabalho, haja vista que o ser humano ao viver determinada realidade constrói também um espetáculo simbólico que norteia e orienta sua ação, qualquer que seja o ambiente. Nesse sentido, o espaço onde o trabalho se concretiza é impactado por sujeitos que se apropriam e interpretam suas vivências diferentemente, ainda que partilhem condições de trabalho e até de vidas similares. Assim, a observação participante foi de grande importância, pois, por meio dela, foi possível captar uma variedade de situações que acontecem nos bastidores do serviço. Conforme observa Alevato (1999, p. 44),

A existência dos “bastidores” como uma área de libertação do papel representado para a “platéia” serve como um elemento de união dos admitidos ali, através de uma intimidade, cumplicidade capazes de confirmar as fronteiras diferenciadoras entre o “nós” e o “não-nós”, o estranho, o outro”.

Nessa perspectiva, a observação participante possibilitou conhecer o aspecto formal da organização do trabalho quando os trabalhadores de enfermagem estão agindo munidos de saber e técnicas, e o aspecto íntimo quando estão no posto reclamando do cansaço físico e desejando o final do plantão. Possibilitou também observar: os sentimentos de amizade que permeiam os membros da coletividade, a obediência ou transgressão das regras formais, com “pequenas fugas para relaxar”, a criatividade em “improvisar” quando o serviço não dispõe do equipamento necessário e adequado para realizar o procedimento; as idéias e manifestações de insatisfação de alguns com gestores e governo que desconhecem a realidade “daquele campo de guerra”, o compromisso ou o pouco envolvimento com a finalidade do trabalho, dentre outros.

A inserção da pesquisadora no campo se deu enquanto participante-observador, situação na qual

O pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como sendo restrita ao momento da pesquisa de campo. Nesse sentido ele pode desenvolver uma participação no cotidiano do grupo estudado, através da observação do dia-a-dia. (NETO, 1997, p. 60)

Assim a observação do processo de trabalho das categorias de enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência aconteceu nos turnos manhã, tarde e noite, em horários variados nos plantões de segunda-feira a domingo com duração de uma hora e por um período de quinze dias. É oportuno salientar que as anotações desse processo foram registradas no diário de campo que “nada mais é do que um caderninho de notas, em que o investigador, dia por dia, vai anotando o que observa”. (MINAYO, 2006, p. 295)

Considerando que a entrevista se constitui em outra forma de abordagem técnica de importância para a realização de pesquisa de caráter qualitativa, esta foi a técnica escolhida para ouvir os sujeitos neste estudo. De acordo com Minayo (2006), a entrevista é: “uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinado a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa” (Ibid. p. 261).

É importante mencionar que o principal motivo para a escolha dessa técnica na aproximação com o vivenciado pelos trabalhadores de enfermagem, para análise da relação trabalho e sofrimento presente no seu processo de trabalho, deveu-se por compreender que essa técnica é capaz de garantir ao pesquisador o maior número possível de informações a

partir da realidade vivenciada pelo próprio trabalhador, e que se manifesta por meio “de idéias, crenças, maneira de pensar; opiniões, sentimentos, maneira de sentir; maneiras de atuar; condutas; projeções para o futuro; razões conscientes ou inconscientes de determinadas atitudes e comportamentos.” (Ibid. p. 262)

Assim, dentre as diferentes formas de organizações da entrevista, neste estudo optou-se por trabalhar com a entrevista do tipo semi-estruturada que “combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada.” (Ibid. p. 262)

Segundo Thompson (1998), o melhor local para se realizar uma entrevista deve ser aquele que deixa o informante bastante à vontade, e sem a presença de outras pessoas, pois estas podem inibir ou até mesmo pressionar sutilmente o informante. Para o autor, o melhor é que o pesquisador fique sozinho com o informante, “pois a completa privacidade proporcionará uma atmosfera de total confiança em que a franqueza se torna muito mais possível” (Ibid. p. 265). Assim, para efeito deste estudo, as entrevistas foram realizadas no próprio local de trabalho, escolhendo para tanto espaços menos movimentado e onde fosse possível ficar sozinho, como a sala da supervisão de enfermagem e a sala destinada ao lanche, que fica no próprio serviço. Considerando a afirmação que “apenas para começar, já é preciso estabelecer um contexto social, o objetivo deve ser explicado, e pelo menos uma pergunta inicial precisa ser feita” (Ibid. p. 258). Sempre que se abordou um trabalhador de enfermagem, explicava-se sobre o objetivo da entrevista e sobre o termo de compromisso¹⁴ e da necessidade de tê-lo assinado tanto pelo pesquisador como pelo pesquisado.

De acordo com Thompson (1998), a seqüência dos tópicos e fraseados da entrevista se constitui em uma estratégia significativa para que esta possa ser conduzida, razão pela qual o pesquisador deve dispor de um roteiro elaborado de forma completa e utilizado com flexibilidade. Tal estratégia foi adotada neste estudo e dependendo do informante – se mais ou menos conversador, o roteiro possibilitou percorrer o território com maior segurança.

Embora a primeira reação de que a entrevista seria gravada gerasse espanto, ansiedade e comentários do tipo “meu Deus, e é gravada!” “Ah! Eu não vou saber falar”, aos poucos os trabalhadores entrevistados foram relaxando e ignorando a presença do equipamento, e o gravador se constituiu em um equipamento valoroso no registro da integralidade do conteúdo das entrevistas. É interessante colocar que de todos os

¹⁴ O Termo de Compromisso é exigência do Ministério da Saúde que regula as pesquisas nacionais com seres humanos conforme Portaria nº 196/1996. A presente pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sob nº 1621/2006. Foi também submetida e aprovada pela Comissão de Ética e Pesquisa do Hospital Getúlio Vargas, sob nº 4621/2006.

entrevistados, um apenas demonstrou interesse em saber o modo como as falas seriam interpretadas ao comentar “como você vai utilizar o que eu estou dizendo”. Outro fato interessante manifestado por todos os informantes deu-se ao final de cada entrevista, quando então diziam: “deixa eu ouvir a minha voz e/o que foi mesmo que eu disse?”, ao que prontamente eram atendidos. As entrevistas aconteceram no período de vinte e sete de novembro a onze de dezembro do ano de dois mil e seis.

As entrevistas tiveram uma duração de trinta a quarenta e cinco minutos, e não aconteceram combinadas com a observação participante. Apesar de todos os cuidados seguidos para a realização das entrevistas, dificuldades foram encontradas, como por exemplo: o fato de serem dois trabalhadores em cada sala para atender inúmeros pacientes, às vezes não era permitida a saída de um deles; às vezes a falta ao trabalho; às vezes a saída demorada para o lanche, dentre outros, fez com que a pesquisadora tivesse de retornar em outras ocasiões para realizar a entrevista.

Apesar das dificuldades encontradas, no início do caminho, as entrevistas foram realizadas e, nesse processo, assegurou-se aos sujeitos a condução de um trabalho orientado pela ética e dentro das condições legais para que o estudo ocorresse de forma segura para todos os atores envolvidos no processo, razão pela qual os nomes dos sujeitos são fictícios.

3.6 As informações obtidas através das entrevistas e das observações: as categorias que desvelam o sofrimento

De acordo com Gomes (1997), a análise das informações obtidas no estudo apresentam por finalidade: “estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-se ao contexto cultural a qual faz parte” (Ibid. p. 69). Assim, a fim de compreender e aproximar-se das falas dos sujeitos entrevistados, observou-se que a questão do sofrimento no processo de trabalho da enfermagem aparece em algumas categorias como: questões de reconhecimento e desvalorização, estrutura hierárquica e exercício de poder, enfrentamento da morte, condições de infra-estrutura de trabalho, como apresentadas a seguir.

• *Reconhecimento e desvalorização*

Segundo Dejours (2005), a questão do sofrimento no trabalho é insuficientemente debatida, embora seja um problema real, precisando ser desvelada na realidade. Para o autor, uma das causas do sofrimento reside na falta de reconhecimento.

De acordo com Ferreira (2005), reconhecimento está relacionado a agradecimento, gratidão. Este ato permeia as relações entre os seres humanos, estando relacionado com a capacidade que o indivíduo tem de se situar e relacionar-se no grupo social, ainda que não seja evidenciada a todo momento. Isso significa que também no espaço do trabalho o reconhecimento é tributário de satisfação ou insatisfação, haja vista que o trabalho não está associado também a recompensas salariais, mas implica também recompensas que orientam e conduzem o agir, com conseqüências que se refletem tanto na auto-imagem como no desempenho, na realização do trabalho, na “obra”.

De acordo com Alevato (1999), o não reconhecimento pelos esforços despendidos para a realização do trabalho pode ser extremamente penoso, causando sofrimento para os trabalhadores que necessitam de recompensas simbólicas seja para reagir a determinadas situações, seja para justificar a permanência. Esse pensamento pode ser reforçado com a seguinte fala:

[...] quando diz respeito a lidar com vidas, desenvolver um trabalho desses, acho que não tem nada que pague, mas o fato é que a gente é mal remunerado, as vezes até desrespeitado.

(Orquídea -Téc. Enf.)

[...] a população daqui da capital, eles não dão valor, só fazem é falar dos profissionais que trabalham aqui e eu acho que a gente devia ser elogiada por trabalhar aqui. Eu não vejo isso, as colegas fazem é condenar você por trabalhar aqui.

(Papoula – Enfermeira)

[...] acho que o nosso trabalho devia ser mais valorizado. Eu vejo que os outros colegas vê o nosso trabalho como se a gente fosse responsável pela falta, é como se a gente tivesse descaso com o paciente. Ele não vê a condição de trabalho para a demanda que vem para cá.

(Papoula – Enfermeira)

Os sujeitos deixam claro que o trabalho por eles realizado é inestimável, e embora sendo mal remunerado não é a baixa recompensa salarial que afeta seu desempenho, que o angustia. Observa-se na fala que desprestígio e o descrédito ultrapassam o desgaste que a baixa remuneração lhe impõe, instalando-se aí um conflito entre o esforço realizado e a imagem social. Nesse embate, o trabalhador vai realizando suas tarefas anos a fio em situação penosa, e tal quadro impacta a sua subjetividade com sofrimento.

Conforme já salientado no capítulo anterior, a relação do ser humano com seu trabalho se constitui em forte elemento para manter sua energia para as demais dimensões da vida. Entretanto, percebe-se por estas falas que uma profunda tristeza toma conta desses sujeitos quando questionados sobre o trabalho realizado no ambiente hospitalar, exatamente

porque o esforço dos trabalhadores em fazer não é considerado, ficando escamoteado numa imagem social que trata tais trabalhadores como uma massa uniforme e incompetente, desconsiderando todo um conjunto de fatores externos e internos que interfere nos resultados da assistência prestada.

Os sujeitos deixam explícito em suas falas também o quanto sofrem diante da “condenação” de alguns colegas por eles trabalharem naquele local, como se eles sozinhos fossem culpados por uma situação que tem raízes estruturais e que atinge não apenas o seu ambiente de trabalho, mas estende-se a outros serviços de urgência e emergência do país. Embora com sofrimento, esses trabalhadores não podem simplesmente dizer “não trabalharei mais aqui”, pois há muitos outros fatores a considerar, como o fato real da sobrevivência, do salário, dentre outros, que os impede de deserção.

Estas falas remetem também a uma reflexão sobre o processo de mudanças que perpassa a política de saúde com a institucionalização do SUS centrado no usuário e em permanente processo de construção, e para tanto requer a participação dos diferentes atores que nele atuam, uma vez que esses atores não são apenas agentes técnicos, mas também políticos e, como tal, são capazes de transformar a realidade vivida no interior das instituições de saúde onde os processos de trabalho são vivenciados com desgaste emocional e sofrimento dos trabalhadores.

Assim, é possível supor que existem caminhos para que a instituição hospitalar se caracterize em espaço e defesa da vida e da cidadania. Um desses caminhos está na mudança da organização do trabalho em que os trabalhadores possam sentir-se sujeitos do processo, não apenas meros plantonistas que comparecem para cumprir suas obrigações retornando dias depois sem criar vínculo com o trabalho que lhe garante a sobrevivência, a realização e a energia vital.

Nesse sentido, Campos (1997) chama a atenção para a necessidade de reaproximar o trabalhador de sua obra, sendo esta entendida como “reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho” (Ibid. p. 234).

As falas dos sujeitos explicitam a necessidade por reconhecimento de seus pares, da sociedade e dos gestores pelo esforço despendido em realizar o trabalho principalmente quando as condições são precárias. Trabalho assim realizado quando agregado ao não reconhecimento conduz mais facilmente a trabalhadores aborrecidos e em sofrimento.

Sendo os trabalhadores de enfermagem não apenas no Serviço de Urgência e Emergência, mas no hospital como um todo, uma força de trabalho significativa e como sujeitos livres que são, precisam ser capazes de resistir e tentar modificar seus espaços de

trabalho, pois “sobrevive-se mais facilmente e mais gostosamente quando se sente criador de obras dignas da admiração e do respeito público” (Ibid. p. 235), lembrando que a construção passa pela discussão e politização coletiva.

Para Dejours (2005), o resultado do trabalho é obtido à custa de esforço e da inteligência de quem trabalha e, por mais que haja aqueles com o mínimo de compromisso, há aqueles que “se esforçam por fazer o melhor, pondo nisso muita energia, paixão e investimento pessoal” (Ibid. p. 34). O reconhecimento mostra-se decisivo para a mobilização subjetiva do sujeito, e a sua falta pode significar sofrimento para aquele que trabalha e que dá a sua contribuição. Segundo o autor, quando há o reconhecimento, todas as angústias, dúvidas e decepções não são em vão, mas adquirem um sentido, tornando o sujeito diferente, reconduzindo-o ao plano da construção da identidade que se “constitui a armadura da saúde mental” (Idem). No entanto, quando o sujeito não obtém o reconhecimento e nem sua relação com o trabalho alcança um sentido, emerge daí um sofrimento que pode ser capaz de desestabilizar a identidade.

Conforme a observação de Alevatto (1999), a relação do ser humano com o seu trabalho se constitui em um dos mais fortes elementos condutor de sua energia vital. Para tanto, o sujeito irá precisar de um conjunto de elementos que envolve crenças, desejos, ideologias, dentre outros, que irá favorecer o resultado de sua ação, de sua “obra”. Por outro lado, quando não há o reconhecimento do esforço, instala-se o incentivo à deserção, pois o sujeito necessita das recompensas simbólicas para manter o equilíbrio entre os universos individual/coletivo.

Segundo Migott (2001), a responsabilidade para a enfermagem é bastante elevada, enquanto o reconhecimento e a valorização são pequenos, fato este que provoca desgaste para os trabalhadores, como se observa nesta fala:

[...] eu me sinto estranha quando venho aqui fazer alguma coisa que não é no meu horário de serviço. É assim. Silêncio. A gente se sente estranha e pensa: meu Deus como é que consigo trabalhar aqui! Mas quando você chega no plantão, vem uma força e a gente consegue, na medida do possível, resolver os problemas. Por isso acho que deveria ser mais reconhecido pela população o que a gente faz aqui!

(Papoula – Enfermeira).

Essa fala causa grande impacto e remete a uma reflexão sobre o sentido da totalidade que, para esse sujeito parece só existir quando não é dia de seu plantão, pois só aí consegue “perceber” as dificuldades e mazelas que precisa enfrentar para realizar seu trabalho. De maneira geral, o sujeito está tão “entranhado” àquele ambiente e condições que

não consegue identificar que tal situação seja capaz de trazer sofrimento não apenas para os usuários, mas também para os próprios trabalhadores.

De acordo com Alevato (1999), a integração do trabalhador ao ambiente nas condições em que já está acostumado é tanta que ele naturaliza o ambiente e o sentido da totalidade vai se tornando indiferente. Tal processo de naturalização implica uma integração total de gestos, trajés, atitudes, emoções, rituais, dentre outros, que no cotidiano do trabalho vão se cristalizando para o coletivo de trabalhadores, residindo aí “a força” que a enfermeira não sabe explicar de onde vem. Por outro lado, na imagem social, os trabalhadores são tachados de “frios, insensíveis, sem coração”, e essa imagem às avessas provoca sofrimento, uma vez que os trabalhadores desejam o seu oposto, qual seja, reconhecimento e valorização.

Migott (2001) considera que a situação do reconhecimento e valorização na enfermagem já foi mais relevante no passado, mas ainda está bastante presente nos dias atuais, podendo causar sofrimento aos trabalhadores. Embora reconhecendo que a falta dessa recompensa simbólica seja causadora de sofrimento para os profissionais de enfermagem, essa situação não é exclusiva dessa categoria, mas está relacionada à natureza do trabalho em saúde, estendendo-se a outras áreas.

Nesse sentido, Migott (2001) salienta que os hospitais devem manter uma política de humanização com vista a buscar a melhoria contínua do relacionamento entre o hospital e seus usuários, melhoria esta que não está concentrada apenas nas técnicas, mas perpassa outras dimensões. Para a autora, a falta de humanização pode acarretar sintomas de desmotivação nos trabalhadores que, tensos e ansiosos, atenderão a demanda com má qualidade. Assim, para que as relações sejam saudáveis, a humanização é de fundamental importância, pois:

o homem não deseja a dor, o sofrimento, mas utiliza-os como um alarme para evidenciar seu desejo primário de integridade e equilíbrio. O modo de agir do homem mostra sua própria vida, podendo, por suas capacidades e limitações, escolher como quer estar no mundo. (Ibid. p. 162)

Na análise das falas observou-se com muita clareza que, para os sujeitos, a questão do sofrimento no processo de trabalho está fortemente associado e é recompensado pela gratificação em ajudar outrem que sofre, sem se dar conta de que sobre todo trabalho recai uma hipoteca social. Essa situação pode ser ilustrada nas seguintes falas:

[...] é bastante cansativo, é estressante, tem vários pontos negativos, mas é o que eu escolhi de profissão pra mim. É satisfatório.

(Orquídea – Téc. Enfermagem)

[...] muitos plantões a gente sente, cansa. A gente pode até se sentir cansada, mas quando chega mesmo uma emergência todos os profissionais correm e no final do dia a gente faz muito é agradecer a Deus por ter nos dado essa profissão, essa vocação.

(Bromélia, Téc. Enfermagem)

[...] eu me sinto feliz em estar ajudando as pessoas, apesar de tanto sacrifício, de tanto estresse que a gente passa aqui dentro.

(Papoula – Enfermeira)

[...] aqui no Pronto-Socorro é um trabalho altamente estressante, mas eu acho, para mim, particularmente gratificante. Gratificante porque quando você gosta de ser enfermeira e você tem a oportunidade de trabalhar e ajudar, você é uma privilegiada. Eu sou uma privilegiada no sentido de que, pôxa vida, tem tanta gente que gostaria de ter essa oportunidade.

(Margarida – Enfermeira)

Nessas falas ficam evidenciados o cansaço e o desgaste físico que esses profissionais são submetidos em um dia de plantão. Embora reconhecido, logo é esquecido, pois é associado ao nobre, ao sublime, e o bem passa a se constituir na finalidade do trabalho. Por outro lado, os trabalhadores de enfermagem parecem secundarizar o fato que sua relação com o trabalho está assentada em um contrato de troca, e não numa relação de voluntariado, em busca de fazer o bem. Nesse sentido, o cansaço, o desgaste e até o estresse não são discutidos coletivamente, de modo que seja apresentada soluções que amenizem tais situações.

Por outro lado, a instituição também não dispõe de encontros para discutir com seus trabalhadores essas e outras situações que são tributárias de sofrimento para esses e os demais profissionais, muito embora esteja inserida na política de humanização.

Essa questão também não se manifesta em preocupação das representações sindicais, ainda que o Serviço de Urgência e Emergência do HGV esteja sempre capitaneando greves para melhorias salariais para os trabalhadores em saúde.

Pode-se perceber, a partir dessas falas, que a necessidade de poder estar atuando, ter uma vocação, confere a esses profissionais sentimentos de gratidão que ativam o prazer e a motivação, sendo o sentido do trabalho associado ao grandioso, ao nobre, ao sublime. Tais sentimentos funcionam assim como ferramentas necessárias que ajudam a superar as situações críticas em que este se realiza em contato com a dor, o sofrimento e a morte, como também os mantêm atuando mesmo que as condições de trabalho não sejam as mais favoráveis.

Segundo observa Codo et al. (1993), a construção do indivíduo é a própria história do trabalho, sendo esta a maneira de o indivíduo existir, objetivar-se e, ao mesmo tempo,

subjetivar-se, pois é por meio dessa atividade que o ser humano se mantém no mundo social. Por outro lado, o duplo caráter do trabalho – valor de uso e valor de troca – faz com que o valor de algumas atividades laborais fique escamoteado por valores como o altruísmo e o espírito de sacrifício.

De acordo com Sampaio e Borsoi (1999), os trabalhadores de enfermagem têm sobre si algumas características que refletem diretamente na imagem e que dificultam a percepção do trabalho como valor de troca. Dentre as características os autores destacam: “meiguice, carinho, abnegação, paciência, piedade e caridade”. (Ibid. p. 69)

Vale lembrar que tais características têm uma construção histórica atrelada à questão de gênero na qual à mulher é atribuído um papel de submissão, abnegação, sacrifício. Essa questão rebate historicamente na enfermagem, por ser composta de um contingente expressivo de mulheres nas três categorias que a compõem.

Percebe-se, nas falas, que essas características interferem na representação de profissão para os trabalhadores de enfermagem nas três categorias, ao mesmo tempo em que secundariza uma das finalidades do trabalho, como trabalhador, profissional nas experiências de sujeito altruísta no mundo. Para que a discussão fique mais rica, outras falas dos atores são extremamente importantes que sejam colocadas:

[...] me satisfaz prestar um bom atendimento, ser aquela pessoa que realmente é útil ao paciente, ajudar em tudo o que for necessário, em conforto. Contribuir para que ele tenha uma boa recuperação através de um serviço como técnico em enfermagem.

(Cravo vermelho – Téc. Enf).

[...] o trabalho que realizo me satisfaz porque eu sei que estou fazendo o bem às pessoas. Estou 24 horas ‘corridas’ aqui dentro. A gente faz tudo por amor.

(Bromélia – Téc. Enf)

[...] eu me sinto bem quando ajudo, quando resolvo.

(Violeta – Aux. Enf).

[...] eu gosto do meu serviço. Gosto de trabalhar com o ser humano, ajudar.

(Girassol – Aux. Enf)

Desse modo, do trabalho é retirado a condição de um contrato, a condição de ser uma profissão para ser um mediador de auto-realização, do bem-estar do próprio prestador de serviço. Na Idade Média, ajudar ao próximo tinha a finalidade principal de salvar a própria alma. No contexto estudado, tem uma dimensão de auto-ajuda para o trabalhador, fazendo sentir-se útil, “fazendo o bem às pessoas”.

Evidentemente, não se subestima que a atividade de cuidar de outro ser humano traz em si uma carga de realização humana, que é importante, está bem expresso que tais disposições psicológicas incidem na qualidade da assistência prestada. O que se quer chamar a atenção é que tais sentimentos parecem trazer uma carga alienante, à medida que a auto-realização no trabalho desenvolvido tende a figurar como um fim em si mesmo, levando o prestador de cuidado a não se compor como um sujeito constitutivo de suas condições de trabalho.

• *Estrutura hierárquica e exercício de poder*

Outra categoria presente nas falas dos sujeitos e que revela a presença do sofrimento no processo de trabalho da enfermagem é a questão da estrutura hierárquica centralizadora e autoritária entre as categorias de enfermagem e entre estas e os demais trabalhadores. Vejamos como emerge essa questão nas falas desses profissionais:

[...] o que me desagrada são coisas, às vezes colegas, chefe que não sabe falar com a gente já chega gritando, querendo só mandar.

(Dália – Aux. Enf)

[...] é um relacionamento até certo ponto bom. A equipe de enfermagem, isto é histórico, conflitos entre a equipe de nível médio e o enfermeiro. Acho que é porque o enfermeiro assume muito a posição de supervisão ou de liderança, e o auxiliar ou técnico em determinado momento se vê assoberbado e ele gostaria de ver o enfermeiro desenvolvendo as mesmas atividades e o enfermeiro nem sempre pode corresponder porque tem outras competências.

(Lírio – Enfermeiro)

A organização do trabalho hospitalar evidencia a dimensão coletiva para a sua concretização e, em razão dessa dimensão, há a necessidade de uma equipe de trabalhadores portadores de diferentes formações e qualificações, que precisam estar em constante relacionamento. Por outro lado, a falta de colaboração torna difícil o trabalho coletivo. Nesse sentido, a dificuldade no relacionamento seja com os pares, seja com outros profissionais é tributária de sofrimento para os trabalhadores de enfermagem, como demonstram as falas dos sujeitos.

De acordo com Dejours (2005), o trabalho tem um papel fundamental na vida e, portanto, na saúde dos indivíduos. Mas o autor também é taxativo em afirmar que a organização do trabalho, que inclui dentre outras coisas, a divisão de tarefas e a divisão dos seres humanos para cumprir a divisão de tarefas, tende a ser um dos fatores responsáveis pelo sofrimento dos trabalhadores.

No caso da enfermagem, a divisão social e técnica está presente desde a sua institucionalização e será marcada pela fragmentação e hierarquização e fundamentada na diferença de origem social, saber e prática para afirmação como trabalho coletivo. Assim, a questão da hierarquia fortemente verticalizada, desenvolvida de maneira autoritária, apresenta focos de tensão, de conflito e de sofrimento entre os trabalhadores de enfermagem. Mas o conflito não está presente apenas entre os trabalhadores de enfermagem, mas aparece também entre a enfermagem e o profissional médico, conforme se pode observar nas falas:

[...] o nosso maior problema no Pronto-Socorro é o médico. E muito deles, não estou generalizando, mas a maioria deles vem pra cá para dormir. Muitos deles dizem que vem pra cá por amor, que não ganha nada com isso e que não vai morrer. Desagrada, entristece a falta de compromisso.

(Bromélia – Téc. Enf.)

[...] a gente tem que andar correndo atrás do médico para atender. Ele vem e não fica, aí a gente corre de novo. O médico fica lá dentro, quieto.

(Cravo branco – Aux. Enf)

[...] quando a gente faz alguma coisa, a família gosta. Mas o outro lado o médico não está do lado da gente e aí fica exposto pra família. Cadê o médico, a gente não sabe dizer e fica naquele impasse para trabalhar. Tem hora que estressa a gente da enfermagem. Você viu agorinha eu estressado, não viu?

(Cravo Branco – Aux. Enf)

(O funcionário por três vezes teve de deixar o posto para chamar o médico, que demorou para vir avaliar o paciente na sala de emergência).

[...] eu não admito alguns profissionais, por exemplo, médico, ficar no repouso e eu vendo a paciente ali que está precisando de atendimento. Às vezes, eu não me sinto satisfeita quando vejo a assistente social lá na sala que fica a 30 metros ligando pra cá, perguntando: “o paciente, como é que está?”

(Margarida – Enfermeira).

De acordo com Fortes (1996), o hospital apesar de necessitar de muitos equipamentos e materiais, é fundamentalmente um sistema mais humano que mecânico, pois depende de uma significativa interação entre os agentes responsáveis pelo cuidado. Dentre estes, os médicos e os trabalhadores de enfermagem constituem a maior força de trabalho. A autora chama a atenção ainda para o fato de que nos serviços de urgência hospitalar, são esses dois agentes que têm o contato direto e imediato com o paciente que adentra o serviço.

Assim, em serviço de urgência e emergência, caso do campo empírico desse estudo, é necessário uma integração entre essas duas categorias. No entanto, as falas dos

sujeitos tornam explícita uma insatisfação nas relações com o médico que “não fica” e que “fica só no repouso”, e dessa forma o trabalhador de enfermagem além de dar contas de suas tarefas, precisa ainda percorrer longos corredores para “chamar” o médico. Observa-se nestas falas que, no geral, essa relação é tensa principalmente por se tratar de um serviço de urgência e emergência, onde normalmente aqueles que transportam um ente querido até o serviço já chega estressado e com medo do que possa acontecer com seu familiar, e o que espera é encontrar prontamente o médico para o atendimento. Com suas necessidades humanas afetadas, muitas vezes o usuário reage com violência, e o alvo será sempre aquele que está presente no primeiro momento, razão pela qual os trabalhadores de enfermagem constantemente são agredidos física e verbalmente.

Desse modo, essas falas revelam um quadro de permanente conflito nas relações multiprofissionais que interferem nas relações interpessoais, ao mesmo tempo em que é tributário de grande sofrimento para os trabalhadores de enfermagem.

Mas a situação de conflito não é generalizada, pois a colaboração também está presente, conforme demonstrado nas falas a seguir:

[...] com relação à equipe médica é uma outra história. A gente conhece pela própria história de enfermagem a questão da submissão, isso é histórico também na nossa profissão. Entretanto, eu, particularmente, não tenho queixas, eu tenho essa visão muito clara para a categoria como um todo. Então eu acho o relacionamento, é até certo ponto, afetuoso.

(Lírio – Enfermeira)

[...] a relação com alguns médicos é muito boa. Tem muitos médicos que estão ali do lado da enfermagem sofrendo porque estão querendo fazer e não conseguem, porque a demanda é grande.

(Bromélia – Téc. Enf).

[...] eu acho que o respeito acima de tudo, em qualquer classe que pertença, tanto de zelador, copeira, qualquer um, pra mim, todo mundo tem seu espaço e todo mundo tem que se respeitar.

(Jasmim - Téc. Enf).

O êxito como resultado no trabalho hospitalar depende de muitos outros fatores, e dentre esses, a colaboração e o respeito mútuos. As falas evidenciam que as relações de colaboração existem e proporcionam a qualidade da assistência quando ambos se “ajudam”. Observa-se que o clima de colaboração e respeito é significativo para que o trabalho realizado se torne melhor e mais prazeroso para trabalhadores de enfermagem e para aqueles que com eles interagem.

Através da análise das falas dos sujeitos deste estudo, percebe-se que no dia-a-dia do serviço o relacionamento entre a enfermagem e o médico pode se transformar em um imenso sofrimento, principalmente para aqueles que ocupam uma posição hierárquica inferior, e que precisam estar realizando suas tarefas e “chamando o médico”, quando se trata de uma obrigação do médico reavaliar os pacientes e permanecer de prontidão como todo trabalhador do setor.

Com efeito, é necessário compreender que essa situação remete ao papel historicamente concedido ao médico no controle do processo de trabalho em saúde, que lhe conferiu a parte intelectual do trabalho, ou seja, o diagnóstico e a prescrição que o mantém como agente dominante do processo de trabalho em saúde. Enquanto a enfermagem coube as funções manuais associadas ao processo terapêutico, ficando assim submetida à autoridade técnica do médico.

Esse conflito que gera sofrimento no trabalho está inserido em uma disputa política e ideológica de papéis que atravessa a divisão social do trabalho, mas também expressa o desejo de continuação de relação interpessoais e entre categorias profissionais fraternos intermediadas pelo respeito e colaboração. Um clima de companheirismo e solidariedade na equipe é um fator amenizador do sofrimento no trabalho.

• *Enfrentamento da morte no processo de trabalho*

É no setor de urgência e emergência onde se evidenciam as maiores mudanças na relação médico/paciente, pelos crescentes ajustes de equipamentos de alta tecnologia que empregam procedimentos diagnósticos mais refinados, conseqüentemente, mais invasivos, intensificando a medicalização tanto da vida como da morte (COSTA, 2006).

O incremento tecnológico permitiu o prolongamento da vida, mas, por outro lado, intensificou entre os profissionais de saúde uma certa onipotência, onde a morte, no processo de trabalho, pode ser vista com indiferença ou como fracasso, incompetência. Assim mostram os depoimentos:

[...] É difícil, mas assim: o pessoal que trabalha na saúde acostuma com a morte. Tem plantão que morre quatro, cinco pacientes. Você fica sensibilizado e tudo, mas não dá pra você sofrer com as cinco. Tem uma força que faz com que você seja frio naquele momento. Como é que tem um paciente morrendo e você vai chorar junto com a família? Não, você passa aquele lado profissional, mas pra eles acham que é frieza, então lidar com a morte é uma coisa profissional.

(Papoula – Enfermeira)

[...] Eu tenho que fazer referência ao início da minha profissão. Isso para mim era muito difícil, às vezes me dava uma sensação de incompetência. O profissional de saúde ainda é, embora tenha melhorado, mas ainda se trabalha muito com a questão biológica, da fisiologia e a gente, em determinados momentos, esquece que tem limites e que, por mais avanços que a medicina e a ciência tenha, também há limites. Então, nos primeiros dez anos da minha profissão, isso para mim representava frustração, porque eu entendia que como membro de uma equipe que atendia no maior serviço de urgência do Estado, nós tínhamos a obrigatoriedade de todos os atendimentos serem exitosos. Depois, com o amadurecimento, a gente vai sabendo estabelecer que a gente vai até um certo ponto e, a partir daí, o comando não é mais da ciência. É claro que isso precisa a gente se trabalhar, fazer muitas reflexões, leitura, que não sejam puramente técnicos. Faço a seguinte reflexão: será que fiz tudo que estava ao meu alcance? Se fiz, pronto. Passo a encarar como natural, que é um designo da vida dado por Deus e que o profissional de saúde não tem como impedir.

(Lírio – Enfermeira)

[...] É uma perda que é muito dolorido no momento. Tem casos que emocionam a gente, e porque além do que a gente está fazendo, o que é capaz de fazer, a condição da nossa capacidade humana não satisfaz e termina perdendo.

(Jasmim – Aux. Enf)

[...] Não é uma coisa muito boa, mas a gente tem que aceitar.

(Orquídea – Aux. Enf)

[...] Aqui, aprendi a conviver com tudo. Aqui dentro a gente aceita, não é gostar, é aceitar. Agora, por eu viver o dia-a-dia vendo essas coisas, lá fora eu não vou ver doente, não vou ver pessoas que morrem. Eu não gosto, acho que é um sofrimento muito grande.

(Flor do Campo – Aux. Enf)

Como mostra o depoimento de Lírio, o profissional vai aprendendo e amadurecendo com a prática. Tanto é assim que, como relata, no início da atuação, diante da morte tinha a “sensação de incompetência”, haja vista que “nós tínhamos a obrigatoriedade de todos os atendimentos serem exitosos”, leia-se êxito como manutenção da vida. Aprendeu através de muitas frustrações e com o tempo que até a técnica tem seus limites.

Conforme mostra Kübler-Ross (1992), os profissionais de saúde não sabem como proceder diante da morte, procurando negá-la. Todavia, contemporaneamente, as dimensões da Bioética têm levantado a necessidade da leitura dos aspectos éticos implicados no processo de morrer com dignidade e da participação ativa dos profissionais médicos na assistência à morte.

Costa (2006, p. 128), pondera que: “Nem sempre as expectativas do paciente e dos profissionais de saúde, perante a morte, são coincidentes”. Se, por um lado, é frustrante

para um médico tomar conhecimento de que o paciente recusa determinado tratamento, sabendo que poderia salvar-lhe ou mesmo prolongar a vida, sentimento igual experimentará o paciente que se sentirá marginalizado, ignorado ou simplesmente abandonado por aqueles que o assistem, e lhe negam alívio imediato para o seu sofrimento.

Vale lembrar que a inclusão da cidadania na relação médico/profissional de saúde e “paciente” tem exigido que os trabalhadores de saúde reconheçam os usuários dos serviços como pessoa titular de direitos, o que traz novas questões para o processo de trabalho em saúde, pois anteriormente tais sujeitos eram vistos como “biologicamente necessitado e moralmente incapaz” (Ibid. p. 82).

Contudo, o reconhecimento da autonomia do “paciente” face ao poder médico / poder dos trabalhadores de saúde sequer foi cogitado. A morte, a perda de uma vida no processo de trabalho é percebida em seus aspectos preponderantemente negativos, como frustração, como fracasso e secundariamente parte do processo.

Para Teixeira (1996), a sociedade contemporânea utiliza diferentes artefatos para escamotear a morte e, no entanto, esse fenômeno continua a colocar o homem à prova, tornando-o impotente frente a ela. Tal fato pode ser comprovado na fala do sujeito que, ao se deparar com a morte no cotidiano, procura mascarar para si e para os outros as dificuldades em conviver com a realidade da morte e do morrer no seu processo de trabalho.

Nesse sentido, o confronto com a morte se constitui num grande desafio no contexto hospitalar, colocando os trabalhadores que realizam as funções-fim na instituição – caso dos profissionais de enfermagem – em presença de situações que geram tensão, conflitos, medos e sofrimento.

Entretanto, há diferenciação na maneira como cada indivíduo se posiciona frente à morte, conforme se pode observar na fala dos sujeitos. O universo de representações sobre a morte está relacionado tanto às categorias profissionais como à vivência individual de cada ser humano. Por outro lado, a instituição não dispõe de uma política de educação continuada, permanente, para suprir essa deficiência da formação, conforme se observa nas seguintes falas:

[...] A urgência é muito imprevisível. Ela pega todo mundo despreparado do ponto de vista emocional, principalmente quando se refere à trauma.

(Lírio – Enfermeira)

[...] Acho que teria que a instituição preparar seus profissionais com uma política de educação continuada. Talvez com cursos, dinâmicas ou oficinas mais voltada pra questão atitudinal do profissional. O hospital se preocupa mais com a capacitação técnica. É claro que precisa, porque como se vai ter

resolutividade? Do ponto de vista de capacidade técnica eu resolvo a questão do paciente, mas eu termino não tendo outro preparo que também é necessário para esse atendimento.

(Lírio – Enfermeira)

[...] Aí você me pegou. Não sei se é porque estou vivendo um momento muito difícil de uma perda! (Silêncio... olhos marejados). Eu já era sensível, agora estou mais. É um preço muito alto que a gente paga. A religião católica na qual eu fui criada não nos prepara para essa perda, a formação profissional também não nos prepara. Aqui chega a morrer seis pacientes por plantão. É claro que você sente, mas acaba encarando como uma rotina, ser profissional. É o pior momento do trabalho, infelizmente a gente tem que lidar com isso, dar apoio. Eu não gosto muito de dar a notícia para os familiares, mas é o meu dia-a-dia, tenho que fazer.

(Margarida – Enfermeira)

Essas falas explicitam a carência na instituição de uma política de educação continuada que inclua uma aprendizagem não apenas técnica, mas também ética, política emocional e que envolva valores que possam dar suporte na realização de um trabalho em contato direto com a dor, o sofrimento, perdas e em especial a morte. Esses depoimentos evidenciam ainda o modelo que persiste na formação dos trabalhadores de saúde com ênfase em conteúdos técnicos e distanciados das necessidades dos serviços e dos trabalhadores cuidadores. Os profissionais são bem preparados tecnicamente, sendo o saber e as habilidades formalizadas pelas instituições profissionais e da formação. Essa racionalidade encontrada no campo da formação se constitui em um dos inúmeros desafios a serem enfrentados pelo SUS em permanente processo de mudança, uma vez que os trabalhadores necessitam ter asseguradas não apenas a dimensão técnica, mas também a dimensão humana e ética, de forma que possibilite a construção de novos processos de trabalho para que possam ser oferecidos serviços de saúde com qualidade aos usuários.

Embora não sendo o foco desse estudo, é pertinente, com base nas falas, uma breve reflexão sobre o retorno das instituições de ensino, como os “hospitais-escolas”, caso do HGV, não no tocante a recursos financeiros, mas em relação à contrapartida dessas instituições com propostas para a melhoria desses serviços, também no tocante à qualificação dos trabalhadores. No cotidiano o que se vê com maior ênfase é a preocupação com o processo terapêutico, não importando o estado emocional, social e psicológico daqueles e daquelas que realizam o cuidado.

De acordo com L’abbate (1997), a importância dos serviços de saúde na sociedade brasileira é uma realidade, muito embora o SUS venha enfrentando dificuldades e resistências. Esses serviços empregam um número significativo de trabalhadores que no dia-a-

dia das instituições realizam um trabalho que contribui para a concretização dos objetivos institucionais. Nesse contexto, é de grande relevância a capacitação desses trabalhadores que se encontram em contato direto com os usuários dos serviços para a construção do SUS no seu ideário de cidadania e em defesa da vida. Nesse sentido, o autor salienta que os projetos de capacitação “devem ser construídos de modo a criar condições as mais favoráveis possíveis, para permitir a construção de sujeitos autônomos e críticos” (Ibid. p. 274)

Nessa perspectiva, a proposta pedagógica deve permitir a discussão de valores e questões que estão presentes nas relações vivenciadas no dia-a-dia do trabalho, a morte se constitui uma delas, de forma a contribuir com a formação de sujeitos autônomos, éticos e críticos que possam estar reconstruindo seus espaços de trabalho e melhor preparados para lidar com situações críticas que exigem equilíbrio emocional.

- *Condições infra-estruturais de trabalho*

A prestação de cuidados de saúde é uma atividade que atinge a todos em algum momento na vida, se constituindo em ações de múltiplos interesses e múltiplos agentes. Embora tendo incorporado equipamentos e recursos tecnológicos, os serviços de saúde, para sua operacionalização, lidam com um contingente expressivo de trabalhadores.

Desse modo, a qualidade das ações e dos serviços de saúde oferecidos aos usuários pelo SUS, é mediada também pelas condições de trabalho e pelo tratamento a que esse contingente expressivo de trabalhadores está submetido, pois “A utilização dos avanços tecnológicos e da alta tecnologia não substitui a atuação de um trabalhador de saúde na função essencial de atendimento àqueles que necessitam de atenção” (BRASIL, 2005, p. 30).

Entretanto, há um distanciamento entre o reconhecimento da importância dos trabalhadores para a implementação dos princípios e diretrizes do SUS, e as reais condições a que estão submetidos no dia-a-dia dos serviços. Observa-se que nos serviços de saúde é bastante comum a falta de estímulo, os desvios de função, as duplas ou até mesmo as triplas jornadas de trabalho, a precarização de vínculos de trabalho aos serviços, a falta de concursos públicos, dentre outros. A estas condições soma-se também a exposição a diversos fatores de riscos em que o trabalho em saúde implica. Esses riscos vão desde os riscos físicos (ruído, calor, radiações), químicos (gases, medicamentos), ergonômicos (postura, trabalho em turno), biológicos (decorrentes do contato com os pacientes e o ambiente) e até aqueles menos relacionados com o trabalho, caso do sofrimento e da síndrome de *Burnout*¹⁵.

¹⁵ Síndrome através da qual o trabalhador perde o sentido da sua relação com o trabalho, de forma que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil (CODO,W. (Cood.) Educação: carinho e trabalho. Petropolis - RJ Vozes.Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação. Universidade de Brasília. Laboratório de Psicologia do Trabalho. 1999 p.238

Neste estudo, essas condições infra-estruturais de trabalho foram enfaticamente colocadas pelos sujeitos com tributários de muito sofrimento, como bem ilustrado nas falas:

[...] O que me desagrada é a dificuldade que a gente encontra para realizar um trabalho bem-feito. Dificuldades físicas no que diz respeito à estrutura, ao material e à parte humana.

(Orquídea – Téc. Enfermagem)

[...] Nós, ultimamente, estamos trabalhando com muita dificuldade, com muito sofrimento. Sem estruturas, você quer fazer, não tem como, tem que improvisar. A demanda está grande.

(Bromélia – Téc. Enfermagem)

[...] As condições de trabalho é precária. Aqui, nós trabalhadores, fazemos gambiarra. Não temos suporte para pendurar soro suficiente, aí temos que fazer gambiarra pregando as bocas pra pendurar os soros. Às vezes, a gente deixa o acompanhante vinte minutos, meia-hora segurando o soro porque não temos onde pendurar. Não temos o material necessário. Se a gente não colocar a cabeça pra funcionar, não trabalha porque nós não temos com o que trabalhar.

(Copo de Leite – Aux. Enfermagem)

[...] Meu dia de trabalho é sofrido porque nem tudo que a gente precisa para trabalhar a gente tem.

(Dália – Aux. Enfermagem)

Estas falas remetem a duas reflexões. A primeira está relacionada à falta de material de uso constante e necessário, que está articulada a muitos outros fatores, como é o caso da grande demanda diuturnamente tendo que ser atendida, razão pela qual o material, embora tendo sido adquirido com base num planejamento, não é suficiente. Vale lembrar que de toda a demanda que é atendida no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, grande parte poderia ter sua resolutividade na assistência básica, já que esse serviço “deveria” atender os casos para os quais está habilitado, qual seja, os de alta complexidade. Assim, a questão múltipla como a falha no processo de referência e contra referência, a cultura do usuário acerca da alta resolutividade da urgência e a descrença na atenção básica, afeta tanto a qualidade da assistência prestada nesse serviço, como também impacta a subjetividade dos trabalhadores de enfermagem, que no seu processo de trabalho sofrem com a “falta de material”, requerendo deles não apenas a “gambiarra” mas, principalmente, a criatividade para lidar cotidianamente com tal situação.

Uma segunda reflexão está relacionada à “parte humana”. Conforme já mencionado neste estudo, o Serviço de Urgência e Emergência apresenta déficit das categorias de auxiliares e técnicos em enfermagem, conseguindo manter o atendimento por

contar com o trabalho extraordinário, pois o poder público não realiza concursos para suprir não apenas a necessidade deste serviço, mas do hospital com um todo, haja vista que a carência por esses trabalhadores se estende às demais clínicas e serviços. Mas, neste serviço, tal carência se explicita com maior ênfase em decorrência da finalidade.

De acordo com Soratto e Olivier-Heckler (1999), o ser humano ao realizar um trabalho não investe somente dispêndio de energia física, mas deposita suas alegrias, suas insatisfações, queixas e sonhos. Este pensamento é reforçado por Dejours quando afirma que “os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências, individual e coletivamente”.

Uma vez que tais dimensões estão presentes em todos os momentos do processo de trabalho, as falas dos sujeitos são reforçadas por Dejours (2005 p. 56), quando afirma que:

Um serviço só funciona quando os trabalhadores, por conta própria, usam de artimanhas, macetes, quebra-galhos, truques; quando se antecipam, sem que lhes tenham explicitamente ordenado, a incidentes de toda sorte; quando, enfim, se ajudam mutuamente, segundo os princípios de cooperação que eles inventam e que não lhes foram indicados de antemão.

De acordo com Migott (2001), para que as relações no âmbito da instituição hospitalar sejam saudáveis, é preciso proporcionar aos trabalhadores satisfação psicoemocional e condições de trabalho salutar, pois esses fatores juntos contribuem para a saúde de quem trabalha no hospital. De acordo com Machado (1999), as condições de trabalho estão relacionadas com as condições necessárias que possibilitam o desenvolvimento de uma atividade. Nessas condições estão incluídas instalações, materiais específicos, pessoal qualificado e a organização desses recursos de maneira que, disponíveis em quantidade e qualidade, sejam capazes de alcançar a finalidade da instituição. As falas dos sujeitos revelam condições de trabalho produtoras de sofrimento:

[...] Me desagrada é porque a gente procura fazer o serviço certo e não dá. Por que? Nós temos uma sala de emergência que cabe dois doentes e estamos com quatro.

(Cravo Branco – Aux. Enfermagem)

[...] O que me desagrada é a condição de trabalho que não é boa, a gente não tem, e as pessoas cobram bom atendimento. Acho isso desumano com quem trabalha aqui, porque a gente faz o que pode. A gente trabalha mais com o amor e a raça do que pelo dinheiro que a gente ganha. O dinheiro que a gente ganha com o estresse que a gente passa aqui não compensa.

(Papoula – Enfermeira)

[...] O que me desagrada são as condições de trabalho. É pouco espaço para a grande quantidade de paciente. A gente não tem tudo que precisa

para fazer uma boa assistência. Precisa de um lençol para fazer a higienização, um banho no leito e não tem lençol.

(Jasmim – Téc. Enf.)

[...] Há muita carência aqui, principalmente de leito, superlotação, e você fica improvisando.

(Flor do Campo - Aux. Enf.)

[...] É cansativo, muito cansativo. A gente esquece até de fazer xixi porque não tem tempo. Aqui é correria, principalmente dia de segunda e quinta-feira, é horrível pra trabalhar porque é lotado e as condições não ajudam.

(Girassol - Aux. Enf.)

Esses depoimentos reforçam os anteriores, e chama a atenção para outras questões, como, por exemplo, a “falta de tempo para fazer xixi”. E então levantamos a seguinte indagação: essa “falta de tempo” para cuidar de si em um ato fisiológico que esses trabalhadores conhecem bem as conseqüências para seu organismo se aplica de forma geral para todos? Observamos que está presente para aqueles que dão mais de si, que se envolvem mais, não apenas com os pacientes que estão sob seus cuidados, mas com aqueles que estão sob cuidados dos outros trabalhadores mais assoberbados com o número de pacientes para cuidar, evidenciando o espírito de solidariedade entre o conjunto. Essa situação ficou explicitada em uma observação numa manhã de terça-feira quando a servidora, ao nos ver ali, fez o seguinte comentário:

É bom trabalhar com essa equipe porque todos se ajudam. O plantão passa que a gente não vê.

D.C (05.12.06)

Para Migott (2001), a falta de condições de trabalho seja física, estrutural, de equipamentos e de pessoal, interferem no agir dos trabalhadores e compromete não apenas a sua qualidade de vida, mas também a qualidade de ser.

De acordo com Dejours (2005), quando o trabalhador é constrangido a executar mal o seu trabalho por falta de condições adequadas, aí se localiza uma fonte freqüente de sofrimento, que pode ser manifestado na relação com o produto do trabalho ou na sua vida pessoal.

Machado apud Leopardi (1999) afirma que o trabalho da enfermagem além de enfrentar péssimas condições de trabalho, é também marcado por extensas jornadas, por baixos salários, por redução de pessoal e por trabalho em turno, e que tais aspectos interferem no resultado do trabalho. A rotina de plantões, do trabalho em turno é agravada ainda mais quando os trabalhadores fazem horário extraordinário, como ilustrado nos depoimentos:

[...] Além do meu plantão normal de 12 horas, faço extra. Então eu trabalho dois dias seguidos aqui e daqui vou para outro trabalho, também de enfermagem, só que privado.

(Cravo Vermelho – Téc. Enf.)

[...] Há três anos eu faço extra só aqui no PS.

(Bromélia – Téc. Enf.)

[...] Eu estou no extra há seis anos, então eu trabalho aqui dois dias seguidos. Não tenho outro emprego.

(Copo de Leite – Téc. Enf.)

[...] Tem três anos que trabalho no extra. Tem dia que eu fico vinte e quatro horas aqui dentro. E ainda trabalho no Sanatório Meduna à noite.

(Cravo Branco – Aux. Enf.)

[...] Trabalho aqui à noite. Trabalho no PSF e trabalho também em um hospital de urgência da prefeitura, mas não é como aqui, é diferente, é mais tranquilo. Acontece sempre sair de um e entrar no outro, mas é melhor sair daqui para o outro serviço do que vir do outro pra cá, porque o estresse aqui é muito grande, a sobrecarga é grande.

(Papoula – Enfermeira)

[...] Está com cinco anos que eu faço extra, mesmo porque é um dinheiro a mais. Mas falando em dinheiro, não é suficiente. A gente não ganha aqui o que a gente merece, é claro que eu não vou querer ganhar muito, mas o que a gente faz acho que deveria ter bons olhos para a saúde.

(Jasmim – Téc. Enf.)

[...] Eu faço extra pra ver se melhora um pouco. A gente está bem, mas a gente gasta tanto. Trabalho dois dias seguidos aqui e tenho um outro serviço em Timon, mas é a noite.

(Violeta – Aux. Enf.)

[...] Faço extra tá com seis anos.

(Flor do Campo – Aux. Enf.)

Observou-se, no estudo, que os trabalhadores da enfermagem, principalmente auxiliares e técnicos, além de sua jornada contratual, estão em horário extraordinário com a finalidade de “melhorar a renda” e, nessa busca, “esquecem” que seu processo de trabalho e o ambiente de uma urgência e emergência, em uma jornada só, já implica em sofrimento, principalmente quando essa jornada é estendida por longos anos, como vem acontecendo. Se as consequências não emergem de imediato, a médio ou a longo prazos elas irão impactar a vida dessas pessoas. O trabalho é importante para cada um, mas há que se delimitar os

espaços para viver, não o transformando num único, pois assim haverá subtração de outras dimensões da vida que serão afetadas.

Por outro lado, alguns desses trabalhadores já “reconheceram” que há vida para além do trabalho, desistindo do trabalho extraordinário, seja por uma condição financeira mais estável – caso das enfermeiras – seja ainda pelo reconhecimento de que as perdas – cansaço físico, por exemplo, são maiores e, por esta razão, não é compensatório, não vale tanto esforço, como demonstrado nas falas dos seguintes sujeitos:

[...] No início da minha profissão eu trabalhava em horário extraordinário. Depois eu passei a não mais fazer por duas razões: a primeira é que eu assumi um outro emprego, então eu fiquei com o meu tempo bem mais limitado; e, a segunda, é porque com o passar dos anos, nem que a gente queira, a gente vai perdendo capacidade física, principalmente num serviço de urgência em que há muito desgaste físico e emocional.

(Lírio – Enfermeira)

[...] Não faço extra porque tenho outro emprego, então eu vejo os dois lados. Não me interessa fazer extra porque eu acho que na vida daqui você tem que trabalhar para viver e não viver para trabalhar, porque além do trabalho, existe um mundo lá fora de filhos, de lar, marido. A vida também existe lá fora e é muito bonita e tem que ser vivida a cada momento, então eu tenho que ter tempo pra mim e para as outras coisas que a vida me oferece.

(Margarida – Enfermeira)

[...] Eu desisti do extra porque é muito cansativo, ninguém pára e quando chega em casa tem que fazer tudo.

(Girassol – Aux. Enf.)

[...] Eu não faço extra porque já é muito corrido e pra tirar dois dias seguidos, já fico bem cansada, estressada e aí já não leva o trabalho a sério.

(Rosa – Téc. Enf.)

Percebe-se, pelas falas dos sujeitos que fizeram uma outra escolha, pela sua qualidade de vida, que, apesar de antes estarem cuidando da saúde de outrem, eles muitas vezes estavam se descuidando da sua própria e tendiam a realizar de forma inadequada a assistência em decorrência do pouco descanso, das condições de trabalho indevidas, da carência de material. Na relação custo-benefício, ficou evidenciado que não valia a pena ter um ganho financeiro a mais em detrimento da saúde, até porque:

[...] É difícil trabalhar aqui porque a gente não tem aquela condição de trabalho que gostaria. E o HGV absorve uma grande demanda, e aí fica difícil porque tem poucos funcionários. Enfermeiros, agora tem mais, mas falta auxiliar e técnicos, então não dá pra gente prestar boa assistência.

(Papoula – Enfermeira)

Essas falas revelam ainda o desgaste físico e emocional a qual os trabalhadores de enfermagem estão submetidos hodiernamente no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, ainda mais quando as informações obtidas demonstraram que a maioria desses trabalhadores está lotada no serviço há mais de dez anos. Contudo, apesar da reduzida força de trabalho, a possibilidade de trocar de setor, para os trabalhadores mais antigos, sequer foi cogitada, pois implica em significativas perdas salariais. E assim, o trabalho excessivo e nas condições encontradas impossibilita um cuidado mais efetivo, evidenciando um risco ao outro – o paciente que fica exposto a um atendimento freqüentemente insatisfatório e de risco, e para os próprios trabalhadores de enfermagem, afetando o sentido do trabalho e proporcionando sofrimento.

Desse modo, os estudos realizados por Dejours (2005) e Pitta (1999), acerca da organização do trabalho como fator gerador de sofrimento são perfeitamente visíveis quando o foco está voltado para o trabalho hospitalar e, mais especificamente, para um serviço de urgência e emergência que é porta de entrada no sistema de saúde e que concentra uma grande demanda.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que a sociedade é permeada por determinantes sócio-históricos, e que tais determinantes interferem em todas as dimensões da vida individual e coletiva, as mudanças que aí se manifestam afetam também as instituições que materializam bens e serviços.

Nesse sentido, a crise vivenciada pelo setor saúde e o seu aprofundamento nos últimos vinte anos deixaram suas marcas na trajetória do HGV, sobretudo no setor de Urgência e Emergência, que tem a finalidade de atender casos de maior complexidade ocorridos na capital, no interior ou até mesmo de Estados vizinhos. Nesse serviço são atendidos desde os casos simples, sem risco de vida, que chegam aqui por não conseguirem o atendimento disponível na rede, até os casos de maior gravidade. Tal situação acarreta um quadro de superlotação que gera dificuldades de organização e funcionamento do serviço, ao tempo em que incomoda o estranho que rapidamente passa pelo ambiente, como também afeta os próprios trabalhadores. Este cenário serviu de base empírica do presente estudo que teve por objetivo a análise da relação trabalho e sofrimento.

Os efeitos dessa crise no HGV são sentidos na reforma estrutural que acontece lentamente e a “conta-gotas”, para utilizar um termo do *metier* do trabalho em saúde. São sentidos também na deteriorização das condições de trabalho com instalações precárias, com vazamentos, os banheiros para trabalhadores são distantes das enfermarias, a sala de lanche é diminuta e sem conforto, equipamentos já desgastados pelo uso contínuo e submetidos a manutenção inadequada estão sempre apresentando defeitos.

Quanto ao material permanente como macas, leitos e cadeiras de rodas, que devido ao mau estado de conservação causam problemas no transporte de pacientes e, muitas vezes, o acompanhante tem que ajudar porque, caso contrário, a maca (com problema nas rodas) sai em ziguezague, o que pode significar risco para o paciente e problema de saúde para o funcionário que transporta.

Quanto aos materiais de consumo, observa-se que a descontinuidade de suprimento e a baixa qualidade, seguindo as normas da licitação, geralmente compromete a eficácia do procedimento. Diante dessas situações, os trabalhadores precisam improvisar, como revelado em algumas falas.

Nas enfermarias, sempre com quadro de superlotação de pacientes, encontram-se também os acompanhantes que, se de um lado auxiliam a enfermagem na vigilância do soro,

nas refeições e asseio, por outro pressionam em determinados momentos e cobram da enfermagem a presença do médico que não aparece, fato este também revelado pelos atores.

Definir o Serviço de Urgência e Emergência como campo empírico, para este estudo permitiu descrever os aspectos de sua estrutura física e organizacional não apenas com o olhar de pesquisadora, mas com o olhar de quem o vivencia cotidianamente e que não desiste de estar ali. Permitiu também compreender que essa situação de “abandono” é uma realidade dos serviços de pronto atendimento espalhados pelo país, como mostra a mídia, que está articulado a causas não apenas de caráter superestrutural, mas também estrutural.

Nesse sentido, há que se articular tais condições vivenciadas nos serviços de urgências à crise no setor, desenhada ainda no final dos anos 70, bem como à reduzida e até drástica diminuição orçamentária demonstrada pelo Estado brasileiro às políticas de saúde. Por outro lado, essa crise se faz acompanhar da ideologia neoliberal que nas décadas de 80 e 90 vão marcar profundamente o rumo das políticas sociais no Brasil.

Desse modo, as imposições do modelo neoliberal às políticas sociais refletem diretamente nas instituições de saúde, com a instalação de quadro crônico de carência de toda ordem, como: corte orçamentário, carência de materiais, reduzida contratação de força de trabalho, de ampliação da rede, de educação e capacitação para o trabalhador de saúde.

Mas, como nem sempre as causas estruturais são percebidas como ponto central do quadro de carência, o que efetivamente é percebido pela sociedade está relacionado à dificuldade de acesso aos serviços, às grandes filas a serem enfrentadas, ao atendimento desumanizado, ao reduzido número de leitos, dentre outros. Vale ressaltar que estes problemas são relevantes e merecem enfrentamento no cotidiano do serviço, porém precisam estar articulados às causas de caráter estrutural.

Essa situação de desmantelamento dos serviços públicos, caso do HGV, provoca, por outro lado, a degradação dos serviços já existentes com sério comprometimento da qualidade dos serviços prestados a uma população em situação de exclusão. No caso do hospital pesquisado, observou-se que, embora apresentando um atendimento nas condições estruturais e organizacionais relatadas, o excesso da demanda desvirtua a função primeira e apresenta-lhe um novo papel, qual seja: o de “porta de entrada” no sistema de saúde quando, por exemplo, o tempo de permanência do paciente extrapola as normas ministeriais definidas para serviços dessa natureza, situação esta que aos poucos vai caracterizando o serviço como uma unidade de atendimento imediato e mediato.

O objetivo central deste estudo foi a análise da relação trabalho e sofrimento presente no processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do

HGV, e, tomando por base a fala dos sujeitos, demonstra-se que o sofrimento no trabalho está relacionado sobretudo à sua organização, especialmente quanto às próprias condições, que dificultam a realização das tarefas. A precariedade das condições para a realização do trabalho apareceu de forma real e até dramática na fala de todos os atores da área de enfermagem, comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes que precisam de cuidados.

O estudo também evidenciou que os profissionais de enfermagem que atuam no setor focado demonstram e verbalizam suas insatisfações com relação às condições de trabalho, relacionando tal insatisfação como fonte de sofrimento no serviço, que irá refletir diretamente na maneira como atendem seus pacientes e na maneira como vão estabelecer suas relações com os demais trabalhadores envolvidos no processo coletivo de trabalho, contudo, não conseguem alçar tal problema como coletivo.

A ideologia do trabalho em equipe emerge nas falas dos sujeitos, apesar do predomínio do trabalho fragmentado observado durante os atendimentos, com explícita hegemonia médica que estabelece as condutas do processo. Contudo, o “verdadeiro” sentido do trabalho em equipe aparece em casos de atendimentos de pacientes muito graves, mas restrito à figura do médico com os trabalhadores de enfermagem. Enquanto isso, os demais profissionais ficam isolados em suas zonas, intervindo muito tempo depois, seja diretamente com os pacientes, seja com os familiares.

Por outro lado, no momento em que tais atividades se desenvolvem, verifica-se um ritmo acelerado de movimentos, de gestos, de falas, seja do médico, seja dos trabalhadores de enfermagem, e envolve elevado desgaste físico e emocional que cada sujeito da ação vai entender de modo diferenciado.

Outro aspecto evidenciado no estudo, que se traduz em fonte de sofrimento, está associado às extensas jornadas de trabalho, com horas extras, muitas não pagas e à redução de pessoal, principalmente de auxiliares e técnicos de enfermagem. Essa situação se agrava quando, além dessa jornada, há o duplo emprego e até a tripla jornada caso do sexo feminino, que trabalha em casa e fora dela.

Desse modo, fica evidenciado a exploração a que estes trabalhadores estão sujeitos, sempre exigidos a dar mais de si como força de trabalho na dimensão macro, como consequência do modo capitalista em que a força de trabalho é tornada mercadoria cada vez mais desvalorizada. Na dimensão micro, é interesse do trabalhador intensificar a sua jornada, pois com isso “aumenta” o salário para dar conta de uma situação econômica que se agrava cada vez mais para todo um seguimento que vive do trabalho.

No caso dos profissionais da enfermagem, tal situação, associada às cargas a que os trabalhadores são expostos no ambiente de trabalho (químicas, físicas, psíquicas e fisiológicas), às defasagens das condições de trabalho e à própria natureza, as demais características desse trabalho emergem como umas das maiores fontes de sofrimento no trabalho para esses profissionais. Por um lado, nessas condições, muitas vezes o trabalho só pode ser realizado se esses trabalhadores usarem da improvisação e de seu potencial criativo, desencadeando sentimentos hostis, como a irritação e o cansaço. Por outro, essa mesma situação suplanta a vontade de querer e fazer e, nesse momento, o trabalho passa a ser realizado algumas vezes por obrigação, constituindo-se dessa forma em uma sensação de desprazer com o trabalho concreto.

Em relação às ações coletivamente construídas para a humanização do processo de trabalho, o estudo evidenciou que elas são tênues na instituição, constituindo-se de atividades de caráter mais festivo e menos reflexivo que trate do próprio sentido do trabalho como fonte não apenas de sofrimento, mas também de prazer. Por outro lado, essa situação contribui para reforçar a lógica capitalista, quando esses trabalhadores, seja pela pressa em atender ao excesso da demanda, seja pelo pouco envolvimento com a instituição, conseqüência da jornada em regime de plantões, vão debilitando o vínculo institucional e individualizando as relações, justificado pelo argumento “fiz a minha parte”.

Desse modo, o excesso de atividades, conseqüência da falta de trabalhadores e a sua associação com as precárias condições de trabalho se constituem num dos grandes fatores de sofrimento no trabalho para os profissionais de enfermagem que estão na linha de frente do serviço. Muitas vezes o trabalho realizado na base do imprevisto também desencadeia sentimento de raiva, angústia, tristeza e aparece como tributário de sofrimento para essa gente.

No entanto, essa situação pode e deve ser transformada, haja vista que o trabalho não se constitui apenas em um modo de sobreviver, de obter as condições materiais de vida. É também uma forma de inserção social e de realização pessoal, e o trabalhador é um sujeito desse processo. Assim, o espaço em que tal trabalho se concretiza guarda também a possibilidade do “sofrimento criativo”, a partir do qual os trabalhadores, no papel de sujeitos, possam analisar o seu sentido e as suas relações, transformando um ofício fatigante em prazeroso, com propósito, enfim em “obra”.

Considerando-se os resultados da pesquisa, a questão norteadora do estudo foi contemplada nas falas dos sujeitos que, embora considerando desgastante o trabalho realizado no Serviço de Urgência e Emergência do HGV, manifestaram sentimentos de satisfação e

prazer, pois, através do trabalho realizado têm a possibilidade de poder estar ajudando as pessoas. Nessa perspectiva, o trabalho, que é realizado frente a situações críticas como a dor, o sofrimento e a morte, adquire um sentido nobre que conduz ao sentido de prazer, transcendendo questões de ordem econômica, e a permanência no setor é justificada pelo prazer encontrado em atuações exitosas, na recuperação de pacientes em situações críticas e na manifestação de felicidade dos familiares.

As reflexões derivadas deste estudo apontam para futuras pesquisas e de maior abrangência que poderão trazer contribuições para a compreensão da relação sofrimento e trabalho na instituição em que a dor, o sofrimento e a morte fazem parte da natureza do trabalho. Diante do constatado para enfrentar a realidade vivenciada recomenda-se:

- que o trabalhador em saúde seja resgatado como sujeito de seu processo de trabalho;
- que as condições de trabalho ganhem evidências para os gestores, priorizando a inversão do *status quo*;
- que políticas permanentes de capacitação sejam implementadas, inclusive políticas orientadas para cuidar do cuidador;
- que o processo de trabalho de cuidar tem de sair da esfera meramente formal, pois o formal e o cotidiano são políticos e, enquanto tal, institui novas finalidades de exercício do poder inserido em um projeto político, sustentável de redefinições e recomposições. Está implicado em um processo contraditório, simultaneamente gratificante e conflituoso, perpassado nas obrigações, dor, opressão, mas ao mesmo tempo prazer, sentimento de ser útil ao outro, querer ajudar e oferecer solidariedade e compaixão.

Toda condição humana está experienciada neste trabalho, mas a dimensão da gratificação e reconhecimento tem de ganhar maior evidência, pois a demanda dos próprios sujeitos neles implicados a isto remete.

REFERÊNCIAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.
- ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho**. São Paulo: Brasiliense, 2000.
- ALEVATTO, H. **Trabalho e Neurose**. Rio de Janeiro: Quarteto, 1999.
- ALMEIDA, M. Cecília P. de; ROCHA, Semiramis M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: ALMEIDA, M. Cecília P. de; ROCHA, Smiramis M. M (orgs.) **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem: e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.
- ALMEIDA, M. Cecília P de. **Processo e divisão do trabalho na enfermagem**. (mimeo). s/data
- ANTUNES, J.L.F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras. s/d.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. 8. ed. São Paulo / Campinas: Cortez: Unicamp, 2002.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização na ordem neoliberal. In: GENTILI, P. e FRIGOTO, G. (orgs). **Cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho**. 2. ed. Cortez, 2001.
- ARGENTA, I Maritê e Pires, Denise E. P. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um Hospital público. In: **Texto, contexto, enfermagem**. Florianópolis, v. 9 n. 2, pt 1, p. 288-297. mai/ago. 2000.
- AZEVEDO, A. Fonseca de. Relações entre Processo de Trabalho e Subjetividade: um tema em questão IN: Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social - ABEPSS Ano III, Nº6 Julho a dezembro. Brasília. ABEPSS. 2002
- ARRUDA, José J. **Brasil: império e república**. 2. ed. São Paulo: Ática, 1999.
- BAPTISTA, Dulce M. T. O debate sobre o uso de técnicas qualitativas e quantitativas de pesquisa. In: MARTINELLI, M. L. (Org). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.
- BENEVIDES, R. e PASSOS, E. **Humanização na saúde: o novo modismo?** In Brasil. Ministério a Saúde. Formação de Apoiadores para a Política Nacional de Humanização da Gestão e da Atenção à Saúde. V. 2. Brasília. Fiocruz. 2006.
- BERNER, Jaime. **História da medicina suplementar no Brasil: a evolução dos hospitais**. www.clubemundo.com.br/revistapangea. Acesso em 20.12.06.
- BÍBLIA SAGRADA. **Gênesis, 3:19**. Tradução: Ivo Storniolo e Euclides M Balancin. São Paulo: Paulus, 1990.

BODSTEIN, Regina C. de Andrade. Políticas e serviços de saúde na perspectiva sociológica: notas metodológicas. In: CANESQUI, A. M. (Org). **Ciências sociais e saúde**. São Paulo: Hucitec /Abraço, 1997.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORBA, V. Ribeiro. **Administração hospitalar: princípios básicos**. 3. ed. São Paulo: CEDAS, 1991.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editores, 1983.

BRAGA, J. C. de S. e PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1986.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH – SUS)**. Brasília: Editora MS, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. v. 2. Brasília: Fiocruz, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 3. ed. Brasília: Editora do MS, 2006.

BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

CAMPOS, Gastão W. de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre o modo de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo / Buenos Aires: Hucitec:Lugar Editorial, 1997.

CARVALHO, Afonso L. **Tempo de Leônidas Mello**. Teresina: Academia Piauiense de Letras, 1994.

CARVALHO, J. Murilo. **Os bestializados: o Rio de Janeiro e a república que não foi**. São Paulo: Schwarcz, 1987.

CECÍLIO, L. C. de Oliveira. O desafio de qualificar o atendimento prestado pelos hospitais públicos. In: MERHY, E. E. e ONOCKO, R. (orgs). **Agir em saúde: o desafio para o público**. 2. ed. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec: Lugar editorial, 1997.

CERQUEIRA FILHO, G. A. **Questão social no Brasil: crítica do discurso político**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A. Z. (org.). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990. pp. 87-121.

CODO, W. SAMPAIO, J. J. C. e HITOMI, A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

CODO, Wanderlei (coord.) **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis-RJ: Vozes. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS TRABALHADORES EM EDUCAÇÃO. Universidade de Brasília: Laboratório de Psicologia do trabalho, 1999.

COSTA, M Dalva H da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: **Revista serviço social e sociedade**. São Paulo, ano XXI, nº 62, mar. 2000.

COSTA, M.D. Horácio da. **O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde em Natal (RN):** um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90. 1998. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

COSTA, S. I. F; COSTA, C. H. N. (Orgs). **Anamnese: ética e tecnologia**. Teresina: ADUFPI, 2006.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. 6. ed. Rio de Janeiro: FVG, 2005.

_____. **A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho**. 5. ed. São Paulo: Cortez:Aboré, 1992.

_____. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: TÔRRES, Ofélia de L. S. **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

DINIZ, Tânia M. R. Godói. O estudo de caso: suas implicações metodológicas na pesquisa em serviço social. In: MARTINELLI, M. Lúcia (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, I. **Saúde e sociedade**. 2. ed. São Paulo: Duas cidades, 1979.

DONNANGELO, M.C.F. **Medicina e sociedade**. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

DOWBOR, L. **O que acontece com o trabalho?** São Paulo: Senac, 2002.

FAUSTO, Bores. **História do Brasil**. São Paulo: Eduso, 1995.

FERREIRA, A. B. de Holanda. **Dicionário Aurélio Júnior: dicionário escolar da língua portuguesa**. Curitiba: Positivo, 2005.

FORTE, B. Pessoa. **Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergência hospitalar**. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1996.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 9. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e punir: histórias da violência nas prisões**. 9. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1991.

FRIEDMANN, Georges. **O trabalho em migalhas**. São Paulo: Perspectiva, 1983.

GALLO, N. e NASCIMENTO, P. C. Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEXEIRA, S. F. (Org) **Reforma sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo – Rio de Janeiro: Cortez:Abrasco, 1989.

- GAMEIRO, M. H. **Sufrimento na doença**. Coimbra: Quarteto Editora. (s/d)
- GOLDEMBERG, Mirian. **A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais**. 7. ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.
- GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- GONÇALVES, R. B. Mendes. **Processo do trabalho em saúde**. Departamento de medicina preventiva da Faculdade de Medicina da USP. São Paulo, 1988 (mimeo.).
- HARVEY, D. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo: Loyola, 1992.
- IAMAMOTO, M. Vilela. **Renovação e conservadorismo no serviço social**. São Paulo: Cortez, 1992.
- ILLICH, I. A. **Expropriação da saúde: nêmesis da medicina**. 4. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.
- KANTORSKI, L. Prado. As transformações no mundo do trabalho e questão da saúde – algumas reflexões preliminares. **Revista Latino em Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 5 n. 2 p. 5-15. 1997.
- KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiros, religiosos e aos seus próprios parentes**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.
- L'ABBATE, S. *Comunicação e educação: uma prática de saúde*, In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (Orgs). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2ª ed. São Paulo / Buenos Aires. Editora Hucitec / Lugar Editorial. 1997.
- LOPES, D. L. et al. O diário de campo e a memória do pesquisador. In: WHITAKER, D. **Sociologia rural: questões metodológicas emergentes**. Presidente Venceslau. São Paulo: Letras à margem, 2002, p. 131-134.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, Marli E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPV, 1986.
- MACHADO, Simone C. **O trabalho de enfermagem na emergência do hospital universitário Antonio Pedro**. 1999. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- MARTIN, Leonard M. A ética e a humanização hospitalar. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L. **Humanização e cuidados paliativos**. São Paulo: Edunisc:Loiola, 2004.
- MARTINELLI, M.Lúcia. **Serviço social: identidade e alienação**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993.
- MARX, K e ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 6. ed. São Paulo: Hucitec, 1987.

MARX, K. **O capital:** crítica da economia política. Livro I. Trad. Reginaldo Sant'Anna. 15. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996. cap. IV e V.

MAZZOTTI, A. J. A. e GEWANDSZNAJDER, F. **O método das ciências naturais e sociais:** pesquisa quantitativa e qualitativa. 2. ed. São Paulo: Thompson, 1999. cap. 7. pp. 147-178.

MELO, Cristina. M. M. **Divisão social do trabalho e enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1986.

MENDES, E. Vilaça (org). **Distrito sanitário:** o processo social de mudanças das práticas sanitárias do sistema único de saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec:Abrasco, 1993. cap.1.

MENDES, R. e Dias, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. In: **Revista de saúde pública.** São Paulo: 1991. p. 341-349.

MERHY, E. Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. e ONOCKO, R. (org). **Agir em saúde:** um desafio para o público. 2. ed. São Paulo/Buenos Aires: Hucitec, 1997.

MIGOTTI, Ana M. B. **Cuidado construtivo:** desvelando questões existenciais entre o agir e o técnico. Passo Fundo: Universidade de Passo Fundo, 2001.

MINAYO, M. C. de Sousa. **Pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. In: Ministério da Saúde. **Impacto da Violência na Saúde dos Brasileiros.** Brasília / DF, 2005.

NETTO, J. Paulo. **O que é Marxismo.** 5. ed. São Paulo: Brasiliense, 1989.

_____. Transformações societárias e serviço social: notas para uma análise prospectiva da profissão no Brasil. In: **Revista Serviço Social e Sociedade,** nº 50. São Paulo: Cortez, 1996. p. 87-132.

NETTO, O. Cruz. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. de S. (org.). **Pesquisa social:** teoria, método e criatividade. 7. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

NOGUEIRA, Lidya T. **A trajetória da enfermagem moderna no Piauí: 1937-1977.** Rio de Janeiro. 1996. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, Jaime A. de A. e TEIXEIRA, Sonia M. F. **Previdência social:** 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro, Petrópolis: Vozes, 1985. parte II. cap. 4.

OLIVEIRA, M. H. B. de. e VASCONCELOS, L. C. Política de saúde do trabalhador no Brasil: muitas questões sem respostas. In: **Cadernos de saúde pública.** Rio de Janeiro. abr/jun. 1992.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem.** 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio e Reis Livraria, 1979.

PESSINI, Leo. Humanização da dor e do sofrimento humano na área da saúde. In: PESSINI, L. e BERTACHINI, L. (orgs). **Humanização e cuidados paliativos**. 2. ed. São Paulo: Centro Universitário São Camilo / Edições Loyola, 2004. p. 11 – 30

PINHEIRO, R. e GUIZARD, F. L. Quando dádiva se transforma em saúde algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre sociedade e estado. In: PINHEIRO, R.. e MATTOS, R. A. de (orgs). **Cuidados: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

PINHEIRO. O. G. Entrevista: uma prática discursiva. In: SPINK, M.I. (org.) **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. São Paulo: Cortez, 1999.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Hucitec, 1990.

POSSAS, Cristina. **Saúde e trabalho: a crise da previdência social**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1989.

RAICHELIS, R. **Legitimidade popular e poder público**. São Paulo: Cortez, 1988.

RAMOS, F. Ferreira. **Memorial do hospital Getúlio Vargas: contexto histórico político-econômico-sociocultural. 1500-2000**. Teresina: Gráfica do Povo, 2003.

RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RINALDI, D. A finitude humana: algumas reflexões sobre o tema da morte. In: **Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ**. Rio de Janeiro, nº 7, mai. 1996.

ROCHA, S. Melani de M. SANT'ANNA, Sônia C. e SILVA, Eliete M. Avaliação do trabalho do pessoal auxiliar de enfermagem realizado em um centro de saúde escola. In: **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, 43. 1990. p. 107-116.

ROSA, L. Cristina dos S. **Transtorno mental e o cuidado na família**. São Paulo: Cortez, 2003. Cap II.

ROSEN, George. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

ROSEN, George. Uma história da Saúde Pública. 2º edição. São Paulo.

SAMPAIO, J. J. C. e BORSOI, I. C. F. Enfermeira: duelo de imagens. In: SAMPAIO, J. J. C., RUIZ, E. M. e BORSOI, I. C. F. (orgs). **Trabalho, saúde e subjetividade**. Fortaleza: INESP:EDUECE, 1999.

SANTOS, Ana M. Ribeiro. **O cotidiano em emergência: o olhar da equipe de enfermagem para cuidar e a tessitura dos cuidados**. Dissertação de mestrado. Escola de Enfermagem Ana Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

SAWAIA, Bader. O sofrimento ético-político como categoria de análise da dialética exclusão/inclusão. In: SAWAIA, B. (org). **As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da desigualdade social**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

SCHAIBER, L. B. e NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. In: **Revista da Fundação do Desenvolvimento Administrativo**. FUNDAP. São Paulo, jan./abr. 1996.

SILVA, Cláudia O. Trabalho e subjetividade no hospital geral. In: **Psicologia: ciência e profissão**. Brasília, ano 18, nº 2. Conselho Federal de Psicologia. 1998. p. 26-33.

SILVA, Graciete B. da. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989.

SILVA, Halan. **As formas incompletas: apontamentos para uma biografia**. Teresina: Oficina da Palavra: Instituto Dom Barreto, 2005.

SINGER, Paul et al. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1981.

SINGER, Paul. **O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica**. São Paulo: Moderna, 1987.

SORATTO, L. e OLIVIER HECLER, C. Os trabalhadores e seu trabalho. In: CODO, Wanderlei (coord.) **Educação: carinho e trabalho**. Petrópolis-RJ: Vozes: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Educação: Universidade de Brasília: Laboratório de Psicologia do trabalho, 1999.

SOUSA, Luis R. **O problema hospitalar no Brasil: novos rumos, novas soluções**. Rio de Janeiro. Co. Ed. da Federação Brasileira de Hospitais e Centro Brasileiro de Assistência Gerencial à Pequena e Média Empresa, 1976. Cap. 3.

TEIXEIRA, L. de Assis. A morte e o morrer: considerações acerca do enfrentamento da morte pelos profissionais de saúde. In: **Cadernos da Faculdade de Serviço Social da UERJ**. Rio de Janeiro, nº 7. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1996.

TEXEIRA, S.F. e MENDONÇA, M.H. Reformas sanitárias na Itália e no Brasil. In: Texeira, S.F. (org) **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez: Abrasco, 1989.

THOMPSON, P. A. entrevista. In: THOMPSON, P. **A voz do passado**. São Paulo: Paz e Terra, 1998. pp. 254-278.

VASCONCELOS, Eymard, M. O taylorismo e a construção da medicina das classes operárias. In: **Revista Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, nº. 31. Ano X. Cortez, 1989.

VIANNA, L. W. **Liberalismo e sindicato no Brasil**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989. p. 87-152.

VILARINHO, L. da S. Educação em saúde como proposta para melhorar o atendimento hospitalar. In: **Revista Serviço Social e Contemporânea**. Teresina, ano II. Vol. I. EDUFPI, 1997.

ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DE CAMPO

Data:

Início:

Término:

Setor:

Observa e descrever

- **O ambiente na unidade** - se o plantão está no início, no meio ou no final. A quantidade de pacientes para atender. As instalações.
- **As relações dos trabalhadores de enfermagem** – com os outros profissionais e entre a enfermagem.
- **A jornada de trabalho** – as palavras e os gestos de quem estava com horário extraordinário.
- **As condições de trabalho** – as macas-leitos dispersas, a disponibilidade de materiais.

ANEXO II

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

1. Fale sobre o seu dia de trabalho no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas.
2. O que o satisfaz no trabalho que realiza no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas
3. O que o desagrada na sua rotina de trabalho no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas.

ANEXO III
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS E LETRAS
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo solicitado para autorizar uma pesquisa. Você precisa decidir se quer autorizar ou não. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo sobre qualquer dúvida que tiver. Este estudo está sendo conduzido por TÂNIA MARIA FERREIRA SILVA MELO. Após ser **esclarecido (a)** sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado (a) de forma alguma. Em caso de dúvida, você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Piauí pelo telefone (086) 3215-5564.

ESCLARECIMENTO SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: **O ELO INVISÍVEL: um estudo sobre a presença do sofrimento no trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas**. Pesquisadora Responsável: Tânia Maria Ferreira Silva Melo.

Telefone para contato: (086) 3228-3183

O presente estudo se configura como uma investigação no processo de trabalho da enfermagem, a ser realizado no Hospital Getúlio Vargas (HGV), mais especificamente no Serviço de Urgência e Emergência. A coleta dos dados será referente ao ano 2006 e realizar-se-á em novembro do ano em curso, após a aprovação por este Comitê de Ética e autorização da diretora do HGV. Objetiva-se, nesta pesquisa, analisar em que medida a organização do processo de trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas se concretiza em elementos desencadeadores de sofrimento. Será realizada análise documental, mediante a observação do regimento interno do hospital, do livro de registro de ocorrências da Enfermagem e a observação do cotidiano de trabalho dos auxiliares, técnicos e enfermeiros que desenvolvem suas atividades no setor em foco. O instrumento de coleta de dados será a entrevista semi-estruturada operacionalizada no próprio setor.

- ◆ Ressalta-se que a presente pesquisa não trará riscos, prejuízos, desconforto, lesões, formas de indenização, nem ressarcimento de despesas.
- ◆ Não há benefício direto para o participante. Somente no final do estudo poderemos concluir a presença de algum benefício.
- ◆ Garantia de acesso: em qualquer etapa do estudo, você terá acesso à profissional responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Assistente Social.

Tânia Maria Ferreira Silva Melo pode ser encontrada no endereço: Rua Pe. Áureo de Oliveira, 1964, Bloco C, Apto.103 – Bairro Cristo Rei, Teresina-PI, CEP: 64.015-470. Telefones(s) (086) 3228-3183. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do

Piauí, no endereço Rua Marcos Parente, 1204. Bairro Fátima, Teresina-PI, Pró-Reitoria de Extensão e Pós-Graduação, CEP: 64.048-070, pelo telefone (086) 3215-5564.

◆ O período de participação será em novembro de 2006, o participante terá o direito de retirar o **consentimento** a qualquer tempo.

◆ Nome e Assinatura do pesquisador

Tânia Maria Ferreira Silva Melo

CONSENTIMENTO

Eu, _____ RG: _____ \CPF: _____, abaixo assinado, concordo em autorizar a coleta de dados no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas. Tive pleno conhecimento das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo **“O ELO INVISÍVEL: um estudo sobre a presença do sofrimento no trabalho da enfermagem no Serviço de Urgência e Emergência do Hospital Getúlio Vargas”**. Discuti com a Assistente Social Tânia Maria Ferreira Silva Melo sobre a minha decisão em participar neste estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, a ausência de riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso à pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo. A retirada do consentimento da participação no estudo não acarretará penalidades ou prejuízos nessa Instituição ou Serviço.

Teresina, 1º de setembro de 2006

Nome e Assinatura do sujeito ou responsável:

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimento sobre a pesquisa e aceite do diretor em autorizar a realização do estudo.

Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisadores):

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Observações Complementares:

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](#)