

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO  
PUC-SP**

**Santana de Maria Alves de Sousa**

**O cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público em  
São Luís-Maranhão**

**DOUTORADO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

SÃO PAULO

2009

**SANTANA DE MARIA ALVES DE SOUSA**

**O COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA  
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM SÃO LUÍS-MARANHÃO**

Tese apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para obtenção do título de Doutor em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria Helena Villas Bôas Concione.

São Paulo  
2009

Sousa, Santana de Maria Alves de.

O cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público em São Luís-Maranhão/Santana de Maria Alves de Sousa. – São Paulo, 2009.

120f.

Impresso por computador (fotocópia)

Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Pós-Graduação em Ciências Sociais, 2009.

1. Clínica cirúrgica – Trabalho de Enfermagem. 2. Hospital – Trabalho de Enfermagem – São Luís. I. Título

CDU 617:616-083-057

Banca Examinadora

---

---

---

---

---

*“A enfermagem é um trabalho que,  
em seu cotidiano, cuida da vida ...”*  
*(construção da autora a partir dos textos apresentados neste estudo)*

## *Dedicatória*

*Ao meu pai, José Laurindo de Sousa (in memoriam),  
Ao meu irmão, José de Jesus Alves de Sousa (in memoriam),  
que encontram-se em outros planos da vida, mas que tenho  
certeza, onde quer que estejam, estão torcendo por essa  
minha vitória.*

## AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

*Ao Pai Criador da vida e de todas as suas belezas, e a Maria, Mãe Santíssima, que intercede por nós junto ao Pai e nos guia, protege-nos, acompanha-nos e nos fortalece, permitindo-nos ultrapassar e vencer os obstáculos da vida.*

*À minha família e, em especial a minha mãe e minhas irmãs queridas e maravilhosas, que estão sempre torcendo por mim.*

*À amiga de todos os dias e de todas as horas, Rosilda Silva Dias e, em especial, pelas contribuições na construção desta Tese.*

*À querida ex-aluna e, agora, colega de trabalho, Patrícia Azevedo, pela disponibilidade, sabedoria e paciência em compartilhar os recursos da informática.*

*Às trabalhadoras de enfermagem do Hospital Geral que me acolheram e permitiram compartilhar do seu cotidiano de trabalho e os momentos de lazer.*

*Obrigada, amigas!*

## AGRADECIMENTOS

*A trajetória de um doutorado conta com inúmeras pessoas que foram fundamentais para chegarmos a esse momento. Destacamos e agradecemos:*

*À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Maranhão - FAPEMA, pelo incentivo à capacitação docente.*

*À Universidade Federal do Maranhão e ao Departamento de Enfermagem, pelo apoio nessa trajetória e, em especial, aos professores que compartilharam a disciplina de Enfermagem Cirúrgica, pela compreensão nos momentos de ausência.*

*A minha orientadora, professora Doutora Maria Helena Villas Bôas Concone, pela sabedoria, apoio e confiança na construção deste trabalho.*

*A minha grande mestra, professora Doutora Valmira dos Santos, pelos ensinamentos na minha trajetória acadêmica.*

*Às professoras Doutoradas, Leila Blass e Sílvia Sweibel, pelas valiosas contribuições na qualificação desta tese.*

*Às amigas que participaram desta longa trajetória do doutorado, Sirliane Paiva, Wilza Spiri, Nara Perlina, Lúcia Duarte, Girlene Alves, Vanessa Prado e Zaide Frazão.*

*Aos professores da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo que deram suas contribuições na construção deste doutorado e, em especial, aos professores Doutores Lúcio Flávio Almeida e José Paulo Netto, por contribuírem para o crescimento de seus pós-graduandos e compreenderem suas dificuldades ao longo desta trajetória.*

*Às queridas amigas e amigos Naires Gomes Farias, Andrea Cristina Oliveira, Simone Medeiros, José Menezes Gomes, Rosana Castelo Branco, Magali Guimarães, Moseanny Veras e Maria de Lourdes Menezes, obrigada pela torcida.*

*À amiga Suênia Mendes, pela sua disponibilidade e contribuições na correção bibliográfica deste trabalho.*

*A todas (os), o meu muito obrigada!*

**SANTANA DE MARIA ALVES DE SOUSA**

**O COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM NA CLÍNICA CIRÚRGICA  
DE UM HOSPITAL PÚBLICO EM SÃO LUÍS - MARANHÃO**

O cotidiano é a vida de todos os dias e de todos os homens. Fazem parte da vida cotidiana o trabalho, a vida privada, os lazeres, o descanso. A vida cotidiana é o espaço onde acontecem as rotinas e estabelecem-se as relações, permitindo oportunidade para mudanças e construção do novo. Este estudo aborda a vida cotidiana no trabalho de enfermagem, tendo como objetivos apreender o cotidiano das trabalhadoras de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público em São Luís - MA, e analisar esse cotidiano, partindo da prática hospitalar.

A pesquisa foi realizada por meio da observação participante, entrevista e análise de fontes secundárias que normatizam o trabalho de enfermagem. A coleta teve início em julho de 2006 e término em setembro de 2007. Os dados resultantes das entrevistas e da observação indicaram duas categorias, a saber: cotidiano do trabalho de enfermagem e reflexões sobre o cotidiano; com as subcategorias da primeira: o processo de trabalho e as condições de trabalho.

O trabalho de enfermagem caracterizou-se pela predominância do trabalho feminino e divisão técnica e social do trabalho entre seus membros, enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem, com as rotinas de serviço prevalecendo na prática hospitalar, a precariedade do contrato de trabalho com jornadas dupla e tripla permeia o cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica. A segunda categoria de análise revelou as concepções de cotidiano dos sujeitos em estudo. O cotidiano para as mesmas, embora seja repetitivo, não é igual, por ser executado com pessoas distintas e em quadros clínicos diferentes.

A importância deste estudo consiste em despertar nos sujeitos da pesquisa o interesse por novas formas de aprendizado, pela lógica da descoberta, mesmo em face da aparente monotonia do dia a dia do trabalho.

Palavras-chave: Cotidiano, Trabalho, Enfermagem

**SANTANA DE MARIA ALVES DE SOUSA**

**THE WORK ROUTINE OF THE NURSING DEPARTMENT IN A PUBLIC SURGICAL CLINIC IN THE CITY OF SÃO LUÍS, STATE OF MARANHÃO**

The routine is the daily life of every human. It is a part of the routine life our work, private life, leisure activities and resting period. The daily routine is the period when our day-by-day activities happen and when we establish our relations, allowing the changing possibilities and the chance to build something new. This study is aimed at the daily routine of the nursing activity, having as a goal the understanding of the nurses' routine at the surgical clinic of a public hospital in São Luis – MA, and analyze this routine, starting from the hospital practices.

The research was carried out through participative observation, interviews and the analysis of secondary data sources which regulate the nursing work. The data gathering started in July 2006 and ended in September 2007. The data resulting from the interviews and observation have indicated two categories: the nursing work routine and the reflections regarding the routine; and connected to the first category the work process and condition.

The nursing care routine is characterized by the predominance of female workers, and the social and technical division of the activities among their members, nurses, technical, and nursing assistants, each one with their respective routines, prevailing the hospital practices, the precarious job contracts, with double, triple shifts are common in the surgical clinical nursing routine. The second category reveals the routine conceptions of the studied individuals. Their routine, according to their opinion, although repetitive is not equal, since they are dealing with different people with different clinical conditions.

The importance of this study is to encourage in the researched individuals the urge for new ways of learning, for the logic of discovery, even with all the monotony and the apparently boredom of the work routine.

Keywords: Routine, Work, Nursing

## SUMÁRIO

CAPÍTULO I: INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO II: TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM .....	20
2.1 Considerações Teóricas sobre o trabalho em saúde.....	21
2.2 Trabalho em Enfermagem.....	29
CAPÍTULO III: REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO.....	37
3.1 O Cotidiano.....	39
3.2 Trajetória Metodológica.....	43
CAPÍTULO IV: O COTIDIANO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	53
4.1 Processo de Trabalho em Enfermagem.....	54
4.2 Condições de Trabalho.....	77
CAPÍTULO V: REFLETINDO O COTIDIANO DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM.....	91
5.1 Tecendo Considerações .....	96
REFERÊNCIAS.....	101
APÊNDICES.....	110
ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO.....	118

## *CAPÍTULO I*

# 1 INTRODUÇÃO

A primícia deste estudo aborda o trabalho como atividade essencial à existência humana. Tal destaque torna-se necessário, tendo em vista que este estudo aborda o trabalho em seu aspecto cotidiano. Neste espaço, introduzo os conceitos de cotidiano para, em seguida, caracterizar o cotidiano do trabalho de enfermagem segundo a literatura.

Nessa concepção, as tradições clássicas da sociedade compartilham do ponto de vista de que **o trabalho é o fato social principal**. Elas concebem a sociedade moderna e sua dinâmica central como uma sociedade do trabalho, pois este permite garantir a sobrevivência física de seus membros (OFFE, 1989). Tal concepção é desenvolvida no pensamento de Marx (1985a, p.50) quando afirma ser “[...] o trabalho uma condição de existência do homem, independente de todas as formas de sociedade, eterna necessidade natural de mediação do metabolismo entre o homem e a natureza”.

A importância do trabalho enquanto fato social principal nas sociedades humanas vem sendo discutida nas últimas décadas, especialmente, em virtude da diversificação dos problemas da sociedade contemporânea (OFFE, 1989, 1991a, 1991b). Embora entendendo que o trabalho é a condição básica fundamental da vida humana para satisfação de suas necessidades, este estudo faz um recorte do trabalho enquanto categoria de análise, visando estudá-lo em seus aspectos no **cotidianos**.

O cotidiano, como categoria de análise sociológica, vem sendo abordado a partir da década de 1940 com Lefèbvre (1968) e autores como Heller (1991; 1992) e Martins (2000). Esses autores trabalham a noção de cotidiano em uma ótica marxista, a eles somamos outros autores que, embora não compartilhem a mesma perspectiva, trazem uma contribuição importante para nossa abordagem que são Pais (2003), Certau (1994), dentre outros. Esses autores definem o cotidiano como sendo “a vida real” (LEFÈBVRE, 1968, p. 32) ou “o que se passa todos os dias” (PAIS, 2003, p. 28), ou a “a vida de todo homem” (HELLER, 1992, p.17).

Para Lefèbvre (1981), a busca do cotidiano é a busca do real e da realidade, a vida cotidiana compreende o dado sensível e prático, o vivido, a subjetividade fugitiva, as emoções, os afetos, os hábitos e comportamentos, e o dado abstrato, isto é, as representações e imagens que fazem parte do cotidiano.

Segundo Heller (1992), o cotidiano é a vida de todos os dias e de todos os homens em qualquer época histórica que possamos analisar. A autora afirma ainda que a vida

cotidiana é a vida do indivíduo. O indivíduo é sempre, simultaneamente, ser particular e ser genérico.

“A vida cotidiana é a vida de todo homem” (HELLER, 1991, p.26). Segundo essa autora, todos a vivem, sem exceção, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual e físico. Ninguém consegue identificar-se com sua atividade humano-genérica a ponto de poder desligar-se inteiramente da cotidianidade. E, ao contrário, não há qualquer homem, por mais insubstancial que seja, que viva tão-somente na cotidianidade, embora esta o absorva preponderantemente. Não existe vida humana sem o cotidiano e a cotidianidade. O cotidiano está presente em todas as esferas da vida do indivíduo, seja no trabalho, na vida familiar, nas suas relações sociais, lazer etc. (HELLER, 1991; 1992).

Segundo Pais (2003, p. 28), “o cotidiano é o que se passa todos os dias”; no cotidiano nada se passa que fuja à ordem da rotina e da monotonia. Assim, o cotidiano seria o que no dia a dia se passa quando nada parece passar. O que se passa no cotidiano é “rotina”, costuma dizer-se. A idéia de rotina é próxima da cotidianidade e expressa o hábito de fazer as coisas sempre da mesma maneira, por recurso a práticas constantemente adversas à inovação. A rotina é um elemento básico das atividades sociais do dia-a-dia, caracterizando-se pela sua sucessão linear e repetitiva, sendo essa um aspecto da vida cotidiana (PAIS, 2003; CARVALHO, 2000).

No entanto, Pais (2003) reitera que, a vida cotidiana não se reduz ao que repetitivamente se passa, dia a dia, de forma rotineira e passiva. É difícil apreender o cotidiano, aceitando-o ou vivendo-o passivamente, sem tomar em relação a ele certa distância. Distância crítica, contestação, comparação; por outro lado, a sociologia da vida cotidiana não tem de tomar como objeto exclusivo e único da sua esfera de interesse a banalidade da vida de todos os dias: os seus aspectos triviais, monótonos e repetitivos, pois este é também um lugar de inovação (PAIS, 2003). Esse autor define ainda o cotidiano como “uma rota de conhecimento, onde predomina a lógica da descoberta” (PAIS, 2003, p.31), na qual a realidade social se insinua, conjectura, indicia.

Para Martins (2000), a vida cotidiana se instaura quando as pessoas são levadas a agir, a repetir gestos e atos em uma rotina de procedimentos que não lhes pertence nem está sob seu domínio. O vivido torna-se o vivido sem sentido, alienado, ou melhor, seu sentido se restringe às conexões visíveis dos diferentes momentos do que se faz. A vida cotidiana começa a nascer quando as ações e relações sociais já não se relacionam com a necessidade e a possibilidade de compreendê-las e de explicá-las, quando o resultado do que se faz não é necessariamente produto do que se quer ou do que se pensa ter feito.

Entretanto, afirma Martins (2000), ser o cotidiano fonte e lugar da busca de possibilidades da história. A vida cotidiana não é um resíduo desprezível da realidade social, histórica, política, cultural etc. Ela domina a vida social no mundo moderno e, ao mesmo tempo, torna-se mediação fundamental na historicidade da sociedade moderna. Pois, a densidade e a complexidade da alienação em que as pessoas estão mergulhadas fazem com que o cotidiano seja, em sua vida diária, no imediato, mais importante do que a presença consciente dos processos históricos.

Heller (1991, 1992) considera ser a vida cotidiana fonte importante de conhecimento e prática, pois é o espaço onde acontecem as rotinas, estabelecem-se as relações, as contradições, é, portanto, a vida de todos os dias, e de todos os homens. É o espaço onde se constrói a história dos homens, das profissões e das sociedades. Logo, é o lugar que define as possibilidades de o homem agir, pensar e sentir; e ao mesmo tempo é o espaço estruturado pela história, definida pelos homens, dentro de contextos sociais em relações de poder e preconceitos. Para Heller (1992), a característica dominante da vida cotidiana é a espontaneidade, é evidente que nem toda atividade cotidiana é espontânea no mesmo nível. O ritmo fixo, a repetição, a rigorosa regularidade da vida cotidiana (que se rompem quando se produz a elevação acima da cotidianidade) não estão absolutamente em contradição com essa espontaneidade; ao contrário, implicam-se mutuamente. A assimilação do comportamento, das exigências sociais dos modismos, exige para sua efetivação a espontaneidade.

Para Lefèbvre (1968) e Martins (2000), o cotidiano, na sua trivialidade, compõe-se de repetições; gestos no trabalho e fora do trabalho, movimentos mecânicos, horas, dias, semanas, meses, anos, repetições lineares e repetições cíclicas, tempo da natureza e tempo da racionalidade etc. O tempo cotidiano se refere a sua hora, o sistema de referência do tempo cotidiano é o presente; a vida cotidiana trata do presente, do particular e de seu ambiente.

Carvalho (2000) refere que todos os estudos sobre a vida cotidiana indicam a complexidade, contraditoriedade e ambiguidade de seu conteúdo. E o que é mais importante, a vida de todos os dias não pode ser recusada ou negada como fonte de conhecimento e prática social, além das possibilidades da vida cotidiana enquanto motora de transformações globais. Portanto, para Carvalho (2000), a vida cotidiana se insere na história, modifica-se e altera as relações sociais. Mas a direção dessas modificações depende estritamente da consciência que os homens portam de sua essência e dos valores presentes ou não no seu desenvolvimento. É na vida cotidiana que se consolidam, perpetuam-se ou se transformam, no mundo moderno, as condições de vida mais amplas, e é nela e sobre ela que realizamos nossa

prática.

O cotidiano, então, segundo os autores referenciados, tem como principal característica a rotina, a repetitividade das ações, o gesto mecânico, uma certa acomodação das pessoas a essas rotinas, mas também é o espaço para possibilidades de mudanças e para inovações. Compreendendo ser as atividades que fazem parte do homem particular pertencentes à vida cotidiana, ressaltamos aqui o trabalho enquanto parte orgânica da mesma, permitindo ao homem sua produção e reprodução social, tendo em vista sua exploração neste estudo. O cotidiano do trabalho, segundo Paulo Netto (2000) e Carvalho (2000), pode levar a uma atividade mecânica, deixando de ser uma atividade prazerosa para se tornar um emprego, em que o trabalhador mantém no trabalho a imediaticidade, tornando esse um espaço propício à alienação.

O trabalho da enfermagem é apontado por Erdmann (1995) como aparentemente repetitivo, habitual e sem maiores exigências de tecnologias de automação e voltado para o zelo da saúde das pessoas como processo interativo de ajuda, levando-o a percebê-lo como pouco interessante, sempre o mesmo e de caráter humanístico, portanto, fora do interesse econômico como trabalho produtivo (gerador de lucro). Por outro lado, é um meio rico em que predomina a valorização do único, do particular, do subjetivo, do senso comum, das crenças, dos mitos, dos rituais, do místico, do conhecimento popular e do benefício social; onde a limpeza, o silêncio, o respeito ao corpo doente, o cumprimento da ordem médica são as regras mais aparentes do sistema (ERDMANN, 1995).

Almeida e Rocha (1997) consideram o trabalho de enfermagem dinâmico, pois se articula com outras atividades do setor saúde, além da rede de serviços de apoio necessária ao seu desenvolvimento; e que o trabalho de enfermagem no modelo clínico de saúde é parte do processo do trabalho médico, sua ação é um instrumento que cuida do corpo doente. Nesse sentido, Pires (1989) enfatiza que a enfermagem vem subsidiando o modelo hegemônico de recuperação de corpos individuais, desenvolvendo atividades muito mais voltadas para apoiar/ suplementar a prática médica ou, ainda, para o gerenciamento burocrático do serviço pelas enfermeiras.

O trabalho de enfermagem nas unidades hospitalares caracteriza-se por atuar em dois campos de atividades, o cuidado direto ou assistencial; e a administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial. Para Almeida e Rocha (1997), na administração do cuidar, a enfermeira utiliza-se de normas e rotinas para controlar o processo de trabalho, atuando sobre a força de trabalho na enfermagem, além dos equipamentos, favorecendo assim a ação de cuidar e possibilitando a cura.

Erdmann (1995) aponta que o cotidiano dos atores de enfermagem, como o lugar da expressão da socialidade, acontece em instituições de saúde cuja estrutura sistêmica possibilita impor normas, regras e funções com controles formais para garantir a razão de sua existência: a missão do sistema. Atitudes de conformismo e resistência parecem ser as formas encontradas pelas trabalhadoras de enfermagem para sobreviverem às imposições do sistema. A repetitividade, a banalidade e a fragmentação das ações são a concretude do cotidiano da enfermagem representadas individualmente em cada um de seus atores ou por equipes de representação de tais papéis ou “tarefas”. A referida autora considera, ainda, que a organização da enfermagem como um sistema altamente burocratizado, hierarquizado e disciplinar nos mostra uma resistência astuciosa e silenciosa dos seus atores diante dos valores, normas e funções, tarefas de obediência/cumprimento a que os mesmos estão submetidos.

Segundo Bianco (1999), o foco de atenção da enfermagem está nas tarefas e procedimentos, onde os cuidados a serem prestados a um paciente são distribuídos a vários elementos da equipe de acordo com sua complexidade, o que possibilita uma prática denominada modalidade funcional, ou seja, uma prática que resulta num trabalho repetitivo. O trabalho no setor hospitalar foi moldado ao trabalho do setor industrial, e as Escolas de Administração Científica e Clássica constituíram a fundamentação teórica desse modelo de organização.

Bellato (1996) afirma que essa nova visão para a organização do trabalho, em geral, leva o hospital a ser visto como empresa e, como tal, adere fortemente ao modelo funcionalista/burocrático para a orientação do trabalho e do trabalhador. O respaldo burocrático a essa modalidade de trabalho é dado pela formalização de normas e rotinas institucionais; os manuais e regulamentos passam a ditar o comportamento das pessoas, determinando quando, como e onde as coisas devem ser feitas, bem como buscando doutrinar o sentimento de seus executantes.

Com o aumento da complexidade das atividades desenvolvidas no hospital ocorrida nas últimas três décadas, houve também necessidade da diversificação dos profissionais. Dessa forma, vários outros profissionais passaram a fazer parte do cenário hospitalar, tais como, a nutricionista, a assistente social, o fisioterapeuta, o farmacêutico, o bioquímico etc, além de diversos ocupacionais (maquero, servente, secretária, entre outros). A enfermagem, como parte integrante dessa instituição, também sofreu o mesmo processo de aumento na complexidade de suas atividades e conseqüente diversificação dos seus executores em várias categorias. A estrutura de trabalho dessa equipe, a exemplo dos demais

setores das instituições de saúde, passa a se desenvolver dentro dos chamados moldes funcionalistas (BELLATO, 1996).

Esse método prevê a distribuição das atividades, buscando compatibilizar a complexidade das mesmas com o grau de preparo de quem as executará. Desse modo, as atividades mais simples, tais como, organização e limpeza de materiais, higiene dos pacientes, ficam a cargo dos atendentes de enfermagem; curativos, medicações, cuidados com sondas, infusões venosas, verificação de sinais vitais são desenvolvidas por auxiliares e técnicos de enfermagem. À enfermeira compete, além de todas essas atividades, aquelas que lhe são privativas, quais sejam, as sondagens, o cuidado ao paciente grave, o planejamento e a coordenação da assistência e da equipe de enfermagem (BELLATO, 1996; BIANCO, 1999).

Melo (1986) e Bianco (1999) expõem que essa divisão do trabalho na enfermagem adequou-se perfeitamente, uma vez que é uma profissão realizada por categorias diversas e cada uma delas executa um pedaço do todo, sem que ocorra, muitas vezes, a co-participação e o entendimento desse processo na sua totalidade, produzindo, assim, a alienação.

Face ao exposto, podemos inferir que o trabalho em saúde, ao longo do tempo, vem se tornando uma atividade mecânica, sendo caracterizado pelo desenvolvimento de tarefas, nesse contexto, as trabalhadoras de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem) transformam seu processo de trabalho em realização de tarefas, ou cumprimento de rotinas, em que o contato com o ser humano não passa da execução de procedimentos. Essa é a realidade do serviço de enfermagem, na qual a execução fica a cargo dos trabalhadores menos qualificados da equipe de enfermagem, e que demandam um baixo custo, pois às enfermeiras cabem os cargos de coordenação do serviço.

Na minha trajetória profissional, como enfermeira e docente, tenho acompanhado o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, que passa por grandes transformações tecnológicas, acompanhando os avanços na área da saúde. A enfermagem continua sendo uma profissão que conserva a divisão técnica e social do trabalho (enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem). A divisão técnica no trabalho de enfermagem contribui para o aspecto tarefairo entre esses trabalhadores. O “[...] ser enfermagem [...]” é “[...] gente que cuida de gente [...]” (LOPES, 1996, p.100). Nesse sentido, cada pessoa tem sua individualidade, logo, não se pode generalizar o cuidar, ou o processo de trabalho. O interesse pelo estudo do cotidiano perpassa por essa generalização do cuidar, ou da execução de procedimentos iguais a pessoas diferentes e do não se sensibilizar para essas diferenças. O tempo, a rotina, a repetitividade das tarefas levam a gestos mecânicos, até mesmo ao “fazer” sem olhar no rosto das pessoas. Penso que “gente que cuida de gente” não se pode deixar levar pela

repetitividade do cotidiano, pois, segundo os autores Heller (1991, 1992), Martins (2000), Pais (2003), nesse cotidiano, também há espaço para o inesperado e para o novo.

Tendo em vista o referenciado por esses autores, acerca do cotidiano, este estudo tem por **objetivos** apreender o cotidiano das trabalhadoras de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital da rede pública de São Luís – MA, bem como levantar os documentos e dados empíricos que definem e orientam o serviço, e analisar o trabalho de enfermagem partindo desse cotidiano hospitalar.

Este trabalho se encontra organizado em capítulos, sendo que o capítulo I é composto por esta introdução, o capítulo II levanta as considerações teóricas e as origens do Trabalho em Saúde e em Enfermagem. O capítulo III, denominado de referencial teórico-metodológico faz uma abordagem teórica acerca do cotidiano fundamentado em Agnes Heller e a trajetória metodológica utilizada, caracterizando-se o campo do estudo, os sujeitos da pesquisa e explicitando-se as técnicas de coleta e análise de dados. O capítulo IV, intitulado de “O cotidiano do trabalho em enfermagem”, traz as subcategorias Processo e Condições de Trabalho, resultantes da análise das entrevistas e da observação participante dos sujeitos do estudo.

O último capítulo, capítulo V, faz uma análise geral acerca do cotidiano trabalho em enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público na cidade de São Luís MA e traz as considerações finais da autora.

## *CAPÍTULO II*

## 2 TRABALHO EM SAÚDE E EM ENFERMAGEM

### 2.1 Considerações teóricas sobre o trabalho em saúde

Um dos aspectos que tem sido destacado pelos autores que estudam a sociedade humana do final do século XX é o crescimento significativo do setor de serviços, ou setor terciário da economia. Essas atividades realizadas fora da esfera da produção material são fundamentais para a vida em sociedade e vêm sendo exercidas por funcionários públicos, trabalhadores dos serviços privados, do setor financeiro, comércio, destacando-se a expressiva participação de mulheres e jovens (PIRES, 1998).

O setor de serviços é parte da totalidade social e, apesar da imensa diversidade de atividades e de formas de produzir, também é profundamente influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria. Foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e ainda pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva (PIRES, 1998).

Offe (1989) observa que o trabalho em serviços é tradicionalmente um fenômeno urbano, concentrado em áreas metropolitanas. As atividades em serviço incluiriam as atividades desempenhadas na forma de emprego remunerado, além do trabalho doméstico e o autônomo, e do trabalho particular. Esse autor considera que, tanto nas empresas privadas como nas públicas, as atividades, tais como, ensino, tratamentos de saúde, policiamento, comunicação, planejamento, organização, negociação, controle, administração e assessoria - ou seja, as atividades de prevenção, de absorção e processamento dos riscos e desvios da normalidade - são esmagadoramente dependentes do salário, exatamente da mesma forma que na produção industrial de mercadoria (OFFE, 1989).

Para Marx (1985b, p.118), **serviço** “é o efeito útil de um valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade”. Marx (1985b) afirma ainda que o trabalho em serviços não se transforma em produtos separáveis do trabalhador, ou em mercadorias autônomas, embora possa ser explorado de maneira capitalista.

Offe (1989) levanta as seguintes definições para o trabalho em serviços: o conceito de trabalho em serviços é usado como uma categoria residual que compreende todos os tipos de trabalho (no sentido emprego contratual) ou de organizações de trabalho que claramente

não podem ser classificadas como primárias (extrativas) ou secundárias (produtivas); o trabalho em serviços gera produtos não materiais, que não podem ser armazenados ou transportados; o trabalho em serviços não é, ou é menos suscetível à racionalização técnica e organizacional se comparado com o trabalho que produz bens; a produtividade do trabalho em serviços não pode ser medida, e por isso, seus padrões de produtividade não podem ser controlados.

Segundo Offe (1991b), os serviços que se expandiram mais nitidamente com o crescimento econômico foram os de transporte e distribuição, os serviços financeiros e governamentais. A industrialização teria ocorrido mais lentamente se não fosse a expansão dos serviços de infraestrutura como o transporte e educação, e dos serviços intermediários como o comércio varejista e atacadista.

Para Antunes (1998), no mundo do trabalho, no capitalismo contemporâneo, observa-se uma múltipla processualidade. Houve uma diminuição da classe operária industrial tradicional, mas, paralelamente, efetiva-se uma expressiva expansão do trabalho assalariado, a partir da enorme ampliação do assalariamento no setor de serviços. Vivencia-se também uma subproletarização intensificada, presente na expansão do trabalho parcial temporário, precário, subcontratado, “terceirizado”, que marca a sociedade dual no capitalismo avançado. A subproletarização aumenta o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços, incorpora o trabalho feminino e exclui os mais jovens e os mais velhos.

Observa Antunes (1998) que essas diversas categorias de trabalhadores têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais, bem como a ausência de proteção e expressão sindicais, configurando uma tendência à individualização extrema da relação salarial.

Nesse contexto, Offe (1991b) expõe que o desenvolvimento da produção capitalista leva todos os serviços a transformarem-se em trabalho assalariado, e todos os seus executantes em assalariados, tendo, pois, essa característica em comum com o trabalhador produtivo. Sendo o trabalhador autônomo, seu próprio assalariado, seus próprios meios de produção se lhe representam como capital. Os funcionários podem converter-se em assalariados do capital, mas nem por isso se transformam em trabalhadores produtivos. Offe (1991b) reitera o conceito de Marx (1985b) quando afirma que serviço, portanto, é a expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade.

Offe (1989) considera ainda que a demanda por serviços continuará a crescer

proporcionalmente pelas seguintes razões: gastos com a saúde, cultura e diversão crescerão com o desenvolvimento da pirâmide de estrutura etária; aumento da participação da mulher na força de trabalho remunerada levando a um crescimento da demanda por serviços domésticos; desenvolvimento da mecanização do lar requer mais trabalho de consertos; demanda por produtos da indústria de lazer cresce devido à redução da jornada de trabalho; como a estrutura econômica e social torna-se mais complexa, gasta-se mais dinheiro em serviços de assessoria tributária, aconselhamento legal, bancos e seguros, cursos e mudanças nos requisitos ocupacionais.

Segundo o exposto, Pires (1998) destaca que o trabalho em serviços é, para a sobrevivência humana, fundamental, tanto para a produção e a reprodução da vida material como para o processo de produção e reprodução do conhecimento e os cuidados com o corpo e a mente, entre outros.

Alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros, mesmo no contexto de culturas e sociedades diferentes e em momentos completamente distintos da história são mais facilmente desvinculados da idéia geral de trabalho, aparentando serem formas de atividade distinta, mais nobres, mais livres das injunções materiais que costumam estar associadas ao mundo do trabalho como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o **trabalho em saúde** (GONÇALVES, 1979, 1992).

O setor saúde é parte do setor de serviços, compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia ao mesmo tempo em que tem características específicas. O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato da realização. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade ou do ato assistencial, envolve a avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica (PIRES, 1998, 1999).

Segundo Gonçalves (1979, 1992), dentre as características que fundamentam o trabalho em saúde, ganham especial relevo o peso aparentemente maior das dimensões intelectuais do trabalho sobre os manuais; a associação mais direta entre os valores ligados a seus produtos e os princípios ideológicos mais importantes no processo histórico de estruturação das sociedades capitalistas ocidentais e, a posição social, situação nas hierarquias e estratificações sociais, que é obtida e reproduzida através do trabalho pelos agentes sociais que o realizam.

Gonçalves (1979, 1992) refere que o trabalho em saúde é diferenciado de forma

tripla, como qualquer outro tipo de trabalho, por sua especificidade técnica (suas tecnologias, qualificação técnica requerida de seus agentes); por parecer ser “algo mais” do que trabalho, de natureza oposta e hierarquicamente superior ao trabalho; por permitir, através de mecanismos vinculados por parte dos consumidores de seus produtos, a reprodução de ações referidas a suas próprias individualidades e socialidades que tendem a conservar a vida humana, pois o processo de trabalho em saúde não se objetiva, via de regra, em um produto, como no processo de trabalho em geral, que se baseia na produção de bens materiais.

Ao longo da história, o processo de trabalho em saúde teve seu objeto de trabalho modificado segundo as concepções de saúde/doença vigentes. De acordo com Gonçalves (1979, 1992) e Pires (1998), na sociedade ocidental, os físicos eram os médicos clínicos, formados nos mosteiros, e depois do séc. X, nas Universidades, como os padres e os advogados. Atendiam às camadas mais privilegiadas da sociedade e detinham o saber mais valorizado, desenvolvendo um trabalho de identificação das patologias, praticamente, sem envolver procedimentos manuais.

No tocante ao atendimento dos pobres (camponeses e maioria da população que vive na incipiente estrutura urbana), era feito pelos religiosos, que tinham diversas especializações; e pelos práticos, pelos homens de ofício e pelas parteiras. Os homens de ofício eram leigos, profissionalizados nas corporações de artífices, como os dentistas, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros, os algebristas e os boticários (farmacêuticos).

Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, em que os profissionais tinham controle do seu processo de trabalho sobre a produção e reprodução do conhecimento, sobre o ritmo de trabalho e sobre o produto final. As práticas e as parteiras, que eram perseguidas pelo clero na Europa medieval, mais tarde têm o seu trabalho incorporado à profissão de enfermagem, sendo que a assistência obstétrica também se torna uma especialidade médica. O trabalho de cada agente envolvia o diagnóstico, a decisão sobre a terapêutica e a prestação de alguns cuidados (GONÇALVES, 1979, 1992; PIRES, 1998).

Até o séc. XVIII, os hospitais e enfermarias eram instituições de caráter essencialmente religioso onde os doentes das camadas pobres eram atendidos. O objetivo principal da assistência era espiritual. O processo de mudança do caráter do hospital é contemporâneo da decadência da ordem feudal e emergência do modo de produção capitalista. O hospital torna-se, então, um espaço terapêutico de formação dos médicos (GONÇALVES, 1992; PIRES, 1998; RIBEIRO, 1993; PITTA, 1994; ANTUNES, 1991; LEOPARDI, 1999; FOUCAULT, 1994).

Com o início do período de transição, final do século XVIII, para o capitalismo, as

práticas de saúde foram uma das frentes mais importantes de constituição da racionalidade moderna como um todo. Em primeiro lugar, considera-se o significado social novo, original que adquirem os corpos humanos, como sede da força de trabalho com o advento do capitalismo. Duas vertentes principais de atuação se abriram aqui para o trabalho em saúde, controlar a ocorrência de doença (incapacidade de trabalhar) evitando-a, e recuperar a força de trabalho incapacitada pela doença, repondo-a no processo de trabalho (GONÇALVES, 1992; PITTA, 1994; PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999).

Em torno desses dois eixos, o trabalho em saúde reorganizou-se e desenvolveu-se nas sociedades capitalistas, como forma de controlar a doença em escala social relativamente ampla e efetiva, e como forma de recuperar a força de trabalho na mesma escala, ampliando efetivamente os direitos e o consumo das classes subalternas. Os instrumentos de trabalho que se desenvolveram foram, dentre outros, o saneamento ambiental e a educação em saúde (GONÇALVES, 1992; PITTA, 1994; PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999). Para esses autores, o séc. XX trouxe uma nova concepção de doença, esta que tinha circulado como um ser em espaços diferentes passou a ter sede e desenvolvimento exclusivos no espaço do corpo biológico individual, como uma característica dele, uma forma patológica (em oposição à normal) de estar o corpo (GONÇALVES, 1992; PITTA, 1994; PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999).

O surgimento dessa nova concepção instrumental, individualizante e biológica, no princípio do século XX, não correspondeu imediatamente ao completo desenvolvimento do processo de trabalho nela baseado. Foi preciso esperar pelo desenvolvimento dos instrumentos capazes de efetivarem na prática a transformação do objeto de trabalho-produto, basicamente consistentes no arsenal terapêutico farmacológico, na anatomia, patologia, fisiologia e nas técnicas de cirurgias (pós-anestesia) (GONÇALVES, 1992, 1994; PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999; FOUCAULT, 1994).

O modelo clínico baseado na clínica anátomo-patológica também é individualizante, a doença pode ser admitida nesse modelo como até influenciada pela vida de relação do indivíduo doente, mas como fenômeno positivo é recortada exclusivamente no espaço do seu corpo individual. Todo o processo de trabalho é possível de ser desempenhado, em cada unidade, por um único trabalhador: o médico. Ele deve cuidar do diagnóstico e da terapêutica, e a relativa escassez de instrumentos usados nas duas fases permite que ele seja proprietário de todas as condições do processo. Por sua vez, o modelo clínico também precisou de um espaço de trabalho para o médico executar suas atividades, o que deu origem ao hospital moderno, utilizado como instrumento de trabalho (GONÇALVES, 1992, 1994;

PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999; FOUCAULT, 1994).

Instituição relativamente grande e complicada, o hospital levou ao aparecimento de vários trabalhos infraestruturais, sem os quais não pode funcionar e que se constituíram na primeira extensão do médico em um trabalhador coletivo. O mais importante desses trabalhos foi o do **enfermeiro**, encarregado, sobretudo, de funções relativamente mais manuais, associadas ao processo terapêutico, e de funções complementares, não obstante essenciais à realização do processo como um todo. A preservação do núcleo mais intelectual (diagnóstico e prescrição) manteve o médico como dominante e determinante do processo. Gonçalves (1992), Pitta (1994), Pires (1998), Leopardi (1999) e Foucault (1994) relatam que o processo de trabalho em saúde tem no médico o seu trabalhador central que, ao longo do tempo, foi construindo seu objeto de conhecimento e conhecendo seu objeto de trabalho.

Os estudos de Gonçalves (1988, 1992) e Pires (1998) destacam que o trabalho em saúde lida com um estranho objeto na medida em que é satisfatoriamente redutível a um objeto natural, o corpo humano biológico; e ao mesmo tempo, lida com um objeto social, as normas sociais associadas aos estados de existência individuais e coletivas (sociais) daqueles mesmos corpos. Consequentemente, as tecnologias desenvolvidas a partir dessas duas dimensões gerais do seu objeto de trabalho, a individual-biológica e a coletiva-social, foram alternativas e/ou concomitantemente utilizadas nas práticas de saúde, e embora as tecnologias baseadas na concepção de doença como alteração morfo-funcional do corpo sejam prevalentes.

O paradigma positivista de ciência para Gonçalves (1992, 1994) e Pires (1998) torna-se hegemônico e consideram-se como válidos apenas os conhecimentos passíveis de verificação empírica e produzidos sob o rigor do método científico. Os médicos se tornam os detentores do verdadeiro saber científico e as outras práticas de saúde são classificadas como charlatanismo e bruxaria. O trabalho assistencial em saúde é majoritariamente institucionalizado, realizado no espaço ambulatorial ou hospitalar, e resulta de um trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, detém o controle do processo assistencial, determina o como fazer e delega atividades a outros profissionais de saúde.

Pires (1998, 1999) observa que, quando realizado em nível institucional, o ato assistencial envolve o diagnóstico ou identificação dos problemas, a decisão sobre o tratamento, a realização dos cuidados ou procedimentos, a avaliação dos resultados e a decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência. Trata-se de um trabalho realizado cotidianamente por médicos das diversas especialidades, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, farmacêutico, dentre outros. Pires

(1998, 1999) destaca, ainda, um grupo diversificado de trabalhadores que desenvolvem atividades não específicas do trabalho em saúde, denominadas de atividades de apoio, mas que são fundamentais para a manutenção da estrutura institucional. Fazem parte desse grupo o pessoal da limpeza, os escriturários das unidades assistenciais, o pessoal de cozinha, os que trabalham na segurança e portaria, o pessoal de escritório etc.

No caso específico do processo de trabalho em saúde, Pires (1998) observa que este tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho, os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber de saúde, e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida.

Conforme Gonçalves (1994) e Pires (1998, 1999), a complexidade dos problemas de saúde exige conhecimentos profundos em cada área, possibilitando que atividades ou campos do conhecimento organizem-se em novas profissões de saúde. Mas, para entender a totalidade é preciso que haja um inter-relacionamento entre essas áreas e profissões. A organização dos serviços segue a lógica das especialidades, que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem correspondente ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. Esse modelo tem dado sinais de esgotamento, tanto para o entendimento da manifestação das doenças no homem e do seu comportamento epidemiológico, quanto tem sido insuficiente para determinar medidas terapêuticas eficazes.

Os autores supracitados destacam que o aumento das especialidades na área da saúde, apesar de ficar mais visível em relação ao trabalho médico, ocorre também com os demais profissionais de saúde. A especialização de conhecimento e do trabalho em saúde resulta do fenômeno de especialização do conhecimento humano, mas também da concepção positivista de ciência e da fragmentação do trabalho. Dessa forma, o trabalho em saúde apresenta-se compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes, duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias. O médico é o elemento central do processo assistencial institucional em saúde, delegando campos de atividades a outros profissionais de saúde. Os demais profissionais que participam da assistência subordinam-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões.

Segundo Leopardi (1999), as profissões na área da saúde têm características diferentes quanto à sua natureza e dimensionamento no sistema assistencial. Por isso, a autora

classifica-as da seguinte forma: grupo de profissões com controle do processo de trabalho (medicina, odontologia, psicologia, veterinária), e grupo de profissões para auxílio do diagnóstico e tratamento (enfermagem, nutrição, fisioterapia, bioquímica, fonoaudiologia, serviço social e outras).

Leopardi (1999) levanta que entre os séculos XVIII e XX houve algumas mudanças nos serviços de saúde, originando distorções combatidas pelos profissionais comprometidos eticamente com seu trabalho, tais como: inovação tecnológica ao lado de uma reorganização burocrática, de modo que as conquistas são superficiais e não estruturais; aprofundamento da coisificação do paciente, ou seja, a manipulação relativa aos problemas de saúde, preventivos ou curativos, promove um maior distanciamento entre terapeutas e enfermos, interpondo-se mais e mais artefatos entre ambos, de modo que o contato direto, até mesmo com o corpo, torna-se cada vez mais raro, mais ainda em relação ao contato efetivo; o trabalhador de saúde vem sendo basicamente consumido no trabalho pelo excesso de responsabilidades, inclusive legais, pelas cargas ocupacionais e pelas condições inadequadas no ambiente, além da perda do espaço de lazer.

Merhy (2002) afirma que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato. As tecnologias apontadas por Merhy (2002), a serem envolvidas no trabalho em saúde, são: tecnologias leves, tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, acolhimento, equipe; tecnologias leve-duras, saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia (...); e tecnologias duras, representadas pelos equipamentos, normas, estruturas organizacionais. Merhy (2002) aponta para a compreensão desses modelos tecnológicos e assistenciais em saúde, a efetivação da tecnologia leve como eixo analítico vital e os seus modos de articulação com as outras tecnologias; pois, no processo de trabalho em saúde, há um encontro do agente produtor com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, tecnologias) e com o agente consumidor, tornando-o, em parte, objeto da ação daquele produtor, mas sem deixar de ser também um agente que, em ato, põe suas intencionalidades, conhecimentos e representações, expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, para o momento do trabalho.

Nesse sentido, Leopardi (1999) reitera que a escolha de instrumentos de trabalho é um passo fundamental no processo de trabalho em saúde. Essa não poderá ser uma escolha alheia ao processo como um todo, ou seja, a necessidade que indica um trabalho, o objeto

sobre o que se vai atuar, a habilidade do próprio trabalhador, a finalidade explicitada apontam para instrumentos de diferentes naturezas na realização do processo terapêutico, compreendendo instrumentos materiais; instrumentos metodológicos (organização do trabalho); bem como a escolha do local da assistência.

Dentro desse processo de trabalho em saúde, a enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional hospitalar e no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Os enfermeiros assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegam tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem (MELO, 1986; PIRES, 1998; LEOPARDI, 1999).

## 2.2 Trabalho em Enfermagem

O enfermeiro é o profissional de nível superior que detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades parcelares aos profissionais de enfermagem de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada (MELO, 1986; PIRES, 1998).

Para compreender o papel da enfermeira no ato da prestação dos “cuidados de enfermagem”, é importante analisar os fatos anteriores ao aparecimento e à evolução da prática de cuidados de enfermagem, no intuito de entender seu desenvolvimento e sua valorização. Para tanto, parece indispensável recorrer à história e, em particular, à das mulheres que prestavam cuidados. É a história das práticas de cuidados vividas e transmitidas por mulheres no meio hospitalar não psiquiátrico, bem como nas aldeias e nos dispensários, que hoje são denominadas **cuidados de enfermagem** (COLLIÉRE, 1989).

Durante séculos, o cuidado não pertencia a um ofício, menos ainda a uma profissão, dizia respeito a qualquer pessoa que ajudava a outra a garantir-lhe o que era necessário para continuar a vida, ou seja, estava vinculado às atividades domésticas, à mercê do empirismo das mães de família, escravas, monjas e freiras – **saber do senso comum** desprovido de qualquer conhecimento científico. Portanto, **cuidar** era, antes de tudo, um ato individual de vida, no sentido de que representava uma variedade infinita de atividades, com vistas a manter e sustentar a vida, tais como: albergue, alimentação simples, ervas medicinais, lavagem de chagas, vedação de feridas, entre outras (PAIXÃO, 1979; SILVA, 1989; COLLIÉRE, 1989; WALDOW, 1998; PASSOS, 1996; ANTUNES, 1991).

Os hospitais, até o início do século XVIII, tinham caráter de segregação social, onde eram internados os doentes, loucos, indigentes, devassos, prostitutas e os portadores de doenças contagiosas que ameaçavam a vida pública. A função dos hospitais era de exclusão social, um vez que as pessoas levadas para internação procuravam um espaço para morrer ou para assistência e transformação espiritual. Devido às características da assistência prestada, cujo objetivo era prestar caridade para se conseguir a salvação eterna, o hospital não se destinava à cura. Neste período, o exercício profissional do médico ainda não existia nessas instituições (FOUCAULT, 1979; PAIXÃO, 1979; PITTA, 1994; SILVA, 1989; PASSOS, 1996).

A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura, no final do século XVIII, em torno de 1780, e a distribuição do espaço torna-se um meio terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. Constitui-se, no interior do hospital, um campo documental acerca dos pacientes, passando este a ser não somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. Cria-se, assim, a formação normativa do médico que deve passar pelo hospital. A clínica, aqui concebida como organização incumbida de formação e transmissão do saber, aparece como dimensão essencial do hospital (FOUCAULT, 1979, 1994; ANTUNES, 1991; GONÇALVES, 1994).

O século XVIII destacou-se no campo da saúde pela institucionalização do hospital como espaço de cura/terapêutico e pelo surgimento da enfermagem profissional. Esta surge com as tentativas de espaços de formação de pessoal de enfermagem, em que se destacaram: São Vicente de Paula (final do séc. XVII e início do séc. XVIII) e Luisa de Marillac, na França; Ordem Protestante de Kaiserswerth, na Alemanha; e outras tentativas de fundação de escolas de enfermagem por médicos em vários locais da Europa. Ressaltamos, aqui, como marco na transição e consolidação da enfermagem, enquanto profissão, a criação da Escola de Florence Nightingale, na Inglaterra, em 1860, que marca o início da enfermagem moderna, tendo os seus princípios se difundido em vários países da Europa, Estados Unidos e Canadá (PAIXÃO, 1979; SILVA, 1989; PASSOS, 1996; LUNARDI, 1998; PADILHA, 1998).

A enfermagem profissional moderna, em finais do século XIX, caracterizou-se por suas funções, predominantemente, hospitalares para subsidiar o serviço médico, marcando a institucionalização do cuidar em um ambiente caracterizado pela subordinação à hierarquia médica e pela disciplina às normas estabelecidas. Para Florence, a disciplina era a essência do treinamento para as agentes de enfermagem, delimitando, assim, o espaço social que cada

trabalhador da saúde devia ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar e, em especial, a preocupação com a hierarquia do pessoal de enfermagem. Toda disciplina a que as enfermeiras eram submetidas tinha a exclusiva finalidade de capacitá-las a executar, inteligente e fielmente, as ordens médicas, como era constituída toda a prática de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1989; SILVA, 1989; FERREIRA-SANTOS, 1973; LUNARDI, 1998; PADILHA, 1998).

Portanto, a enfermagem se institucionaliza neste movimento do nascimento da clínica, juntamente com a transformação do hospital enquanto instrumento de cura. Essas novas necessidades sociais emergiram com o capitalismo; era necessário controlar a ocorrência de escassez de força de trabalho, e a saúde foi um dos mecanismos para possibilitar o projeto maior e desse modo, cuidar da força de trabalho. A partir daí, a clínica vai se instrumentalizando com o saber anátomo-fisiológico para recortar o seu objeto de trabalho e apreendê-lo, ou seja, o corpo doente, a doença. Esse é o modelo clínico que tem por finalidade a recuperação do corpo individual (ALMEIDA; ROCHA, 1997; ALMEIDA; ROCHA, 1989; SILVA, 1989; LUNARDI, 1998).

A enfermagem, nesse modelo clínico de saúde, é parte desse processo, é parte do trabalho médico; sua ação é um instrumento que cuidará ou fará cuidar do corpo doente. Caberá ao médico a apropriação do momento mais intelectual do trabalho (diagnóstico e terapêutica), tornando-se o agente hegemônico desse processo. É importante deixar claro que esta subordinação do trabalho de enfermagem não se dá em relação ao profissional médico, mas ao trabalho médico, pois, a prática médica não tem autonomia plena, seu conteúdo técnico subordina-se às necessidades da articulação das práticas na divisão social do trabalho (ALMEIDA; ROCHA, 1997; LUNARDI FILHO, 2000).

Para Almeida e Rocha (1997), a enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência, e se utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto da saúde naquilo que diz respeito ao seu campo específico (cuidado de enfermagem). Visualizando, assim, o produto final atender às necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde, prevenção de doenças e a recuperação do indivíduo, ou o controle da saúde da população.

No Brasil, os precursores da enfermagem profissional eram religiosos que prestavam cuidados nas instituições religiosas, as parteiras e as voluntárias leigas. As instituições assistenciais em saúde eram as Santas Casas, que já existiam no país no séc. XVI. A primeira escola de formação de enfermeiros, a Escola Alfredo Pinto, surgiu em 1890, era

uma escola organizada e controlada por médicos. A enfermagem só passa a ter uma formação profissional independente no Brasil, com a criação da Escola Ana Néri, em 1923, no Rio de Janeiro. O modelo de formação segue os princípios nightingaleanos, e os enfermeiros formados passam a formar pessoal auxiliar para o exercício das tarefas delegadas de cunho predominantemente manual. A formação das parteiras passa a integrar o trabalho profissional de enfermagem (PIRES, 1998, 1999; PADILHA, 1998).

Desde que assume o caráter de trabalho profissional, a enfermagem desenvolve-se, basicamente, na forma de trabalho assalariado, e no Brasil, a modalidade liberal é até hoje, inexpressiva. No espaço institucional, o trabalho de enfermagem desenvolve-se com alguma autonomia, mas é limitado pelas regras de funcionamento das instituições e legislação geral relativa à saúde e ao exercício das profissões do campo da saúde (PIRES, 1998, 1999).

Silva (1989) e Pires (1998, 1999) destacam que a enfermagem é responsável pelo cuidado direto ao paciente em toda sua integralidade, como ser biológico e social. Historicamente, o trabalho de enfermagem envolve dois campos de atividades, que são o dos cuidados e procedimentos assistenciais e o da administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial. As ações de cunho administrativo visam proporcionar infraestrutura física e de pessoal para que a assistência de saúde se desenvolva. Dentre as atividades assistenciais estão: avaliar o paciente, administração de medicamentos, prestar cuidados de higiene e conforto, auxiliar na alimentação se necessário, verificar sinais vitais (temperatura, pulso, respiração e pressão arterial), auxiliar o médico em procedimentos (PIRES, 1998, 1999; SILVA, 1989).

Na enfermagem, como em outras profissões, o enfermeiro incorpora a sua formação profissional o saber de várias ciências. Dentre elas, a ciência da administração contribui com uma parcela que se concretiza, principalmente, na administração do pessoal de enfermagem (KURCGANT, 1991). Numa abordagem de caráter histórico-estrutural, Trevizan (1988) examinou como o hospital se transformou de instituição caritativa para uma instituição burocrática que busca, baseando-se nas contribuições de Taylor, Fayol e Weber, uma organização administrativa eficiente fundamentada na divisão do trabalho.

A Teoria Científica da administração, que teve como seu maior expoente Frederick Taylor, tem como proposta básica o aumento da produção pela eficiência do nível operacional. Para tanto, preconizam a divisão do trabalho, a especialização do operário e a padronização das atividades e tarefas por eles desenvolvidas. Na prática da administração dos trabalhadores de enfermagem, são encontradas frequentemente propostas típicas dessa fase da administração. A preocupação com o fazer tem sido a preocupação constante da enfermagem

enquanto prática profissional. A divisão do trabalho, aliada à padronização das tarefas, tem norteado essa prática. A elaboração ou simples adoção de manuais de técnicas e de procedimentos tem sido uma das maiores preocupações dos enfermeiros que assumem a responsabilidade dos serviços de enfermagem. As escalas diárias da divisão de atividades estabelecem um método de trabalho funcionalista, que é típico da fase mecanicista da administração. A assistência de enfermagem é fragmentada em atividades e, para cada elemento executor, é determinada uma ou mais tarefas (KURCGANT, 1991; TREVIZAN, 1988).

A contribuição de Henry Fayol através da teoria do processo administrativo se faz presente na organização hospitalar, focalizando a estrutura formal dessa instituição, orientando as funções de seus administradores e abrangendo horizontes mais amplos, de modo a visualizar o hospital como um todo orgânico, sistêmico e estrutural. Nas instituições de saúde, a estruturação, rigidamente hierarquizada estabelece a subordinação integral de um indivíduo a outro, e de um serviço a outro. A enfermagem, como um desses serviços, reproduz, na sua estruturação o modelo maior. Assim, os organogramas encontrados nos serviços de enfermagem mostram linhas de subordinação integral, definidas e compatíveis com o poder atribuído, pela organização, às pessoas que integram esse serviço (TREVIZAN, 1988; KURCGANT, 1991).

A Teoria Administrativa da Burocracia, desenvolvida por Max Weber surge como consequência à necessidade de serem estabelecidos novos sistemas de controle de pessoal. O comportamento do homem no trabalho passa a ser preestabelecido, e o treinamento minucioso desse comportamento é feito nas próprias organizações. Os serviços de enfermagem seguem o modelo da instituição, permitindo a visualização, nas estruturas e dinâmicas desses serviços, de propostas burocráticas. A valorização das normas e regras parece ser o enfoque da teoria da burocracia que mais tem influenciado a prática da enfermagem (KURCGANT, 1991; TREVIZAN, 1988). Trevizan (1988) observa, ainda, que a função administrativa burocrática é um tipo de comportamento impessoal que é orientado detalhadamente por normas, rotinas e objetivos traçados pela organização. O comportamento do administrador segue-se ao compromisso para com a organização.

As forças propiciatórias da burocratização do trabalho da enfermeira, para Trevizan (1988), são oriundas da própria enfermagem quando concretiza um ideal da revolução introduzida por Nightingale, que foi a adoção da divisão de trabalho. Ao fundar a primeira escola de enfermagem, Nightingale já previa para as *ladies* o exercício de funções administrativas, antevendo uma contribuição significativa da enfermagem para a organização

dos hospitais, segundo moldes burocráticos. Tendo as *ladies* realmente assumido as funções administrativas e estabelecido uma unidade de comando, ficou evidenciada uma hierarquia no próprio serviço de enfermagem, determinando uma padronização nos comportamentos, o que significou uma tendência para a burocratização sob o estímulo dos ideais então em vigência. A adoção dos princípios de Taylor e a conseqüente separação entre as funções de execução e de planejamento propiciaram a emergência da burocratização do serviço de enfermagem e, particularmente, do trabalho da enfermeira (KURCGANT, 1991; TREVIZAN, 1988).

Dentro dessa concepção de divisão técnica e social do trabalho, o trabalho de enfermagem é realizado por uma equipe formada por enfermeira (profissionais de nível superior), técnicos de enfermagem (formação técnica de nível médio), auxiliares de enfermagem (cursos de formação específica pós-ensino fundamental) e atendentes de enfermagem (não têm formação profissional específica, recebem treinamento em serviço para exercerem algumas atividades de enfermagem). Os atendentes de enfermagem, segundo a Lei do Exercício Profissional (LEP) nº 7498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986), tinham até 1996 para se profissionalizarem em auxiliares ou técnicos de enfermagem, após essa data, seria uma categoria extinta. As organizações de enfermagem têm levantado esforços junto às instituições de saúde para que não haja mais contratação desses trabalhadores, a partir do que preconiza a lei; no entanto, a persistência da inserção de trabalhadores sem qualificação específica na enfermagem se faz presente em função da demanda gerada pela expansão da rede (atenção básica de saúde), além da racionalização econômica nos serviços de saúde (ALMEIDA, 1987; PIRES, 1998, 1999; MELO, 1986; PAIVA, 1999).

As trabalhadoras de enfermagem têm graus de formação diferenciados e dividem o trabalho, seja nos cuidados integrais, seja nos cuidados funcionais, garantindo ao enfermeiro, o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho da enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executores de tarefas delegadas (ALMEIDA, 1987; PIRES, 1998, 1999; MELO, 1986; SILVA, 1989).

Na grande maioria das unidades assistenciais onde ocorre o trabalho coletivo, esse modelo reproduz o que está explícito na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (7.498/86), a qual mantém as características básicas de cisão entre o saber e o fazer que surgem com a organização da enfermagem enquanto profissão no final do séc. XIX. Essa lógica de separação entre concepção e execução do trabalho e de controle gerencial das tarefas parcelares corresponde à divisão parcelar do trabalho, do modo capitalista de produção

utilizada na produção material, e já verificada na época da organização profissional da enfermagem no século passado (PIRES, 1998, 1999; MELO, 1986).

Braverman (1987), em seus estudos acerca da degradação do trabalho no século XX afirma que a divisão do trabalho na sociedade é característica de todas as sociedades conhecidas; a divisão do trabalho na oficina é produto peculiar da sociedade capitalista. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção. A divisão pormenorizada do trabalho destrói ocupações consideradas nesse âmbito, e torna o trabalhador inapto a acompanhar qualquer processo completo de produção.

Friedmann e Naville (1973) referem que o estudo da divisão do trabalho se reduz, portanto, ao exame das condições em que indivíduos e grupos são levados a distribuir (ou a ver autoritariamente distribuídas) entre si as suas tarefas e, por conseguinte, a coordená-las. Há fragmentação não só da atividade profissional, mas também da organização social da oficina, traduzindo a sujeição dos operários à organização técnica.

Apontamos, então, que na modalidade de cuidados funcionais, divisão por tarefas, o cotidiano do trabalho é alienante, é uma repetição de tarefas específicas e desintegradas. Nessa modalidade, o trabalhador de enfermagem desenvolve um trabalho rotineiro por tarefas, não tem uma visão global do paciente que recebe aqueles cuidados. A fragmentação dificulta o entendimento do processo assistencial e do porquê de determinados procedimentos. Quem executa o trabalho se exime do entendimento da totalidade e quem recebe a assistência tem dificuldades de saber a quem solicitar ajuda (PIRES, 1998, 1999; MELO, 1986).

O trabalho de enfermagem organizado na forma de cuidados integrais rompe, em parte, com a divisão por tarefas. Os trabalhadores de enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente, prestando todos os cuidados necessários em cada turno de trabalho. Esse modelo possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente, tornando o trabalho potencialmente mais criativo (PIRES, 1998, 1999).

No trabalho de enfermagem, o enfermeiro faz a gerência do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem e presta os cuidados privativos do enfermeiro segundo a LEP (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986). Domina os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial e tem alguma autonomia para avaliar as necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre os cuidados, o que o aproxima do trabalho do tipo profissional (SILVA, 1989). O conhecimento na enfermagem é produzido em ciências gerais relativamente inespecíficas aplicadas a um problema particular – **o cuidado de enfermos** (ALMEIDA, ROCHA, 1989; GONGALVES, 1992). Mas, o trabalho de

enfermagem ainda é um trabalho assalariado, subordinado às regras da instituição e é organizado sob a lógica da divisão parcelar do trabalho (MELO, 1986; PIRES, 1998, 1999; SILVA, 1989).

O trabalho assistencial em saúde envolve, ainda, uma série de questões éticas, de visão do homem, de sociedade e de direitos de cidadania que podem não ser considerados durante o ato assistencial. É importante reiterar que, no campo da saúde, o objeto não é a cura, ou a proteção e promoção da saúde, mas a produção de cuidados por meio dos quais se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos a que se quer chegar (MERHY, 2002). Para Merhy (2002), todo profissional de saúde, independente do papel que desempenha como produtor de atos de saúde, é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves, modos de produzir acolhimento, responsabilizações e vínculos.

Finalizando, Leopardi (1999) reitera que o cuidado na saúde aparece como resultado de um processo de trabalho coletivo em que os trabalhadores da saúde põem em prática um corpo de conhecimento transformado em técnica, para intervir no processo de saúde dos indivíduos. Para essa autora, a cura ou cuidado ainda que não apareçam sob forma material separada do consumidor, no entanto, pode ser percebido e identificado nele como bem-estar, reabilitação e recuperação de funções ou competência para a vida diária. Então, qualquer processo de avaliação que se possa pensar, necessariamente, deverá passar por momentos que impliquem contato com o indivíduo enfermo.

Esse capítulo trouxe informações acerca da profissionalização do trabalho de enfermagem, e não poderia deixar de ser colocada a história do trabalho em saúde e da institucionalização do cuidado, tendo em vista que o trabalho em saúde se dá por um processo coletivo no qual atuam vários profissionais com a finalidade de manutenção da vida do ser humano, seja em seus processos preventivos, curativos ou de reabilitação. A enfermagem, ao longo de sua história, trouxe a divisão técnica e social de seu trabalho, perpetuando o modelo burocrático funcionalista em seus procedimentos de cuidados, mas há indícios de cuidados integrais, o que potencializa e qualifica o trabalho de enfermagem.

### *CAPÍTULO III*

### **3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO**

Compreender a dinâmica do trabalho de enfermagem requereu uma abordagem que permitisse à pesquisadora uma maior aproximação do objeto de estudo e dos sujeitos pesquisados. Nesse sentido, entendemos que, para analisar o cotidiano hospitalar, traduzido no trabalho de enfermagem, bem como a posição da instituição, desenvolvemos este estudo segundo os preceitos da pesquisa qualitativa fundamentada no referencial teórico do Cotidiano de Agnes Heller (1991; 1992), onde se procurou buscar respostas aos objetivos propostos.

A pesquisa qualitativa segundo Minayo (1994b) responde a questões particulares, preocupa-se, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. O objeto principal da pesquisa qualitativa é a incorporação do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto do seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 1994a). Para Minayo (1994a), a pesquisa qualitativa nos induz a pensá-las não como alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada, além de contribuir para a compreensão das relações que se dão entre atores sociais, tanto no âmbito das instituições como no dos movimentos sociais.

Entendemos o trabalho de enfermagem como um complexo de ações entre trabalhadoras de enfermagem/usuário do serviço de saúde, mediado por fatores de ordem institucional e pessoal, nos quais esse trabalho é algo mais que a execução de procedimentos, é uma responsabilidade para com a vida desses usuários, de quem se cuida ou administra o cuidar e que se traduz no ‘trabalho de enfermagem’’. Buscamos, neste estudo, compreender esse fenômeno por meio do cotidiano hospitalar.

### 3.1 O Cotidiano

O cotidiano é um tema abordado já no séc. XX. Teve sua primeira obra na década de 40 (1946), com Henri Lefèbvre, intitulada “Introdução à Crítica da Vida Cotidiana” acerca da sociedade francesa após a segunda guerra mundial. O autor afirma que “**o cotidiano é a vida real**” (LEFEVBRE, 1968, p.32. Grifo nosso).

Segundo Heller (1991, p.19) “[...] a vida cotidiana é o conjunto de atividades que caracterizam a reprodução dos homens particulares, os quais, por sua vez, criam a possibilidade da reprodução social”. Na concepção dessa autora, nenhuma sociedade pode existir sem que o homem particular se reproduza, assim como nada pode existir sem reproduzir-se simplesmente. Por conseguinte, em toda sociedade, há uma vida cotidiana e todo homem, seja qual seja seu lugar ocupado na divisão social do trabalho, tem uma vida cotidiana. No entanto, isso não quer dizer, de modo algum, que o conteúdo e a estrutura da vida cotidiana sejam idênticos em toda sociedade e para toda pessoa. A reprodução do particular é a reprodução do homem concreto, ou seja, o homem que numa determinada sociedade ocupa um lugar determinado na divisão social do trabalho (HELLER, 1991; 1982).

Compartilhando o desenvolvimento desse conceito, Granjo (1996) e Carvalho (2000) concebem ser a vida cotidiana o espaço onde o indivíduo se reproduz diretamente enquanto indivíduo e reproduz indiretamente a totalidade social. Para Granjo (1996) e Carvalho (2000) a esfera do cotidiano é uma esfera precisa, é a esfera do homem concreto, ou seja, a objetivação que se passa no cotidiano é aquela em que o homem faz do mundo o seu ambiente imediato, incorporando todos os modos de comportamento e afetos, incluindo a exigência de competências.

A sociologia da vida cotidiana desenvolvida por Heller (1991) trata a objetivação do homem como componente estrutural da vida cotidiana. Para Heller (1991), quando se diz que o particular se objetiva na vida cotidiana, deve-se fazer uma precisão, o particular forma seu mundo com o seu ambiente imediato. A vida cotidiana se desenvolve e se refere ao ambiente imediato; todas as objetivações que não se referem ao particular ou a seu ambiente imediato, transcendem ao cotidiano. Nesse sentido, Granjo (1996) considera que, a vida cotidiana constitui-se de um conjunto de objetivações, isto é, capacidades humanas objetivadas, que ganham vida própria. Esse tipo de vida comporta atividades heterogêneas e exige um certo número de habilidades, dela participa o homem inteiro. E, na medida em que o particular se

aproxima do indivíduo, ao homogeneizarem-se suas capacidades e habilidades, levam ao aparecimento do sujeito consciente e livre (GRANJO, 1996).

Heller (1991) relata que, em média, a unidade da personalidade dos homens se realiza na vida cotidiana. *Para a maioria dos homens a vida cotidiana é a vida* (HELLER, 1991, p.26). E ademais, o mundo tem oferecido à média dos particulares poucas possibilidades de ordenar sua vida sobre a base da individualidade. Milhões de homens tem cumprido seu trabalho, tem feito o que há que fazer, sem dar-se conta de seu posto no mundo, sem ter consciência de que suas faculdades eram genéricas, sem imprimir ao mundo sua individualidade. Entretanto a autora afirma que o particular cotidiano é o homem particular portador da generalidade em-si, não reflexiva, ainda não consciente; para a mesma, este é o traço essencial de toda a pré-história do gênero humano no plano da vida cotidiana.

A vida cotidiana é, em seu conjunto, um objetivar-se. No entanto, isto não significa que cada uma de nossas atividades cotidianas constitui uma objetivação e nem sequer que todas aquelas que o são sejam um objetivar-se ao mesmo nível e com o mesmo raio de ação (HELLER, 1991).

Ainda sobre a estrutura da vida cotidiana na concepção de Heller (1982, 1991) o pensamento e a ação são inseparáveis na apropriação da linguagem, na capacidade de manipulação e dos usos (esfera da objetivação em-si), internalizamos o conhecimento e a prática ao mesmo tempo. Por meio dessa internalização, que significa, em um tempo, uma pragmática, apropriamo-nos sempre de uma forma de vida, um concreto da existência, da forma de vida como ser. O reino do ser-em-si é o reino da necessidade.

Nessa linha de pensamento, Heller (1991; 1992) afirma que a vida cotidiana é heterogênea nos sentidos e aspectos mais diversos; a começar observando que a vida cotidiana mantém ocupadas muitas capacidades de diversos tipos: a visão, o gosto, o olfato, o tato, e também a habilidade física, o espírito de observação, a memória, a sagacidade, a capacidade de raciocinar. Ademais operam os afetos mais diversos: amor, ódio, desprezo, compaixão, participação, simpatia, antipatia, inveja, desejo, nostalgia, náusea, amizade, repugnância, veneração etc. A heterogeneidade da vida cotidiana se faz presente por solicitar todas as nossas capacidades em várias direções, mas nenhuma capacidade com intensidade especial; isso sob vários aspectos, sobretudo no que se refere ao conteúdo e à significação ou importância de nossos tipos de atividade.

Por outro lado, Heller (1992) levanta que a homogeneização na vida cotidiana significa concentramos toda nossa atenção sobre uma única questão e a “suspendermos” e,

por outro lado, empregarmos nossa inteira individualidade humana na resolução dessa tarefa, de modo tal que nossa particularidade individual se dissipe na atividade humano-genérica que escolhemos consciente e autonomamente, isto é, enquanto indivíduos.

Paulo Netto (2000) e Carvalho (2000) explicam ser esta suspensão da vida cotidiana não uma fuga, mas um circuito, porque se sai dela e se retorna a ela de forma modificada. À medida que estas suspensões se tornam frequentes, a reapropriação do ser genérico é mais profunda e a percepção do cotidiano fica mais enriquecida. As suspensões que perpassam as objetivações, não rompem com a cotidianidade, são justamente suspensões da cotidianidade; elas permitem aos indivíduos, via homogeneização, assumirem-se como seres humano-genéricos, não podem ser contínuas, estabelecem um circuito de retorno à cotidianidade, ao efetuar este retorno, o indivíduo comporta-se cotidianamente com mais eficácia, e ao mesmo tempo, percebe a cotidianidade de forma diferente, pode concebê-la como espaço compulsório de humanização, de enriquecimento e ampliação do ser social.

Então, segundo sua estrutura, Granjo (1996) reafirma ser o sujeito da vida cotidiana um ser humano que age como uma totalidade, mesmo movendo-se em meio heterogêneo, deve, para ser competente, desenvolver, até certo nível, capacidades humanas, tais como: a manipulação, a discussão, o autocontrole, a capacidade de distinguir o amor, a sensibilidade, o tomar decisões, etc. Por conseguinte, Heller (1992) estabelece como partes orgânicas da vida cotidiana: a organização do trabalho e da vida privada, os lazeres e o descanso, a atividade social sistematizada o intercâmbio e a purificação; e ainda afirma que os homens devem assumir como dadas as funções da vida cotidiana e as exercerem paralelamente, pois toda atividade diretamente relacionada com a natureza do particular (dormir, comer, trabalhar) é uma atividade cotidiana.

Ressalta-se o trabalho enquanto parte da vida cotidiana por ser uma atividade produtiva e a presença ou ausência da alienação que determina em grande medida se este é ativo ou passivo. O trabalho é uma atividade humana não alienada em geral, o trabalho pertence a nosso ser específico, sem o trabalho não podemos de modo algum, desenvolver nossa personalidade. A satisfação da necessidade do trabalho é um prazer, o prazer de fazer algo coroado pelo êxito (HELLER, 1991; 1982).

Heller (1982) entende ainda o trabalho como atividade livre, consciente, universal, na qual se objetivam a existência humana e a vida não alienada. Para a autora, o trabalho é sempre uma ação para outros. A necessidade do trabalho objeto de satisfação significa achar prazer no processo de trabalho, no próprio produto do trabalho e na satisfação das

necessidades dos outros. Nesse caso, o trabalho é livre e veículo de auto-realização, mesmo quando nem todas as nossas capacidades participem do ato de trabalhar. Só quando não existe nenhuma dessas pré-condições, pode-se falar de um trabalho totalmente alienado (HELLER, 1982).

Portanto, Heller (1991) defende que o trabalho além de ser uma atividade cotidiana, é também imediatamente genérica, ou seja, o trabalho apresenta os dois aspectos, como execução de um trabalho, é parte orgânica da vida cotidiana; como atividade de trabalho é uma objetivação diretamente genérica. Para distingui-los Marx (1985a) se serve de dois termos distintos, o primeiro denomina de *labour*, o segundo *work*, veremos a seguir como o *labour* se tem convertido em sinônimo de trabalho alienado:

- O trabalho como *labour*: a vida cotidiana é a reprodução do particular; para reproduzir-se a si mesmo como particulares os homens devem efetuar um trabalho. Portanto, o trabalho é necessário para a reprodução do particular, neste sentido, o trabalho é uma atividade cotidiana. O trabalho tem sido praticamente sempre o elemento dominante da vida cotidiana; precisamente em torno do trabalho estão organizadas as outras atividades da vida cotidiana (HELLER, 1991).

- O trabalho como *work*: a regra para estabelecer o critério de trabalho como *work*, é dizer que este é uma atividade genérico-social que transcende a vida cotidiana e que produz valores de uso. O produto do trabalho deve sempre satisfazer uma necessidade social e determinar o tempo de trabalho socialmente necessário para fabricá-lo. Define-se como trabalho toda ação ou objetivação diretamente social que seja necessária para uma determinada sociedade. *Work* é o trabalho social, isto é, a sociedade do trabalho, a atividade que aponta a reprodução (ampliação) da riqueza social (HELLER, 1982).

Na objetivação do trabalho, esse deixa de ser uma atividade vital, criadora, prazerosa, para se tornar um mero meio de subsistência. O trabalho alienado não só produz mercadorias como produz o próprio homem como mercadoria (CARVALHO, 2000).

O fato de que o trabalho seja ao mesmo tempo uma ocupação cotidiana e uma atividade imediatamente genérica que supera a cotidianidade deriva-se da especificidade ontológica do trabalho e não tem nenhuma relação necessária com sua alienação. O trabalho seguirá sendo sempre o reino da necessidade (HELLER, 1991).

Em sua avaliação acerca da vida cotidiana, Heller (1991; 1992) considera ser esta, em todas as esferas da realidade, a que mais se presta à alienação. O homem devorado por e em seus “papéis” pode orientar-se na cotidianidade através do simples cumprimento adequado desses. A assimilação espontânea das normas dominantes pode converte-se por si mesma em

conformismo. Para a autora, a vida cotidiana não é práxis, a atividade prática do indivíduo só se eleva ao nível da práxis quando é atividade humano-genérica consciente; por conseguinte, a atitude na vida cotidiana é absolutamente pragmática. O pensamento cotidiano é fixado na experiência, empírico e, ao mesmo tempo, ultrageneralizador (HELLER, 1992; 1991).

Entretanto, Heller (1992) reafirma que a estrutura da vida cotidiana, embora constitua indubitavelmente um terreno propício à alienação, não é de nenhum modo necessariamente alienada. A alienação contamina e sufoca a vida cotidiana. Existe alienação quando ocorre um abismo entre o desenvolvimento humano-genérico e as possibilidades de desenvolvimento dos indivíduos, entre a produção humano-genérica e a participação consciente do indivíduo nessa produção. A vida cotidiana não é alienada, necessariamente, em consequência de sua estrutura, mas em apenas determinadas circunstâncias sociais, pois todo homem pode ser completo, inclusive na cotidianidade.

Heller (1982) propõe a realização de uma sociedade não alienada, não é a abolição da vida cotidiana, mas sim a criação de uma vida cotidiana não alienada, ou a transformação permanente da vida cotidiana é o objetivo.

A necessidade de explorar o referencial teórico acerca do cotidiano, fundamentado em Agnes Heller, faz-se presente na perspectiva de análise do trabalho, realizado por essa autora, enquanto parte da vida cotidiana não alienada, para então podermos discutir o cotidiano do trabalho de enfermagem.

Padredi (1993) considera que a análise da prática cotidiana da enfermagem numa unidade hospitalar não se restringe à observação das ações e interações dos atores, ela inclui analisar idéias, emoções, valores, conceitos, filosofias e normas institucionais, bem como o contexto histórico no qual se insere. Portanto, analisar o cotidiano da enfermagem hospitalar, enfermeira, técnicos e auxiliares de enfermagem, possibilita-nos compreender o exercício da profissão dentro de um espaço determinado, permitindo-nos delinear o trabalho de enfermagem.

### **3.2 Trajetória Metodológica**

Para Minayo (1994b) na pesquisa qualitativa, o trabalho de campo se apresenta como uma possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo.

### **- O Campo de Pesquisa:**

O campo de pesquisa, segundo Minayo (1994a), é o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação. Neste estudo, o campo de pesquisa foi o espaço de internação da Clínica Cirúrgica de um hospital de médio porte, da rede pública estadual de saúde em São Luís-MA, que interna usuários adultos do Sistema Único de Saúde (SUS) para cirurgias programadas, tendo como sujeitos enfermeiras<sup>1</sup>, técnicas e auxiliares de enfermagem que exercem seu trabalho nesse campo.

A instituição em estudo foi fundada em 1847, é hospital mais antigo da cidade, conhecido popularmente como “Hospital Geral”, tem como unidade mantenedora a Secretaria de Estado de Saúde, foi Hospital Escola da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), nas décadas de 60 a 80 (1961 a 1985), suspenso em 1985, quando a UFMA firmou convênio com o Hospital dos Servidores do Estado. Na década de 90, o Hospital Geral, por falta de condições de funcionamento, passou três anos desativado. Nesse período, seus funcionários foram distribuídos nas outras instituições de saúde do Estado, Município e Federal.

Em 1990, com a dissolução do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), duas de suas instituições de Saúde em São Luís – MA, passaram para a gerência da UFMA, transformando-se em Hospitais Universitários. No ano de 2000, a UFMA reintegrou o Hospital Geral as suas unidades de saúde, permanecendo por três anos sob sua administração. Em tal período, esse hospital passou por uma ampla reforma física, modernizando as suas dependências, obedecendo aos pré-requisitos legais para funcionamento das instituições hospitalares, tendo como objetivo primordial o atendimento multidisciplinar na atenção à saúde da população.

Em 2003, devido a conflitos entre a Universidade e o gestor estadual de saúde, o referido hospital foi reintegrado ao Estado. Em 2005, o gestor estadual firmou convênio entre o Hospital Geral e uma Universidade da rede particular de ensino em São Luís – MA, por seis anos, com contrato de exclusividade (ainda vigente), convênio esse questionado pelos movimentos sociais junto à Promotoria da Saúde, que estabeleceu um termo de conduta para o gestor estadual.

A gerência do Hospital Geral é cargo de confiança indicado pelo governador do Estado e/ou secretário de estado da saúde. Nem sempre é escolhido para diretor geral

---

<sup>1</sup> No período de estudo so havia trabalhadoras de enfermagem do sexo feminino

profissionais da instituição. No período de execução da pesquisa, transição entre governos, houve dois diretores, ou seja, a diretoria muda sempre que muda o governador do Estado, ou até mesmo durante a mesma administração, por conflitos políticos, alterando o funcionamento da instituição.

O corpo de profissionais é composto por médicos de várias especialidades, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos e auxiliares de enfermagem e pessoal administrativo, além do pessoal de apoio (maqueiro, motorista, segurança). O vínculo institucional desses profissionais é via concurso público para o Estado e, atualmente, em sua grande maioria, é de contratos temporários por cooperativas ou organizações não governamentais, que são renovados a cada ano, tendo em vista que o último concurso público para a Secretaria de Estado da Saúde foi realizado em 1992.

O Hospital Geral localiza-se no centro da cidade de São Luís, possui 119 leitos hospitalares e atende sob demanda os usuários do Sistema Único de Saúde, possui 60 leitos de clínica médica, 51 leitos de clínica cirúrgica e 08 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Oferece os seguintes serviços a população: cirurgias geral e especializadas (torácica, neurocirurgia, ginecologia, ortopedia, plástica, cabeça e pescoço), clínica médica, oncologia, centro-cirúrgico, ambulatório de especialidades, serviços de diagnóstico e terapêutica (laboratório de análises clínica, endoscopia, radiologia, ultrassonografia).

O Hospital Geral possui dois pavimentos, no térreo estão situados o ambulatório, os serviços administrativos, o refeitório, a lavanderia, o serviço social, o serviço de pronto atendimento da oncologia, repouso médico e de enfermeiras (os). No segundo piso, encontram-se os serviços de clínica médica, clínica cirúrgica, centro-cirúrgico, UTI, farmácia, central de material e esterilização, oncologia e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH).

A clínica cirúrgica do hospital geral está situada no segundo piso, possui 63 leitos (12 leitos cedidos para clínica médica) e 51 leitos cirúrgicos, distribuídos em duas alas A e B. A ala B possui 36 leitos com 06 enfermarias de 06 leitos cada, três enfermarias femininas e três enfermarias masculinas. A ala A possui 27 leitos com 05 enfermarias, uma de 03 leitos (feminina) e 04 de 06 leitos (duas femininas e duas masculinas). O posto de enfermagem está centralizado em relação às duas alas, possui uma antessala onde fica a secretária e em torno há um balcão para atendimento das solicitações; os pacientes e acompanhantes não têm acesso ao posto de enfermagem; dentro do posto há uma pequena sala, utilizada como copa pelas trabalhadoras do setor, contando com geladeira e armários para guarda de pertences das

mesmas. O banheiro para funcionários localiza-se à esquerda do posto, há também uma sala de prescrição para os médicos com banheiro e ar condicionado.

O posto de enfermagem é um espaço relativamente pequeno para o trabalho da equipe de enfermagem. E conta com a seguinte estrutura: uma bancada com pia de inox para preparo de medicação, um armário sob a pia para guarda de soluções, um balcão para anotações, um armário de parede individualizado para guarda de prontuários, e outro para medicação, também individualizado conforme os leitos da clínica. Está em processo de reforma um espaço para construção de outro posto de enfermagem na ala A, previsto para ser inaugurado em outubro de 2007.

O serviço de enfermagem possui uma coordenação geral, cargo de confiança da direção, uma coordenadora em cada serviço e enfermeiras plantonistas. Está composto por 58 enfermeiras (os) e 180 dentre técnicos e auxiliares de enfermagem, distribuídos entre os turnos da manhã, tarde e noite. Durante o período da pesquisa, houve duas coordenadoras gerais para o serviço de enfermagem, concomitante à alteração da diretoria da instituição.

#### **- As Técnicas de Coleta:**

As técnicas de coleta de dados utilizadas neste estudo foram a observação participante, a entrevista e os dados secundários da instituição que normatizam o serviço de enfermagem. As fontes secundárias permitiram a estruturação do serviço de enfermagem, do grupo em estudo, e da sua constituição social, levando a construção da vida cotidiana, essência da vida do grupo.

A **observação participante** é definida por Becker (1999, p. 47) como sendo:

A coleta de dados através da participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo ou organização que estuda, observando as pessoas e as situações com que se deparam normalmente e como se comportam diante delas, procurando conversar com os participantes da situação e descobrir as interpretações que eles têm sobre os acontecimentos.

Segundo Cicourel (1980) e Cruz Neto (1994), na observação participante, o pesquisador está sujeito a desempenhar vários papéis, em que ele, sendo parte do contexto em observação, pode modificar e ser modificado pelo mesmo contexto. Nesta situação, a

participação do pesquisador pode variar de participante total a observador total, sendo que essa modalidade de variação vai depender da sua participação na vida do grupo.

Para o registro dos dados da observação utilizou-se o diário de campo. Triviños (1987) expõe que o diário de campo pode ser entendido como todo o processo de coleta e análise de informações, isto é, compreende descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas e a compreensão da totalidade da situação em estudo. Nesse sentido, o autor coloca que o diário de campo deve conter todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas. Recomenda-se que o diário de campo deve ser feito sistematicamente no curso dos trabalhos. Além da observação participante, utilizou-se a entrevista. A entrevista foi realizada no intuito de obter uma maior profundidade na compreensão do cotidiano do trabalho de enfermagem.

Segundo Cruz Neto (1994, p.57) a **entrevista** “[...] é o procedimento mais usual no trabalho de campo, através dela, o pesquisador busca obter informes contido na fala dos sujeitos do estudo”. Ela não significa uma conversa desprezenciosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos sujeitos que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Pode ser individual ou coletiva, e deve ser entendida como uma conversa a dois com propósitos bem definidos, ou seja, obter informações sobre um determinado tema científico (CRUZ NETO, 1994).

Neste estudo, as entrevistas foram individuais e abertas ou não-estruturadas, nas quais os sujeitos abordaram livremente o tema proposto. Todas as entrevistas foram gravadas, com o consentimento dos mesmos, e versaram acerca das seguintes questões:

- Fale sobre o seu cotidiano de trabalho.
- O que é o cotidiano para você?

#### **- A Coleta de Dados:**

Os dados foram coletados após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (parecer em anexo), e liberação da Diretoria do Hospital Geral. A pesquisa teve início em junho de 2006 com a apresentação do projeto a Coordenação Geral de Enfermagem e, em seguida, às enfermeiras e auxiliares de enfermagem da clínica cirúrgica da instituição. A observação participante teve a duração de um ano, com início em julho de 2006 a setembro de 2007. A essa época, houve

uma interrupção de 03 meses, por afastamento da pesquisadora do campo, devido a necessidades curriculares da mesma.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro do mesmo ano, no final do período de observação. Participaram as enfermeiras e auxiliares que permaneceram no serviço durante todo o período de observação e que concordaram em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice 1) que assegura o sigilo e o anonimato das informações fornecidas, segundo a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata da pesquisa com seres humanos. Dentre as auxiliares, a escolha deu-se por turma de plantões diurno e noturno, e sorteio por escalas. As entrevistas foram gravadas em fita cassete com duração mínima de trinta e m minutos.

#### **- Os Sujeitos do Estudo:**

A clínica cirúrgica possui o seguinte quadro de funcionários: 10 enfermeiras, 06 do turno diurno (manhã e/ ou tarde) e 04 do noturno. Dentre as enfermeiras do turno diurno, uma é coordenadora e trabalha de segunda a sexta-feira pela manhã e as outras trabalham nos plantões manhã e/ou tarde, e nos finais de semana no sistema de SD (serviço diurno - 7 às 19h), e as enfermeiras do noturno trabalham em sistema de SN (serviço noturno - 19 às 7h).

Três (03) secretárias no posto de enfermagem, 02 pela manhã e 01 à tarde, para providenciarem a marcação de exames, o censo da clínica (controle de admissões, altas e óbitos), auxiliar os médicos na visita e prescrição, encaminhamento das prescrições para farmácia e organização de prontuários.

Dentre as trabalhadoras de enfermagem de nível médio (auxiliar e técnico de enfermagem) todas são contratadas como auxiliar, por não existir no quadro funcional do Estado o cargo de técnico de enfermagem. A clínica possui 40 auxiliares de enfermagem, 22 trabalham no serviço diurno (SD) e 18 no serviço noturno (SN). Todas as trabalhadoras de enfermagem de nível médio do turno diurno trabalham em sistema de SD.

A clínica cirúrgica conta com uma Comissão de Curativo composta por 01 enfermeira e 04 auxiliares de enfermagem, uma diarista (plantão matutino de segunda a sexta-feira) e 03 plantonistas (SD) que se revezam diariamente (um SD e duas folgas). Os membros dessa equipe não fazem parte da escala do setor, ou seja, elas não se envolvem em outras atividades da assistência, elas executam os procedimentos relacionados ao tratamento de feridas e cateteres.

A clínica possui ainda um maqueiro, esse trabalhador é responsável pelo transporte dos pacientes para exames, altas e ao centro cirúrgico. Todos os setores de internação têm esse trabalhador como parte de sua equipe e em regime de SD (12 por 24h).

**- As características do grupo:**

Esse espaço traz os dados dos sujeitos da pesquisa que permaneceram na clínica cirúrgica durante todo o período da coleta de dados, ou seja, período da observação participante. Esse critério de inclusão foi necessário, pelo remanejamento freqüente das trabalhadoras entre os setores nessa instituição.

Dentre as 11 enfermeiras da clínica cirúrgica foram coletados os dados de 09, cinco do período diurno, três do noturno e a enfermeira da comissão de curativo. Destacamos que no período da coleta de dados a comissão de curativo teve três enfermeiras, uma pediu demissão, outra mudou de setor, sendo contratada uma terceira, que foi nossa entrevistada. O mesmo aconteceu com as enfermeiras do setor, foram transferidas para outros setores ou pediram demissão.

Todas as enfermeiras do setor são mulheres na faixa etária entre 26 a 56 anos, com tempo de formação de, no mínimo, 03 e máximo de 26 anos. Dentre essas enfermeiras, 07 têm cursos de especialização e 03 têm mais de uma especialização (auditoria em saúde, saúde da família, enfermagem obstétrica, PROFÁE, centro cirúrgico e central de material e esterilização, gestão em saúde, estomoterapia). Em relação ao estado civil, 07 enfermeiras são casadas, 01 divorciada e 01 é solteira, só 03 não têm filhos.

O vínculo empregatício é o Estado e o Instituto Cidadania e Natureza (ICN), organização social não governamental que mantém convênio com a Secretaria de Estado da Saúde para contrato dos servidores. O contrato é regido pela CLT e esse instituto foi criado há dois anos.

Entre as nove enfermeiras, 02 são funcionárias do Estado, foram admitidas via concurso público e estão no serviço há 21 anos. As outras 07 enfermeiras são contratadas pelo ICN, e apesar dessa instituição só ter dois anos de criação, o tempo de instituição dessas enfermeiras variou de 01 a 07 anos, ou seja, essas enfermeiras estão na instituição via contratos por cooperativas anteriores ao instituto, sem direitos trabalhistas.

Todas as enfermeiras possuem um segundo ou terceiro vínculo, 04 com dois vínculos, 04 com três vínculos e 01 com mais de 03 vínculos, portanto, todas possuem tripla ou mais jornadas de trabalho. Totalizando uma jornada de trabalho de 60h a 100h semanais.

A renda mensal das mesmas está em torno de R\$ 4 000,00 a R\$ 6 000,00, e a renda familiar soma até R\$ 10 000,00 em duas das famílias. Todas se locomovem para o trabalho em carro próprio e moram em residência própria.

Entre as trabalhadoras de enfermagem de nível médio, num total de 40, foram coletados os dados de 33. Dessas, 19 do período diurno, 13 do noturno e 01 da comissão de curativo. A rotatividade nos setores por essas trabalhadoras é mais intenso que entre as enfermeiras, elas estão sempre mudando de setor para cobrirem férias ou licença das colegas. Nem todas essas 33 trabalhadoras permaneceram no setor durante o período de coleta, mas foram as que permaneceram por mais tempo na clínica.

Todas as trabalhadoras de nível médio do setor, são mulheres na faixa etária entre 24 a 59 anos, com tempo de formação de, no mínimo, 03 e máximo 30 anos. Dentre essas, 06 cursam a graduação em enfermagem e 16 cursam ou já cursaram cursos de capacitação (enfermagem do trabalho, primeiros socorros, instrumentação cirúrgica, entre outros). Quanto ao estado civil, 13 são casadas, 02 separadas e 18 são solteiras. Quanto aos filhos, 24 tem filhos. Há nove, entre essas trabalhadoras que são chefes de família.

O vínculo empregatício é o Estado e o Instituto Cidadania e Natureza (ICN). Entre as 33 trabalhadoras de nível médio, 08 são funcionárias do Estado, foram admitidas via concurso público e estão no serviço há mais de 16 anos. As outras 25 são contratadas pelo ICN, em igual condição à das enfermeiras, o tempo de instituição das mesmas variou de 02 a 08 anos, ou seja, todas estão na instituição via contratos por cooperativas anteriores ao instituto e sem direitos trabalhistas.

Destaca-se que os contratos com o ICN não foram retroativos ao tempo das mesmas na instituição, tanto para enfermeiras como para auxiliares e técnicas de enfermagem. O tempo de contrato via CLT é de no máximo dois anos. Em relação a outros vínculos, 17 não possuem um segundo vínculo, 16 têm outro vínculo, dentre essas, 14 tem dois vínculos e 02 tem três vínculos. Portanto, todas possuem dupla ou tripla jornada de trabalho. A jornada de trabalho das mesmas é de 30h a 96h semanais. Dentre essas trabalhadoras que não possuem outro vínculo, encontramos 03 auxiliares que estão frequentemente no plantão, além de suas escalas de serviço, elas tiram plantão para as colegas. Observamos que essas trabalhadoras

permanecem no plantão por até 36 horas contínuas, muitas vezes, em condições de saúde desfavoráveis.

A renda mensal das mesmas é de R\$ 417,00 a R\$ 1 900,00, e a renda familiar de até R\$ 3 000,00 em um único caso. A locomoção para o trabalho é majoritariamente de ônibus ou transporte alternativo.

#### **- Tratamento e Análise dos Dados:**

Participaram das entrevistas 08 enfermeiras e 09 trabalhadoras de enfermagem de nível médio, o critério para escolha das mesmas, além da permanência no serviço, foi aceitarem participar da mesma e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1). Entre as trabalhadoras de enfermagem de nível médio, além desses critérios, a escolha foi por sorteio em cada escala de plantão, para que todos os plantões fossem contemplados em todos os turnos.

Todas as entrevistas foram gravadas, transcritas e apresentadas às entrevistadas para as correções necessárias e autorização da sua divulgação. Em seguida, foram consideradas à luz da análise de conteúdo de Bardin (1995).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1995, p. 42).

Para Bardin (1995), os saberes deduzidos da análise de conteúdo podem ser de natureza psicológica, sociológica, histórica, econômica etc. A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção e ou recepção da mensagem; inferência essa que recorre a indicadores (quantitativos ou não), quando o analista trata as mensagens para inferir (deduzir de maneira lógica) conhecimentos sobre o emissor ou sobre seu meio.

Pertencem, pois, ao domínio da análise de conteúdo, todas as iniciativas que, a partir de um conjunto de técnicas parciais, mas complementares, consistem na explicitação e sistematização do conteúdo das mensagens e da expressão deste conteúdo. A descrição

analítica funciona segundo procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. É o tratamento da informação contida nas mensagens (BARDIN, 1995).

Bardin (1995) referencia que a análise de conteúdo compreende as fases de pré-análise em que é realizado a leitura flutuante das entrevistas transcritas, em que é seguido o critério da exaustividade. Após a leitura flutuante, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos. A organização dos dados compreende a codificação que se dá por meio da escolha das unidades de registro, enumeração das mesmas, permitindo estabelecer quadros de resultados, diagramas, modelos, figuras, os quais condensam e põem em relevo as informações fornecidas pela análise, e, por último, a classificação e agregação, ou seja, escolha das categorias.

Para Bardin (1995), a categorização é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento, segundo o gênero com os critérios previamente definidos. As categorias são rubricas ou classes, as quais reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) sob um título genérico, agrupamento esse efetuado em razão dos caracteres comuns destes elementos. A categorização tem como primeiro objetivo fornecer, por condensação, uma representação simplificada dos dados brutos do texto, as inferências finais são efetuadas a partir do material reconstruído.

Entre as diferentes possibilidades de categorização, a investigação dos temas, ou análise categorial temática, é rápida e eficaz na condição de se aplicar a discursos diretos e simples. O tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente do texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura. O texto pode ser recortado em idéias constituintes, em enunciados e em proposições portadores de significações isoláveis (BARDIN, 1995).

O tema é geralmente utilizado como unidade de registro para estudar as motivações de opiniões, de atitudes, de valores, de crenças, de tendências etc. As respostas a questões abertas, as entrevistas, individuais ou em grupo, podem ser, e são frequentemente, analisadas tendo o tema por base. Nesse sentido, as entrevistas analisadas levaram a temas que indicaram subcategorias condensadas nas categorias de análise a saber “*o cotidiano do trabalho em enfermagem*” e “*reflexões sobre o cotidiano*”.

O diário de campo foi redigido e complementa a análise das categorias elaboradas e analisadas à luz da literatura específica.

## *CAPÍTULO IV*

## **4 O COTIDIANO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM**

A estrutura do trabalho em enfermagem guarda aproximações com a estrutura do cotidiano, conforme a concepção de Heller (1991) e dos autores trabalhados neste estudo. Essa semelhança é observada no desenvolvimento das atividades de enfermagem, vistas por seus trabalhadores como rotineiras, repetitivas, especialmente pelo fazer fragmentado compreendido pela execução de tarefas.

O cotidiano do trabalho em enfermagem é abordado como categoria central e as subcategorias são denominadas de Processo de Trabalho em Enfermagem e Condições de Trabalho, nas quais foram classificadas as falas que compreendem o desenvolver do trabalho em enfermagem e as condições necessárias para o seu desenvolvimento respectivamente.

### **4.1 Processo de Trabalho em Enfermagem**

Relata-se abaixo o cotidiano do processo de trabalho em enfermagem na clínica cirúrgica, conforme o diário de campo:

“O plantão do dia tem início às 7h da manhã com a troca da equipe noturna para equipe diurna do seguinte modo, as trabalhadoras que não vão continuar em outro trabalho fazem o relato verbal das intercorrências de maior prioridade para as que recebem, ato que caracteriza a passagem de plantão. A passagem de plantão entre as enfermeiras não é regular, na maioria das vezes dá-se por meio do relatório de enfermagem<sup>2</sup>. Após tomar conhecimento acerca do plantão anterior e mapa cirúrgico, a enfermeira confere a lista dos pacientes internados para proceder a divisão das trabalhadoras de nível médio entre os pacientes. No plantão diurno, contamos sempre com 01 a 02 enfermeiras e 07 a 08 trabalhadoras de nível médio. Quando há faltas, a enfermeira providencia o remanejamento entre os setores, se necessário. Nesse início da manhã

---

<sup>2</sup>Livro ata de uso exclusivo da enfermeira para anotações, presente entre todos os setores da instituição. O relatório de enfermagem contém informações sobre a equipe de enfermagem, (presenças, trocas ou ausências), equipamentos do setor, medicação psicotrópica, intercorrências e movimentação dos pacientes (admissões, altas, óbitos), marcação de exames internos e externos entre outros.

ocorre o encaminhamento dos pacientes para centro-cirúrgico conforme o horário da cirurgia.

Seguida a divisão dos pacientes as trabalhadoras de nível médio fazem as visitas aos seus pacientes, a enfermeira inicia a visita a toda a clínica (os 63 pacientes). Na visita, que dura em média trinta minutos, a enfermeira confere a lista de pacientes internados e toma conhecimento acerca do estado dos mesmos, e a condição de pré ou pós-operatório, bem como os exames agendados para o dia, conferindo o preparo (jejum e/ou preparo medicamentoso), ver ferida operatória, orienta para os primeiros cuidados pós-cirurgia e tira as dúvidas de pacientes e/ou familiares. Durante a visita, esse ritual pode ser interrompido por diversas vezes, por motivos tais como: solicitação médica, serviço de nutrição, limpeza, manutenção, entre outros.

Concluída a visita, a enfermeira define os cuidados prioritários e passa a desenvolver o planejamento da implementação do plano terapêutico médico a ser executado pelas trabalhadoras de nível médio, que fazem ainda encaminhamento e recepção das referidas prescrições na farmácia. Essa atividade perdura no curso do plantão, podendo, às vezes estender-se até o plantão seguinte. Concomitante ao plano terapêutico, a enfermeira faz o controle de psicotrópico do estoque mantido na clínica para possíveis intercorrências, ela também dá início ao relatório do turno. Em seguida a essas atividades, a enfermeira procede a realização dos cuidados junto aos pacientes, como cateterismos, administração de nutrição parenteral e hemoderivados, entre outros procedimentos, as solicitações a mesma são frequentes, tanto pelos médicos, ao chegarem no setor, quanto por outros serviços, pacientes e familiares; há também as altas hospitalares, em que é necessária a orientação da enfermeira para os cuidados pós-operatórios a pacientes e familiares. No decorrer da manhã, a enfermeira desenvolve atividades complementares ao ato médico e proporciona condições para o desenvolvimento do trabalho de sua equipe.

Sempre que há duas enfermeiras no plantão, elas se dividem da seguinte forma, uma fica no posto providenciando os serviços

administrativos, tais como, planejamento do plano terapêutico, controle de psicotrópicos, relatório de enfermagem e censo da clínica (controle de admissões, transferências, altas e óbitos de pacientes), e a outra faz a visita para em seguida dar início aos procedimentos junto aos pacientes.

As trabalhadoras de nível médio, após a visita, estabelecem seus planos de atividades: verificar sinais vitais (temperatura e pressão arterial), providenciarem os banhos no leito ou auxílio ao banho de aspersão se necessário, trocar soluções parenterais, punções venosas, administrar medicações conforme horário e atender às solicitações de pacientes e familiares, que são frequentes (aproximadamente a cada 15 minutos).

A enfermeira e as trabalhadoras de enfermagem de nível médio da comissão de curativo iniciam seu trabalho às 7h, com a visita da enfermeira a todos os pacientes das clínicas cirúrgica e médica, porque a comissão de curativo atende os dois setores. Na visita, a enfermeira faz o levantamento dos pacientes portadores de feridas, cateteres e drenos e distribui sua equipe (duas trabalhadoras de nível médio) entre as clínicas, determinando procedimentos e materiais a serem utilizados. O curativo das feridas abertas é executado pela enfermeira da comissão. O trabalho dessa equipe geralmente vai até às 13h, quando a enfermeira e uma das trabalhadoras de nível médio concluem seu plantão; a outra permanece até as 19h. As anotações dessa comissão são feitas em uma ficha controle, específica da comissão; só a enfermeira faz anotações no prontuário, as trabalhadoras de nível médio da comissão repassam para as colegas do plantão os dados em relação à ferida e aos débitos de drenos para que as mesmas procedam os registros. Essas trabalhadoras da comissão referem não dar tempo para executarem as anotações após os curativos. No turno da tarde, a trabalhadora de SD realiza troca de curativos saturados e esvaziamento de bolsas coletoras de drenos.

O turno de trabalho da manhã é concluído às 13h, mas só há troca de equipes entre as enfermeiras, as trabalhadoras de nível médio permanecem no plantão, seu horário de almoço é das 11h30 às 13h. A passagem de plantão entre as enfermeiras procede da mesma forma do

período da manhã, exceto quando alguma enfermeira do plantão está de SD.

A clínica cirúrgica tem em seus turnos de trabalho rotinas diferenciadas, para a enfermeira que chega, após tomar conhecimento do plantão pelo relatório e a equipe que permanece no serviço, ela dá início a visita na clínica. Após a visita, ela faz a redistribuição de sua equipe entre os pacientes, em decorrência das altas, que sempre ocorrem no período da manhã e as admissões que vão ocorrer no período da tarde, para que as trabalhadoras de nível médio mantenham um quantitativo de pacientes semelhante.

De forma geral, as trabalhadoras de enfermagem informam que o turno da tarde é mais tumultuado, elas têm que se dividir em várias tarefas simultaneamente, tais como, receber e conferir as medicações da farmácia, administrar as medicações prescritas nos horários das 14h, 16h e 18h, receber os pacientes que retornam do centro cirúrgico e requerem uma atenção maior, pela fragilidade de seu quadro clínico, além de receberem os pacientes que estão sendo admitidos, logo, no período da tarde há uma sobrecarga de tarefas para essas trabalhadoras.

As admissões têm início a partir das 14h, a enfermeira admite o paciente, realizando o histórico de enfermagem, levantamento de dados do mesmo e exame físico. Em seguida, as trabalhadoras de nível médio preparam o leito e levam o paciente, providenciando sua troca de roupa e a verificação dos sinais vitais (pressão arterial e temperatura). A enfermeira, além das admissões, atende às intercorrências dos pacientes em pós-operatório imediato, tais como, retenção urinária, pequenos sangramentos e outros. Há também a continuidade do planejamento do plano terapêutico que, geralmente, estende-se no período da tarde. A relação dos pacientes para cirurgias do dia seguinte é encaminhada pelo centro cirúrgico até às 16h, para que a enfermeira possa providenciar o preparo desse paciente, se necessário. Nesse período, há as visitas de familiares ou amigos no horário das 16h às 17h, que também demanda atenção da equipe de enfermagem.

O plantão do dia é concluído às 19h, quando há troca de equipes; ao término do turno de trabalho, as trabalhadoras de nível médio fazem um relato acerca do quadro clínico de cada paciente sob seus cuidados no plano terapêutico, incluindo estado geral, alteração de sinais vitais, controle de débitos e outros. A enfermeira conclui o relatório de enfermagem e atualiza a relação de pacientes internados e censo da clínica. Junto a sua equipe, quando possível, a mesma aguarda a troca da equipe do plantão noturno.

O plantão noturno tem início às 19h e há troca completa da equipe, o modo de proceder a passagem de plantão não difere dos outros turnos. No período noturno, temos uma enfermeira e seis trabalhadoras de nível médio em cada plantão. Ao chegar, a enfermeira toma conhecimento do plantão e faz a distribuição das trabalhadoras de nível médio entre os pacientes internados, faz a visita conferindo a relação de pacientes e o mapa cirúrgico, para informar os pacientes sobre o preparo para cirurgia e avalia os que estão em pós-operatório imediato. Em seguida, confere a implementação dos planos terapêuticos para tomar ciência acerca do executado durante o dia. Na falta de algum medicamento ou material, a mesma providencia junto aos outros setores, tendo em vista que a farmácia é fechada no período noturno; em seguida, executa os procedimentos que se fizerem necessários junto aos pacientes.

As trabalhadoras de nível médio fazem a visita aos seus pacientes, verificam os sinais vitais, preparam as medicações a serem administradas nos horários de 22h e 00h e, em seguida, iniciam o preparo pré-operatório (preparo intestinal/enema e tricotomia<sup>3</sup>), o jejum tem início a partir das 22h. Após os preparos, elas administram as medicações de horário, concomitante às atividades programadas, elas atendem às solicitações e intercorrências, que são frequentes entre os pacientes em pós-operatório imediato. Quando necessário, solicitam a presença da enfermeira.

A ceia tem início às 23h e há o revezamento entre as trabalhadoras para não deixarem o setor ao mesmo tempo. Após a

---

<sup>3</sup> Tricotomia: ato de corte de pêlos da pele com lâmina.

medicação das 00h, se não há pacientes graves, elas se preparam para o descanso. As trabalhadoras de nível médio permanecem no posto de enfermagem e providenciam colchonetes, a enfermeira tem um espaço para repouso que fica em outro pavimento, é um repouso único para as enfermeiras do trabalho noturno. Algumas enfermeiras descem após a ceia, outras permanecem até 01h; às 00h a enfermeira deve fechar o censo da clínica (movimentação de pacientes) e encaminhá-lo à supervisora de enfermagem do serviço noturno, para manter a administração do hospital informada acerca do total de leitos ocupados. O período do descanso vai até às 05h, quando as trabalhadoras de nível médio iniciam o preparo das medicações das 06h. Nesse intervalo (entre 00h e 05h), há freqüentes solicitações para troca de soluções parenterais, queixas de dor, sangramentos, náuseas, vômitos e outros. Sempre que são solicitadas, essas trabalhadoras procuram atender seus pacientes, quando necessário, elas chamam a enfermeira (troca de curativo, sangramentos, retenção urinária ou agravamento do quadro clínico de algum paciente).

Após a administração das medicações das 06h, as trabalhadoras de nível médio fazem controle de débitos (urina, drenos), recolhem as aparadeiras e papagaios<sup>4</sup> utilizados pelos pacientes durante o dia e levam para o expurgo para serem devidamente desinfetados, providenciam banho e roupas limpas para os pacientes que têm cirurgia programada para às 7h30h e, em seguida, procedem anotações no plano terapêutico de cada paciente. O café da manhã é oferecido a partir das 06h. A enfermeira, ao retornar do repouso, geralmente às 5h30h, faz uma rápida visita aos pacientes, conferindo o procedimento pré-operatório ou para exames, reiterando que os mesmos devem manter jejum até a hora da cirurgia, conclui o relatório de enfermagem e, quando possível, aguarda a troca de equipes junto às trabalhadoras de nível médio para passagem do plantão às 07h.”

O supracitado relato do dia laboral das trabalhadoras de enfermagem vem confirmar a aproximação do trabalho de enfermagem com a estrutura da vida cotidiana. Pode-se perceber

---

<sup>4</sup> Aparadeira e papagaio: dispositivos utilizados para a coleta das eliminações urinárias e intestinais.

as rotinas presente no cotidiano do trabalho em clínica cirúrgica, as suas alterações de acordos com os turnos e a heterogeneidade das atividades executadas pelas trabalhadoras de enfermagem que, além de cumprirem as rotinas do plantão (apêndice 2), são sempre solicitadas para atividades variadas no decorrer do turno de trabalho e, independente do procedimento que estejam executando, têm que interrompê-los para atender à demanda solicitada.

O processo de trabalho em enfermagem caracterizou-se como predominantemente feminino, em todos os níveis, tendo em vista que todas as trabalhadoras do setor, no período em estudo, eram mulheres. Conservando ainda a divisão técnica e social do trabalho, tendo suas atividades devidamente dividida entre enfermeiras e trabalhadoras de nível médio. As rotinas (apêndice 2) presentes em todos os turnos permeiam o cotidiano do trabalho de enfermagem, bem como as relações de interdependência com outros serviços, especialmente com o serviço médico.

Lopes (1996) e Alves (2000) referem que a noção de cuidado é uma ação concebida como feminina e produto das qualidades naturais das mulheres - ou seja, cuidar é trabalho de mulher - as quais repousam na concepção de trabalho de enfermagem. Lopes (1996) cita que a feminização da prática de enfermagem ou do cuidado prevalece na globalidade do trabalho hospitalar e Alves (2000) aponta que 96,4% dos trabalhadores de enfermagem são do sexo feminino. Oliveira (1999), Nogueira (2004) e Hirata (2002) asseveram que a participação das mulheres no mercado de trabalho deu-se de forma predominante nas posições tradicionalmente femininas em que o trabalho se assemelhava ao consumo familiar, requerendo habilidades manuais, dentre essas, citam-se a manufatura, a enfermagem, o magistério, o comércio, e outras. Para essas autoras, o mundo do trabalho tem dois sexos, os papéis sociais de homens e mulheres não são produtos de um destino biológico, e sim construções sociais que têm uma base material; a divisão sexual do trabalho está no centro do poder que os homens exercem sobre as mulheres. O que determina, portanto, o conteúdo do trabalho feminino não é o trabalho tomado a partir de conhecimento, e sim, sua posição de (des) valorização no mercado (OLIVEIRA, 1999; NOGUEIRA, 2004; HIRATA, 2002).

Lopes (1996) considera ainda que as enfermeiras são produtos da construção sócio-histórica de sua profissão, da interação e suas interrelações com outras profissões. Cuidar, enquanto trabalho, é como exercer um papel em continuidade com o longo preparo do processo de socialização das mulheres. Atributos como competência, capacidade, inteligência, criatividade, entre outros, são menos importante (LOPES, 1996).

Segundo Pereira (1991; 1999), os homens surgem na enfermagem por influência das ordens religiosas (jesuítas e ordem de São Vicente de Paula) e militares pela necessidade da força física do enfermeiro, fato evidenciado no atendimento aos soldados nas guerras. Além dessas duas vertentes religiosas e da exploração da força física, ainda se encontra a influência da vertente cultural identificada pela separação de doentes pelo sexo, determinando o aparecimento desses profissionais para tratar dos doentes do mesmo sexo. Tais vertentes levaram à absorção do trabalhador homem na enfermagem nas áreas onde a presença dos mesmos ou da força física é “quase indispensável” ou onde eles poderiam exercer um “melhor atendimento” como na psiquiatria, ortopedia e traumatologia, urologia, neurologia, emergências e reabilitação (grifos do autor).

Lopes (1996) ressalta que é baseado na força física que repousa a lógica social das práticas masculinas no cuidado. Pereira (1999) cita a dificuldade dos homens em serem absorvidos no mercado de trabalho para uma profissão predominantemente feminina e para desenvolver as atividades de cuidar, especialmente, no mercado privado; em relação ao manuseio com pacientes do sexo feminino, os sujeitos de seu estudo não relacionaram dificuldades, pois segundo os mesmos, as pacientes aceitam bem o cuidado pelo enfermeiro, desde que esse seja com profissionalismo e ética. Os enfermeiros reconhecem que são mais valorizados quando é necessário que utilizem a força física e que o preconceito está nas próprias pessoas, principalmente, nos cuidadores. Pereira (1999) explana ainda, acreditarem os enfermeiros, que a presença masculina na profissão ajuda na composição de uma imagem de maior respeito e confiança, especialmente nas relações interprofissionais médico-enfermeiro, que costumam ser menos opressoras.

A organização hospitalar, na sua diversidade de qualificações e na complexidade de seus processos de trabalho, é a expressão mais acabada da divisão social e sexual do trabalho no setor saúde (LOPES, 1996; ADAM, HERLZLICHE, 2001).

A divisão técnica e social do trabalho de enfermagem, resultante de sua profissionalização, está presente na equipe de enfermagem formada por enfermeiras e trabalhadoras de nível médio, técnicas e auxiliares de enfermagem. A essas trabalhadoras são distribuídas as ações de cuidado, em que as atividades mais simples ficam a cargo dessas últimas, e a supervisão e execução de procedimentos mais complexos ficam a cargo da enfermeira. Nesse serviço, a divisão do trabalho de enfermagem entre as trabalhadoras de nível médio é realizada por pacientes e não por tarefas, essa divisão leva à compreensão de **cuidados integrais**, embora esses não sejam realizados em sua totalidade, pois os curativos

são executados pela trabalhadora da comissão de curativo, as atividades em relação à alimentação e higiene, exceto banho no leito, ficam a cargo dos familiares, bem como o auxílio na deambulação. A divisão do trabalho por pacientes, na forma de cuidados integrais está sendo realizada há, aproximadamente, três anos nessa instituição como ratifica a fala a seguir:

“Antes a gente ficava com todos os pacientes e era dividido por atividade, uma verificava só os sinais vitais, outra só administrava a medicação, outra só no curativo, e diariamente a gente se revezava nessas atividades, hoje não, a gente fica com tantos pacientes e faz tudo com ele, ou seja, você tem um melhor acompanhamento dele.”

(Trab. enf. nível médio 1)

Pires (1998) referencia que a possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho de enfermagem, com a implantação dos cuidados integrais, é um avanço para a profissão, tendo em vista a execução das tarefas dentro do contexto de cuidado. A divisão do trabalho de enfermagem por tarefas nasce com a enfermagem profissional, aos enfermeiros era destinado o ensino e a administração dos serviços; e aos auxiliares, categoria de menor qualificação, o cuidado direto ao paciente, ou o trabalho manual, que ainda predomina em alguns serviços de saúde (MELO, 1986; FERREIRA-SANTOS, 1973; SILVA 1989; ALMEIDA, ROCHA, 1989). Pitta (1994) afirma que os danos da execução de atividades por tarefa é a perda da responsabilidade pelo trabalhador na sua realização com o cuidar do paciente, desencadeando um processo de estranhamento e alienação do processo de trabalho, elementos facilitadores de estados e manifestações patológicas de ansiedade. Dejours (1992) informa que, embora permitindo rodízio dos profissionais entre as tarefas, essa forma de trabalho traz um cotidiano alienante, porque o trabalhador não tem a compreensão do trabalho que executa.

Heller (1992) considera que a vida cotidiana é aquela que mais se presta à alienação, pela possibilidade de ser uma atividade humana não consciente. Segundo a autora, na cotidianidade parece natural a desagregação de papéis, o homem orienta-se pelo simples cumprimento adequado dos papéis, a assimilação das normas dominantes pode converter-se por si mesma em conformismo, ou seja, a atividade não consciente do indivíduo no trabalho leva a uma alienação de ser humano, porque ele passa a desconhecer o sentido do seu trabalho e o destino de sua tarefa. Quando o trabalhador de enfermagem passa a exercer suas

atividades de forma mecânica e rotineira, ele perde a compreensão do todo, e torna-se suscetível à alienação.

O processo de trabalho em enfermagem na clínica cirúrgica se apresenta ainda diversificado, predominando as rotinas, e embora haja a divisão por pacientes, percebe-se que ainda persiste o modo de trabalho por tarefa. Ainda não é possível se falar em cuidados integrais, as falas a seguir estão relacionadas à execução de tarefas:

“Cada turno tem sua rotina, a minha rotina pela manhã é ..., as atividades são muitas, fica difícil enumerá-las ...”

(Enfermeira 1)

“A minha rotina de manhã cedo, a gente faz a visita, vê como o paciente está, verifica os sinais vitais..., a tarde tem a recepção do paciente da cirurgia, os controles de diurese, as admissões ...”

(Trab. enf. nível médio1)

“Todo serviço tem que ter uma rotina, mesmo mudando as pessoas, mas a rotina não muda, a gente tem um controle melhor.”

(Enfermeira 3)

“Na hora que a gente chega vai fazer a visita, ver o estado do paciente, depois tirar a medicação, verificar sinais vitais,... são tantas coisas que a gente faz.”

(Trab. enf. nível médio 2)

A rotina é um elemento básico das atividades sociais do dia a dia; segundo Pais (2003) faz parte da cotidianidade e expressa o hábito de fazer as mesmas coisas sempre da mesma maneira. Para Sennett (2004), a rotina pode degradar o homem, mas também pode proteger, pode decompor o trabalho, mas também compor uma vida. O autor coloca que o que falta ao trabalhador da rotina é qualquer visão mais ampla de um futuro diferente ou o conhecimento

de como fazer a mudança. Portanto, a rotina faz parte do cotidiano, e segundo as trabalhadoras de enfermagem, a rotina é importante porque ela organiza o trabalho, mas ela deve direcionar o trabalho, permitindo o espaço para mudança, quando se fala de cuidados integrais. Alves (1987), após constatar a existência de serviços públicos e privados que não dispunham de nenhum instrumento como regimento interno, normas e rotinas para auxiliar o desenvolvimento do trabalho de enfermagem, afirma que essa ausência contribui para atritos entre as categorias de enfermagem, principalmente, ligados às delimitações de funções.

Silva e Poli (2001) entendem as rotinas de enfermagem como necessárias, pois no ambiente hospitalar há necessidade de sistematizar as atividades. O que os mesmos criticam é o excesso de burocracia, a intransigência na qual as rotinas impõem-se à maneira de fazer, agir e pensar. Para os mesmos, a rotina tira do profissional a capacidade de fundamentação e argumentação de sua práxis, pois, quando se indaga porque determinada atividade é desenvolvida, a resposta que se ouve, com certa frequência, é a de que está na rotina, ou seja, as rotinas tornam o trabalho repetitivo, monótono, desmotivador e estanque para o desenvolvimento do conhecimento na enfermagem.

Uma característica fundamental do trabalho em clínica cirúrgica foi a diversidade das rotinas do serviço por turnos, sendo que o turno da tarde se sobressaiu como o de maior sobrecarga de trabalho entre todas essas trabalhadoras. Para as mesmas, o turno da tarde acumulou rotinas diversificadas e o turno da noite apareceu como o mais desgastante, observado nas seguintes falas:

“À tarde coincidem as admissões e o retorno do paciente da cirurgia, a rotina muda muito, completamente diferente da manhã para tarde.”

(Enfermeira 3)

“À tarde temos praticamente redobrada as nossas atividades, porque chegam os pacientes em pós-operatório imediato e temos que recebê-los, têm os pacientes que são admitidos a partir das 14h e temos que fazer o histórico de enfermagem ...”

(Enfermeira 4)

“O trabalho noturno é estressante, desgastante, é uma pena que tem que acontecer porque a assistência não para, ainda mais na estrutura de vida que se tem hoje, que ninguém trabalha em um só local, termina uma jornada noturna e emenda com a jornada do dia ...”

(Enfermeira 5)

“O trabalho noturno é um pouco comprometido pela falta de condições de trabalho, banheiros inadequados, falta de repouso para as auxiliares ...”

(Enfermeira 7)

“À tarde o serviço é muito mais aperreado, porque coincidem as internações com os retornos de pacientes do centro cirúrgico, as medicações e os controles de débitos.”

(Trab. enf. nível médio 2)

A sobrecarga de trabalho relatada nas falas dá-se especialmente quando há muitas internações e cirurgias no mesmo dia, houve dias em que ocorreram 15 internações e 10 cirurgias e só uma enfermeira de plantão. Além disso, para resolver o problema do horário das prescrições, colocaram a maioria das medicações para o horário da tarde (14h, 16h, 18h). Há também as liberações de permanente a familiares no pós-operatório imediato, ou seja, os pacientes não acamados e abaixo de 65 anos não têm direito a acompanhantes, então a enfermeira libera o acompanhante no dia da cirurgia para passar a noite com seus pacientes.

A visita de familiares também é no período da tarde, entre 16h e 17h, logo, a clínica fica bastante tumultuada nesse período, e demanda mais atenção de todas essas trabalhadoras. A sobrecarga de trabalho desses profissionais leva ao comprometimento do “cuidado integral ao paciente”, tendo em vista o acúmulo de atividades que se somam às rotinas do setor. A média diária de pacientes para cirurgia é de 07 a 15 pacientes, além das admissões, do atendimento a intercorrências e solicitações que observamos serem inúmeras, aproximadamente a cada 15 minutos no turno de trabalho, e os atendimentos mais frequentes são troca de solução parenteral, troca de punção venosa, dor, sangramento, retenção urinária, vômitos, falta de roupa, aparadeira, papagaio etc. Para Gaidzinski (1991), esses dados devem

subsidiar a coordenação de enfermagem ao fazer o dimensionamento dos trabalhadores de enfermagem nos turnos de trabalho, levando em conta a dinâmica do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica em seus diversos turnos de serviço.

Acreditamos que o processo de trabalho das trabalhadoras de enfermagem em clínica cirúrgica envolvem atividades que se sobrepõem à capacidade das mesmas, tendo em vista a relação trabalhadora/paciente que, segundo a Resolução 189/96 – COFEN, que trata do dimensionamento de profissionais de enfermagem para o atendimento nas instituições de saúde, preconiza 01 auxiliar para 06 pacientes e 01 enfermeira para 15 pacientes em unidades intermediárias de saúde, considerando 4,9 horas de enfermagem, sendo que os pacientes são considerados estáveis do ponto de vista clínico e de enfermagem, com parcial dependência dos profissionais de enfermagem para o atendimento de suas necessidades humanas básicas (CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO, 2001).

Diante desses números, as nossas trabalhadoras encontram-se com um quantitativo de pacientes acima do preconizado para o atendimento ao paciente dentro de uma margem de segurança e qualidade. Conferimos, durante o plantão diurno, 02 enfermeiras para 63 pacientes e 07 trabalhadoras de enfermagem de nível médio (a média de pacientes por trabalhadora de nível médio foi de 06 a 09 pacientes); no plantão noturno, é 01 enfermeira e 06 trabalhadoras de nível médio (07 a 11 pacientes por trabalhadora).

Leitão (1996) relata que a carência de enfermeiro no plantão noturno denuncia um descompromisso das instituições para com esse profissional, levando o trabalho noturno a ser negligenciado, pois um enfermeiro no plantão só faz a supervisão, deixando outros setores descobertos, realidade dos serviços observada também nos estudos de Pires (1998), Bellato (1996) e Lunardi Filho (2000).

O sistema de trabalho das trabalhadoras de enfermagem de nível médio é de serviço diurno (SD) e serviço noturno (SN), 12 horas de plantão por 48h de folga, para ambos, mas o processo de trabalho é alterado em consequência do rendimento dessas auxiliares no final do plantão, o cansaço é visivelmente observado, sem falarmos nos plantões extras, em que essas trabalhadoras têm dupla jornada de trabalho no setor (dados da escala mensal de atividades), encontramos profissionais com plantões de SD consecutivos com um dia de folga, ou em escalas de 24h no setor. Essa realidade perpassa o serviço de enfermagem, porque o plantão extra além de suprir parcialmente o déficit de pessoal é visto como uma complementação salarial, acelerando assim o processo de desgaste das trabalhadoras de enfermagem. Essa realidade também foi encontrada nos estudos de Pires (1998) e Bellato (1996).

Considerando o turno de trabalho das trabalhadoras de enfermagem de nível médio de 12h, o número de pacientes pelos quais são responsáveis e a multiplicidade de atividades executadas no decorrer do plantão, observamos que no desenvolvimento das atividades de enfermagem existe uma priorização na administração de medicação em detrimento das outras atividades de cuidado, como já referido. Essa priorização de atividades existe em decorrência da administração de medicação compreender vários horários 08, 10,12, 14, 16, e 18 no plantão diurno e 20, 22, 00, 02, 04 e 06 no plantão noturno (apêndice 2), além das medicações se necessárias (SOS) e troca de soluções parenterais. Portanto, essa é uma atividade que leva muito tempo das trabalhadoras de enfermagem de nível médio, e as outras atividades são realizadas nos intervalos das medicações.

Ressaltamos a colocação de Lunardi Filho (2000) e Alves (2000), quando mencionam a centralidade da prescrição médica no trabalho de enfermagem, em que o cuidar se restringe à administração da terapêutica prescrita. Guitton, Figueiredo e Porto (2002) também relatam esse fato quando os próprios enfermeiros questionam que o cuidar de enfermagem não gira em torno das necessidades do paciente, mas em torno da terapêutica médica.

Para as enfermeiras, destacamos que as atividades administrativas ou de controle do processo de trabalho necessárias à execução do cuidado ainda requerem seu maior tempo de trabalho na unidade, fato este delegado as mesmas desde a sua profissionalização, reiterados nos estudos de Silva (1987), Deienno (1993), Bianco (1999), entre outros. Bellato (1996) coloca que a enfermeira é responsável pela previsão e provisão das condições necessárias para que a assistência de enfermagem ocorra com a melhor qualidade possível, o que a leva a destinar parte de seu tempo a essas atividades.

Lima (2001), considera que as atividades administrativas muitas vezes foram percebidas como algo negativo, não sendo vista como uma prática enriquecedora, um processo indireto de produzir e gerir o cuidado. Para a autora, administrar a enfermagem nas instituições hospitalares tem relação direta com a lógica da necessidade da racionalidade dos processos institucionais, em particular, aqueles voltados para o controle e disciplinamento de pacientes e equipe de enfermagem. Embora, essa autora coloque que as enfermeiras estão buscando o espaço de reconhecimento profissional pelos processos inerentes ao ato de administrar/gerenciar, em detrimento das práticas de cuidado.

Dentre as rotinas a serem cumpridas pelas trabalhadoras de enfermagem (apêndice 2), no decorrer do plantão, destacamos a passagem de plantão como atividade que dá continuidade ao trabalho de enfermagem, e a visita de enfermagem, por ser um momento de

encontro das trabalhadoras de enfermagem com os pacientes sob seus cuidados e demonstrar a heterogeneidade dessa atividade.

A passagem de plantão é uma atividade que se concretiza na troca das equipes nos turnos de trabalho. Para Lima (2001), este é um momento importante e intercessor do agir da enfermagem. A passagem de plantão, para a mesma, deve ser um momento de integração e comunicação entre os membros da equipe de enfermagem, na justaposição e continuidade dos turnos de trabalho. Observou-se que a passagem de plantão assume características diferenciadas daquelas preconizadas pelas normas do serviço de enfermagem, o que reflete os múltiplos vínculos da maioria das trabalhadoras pesquisadas e pode ser notada nas seguintes falas:

“Sempre procuramos passar o plantão para a colega, mas estamos sempre saindo de um para outro serviço, é uma maratona, estamos sempre correndo, mas na medida do possível, tentamos, fica sempre uma ou duas auxiliares para passar o plantão. O relatório é uma forma de deixar as pendências registradas.”

(Enfermeira 4)

“Há a passagem de plantão, a gente passa e também recebe, não de todas, mas geralmente fica uma, duas, e a gente também passa o plantão para a auxiliar que chega.”

(Trab. enf. nível médio 9)

“Eu costumo esperar a colega para passar o plantão, quando preciso sair mais cedo, porque vou para outro serviço, passo o plantão para a colega de outro setor passar para mim.”

(Enfermeira 6)

“Geralmente na passagem de plantão fica uma, hoje em dia já não dá mais para ficar a equipe, a vida corrida, uma sai para outro emprego, outra sai para universidade, sempre fica uma ...”

(Trab.enf. nível médio 1)

Lunardi Filho (2000) ressalta as várias formas de repasse do plantão nas unidades em que desenvolveu seu estudo, variando entre a troca de equipe na cabeceira do paciente até a leitura de livros de registro de ocorrências, segundo a nossa realidade. A não presença de todos os membros da equipe também foi observada por esse autor, em decorrência de outros vínculos. O autor explica que o conteúdo das informações repassadas na passagem do plantão giram em torno das determinações médicas, não sendo enfatizado o fazer da enfermagem, reforçando a centralidade da terapêutica médica no trabalho de enfermagem.

Deianno (1993) reafirma a passagem de plantão como um momento para esclarecimento de dúvidas e enganos detectados no decorrer do turno de serviço, com vistas à orientação de pessoal, bem como para promover o aprimoramento técnico do pessoal de enfermagem e que deve contar com a participação de todos da equipe. Os vários vínculos de trabalho exercidos pelas trabalhadoras de enfermagem ou outras atividades, levam a apontarem instrumentos que auxiliam na transmissão de informações de um plantão para outro, assegurando a continuidade do cuidado, o que vem levando a modificações na passagem de plantão, embora perceba-se que as mesmas consideram este um momento importante no cotidiano do trabalho, mesmo de forma não preconizada pelo serviço.

A visita, outra rotina devidamente realizada por todas as trabalhadoras de enfermagem em todos os turnos, é o momento em que estas entram em contato com o paciente e tomam conhecimento acerca do estado dos mesmos. Cada trabalhadora faz a sua visita individualmente, a enfermeira passa a visita a todos os pacientes do setor; e as trabalhadoras de nível médio, aos pacientes sob sua responsabilidade. Segundo a enfermeira 2, durante a visita, ela

“detecta as necessidades do paciente, além de ver o funcionamento do setor, ventilador, banheiro, cama, lavanderia ... e procuro resolver.”

(Enfermeira 2)

A fala referida reflete a diversidade do trabalho de enfermagem, pois a visita permite à enfermeira, além de avaliar o paciente, detectar suas necessidades, levantar os problemas no funcionamento do setor que interferem direta ou indiretamente no trabalho de enfermagem. Para Deienno (1993), a enfermeira é a profissional de saúde que mantém contato com os mais diversos membros da equipe multiprofissional, além dos serviços de apoio (farmácia, manutenção, lavanderia, transporte, laboratório etc.). Lima (2001), considera esta uma forma de controlar, cotidianamente, os processos de trabalho de setores cujas interfaces interferem em seu trabalho. Segundo Pitiá (1997), Lunardi Filho (2000) e Lima (2001), o enfermeiro é percebido como alguém capaz de resolver os diferentes problemas que se apresentam e atua como um facilitador do trabalho para os demais profissionais de saúde, tendo em vista ser o trabalho em saúde um trabalho coletivo, onde o enfermeiro exerce uma “centralidade” pelas informações que detém acerca dos demais profissionais do setor.

O caráter coletivo e complementar do processo de trabalho em enfermagem com outros trabalhos na saúde se faz presente no desenvolvimento de suas atividades, é a lavanderia que demora a entregar a roupa e atrasa os banhos, os curativos, o encaminhamento de pacientes para procedimentos; a farmácia que demora na liberação da medicação, o serviço social que tem de marcar os exames externos dos pacientes, o serviço de nutrição que deve estar atento para os jejuns, entre outros. A relação de dependência com o trabalho médico está caracterizada nessa instituição pelo atrelamento no planejamento e na implementação do plano terapêutico, sendo esta uma ação que perdura no curso do plantão diurno, e a enfermeira assume como atividade localizar plantonista para realizar as prescrições faltosas. Situação geradora de reclamação por todas as trabalhadoras de enfermagem, seja por interferir no trabalho ou pela necessidade de explicar ao paciente e familiares a não medicalização. Situação registrada nas falas a seguir:

“A falta de horário regular para as prescrições interfere no nosso trabalho, especialmente pela perda da continuidade no horário das medicações.”

(Enfermeira 1)

“Na hora que o médico chega, tem que separar os prontuários e ficar cobrando, ficar sendo babá de médico, ficar ligando para ele vir prescrever.”

(Enfermeira 3)

“Devido ao não cumprimento do horário da prescrição médica, procuramos adequar os horários da medicação de acordo com o horário das prescrições, porque a maioria passa após as 10h, até a farmácia fornecer a medicação já são 12h, então a nossa prescrição foi adequada a esses horários.”

(Enfermeira 4)

“Estamos sempre aguardando os médicos que não chegam no horário para prescrever, isso atrasa a medicação, já tentaram até mudar os horários, iniciando à tarde, para ser conveniente, para que a medicação não falte pela manhã para o paciente.”

(Trab. enf. nível médio 1)

“A falta de horário para a prescrição atrapalha muito o nosso serviço, não entendo porque o médico precisa ser chamado para prescrever, não deveria, mas acontece, e a gente não sabe o que fazer, porque a família fica em cima, cobrando da gente.”

(Trab. enf. nível médio 9)

Para contornar tal situação, observou-se ainda que acadêmicos de medicina realizam prescrição para alguns médicos, tal prescrição fica condicionada à assinatura do médico responsável para o fornecimento pela farmácia. A mesma situação ocorre em relação ao controle de psicotrópicos (medicações controladas), que fica sob a responsabilidade da enfermeira, há um estoque na clínica e a cada turno de plantão a mesma a confere, quando há necessidade de reposição, a enfermeira preenche a ficha conforme as prescrições e fica

aguardando o médico para assinar esses controles. Segundo Pires (1998) e Lima (2001), a centralidade do médico no processo assistencial é evidente quando esse decide sobre o diagnóstico, os exames complementares, a terapêutica, a internação e a alta hospitalar. Campos (1994), afirma que os profissionais médicos se integram ao hospital ou a instâncias dos serviços de saúde, conservando boa parte de seus hábitos de produtores autônomos, sendo refratários às ordens, ao cumprimento dos horários de trabalho e às normas e rotinas institucionais.

Além dessa centralidade ressaltada por Pires (1998), colocamos a necessidade da enfermeira intervir nessa situação, tendo em vista a sua função de provedora das condições de trabalho para o serviço de enfermagem, seja ligando para o médico ou buscando outros profissionais para prescreverem para os colegas. Tal situação permaneceu nessa clínica, ao longo do período em estudo, e é colocada como um desafio para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem.

Além do atrelamento ao serviço médico, as enfermeiras queixam-se do questionamento de suas competências, ou por tomarem providências, de responsabilidade de outros profissionais, para não prejudicarem o paciente em decorrência da ausência da prescrição médica ou quando tomam atitudes que possam confrontá-los, observadas a seguir:

“...o que fazemos é errado, ficar ligando para o médico e muita das vezes, por telefone pedir para ele liberar a dieta, ou repetir a medicação para que o paciente não fique sem a mesma.”

(Enfermeira 4)

“o médico veio me perguntar porque eu tinha solicitado um parecer para outro profissional, já que eu não tinha competência para fazer isso, eu também não tenho respaldo para solicitar exame laboratorial, é difícil trabalhar dessa forma.”

(Enfermeira 8)

A Lei do Exercício Profissional 7498/86 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1986), que regulamenta a profissão de enfermagem, em seu artigo 11,

parágrafo 12, deixa claro que compete ao enfermeiro cuidados de enfermagem de maior complexidade e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas, portanto, as atividades referidas não confrontam a lei, posto que as mesmas não alteram a terapêutica médica, o que se tem observado é a limitação das atividades de enfermagem imposta pelas instituições que procuram manter o trabalho de enfermagem subordinado ao trabalho médico. Para Bellato (1996), o confronto com o poder médico na equipe de saúde pode e deve ser exercido pela resistência das enfermeiras à medida que tenham conhecimento e domínio do seu processo de trabalho.

Enfatizamos ainda, o trabalho da comissão de curativo como integrante do processo de trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica. Observamos que a comissão trabalha com muitas dificuldades, tanto em relação à falta de material de consumo como em infraestrutura para o estabelecimento da comissão. A autonomia da enfermeira em desenvolver um trabalho adequado, que compreenda não só o tratamento da ferida, mas uma avaliação completa do paciente é questionada. Por várias vezes presenciei a enfermeira solicitar a avaliação de outros profissionais, e nem sempre foi atendida. A rotatividade de tal equipe também é um fator negativo para a consolidação desse trabalho, tanto entre enfermeiras como entre trabalhadoras de nível médio, os baixos salários é a causa dos pedidos de demissão. O trabalho desse grupo requer qualificação, treinamento, assim, cada nova trabalhadora requer capacitação pela enfermeira do grupo, que as capacita tanto para a execução da técnica como para fazer anotações, embora essas últimas ainda não sejam efetuadas pelas mesmas.

Falar do cotidiano do trabalho de enfermagem envolve ainda, segundo Padredi (1993), analisar as relações dessas trabalhadoras, as reclamações de um plantão para outro são frequentes; para as trabalhadoras do diurno, as trabalhadoras do noturno deixam muitas pendências e vice-versa. Quando há remanejamento para cobrir falta em outro setor, é necessário fazer sorteio, o que gera uma relação de conflito e insatisfação. Elas falam que o trabalho de enfermagem é continuidade, mas as falas expressam uma contradição na noção do que seja trabalho de equipe, segue relatos:

“A enfermagem é continuidade, penso que a gente não precisa ficar perdendo tempo em cobrar o colega porque ele não fez determinada coisa, já que a gente pode fazer, a meu ver nós somos uma equipe.”

(Enfermeira 1)

“A coisa mais importante é a equipe de trabalho, às vezes, você não valoriza, nós somos uma equipe, temos que ter confiança em nossa equipe, porque a gente lida com seres humanos.”

(Enfermeira 4)

“Há equipes de trabalho muito resistentes, você precisa ficar monitorando as atividades, senão não são feitas.”

(Enfermeira 5)

“A gente vê hoje em dia que as pessoas não se preocupam em ser equipe, quando há equipe todos têm responsabilidade, a coisa flui melhor, o plantão dá certo; mas quando não há equipe o plantão custa a passar, parece que tem gente que quer botar uns contra os outros para ter controle da situação.”

(Trab. enf. nível médio 1)

“O nosso grupo, a gente trabalha muito junto, todos se ajudam ...”

(Trab. enf. nível médio 2)

As falas confirmam que as relações entre a equipe são fundamentais para o processo de trabalho de enfermagem, tendo em vista que as trabalhadoras de enfermagem são as que mais se relacionam com os outros profissionais, além do paciente e da família. Lima (2001), considera que, cotidianamente, as relações institucionais entre os diferentes membros da equipe de saúde são, em sua essência, conflituosas, de muita indiferença e mesmo desrespeitosa, marcadas pelo (des) considerar o outro, enquanto parceiros e aliados, sendo muitas vezes caracterizadas pela fala que se revela a partir do silêncio. Para essa autora, poucas vezes esses trabalhadores são tratados com igualdade, respeito, afeto e solidariedade. Lopes (1995), relata que as diferentes categorias de trabalhadoras de enfermagem constroem o cuidado e o cuidar nas interações que se estabelecem entre os diversos grupos e indivíduos

que se confrontam no hospital, sendo o cotidiano do cuidado construído nas interações, a equipe de enfermagem ampliada, o paciente e suas interrelações constroem o ato terapêutico do qual o paciente é o objeto e o ator central.

É necessário ainda, destacar a percepção de algumas trabalhadoras em relação ao serviço público, e que notoriamente parece interferir no processo de trabalho em enfermagem, no que diz respeito às ausências, o descompromisso, o desperdício, conforme se pode observar nas falas a seguir:

“A gente tem um grande problema aqui em relação aos funcionários públicos, as faltas são freqüentes e acham que podem faltar e não serem punidas, não sei por que as faltas não são descontadas..., acho injusto essa situação.”

(Enfermeira 2)

“É muito difícil trabalhar em hospital público, é difícil, exceto os que já possuem uma melhor organização.”

(Enfermeira 3)

“Eu acho que alguns serviços públicos, não todos, contribuem com essa postura de descomprometimento, por isso as pessoas querem se garantir com o concurso público, o que mais existe no serviço público são coordenações descomprometidas, que estão lá porque foram indicadas, não querem se indispor, mas eu acho que o serviço público, de forma em geral, contribui com essa falta de envolvimento.”

(Enfermeira 5)

“Eu acho que aqui o material é assim ..., vai rápido, um desperdício eu acho, em tudo, mas hospital do Estado é assim ..., outra coisa, esse hospital passou três anos fechado, um absurdo!!”

(Trab. enf. nível médio 9)

As falas expressam a preocupação das trabalhadoras em relação a falta de compromisso de outras para com o serviço público, traduzem que o público não tem dono e não estabelecem a relação de pertença do que é público. Os relatos destacados transportam uma crítica à administração pública dessa instituição e a forma descomprometida com que o Estado gerencia as suas unidades. Segundo Lima (2001), a análise do serviço público é um fator que não pode estar ausente ao se buscar compreender os processos de trabalho em saúde, em que estão sendo utilizados mecanismos para desvalorizar o serviço público e os trabalhadores, transformando-os em pessoas desmotivadas, impotentes com a sua realidade profissional/ institucional, desacreditando inclusive, na própria possibilidade de defesa do serviço público de saúde. Lima (2001), enfatiza ainda, que os baixos salários, as péssimas condições de trabalho, a sobrecarga de trabalho pela falta de trabalhadores, a duplicidade dos vínculos empregatícios no setor público, levam ao descompromisso e a insatisfação desses trabalhadores.

Em relação ao absenteísmo na clínica cirúrgica, no período de observação, foi abaixo da média prevista pelos cálculos de provisão de pessoal para as clínicas médica e cirúrgica, que trabalham com um percentual de 20% (BELLATO, 1996). Constatamos um absenteísmo em torno de 5% para os plantões diurnos e 10% para os plantões noturnos; as faltas registradas no período diurno foram por motivos de saúde, no plantão noturno não foram justificadas. Entretanto, sobressaíram-se as trocas de plantão entre todas as trabalhadoras de enfermagem, em decorrência dos seus múltiplos vínculos de trabalho, essa é uma prática exercida com relativa frequência como forma de ajustar a escala mensal e evitar as faltas. Bem como o remanejamento de trabalhadoras para cobrirem faltas em outros setores do hospital, situação que gera descontentamento entre as mesmas pela sobrecarga de trabalho no plantão, e por terem que ir para setores diferenciados.

O remanejamento entre as trabalhadoras de enfermagem para cobrirem faltas das colegas em outros setores, também foi constatado nos estudos de Lima (2001), em que o absenteísmo entre essas trabalhadoras foi relativamente alto. Lima (2001), relata que a face oculta do remanejamento tem sido revelada pela falta ao trabalho por diversos motivos, tais como as justificativas por doença, falta sem justificativa, licenças etc. O absenteísmo na clínica cirúrgica, comparado aos outros estudos é considerado baixo, talvez pela forma do contrato de trabalho, que é terceirizado e o controle sobre as trabalhadoras seja maior. Embora o número de trabalhadoras efetivas do Estado seja um número pequeno (04 enfermeiras e 07

trabalhadoras de nível médio), foram observadas poucas faltas entre as mesmas, entretanto, os afastamentos por licença a saúde e o gozo de benefícios, como licença prêmio, têm sido utilizados.

O trabalho, segundo Heller (1992), pertence ao reino da necessidade, ou é parte orgânica da vida cotidiana; o trabalho em enfermagem apresentado mostrou-se diversificado, heterogêneo, exigindo de suas trabalhadoras o exercício de várias funções ao mesmo tempo, sem contar com as intercorrências, tidas como alterações no estado clínico do paciente, podendo agravar-se, são momentos de ruptura do cotidiano, em que essas trabalhadoras centram sua atenção naquele paciente e elevam-se na cotidianidade, porque os esforços na recuperação da saúde do paciente que se agravou, passa a ser prioridade frente às inúmeras atividades a serem desenvolvidas no decorrer do plantão. Após esses momentos de rupturas, elas retornam as suas rotinas, mais atentas, mais centradas no trabalho.

Portanto, as práticas cotidianas do trabalho em enfermagem não devem ser avaliadas só a partir do plantão, mas do contexto em que se inserem, não esquecendo que este, como trabalho coletivo em saúde, encontra-se em relação de interdependência com inúmeros outros serviços. Além do trabalho médico, há ainda a farmácia, a lavanderia, a limpeza, o almoxarifado, a manutenção, o serviço de nutrição e outros. Neste espaço, discutimos como se apresenta o cotidiano do trabalho de enfermagem, seguimos a discussão apontando as condições em que esse trabalho se apresenta.

## **4.2 Condições de Trabalho**

O trabalho em enfermagem segundo Alves (2000), é revestido de características especiais pois, além de se relacionar com a vida e a morte, é parte de um sistema contínuo que assegura a continuidade da produção do trabalho em saúde, e nas condições em que tem sido realizado vem se transformando em forma contínua de desgaste e destruição do principal bem que dispõem os trabalhadores de enfermagem, suas energias físicas e mentais.

Falar do trabalho em enfermagem é falar de condições de trabalho que, segundo Marx (1985a), representam todas aquelas condições materiais que concorrem para o desenvolvimento do processo de trabalho, as quais não se identificam diretamente com o referido processo, mas sem as quais este não poderia ser executado, ou o seria de modo imperfeito. Dejours (1992), entende por condição de trabalho o ambiente físico (temperatura, pressão, barulho, vibração, irradiação, altitude etc.), ambiente químico (produtos

manipulados, vapores e gases tóxicos, poeiras, fumaças etc.), ambiente biológico (vírus, bactérias, parasitas e fungos), as condições de higiene, de segurança e as características antropométricas do posto de trabalho. Enfim, tudo que diz respeito à luta pela saúde do corpo conduz à denúncia das condições de trabalho.

Neste estudo consideramos condições de trabalho todos os fatores que interferem no processo de trabalho da enfermagem. Foram relatados pelas trabalhadoras de enfermagem a insuficiência de pessoal, falta de material, falta de plantonista no setor, setores fechados à noite e finais de semana, a falta de condições do descanso noturno e a sobrecarga de trabalho; acrescemos a essas a dupla ou mais jornadas de trabalho, a precarização do contrato de trabalho e as doenças desencadeadas pelo trabalho.

A insuficiência de pessoal, referida no tópico anterior, foi relatada como fator importante pelas trabalhadoras de enfermagem, como um dos maiores entraves no desenvolvimento do trabalho em enfermagem.

O Hospital Geral é uma instituição estadual vinculada à Secretaria de Estado da Saúde, subordinada ao governo estadual, portanto a política de recursos humanos do hospital está diretamente subordinada à política de recursos humanos do Governo. Na última década, houve um desmonte do serviço público, em que o último concurso público para a Secretaria de Estado da Saúde foi em 1992. A partir desse período, o déficit de pessoal nas instituições de saúde do Estado foi suprido via contratos temporários por organizações não governamentais, contratos esses sem garantias trabalhistas e que perduraram até 2006, quando o Instituto Cidadania e Natureza (ICN) assumiu, por meio de um convênio com a Secretaria, as contratações para as instituições de saúde.

Paim (1994) refere que à medida que as políticas de ajuste impõem a contenção dos gastos públicos em detrimento do pagamento da dívida externa, o emprego em saúde sofre as conseqüências negativas, não tanto pela oferta, mas sobretudo pela piora das condições de trabalho e de remuneração. Para esse autor, os serviços de saúde dependentes de recursos públicos, além do sucateamento progressivo, entram em colapsos periódicos, devido a atrasos de pagamento às instituições e organizações componentes do Sistema Único de Saúde - SUS. A mesma autora afirma ainda que o brutal arrocho salarial dos servidores públicos na década de 90 tem proporcionado demissões voluntárias, redução de carga horária efetivamente trabalhada, múltiplos vínculos empregatícios, movimentos grevistas, descompromisso com o serviço público, maus-tratos aos usuários e a disseminação de posturas corporativistas nas práticas de diversas entidades.

Para agravar esse quadro, Mendes Filho, Cordoni Junior e Santana (1999) expõem que a política federal vem desestimulando a abertura de novos quadros de carreira de pessoal estatutário, como parte das medidas de controle com gastos de pessoal nas três esferas de Governo e também como parte de um entendimento de que o regime estatutário deve ser reservado ao pessoal com papel estratégico exercido em postos de comando das políticas e da alta administração do Estado. E ainda afirma que é importante que gestores e trabalhadores tenham em conta que a perspectiva de expansão de pessoal assistencial via estatutária não é realista a curto e médio prazos.

Mendes Filho, Cordoni Junior e Santana (1999) citam também que, no relatório do seminário de políticas de recursos humanos para a saúde, o que existe no setor saúde são variadas formas de flexibilização das relações de trabalho e da terceirização de pessoal, dentre as quais cita as cooperativas, admissão no regime de CLT (Projeto de Lei n. 4811/98 em tramitação no Congresso que trata do “emprego público”), vínculos informais através de bolsas de trabalho, contratos “extras”, dentre outros; recomendando que os serviços públicos ao se utilizarem dessas formas de contrato, devem fazê-lo via processos seletivos, evitando contratos informais e conflitos na justiça. Para Mendes Filho, Cordoni Junior e Santana (1999) e Lima (2001), está claro que o suprimento do déficit de pessoal para a saúde é um problema não resolvido a pequeno e médio prazos e que a precarização dos contratos em forma de cooperativas ou extras ainda vão permanecer até a liberação de concursos públicos para o setor, que não é prioridade do Governo.

Para os trabalhadores da saúde a flexibilização nos contratos de trabalho geram a precarização do trabalho, fato observado no estudo. Para manter os serviços em funcionamento, as coordenações de enfermagem lançam mão dos contratos “extra” para suprir parcialmente a força de trabalho em enfermagem nos períodos de férias e licenças à saúde. Pires (1998) e Hoefel (2005) levantam que a terceirização, frequentemente, traz consigo a precarização das relações de trabalho, com prejuízo aos direitos dos trabalhadores, sendo a jornada de trabalho um dos exemplos mais expressivos, geralmente os trabalhadores terceirizados cumprem uma jornada de trabalho superior a dos trabalhadores com vínculo formal na empresa, sem a contrapartida da remuneração e outros benefícios estabelecidos pela categoria.

Manter o funcionamento da instituição via contratos precários de trabalho leva a uma “sobrecarga de trabalho” cada vez maior para as trabalhadoras de enfermagem, tendo em vista a renovação constante de seus quadros, que está sempre exigindo treinamento de alguma nova trabalhadora, além da exigência do serviço em atender à demanda da administração do

hospital que está credenciando o mesmo para ser contratado pela rede de serviços de saúde como alta complexidade, ou seja, oferecimento de serviços mais complexos para a população (oncologia, neurocirurgia, ortopedia, entre outras exigências), fato esse que se sobrepõe às já difíceis condições de trabalho da enfermagem.

Apontamos na discussão anterior o quantitativo de trabalhadoras de enfermagem por pacientes e relacionamos o déficit tanto diurno quanto noturno, sendo neste mais acentuado. Acrescemos ainda, as frequentes mudanças dessas trabalhadoras, ou por rodízio entre os setores ou por novos contratos de trabalho, o que pode ser observado nas seguintes falas:

“A equipe daqui muda muito, têm sempre pessoas que estão começando, acontece também o rodízio entre as clínicas, tanto entre auxiliares, como enfermeiras.”

(Enfermeira 2)

“Bem, após fazer a visita e elaborar um plano de ação, podendo assim dizer, a gente fica mais ou menos apagando incêndio, a clínica cirúrgica é sempre muito movimentada à noite, com os pós-operatórios imediatos.”

(Enfermeira 5)

Ferreira-Santos (1973), na década de setenta já citava que o trabalho do enfermeiro se distribui por numerosas tarefas de natureza diferente, incluindo a assistência, a educação e a administração. A realização dessas atividades, segundo Lunardi Filho (2000) e Lima (2001), resulta de decisões próprias, parece não decorrer de planejamento específico, mas de colocação em prática de um conjunto de técnicas e rotinas preestabelecidas, com a intenção de dar conta da integralidade das necessidades do paciente, ou de satisfazer suas necessidades imediatas.

A insuficiência de pessoal leva o acompanhante a exercer cada vez mais atividades de competência do serviço de enfermagem, e essa é uma “rotina” que, atualmente, faz parte dos serviços públicos de saúde, cuja política de pessoal dessas instituições impõe a precarização

do trabalho de enfermagem, levando o acompanhante a exercer funções que cabem às trabalhadoras de enfermagem.

Os estudos de Padredi (1993) relatam que as mães acompanhantes colaboravam na unidade com os cuidados de higiene, alimentação e troca de roupa de cama de suas crianças, portanto, executando cuidados básicos delegados pelas trabalhadoras de enfermagem de nível médio. Na clínica cirúrgica, o acompanhante vem exercendo atividades de troca de roupa de cama, troca de frascos da irrigação contínua dos pacientes em pós-operatório de prostatectomia, auxílio nos banhos de pacientes acamados, na alimentação e nas mudanças de decúbito. A presença do acompanhante no tratamento do paciente é importante na medida em que este co-participa do tratamento, mas a sobrecarga entre as trabalhadoras de enfermagem faz com que as mesmas repassem atividades de sua competência para as acompanhantes, segundo elas, com sua supervisão.

Dentre as trabalhadoras de enfermagem do estudo, todas as enfermeiras e 48% (16) das trabalhadoras de nível médio possuem tripla ou mais jornadas de trabalho e 52% (17) possuem dupla jornada de trabalho. Utilizamos os conceitos de dupla jornada de trabalho de Oliveira (1999) e Nogueira (2004; 2006), que consideram a dupla jornada de trabalho correspondente ao trabalho no espaço doméstico e fora deste, pois segundo Nogueira (2006), o trabalho doméstico fica sob a responsabilidade das mulheres, independente de elas terem ou não um emprego no mercado de trabalho. A autora acresce que a atividade doméstica não assalariada, realizada na esfera reprodutiva, é uma forma evidente de trabalho. Os relatos a seguir refletem essas várias jornadas de trabalho a que nossas trabalhadoras estão submetidas:

“Às vezes, a gente faz até 36h seguidas, saio daqui hoje, vou para outro serviço à noite, saio do noturno e vou para outro, no outro dia, tem colega que faz até 48h seguidas ...”

(Enfermeira 3)

“Estamos sempre saindo ou indo de um para outro trabalho, é uma maratona, você tem que sair correndo para chegar em tempo ...”

(Enfermeira 4)

“As necessidades humanas, moradia, educação, saúde, alimentação, são muito caras, para se conseguir atender à satisfação

dessas necessidades de forma satisfatória, com o salário que a gente recebe hoje não dá...”

(Enfermeira 5)

“Continuo tirando plantão para as colegas porque sou eu que sustento a minha casa. “

(Trab. enf. nível médio 2)

A luta pela sobrevivência é a justificativa pela tripla ou mais jornadas de trabalho, sacrificando o descanso, o lazer e a família, fatores que levam as trabalhadoras de enfermagem a um maior desgaste e ao sofrimento no trabalho. Segundo Paiva et al (1999), a dupla e a tripla jornadas de trabalho, a representação de papéis de mãe e esposa, o caráter subsidiário que o trabalho da mulher assume na manutenção da família e sua pequena participação na esfera política se constituem em algumas das formas de desigualdade impressas no trabalho feminino e a gravidade dessas várias jornadas de trabalho na vida dessas mulheres.

Pires (1998) afirma que a política salarial do Governo para os funcionários públicos a partir de 90, não concedendo reajustes ou de descompromisso com o setor, ou de conceder reajustes que não recuperam as perdas salariais, leva a totalidade dos trabalhadores a apontar os baixos salários como fator desencadeante da busca de outros vínculos de trabalho para garantir a sobrevivência. Outros estudos levantam que a dupla ou tripla jornada de trabalho entre as trabalhadoras da enfermagem é uma forma de garantir melhores condições de sobrevivência, conforto e lazer (DEIENNO, 1993; LUNARDI FILHO, 2000; GUITTON, FIGUEIREDO, PORTO, 2002; LIMA, 2001).

Segundo Rosso (2004), a jornada de trabalho legalmente estabelecida varia entre 38 e 54 horas, conforme as normas definidas pelos diversos países. Enquanto alguns países têm como norma jornada de trabalho de 8h diárias, cinco dias na semana (40h semanais); outros têm uma jornada de 8h, sete dias na semana (56h semanais). Nas jornadas mais longas, o controle dos trabalhadores sobre a vida é muito pequeno, o trabalho invade o espaço da vida e o domina, fazendo-o o centro de tudo. Para o autor, a sociedade dos serviços é a sociedade das longas jornadas, da superexploração do trabalho.

A jornada semanal de trabalho das enfermeiras está em torno de 60h a 100h semanais e para as trabalhadoras de nível médio entre 40h a 90h semanais. Os estudos de Silva (1987), na década de oitenta, mostraram uma jornada de trabalho entre as enfermeiras de, no máximo,

60h semanais, carga horária essa tida como mínima dentre as enfermeiras do estudo, tendo em vista que todas possuem, no mínimo, dois vínculos formais de trabalho. Essa relação mostra a profunda deterioração do poder de compra dessas trabalhadoras que, para terem satisfeitas suas necessidades de moradia, alimentação, educação, saúde e desfrutarem de conforto, submetem-se a essas extensas jornadas de trabalho, como relatado na fala da enfermeira 5; pois a renda por vínculo de trabalho está em torno de 4 salários mínimos (salário mínimo vigente R\$ 417,00). É importante lembrar que a maioria das nossas trabalhadoras são provedoras de suas famílias, fato esse não explicitado pelas mesmas, mas identificado segundo suas rendas pessoais e familiares, especialmente, entre as enfermeiras. Dentre as trabalhadoras de nível médio, 50% são chefes de família e 50% deixaram claro o caráter complementar de sua renda. Destaca-se que a renda mensal de 54,5% das trabalhadoras de nível médio está em torno de um salário mínimo.

As extensas jornadas de trabalho caracterizam não só o processo de trabalho em enfermagem, mas os processos de trabalhos dos trabalhadores da saúde de forma geral, especialmente dos médicos e trabalhadores de enfermagem (LIMA, 2001). Nardi (1999), relata dados em que aproximadamente 50% dos médicos possuem três a quatro vínculos de trabalho, embora os mesmos tenham resistência em assumir a posição de trabalhadores assalariados. Para Bouffartigue (1997), os baixos salários e a necessidade de vários vínculos de trabalho para satisfazerem a um padrão de consumo nas sociedades modernas são fatores que caracterizam a crise do trabalho ou a crise do trabalho assalariado.

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) vem discutindo, nesta última década, acerca do trabalho decente, que diz respeito ao trabalho assalariado adequadamente remunerado, exercido em condições de liberdade, equidade e segurança, sem quaisquer formas de discriminação, capaz de garantir uma vida digna a todas as pessoas que vivem de seu trabalho (ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2009; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2006). Segundo as falas das trabalhadoras de enfermagem, para viverem de seu trabalho e terem uma vida digna conforme o que preconiza a OIT ainda é necessário à tripla ou mais jornadas de trabalho, pois os baixos salários predominam no serviço de enfermagem, levando-as a buscarem outros vínculos, portanto, o trabalho decente ainda não se configura para essas trabalhadoras.

Considerando que, dentre as trabalhadoras em estudo, todas as enfermeiras e 48% das trabalhadoras de nível médio acumulam triplo ou mais vínculos de trabalho, Pitta (1994) expõe que os profissionais que possuem uma jornada de trabalho acima de 12h são campeões no desenvolvimento de doenças psicossomáticas, transtornos mentais, sintomas

psicoemocionais e abuso de bebida alcoólica. Além de afirmar que os profissionais que trabalham mais de 10h por dia, ao saírem do trabalho, querem descansar, sem disposição para se divertirem, estudarem ou continuarem trabalhando. Acresce-se a tal realidade que a maioria das trabalhadoras de enfermagem são mulheres e que acumulam ainda os trabalhos domésticos à dupla jornada de trabalho, levando estas, ainda segundo Pitta (1994), a maior sofrimento psíquico, pois a prevalência de sintomas nas mulheres é maior que entre os homens. Corrobora com essa assertiva Oliveira (1999), ao colocar que as mulheres podem experimentar uma receptividade especial ao sofrimento mental que compromete imensamente a saúde, pela responsabilidade familiar, pelo assédio sexual no mundo do trabalho e pela insegurança no trabalho decorrente da dupla ou extensiva jornada de trabalho.

As falas demonstraram uma jornada de trabalho diária muito superior ao apontado pelos autores como fatores causais das doenças decorrentes do trabalho, as trabalhadoras de enfermagem estão sempre acumulando jornadas de trabalho acima de 12h entre serviços ou até no mesmo setor por contratos “extra”, algumas vezes observamos trabalhadoras de plantão 24h. Embora a necessidade de complementação salarial em decorrência dos baixos salários seja a principal causa da dupla ou tripla jornada de trabalho, contribui para o crescimento das “patologias do trabalho” decorrentes do desgaste profissional, além da queda no rendimento do trabalho, pois segundo o observado, o trabalho de SD não tem hora de descanso e nem direito ao lanche, acarretando um maior estresse e fadiga na jornada de trabalho de 12h, além das precárias condições de descanso do trabalho noturno. O desgaste físico e mental decorrente da extensa jornada de trabalho é percebido nas seguintes falas:

“O meu problema de saúde, as minhas limitações físicas iniciaram há três anos, as minhas dores são diuturnamente, porque o meu problema é osteomuscular...”

(Enfermeira 4)

“As minhas condições de saúde não são boas, agora mesmo fiz uns exames que deram alterações ósseas, mas eu preciso trabalhar ..., faço tudo para não faltar, do jeito que dá eu venho trabalhar...”

(Trab. enf. nível médio 2)

“Trabalhei por sete anos no plantão noturno, saí porque tive pressão alta, fui para outro setor e também adoeci com problemas na coluna, pelos esforços freqüentes que o trabalho exigia ...”

(Trab. enf. nível médio 9)

“O trabalho noturno é estressante, quanto ao grupo ele não tem local para descanso, eu acho desumano ...”

(Enfermeira 5)

“O trabalho noturno é um pouco comprometido. Em relação ao repouso, não temos local adequado para auxiliar de enfermagem, nós improvisamos colchões nos postos, ou sob as bancadas, e à medida que os pacientes chamam elas vão atender.”

(Enfermeira 7)

“Quanto ao nosso descanso, é no posto mesmo, a gente não tem repouso, o colchão geralmente é um colchonete, cada pessoa compra o seu, também não pode ter todas, porque não tem lugar para guardar, têm alguns postos que têm colchão, mas são 06 no plantão, então não é suficiente, quem quiser lençol, tem que trazer de casa.”

(Trab. enf. nível médio 2)

Entre as trabalhadoras em estudo, estão presentes algumas patologias referenciadas como consequência do desgaste físico e mental do trabalho, além das más condições de descanso noturno, entre as trabalhadoras de nível médio, somando-se a natureza do desgaste físico e mental no trabalho. Para Rosso (2004), a intensificação do trabalho produz efeitos físicos e psíquicos sobre os trabalhadores, problemas musculares e de saúde mental engrossam a lista dos sacrifícios e das mutilações a que os trabalhadores estão submetidos.

Oliveira (1999), declara que o trabalho noturno é sempre nocivo, porque o não dormir, ou dormir mal, leva a médio e longo prazo ao aparecimento de doenças psicossomáticas. Segundo Pitta (1994) o desgaste no trabalho noturno leva a uma prevalência de transtornos mentais, em que os sincronizadores individuais estão invertidos em relação aos demais sincronizadores sociais, violentando os ritmos circadianos, trazendo desordens na esfera biológica, psicológica e social dessas trabalhadoras e de seus familiares. A autora ainda

coloca que os problemas de sono detectados no trabalho noturno ocasionam perturbações na vida familiar, tendências depressivas, problemas gástricos decorrentes das modificações horárias na ingestão de alimentos, dentre outros.

Para Castro et al (1998), as doenças ocupacionais aparecem de forma gradativa, integrando-se ao cotidiano do trabalhador, que só se apercebem da gravidade quando a doença se instala de forma crônica, muitas vezes irreversível. A falta de informação dos trabalhadores sobre os riscos advindos da execução de tarefas repetitivas diárias não acompanhadas do devido descanso, bem como a falta de informação das chefias sobre os limites do trabalho, sobre a importância do descanso, e da realocação para outra atividade quando do aparecimento de sinais de fadiga muscular, vem gerando uma tendência de crescimento progressivo da doença ocupacional.

Dejours (1992), acrescenta que as más condições de trabalho, a fadiga e a difícil adaptação a ritmos de produção elevados provocam perturbações passageiras nas defesas do organismo, não somente trazem prejuízos para o corpo, como também para o espírito. É de natureza mental a ansiedade resultante das ameaças à integridade física e que a ansiedade é a seqüela psíquica do risco que a nocividade das condições de trabalho impõem ao corpo. O autor afirma também que a não adaptação ao processo de trabalho, a insatisfação presente permanentemente no trabalho e o esgotamento psicofísico levam ao início do sofrimento mental.

Pitta (1994), Pereira (1995) e Alves (1987; 2000), consideram que as condições insalubres de trabalho, o estresse, a repetitividade e monotonia das atividades, a intensidade e o ritmo excessivo de trabalho, os esforços físicos, posições incômodas, e a fadiga a que estão submetidos os trabalhadores de enfermagem apontam para sobrecargas mentais e físicas que determinam problemas ósteo-articulares, hipertensão, gastrites, câncer, dentre outras afecções, e que o número de pausas na jornada de trabalho é inversamente proporcional ao surgimento de doenças. Alves (2000), enfatiza que a luta pela redução da jornada de trabalho é necessária para diminuir o tempo de exposição das trabalhadoras da enfermagem aos riscos do ambiente de trabalho.

Rezende (1995), levanta que o sofrimento parece inerente àqueles que trabalham com doentes e com a doença. Mas, é também a fragilidade destes diante da dor e da finitude que os aproxima daquele que sofre e partilha deste sofrimento. Para a autora, os sacrifícios a que os trabalhadores de enfermagem se expõem, que podem estar nas longas noites de plantão, na fadiga das jornadas de trabalho dobrado, no corre-corre dos corredores tentando ampliar os

minutos que não comportam tantas demandas, no almoço rápido para tornar a correr para um outro emprego, na convivência com o diferente, quer seja o médico, o auxiliar, a família ou o próprio enfermo, põe os trabalhadores face a face com o sacrifício voluntário (e nem sempre tão voluntário assim). A valorização do trabalho, da disciplina, da ordem tem sido observado no pensar e fazer cotidianos da enfermagem, em que o descanso é só o preparo do corpo e do espírito para o novo dia de enfrentamento de novas dificuldades previsíveis, o novo horário, o novo paciente, o novo setor, só não é novo o mal-estar e o desconforto.

O trabalho noturno, relatado pelas trabalhadoras de enfermagem como sendo o mais desgastante, por serem observadas as más condições de descanso destas trabalhadoras, o número insuficiente de profissionais no plantão, é também o turno em que há um maior déficit de material, até pelo não funcionamento dos setores de apoio como farmácia e lavanderia, há reclamações frequentes por parte das trabalhadoras, tendo em vista o trabalho coletivo da enfermagem, o que é notório nas falas a seguir:

“À noite falta muito material, tem dia que não tem um aparelho de pressão que funcione.”

(Enfermeira 5)

“Se faltar material, a gente tem que estar correndo pegar nas outras clínicas, para não deixar faltar no posto.”

(Enfermeira 6)

“Às vezes, falta medicação ou algum material no posto, se tiver em outro posto a gente faz, sempre quem nos socorre é a UTI, porque a farmácia fica fechada.”

(Trab. enf.nível médio 6)

“A farmácia não funciona à noite, o que é errado.”

(Enfermeira 3)

“O grande problema é a roupa, que demora a chegar.”

(Enfermeira 8)

O fechamento da farmácia no período noturno é um fato que desagrada às trabalhadoras de enfermagem em geral, pois sempre que há alteração da prescrição no período noturno ou quando há retorno de pacientes da cirurgia após as 19h, com plano terapêutico a ser planejado e implementado, a enfermeira tem que providenciar a medicação em outros setores para não faltar ao paciente. Na ausência de material, o que mais verificamos foi o atraso na entrega da roupa, nos diversos turnos de trabalho, embora tenha sido mais ressaltada no período noturno. O serviço de lavanderia dessa instituição é terceirizado e, geralmente, eles fazem a entrega após as 9h, o que interfere no trabalho de enfermagem, pois atrasa a execução dos banhos, os curativos, a saída de pacientes para procedimentos externos, entre outros; no período noturno, a roupa não fica no setor, fica na coordenação de enfermagem, quando necessário, as trabalhadoras vão pegá-las.

Em relação a falta de material, mais observada no período noturno, provavelmente é pelo fechamento de outros setores nesse período, porque no período diurno também há falta de material, tanto descartável quanto estéril, mas a comunicação entre os setores é facilitada, o que não acontece no período noturno. A falta de material dificulta o processo de trabalho em enfermagem, atrasa determinados procedimentos e leva à insatisfação dos pacientes que esperam por cuidados. Leitão (1996) aponta que além da falta de material, o serviço público conta ainda com a má qualidade dos mesmos, o que compromete a assistência.

A falta de plantonista na clínica cirúrgica também é um fator de interferência nas condições de trabalho das trabalhadoras de enfermagem. Os cirurgiões possuem uma escala de sobreaviso, ou seja, se for necessário, a enfermeira comunica ao mesmo que vem fazer o atendimento, mas eles não permanecem no setor, apenas prescrevem o plano terapêutico no decorrer do plantão diurno, conforme sua disponibilidade. Na ausência do cirurgião, a enfermeira solicita ao plantonista da clínica médica para prescrever o plano terapêutico, quando necessário. O trabalho médico, nesta instituição, também caracteriza-se pelos vários vínculos de trabalho apresentados por seus membros, reforçando os dados relatado por Nardi (1999), dificultando o acompanhamento dos mesmos aos pacientes internos.

As inadequadas condições do trabalho em enfermagem permanecem ao longo do tempo, sendo que a carência de pessoal e materiais sempre permearam o cuidar. Silva (1989), levanta que a qualidade da assistência de enfermagem é um aspecto colocado em plano secundário nas instituições de saúde, isso se explica pelo desconhecimento da população, em geral, acerca da importância do trabalho de enfermagem no processo terapêutico e pela omissão dos enfermeiros em mostrarem essa importância, bem como por questões de natureza econômica, voltada para a diminuição dos custos no trabalho em saúde. Lunardi Filho (2000)

e Lima (2001), apontam que os profissionais de enfermagem se indignam com a precariedade das condições de trabalho a que estão sujeitos, no entanto, resignam-se aceitando trabalhar nas condições que lhes são impostas, e seus apelos não chegam àqueles possíveis responsáveis pela sua resolução.

Alves (1987) acredita que o problema do baixo salário, da desvalorização é eminentemente político, e que a desqualificação do trabalhador de enfermagem é um dos grandes interesses do patrão, porque limita seu poder de controle sobre o processo de trabalho e, conseqüentemente, o seu poder de participar e barganhar melhorias no seu emprego. A autora ainda coloca que os trabalhadores de enfermagem não têm espaço para barganharem melhorias no trabalho, porque não se assumem enquanto integrantes da enfermagem, desconhecem os padrões de atribuições próprios de cada categoria e o papel de suas organizações sindicais. Afirma Alves (1987; 2000) que a despolitização da categoria parece ser um elemento fortemente favorável à manutenção das condições de trabalho adversas a tais profissionais, por conferir-lhes um estado de alienação favorável às políticas desenvolvidas pelo mercado de trabalho.

Concordo com as autoras acerca da sujeição as más condições de trabalho pelas trabalhadoras de enfermagem, e que o problema é econômico e político, pois a aquisição de profissionais qualificados para o serviço de enfermagem exige investimentos, que não é prioridade do governo, e o não fortalecimento das organizações representantes das categorias por esses profissionais, como referido por Alves (1987), é um fator agravante a essas condições. Pois a dupla, tripla ou mais jornadas de trabalho levam a não participação nessas entidades, pela “falta de tempo”, por outro lado leva ao desgaste do trabalhador de enfermagem, à desvalorização pelos baixos salários e à insatisfação profissional.

Reitero, que serem o déficit de pessoal no setor e os baixos salários, entre as trabalhadoras de enfermagem, em geral, os principais fatores de deterioração das condições de trabalho das mesmas, o que leva ao desgaste, à dupla e tripla jornada de trabalho e à desvalorização profissional. Entretanto, apesar das condições adversas do trabalho de enfermagem, essas trabalhadoras ainda estão buscando a capacitação, cursos de pós-graduação, entre as enfermeiras; e a graduação ou outros cursos de capacitação, entre as trabalhadoras de nível médio, o que é um fato bastante positivo entre as mesmas, dada a sua extensa carga horária de trabalho, ou seja, o pouco tempo que as mesmas têm de não trabalho, elas estão se qualificando para terem condições de competirem no mercado de trabalho, tendo em vista que, em sua maioria, seus vínculos de trabalho são contratos temporários.

Para Gonçalves (1994), as “tecnologias do processo de trabalho” (grifos do autor) refere-se ao saber e seus desdobramentos em técnicas materiais e não-materiais, utilizadas pelo ser humano no desenvolvimento de seu trabalho. Segundo Lima (2001), o saber enquanto campo de prática e conhecimento é um grande aliado dos profissionais, permitindo que encontrem seus lugares e linhas de fuga para a mesmice institucional. Dejours (1992), enfatiza que o saber, a qualificação, representam um dos mecanismos de defesa fundamentais para a economia psíquica, porque se referem à posse e manipulação de objetos de trabalho no processo de produção. O autor afirma também que o domínio do processo de trabalho, dadas as tecnologias do processo de trabalho, bem como os novos equipamentos, é uma das modalidades de resolução de certos conflitos e de regulação da vida psíquica e somática, sendo, para certas pessoas, um modo privilegiado de equilíbrio.

Pereira (1995), considera que nada melhor para suplantar o desgaste da dor, o sentimento de abnegação e morte no dia a dia repetitivo e desgastante da enfermagem, que buscar o prazer, transformar a rotina em encantamento, desmistificar as idéias de resolutividade, de onipotência e onipresença, viver a plenitude do lúdico e compreender que cada indivíduo pode e deve encontrar nas coisas mais simples e até consideradas banais, as suas mais completas formas de prazer.

Tentamos, neste capítulo, explorar o cotidiano do trabalho em enfermagem, que se mostrou ainda impregnado pelo cumprimento de tarefas, permeado por más condições de trabalho. As rotinas estabelecidas e a divisão do trabalho sob a forma de cuidados integrais necessitam ser efetivamente cultivadas. O trabalho em equipe precisa ser estimulado e vivenciado para que a jornada de trabalho seja prazerosa. Embora o déficit de pessoal seja uma realidade para o serviço público de saúde, e prevaleça a forma de contratos de trabalho precário, com baixos salários, submetendo as trabalhadoras de enfermagem à dupla, tripla ou mais jornadas de trabalho, o trabalho de enfermagem precisa ser revisto em detrimento da segurança e qualidade no cuidar em enfermagem, uma vez que o trabalho em saúde é diferenciado por ser exercido sobre pessoas e não sobre coisas, mesmo diante de condições tão adversas de trabalho.

## *CAPÍTULO V*

## 5 REFLETINDO O COTIDIANO DAS TRABALHADORAS DE ENFERMAGEM

O Cotidiano é a vida do dia a dia das pessoas, seja na família, no trabalho ou em qualquer outro ambiente de vivência do ser humano, traz como principal característica a rotina, a repetitividade das ações, o gesto mecânico e uma certa acomodação, segurança das pessoas a essas rotinas. Discutimos, nesse capítulo, as concepções de cotidiano das trabalhadoras de enfermagem e a forma como essa concepção reflete-se em seu trabalho.

Apresentamos, neste trabalho, as definições de cotidiano de Heller (1991, 1992), Martins (2000) e Pais (2003) e, a concepção que se sobressaiu, entre os mesmos, é a de que o cotidiano é a vida de todos os dias e de todas as pessoas. Todos a vivem, sem exceção, o diferencial é a forma de viver esse cotidiano, é o vivê-lo tomando uma distância crítica ou vivê-lo de forma mecânica, tornando-a alienada.

As trabalhadoras de enfermagem, ao relatarem seu cotidiano de trabalho, explanaram seu pensamento acerca do cotidiano, trabalhamos essas falas em dois blocos, as falas que pensam o cotidiano como uma rotina a ser cumprida e as falas que consideram o cotidiano uma rotina, mas defendem que ele não é igual. A seguir, as falas que concebem o cotidiano como rotina:

“O cotidiano é uma rotina que temos que seguir.”

(Enfermeira 3)

“O cotidiano é o meu dia a dia.”

(Enfermeira 4)

“O cotidiano é dar todas as condições para o paciente fazer a cirurgia.”

(Enfermeira 6)

“O cotidiano é a mesma rotina, monótona, todo dia a mesma coisa, a mesma rotina, todo nosso serviço é sempre a mesma coisa.”

(Trab. enf. nível médio 2)

“É a rotina do dia a dia.”

(Trab. enf. nível médio 3)

“O cotidiano é tudo que a gente faz durante todos os plantões, o cotidiano é a rotina, muda os pacientes, mas não muda os procedimentos, o cotidiano é a mesma coisa, é o dia a dia da gente.”

(Trab. enf. nível médio 5)

“É o dia a dia que acaba virando rotina.”

(Trab. enf. nível médio 7)

“São tarefas que são realizadas no dia a dia do trabalho.”

(Trab. enf. nível médio 8)

Os relatos acima refletem o que parte de nossas trabalhadoras pensam sobre o cotidiano, os autores que trabalham o cotidiano têm a rotina como parte da vida diária, ou como cita Pais (2003), a rotina é o elemento básico das atividades do dia a dia, mas o autor defende que cotidiano não se reduz ao que repetitivamente se passa no dia a dia. Quando Heller (1991; 1992) coloca que a vida cotidiana é o espaço onde acontece as rotinas, estabelecem-se as relações, as contradições, a mesma coloca também que a vida cotidiana é o lugar onde se define as possibilidades do homem agir, de transformar sua atividade prática em práxis, capaz de transformar sua realidade.

Sennet (2004) chama a atenção para aqueles que vivem na rotina sem perspectiva de um futuro diferente, ou conhecimento para fazer a mudança. As nossas trabalhadoras de enfermagem que pensam o cotidiano como rotina e que veem o trabalho como algo repetitivo, ou seja, independente do paciente, o procedimento é o mesmo, ainda trazem consigo a divisão do trabalho de enfermagem por tarefas, prevalecendo os procedimentos, a repetição, e o mecanicismo que fazem parte da estrutura da vida cotidiana. Martins (2000) e Lefèvre (1968) referem que o cotidiano, em sua trivialidade, compõe-se de repetições, gestos no trabalho e fora do trabalho, movimentos mecânicos, horas, dias, semanas, meses, anos ..., logo, esse viver torna-se sem sentido, alienado, ou a sua vida se restringe ao momento presente.

Sendo a vida cotidiana reconhecida entre as pessoas como a rotina do dia a dia, é consenso, entre os autores, que a vida cotidiana é a que mais propicia a alienação, dentro ou

fora do trabalho, no entanto, também é um espaço para a descoberta, para o conhecimento, para ver coisas novas, mesmo dentro desse dia a dia, como vemos nas falas a seguir:

“Na minha concepção, eu não tenho cotidiano, porque todo plantão ocorre de uma maneira, mesmo que exista rotina, pois nessa clínica a rotatividade dos pacientes é muito grande, isso contribui para que o serviço não seja igual.”

(Enfermeira 1)

“O cotidiano é conseguir executar as minhas atividades diárias, acrescentando sempre algo novo, é chegar ao fim do dia com a sensação de dever cumprido.”

(Enfermeira 2)

“O cotidiano se traduz em trabalho, que não deixa de ser repetitivo, porque as ações são muito parecidas, mas há sempre uma coisa nova.”

(Enfermeira 5)

“É cuidar do paciente todos os dias, em várias situações, com várias necessidades. É um cotidiano de assistência, que não é a mesma coisa, então o cotidiano não é assim tão comum, a gente se prepara também para o acaso, o inesperado ...”

(Enfermeira 7)

“O meu cotidiano, apesar de ser contínuo, não é rotina, todo dia tem algo novo, e esse novo é um desafio para mim ...”

(Enfermeira 8)

“É tudo que propicia uma rotina sujeita a mudanças progressivas, fazendo o dia a dia algo já conhecido, familiar.”

(Trab. enf. nível médio 1)

“É a responsabilidade de exercer a profissão com amor, carinho. Para mim não é um trabalho repetitivo, porque cada vez que a gente vem, encontra pessoas diferentes.”

(Trab. enf. nível médio 6)

“O cotidiano pode parecer ser igual, mas para mim não é, eu não deixo cair na rotina, porque as pessoas têm a rotina como uma coisa ruim, e o meu cotidiano é muito bom.”

(Trab. enf. nível médio 9)

As falas explanadas nesse segundo bloco, trazem um certo receio de comparar o cotidiano à rotina, pois esta, para tais trabalhadoras, é sinônimo de igual, mesmice. Elas sabem que seguem uma rotina no seu dia a dia, mas querem expor que não é a mesma coisa. Essas trabalhadoras conseguem, dentro do cotidiano do trabalho, perceber o diferente, ou seja, que cuidar de seres humanos, mesmo repetindo os procedimentos, não pode ser igual.

Contudo, enfatiza-se que a rotina é importante na vida das pessoas, faz parte da organização da vida cotidiana, e que Heller (1991) afirma que todas as pessoas têm vida cotidiana, qualquer que seja seu posto na divisão do trabalho intelectual ou físico; o que a autora defende é que não se pode viver inteiramente na cotidianidade, ou viver de forma alienada, sem perspectiva de mudança; Carvalho (2000) considera que a alienação contamina e sufoca a vida cotidiana.

Destacamos nessas falas que no cotidiano, também há o acaso, o inesperado, e deve-se estar preparado para tal situação. Pais (2003) explica que faz parte da vida cotidiana o excepcional, o inesperado, os sonhos, que rompem com a rotina, possibilitando as transformações no cotidiano. O autor também coloca que as festas, as viagens, as férias, são espaços de recusa ou rupturas do cotidiano, são momentos em que as pessoas se reorganizam e podem transformarem-se.

Percebemos, entre as trabalhadoras anteriormente citadas, vários momentos de confraternização, dentro e fora do espaço de trabalho: são as comemorações de aniversários, natal, páscoa, ou outros encontros em suas casas, que constituem momentos de fortalecimento dos laços de amizade principalmente, fora do ambiente de trabalho. Esses encontros, segundo Martins (2000), Pais (2003) e Heller (1991), são suspensões da cotidianidade, sendo necessários para que se retorne a mesma de forma renovada.

O cotidiano do trabalho de enfermagem, embora visto por algumas de suas trabalhadoras como “a mesma coisa”, é permeado por situações ditas “intercorrências” que requerem das mesmas conhecimento, habilidades e sobretudo criatividade, face às condições de trabalho vivenciadas pelas referidas profissionais. Martins (2000) assevera que, mesmo na rotina alienada da produção, há momentos de iluminação e criação, de invasão do cotidiano e do senso comum pela realidade e pelo conhecimento que revolucionam o cotidiano.

Para muitos, considera Martins (2000), a vida cotidiana se tornou um refúgio para o desencanto de um futuro improvável, de uma história bloqueada pelo capital e pelo poder. Viver o presente já é uma consignação que encontra eco numa sociologia do detalhe, do aqui e agora, do viver intensamente o mundo desprovido de sentido. Para o autor, a sociologia do cotidiano tem resultado diretamente no refluxo das esperanças da humanidade num mundo novo de justiça, de liberdade e de igualdade; tendo em vista que no homem comum imerso no cotidiano, em um tempo e lugar, é que se encontra a eficácia das vontades individuais e quem faz a força da sociedade civil, dos movimentos sociais.

### **5.1 Tecendo considerações:**

Este estudo foi produzido a partir da apresentação do cotidiano do trabalho das trabalhadoras de enfermagem da clínica cirúrgica de um hospital da rede pública em São Luís-MA. As técnicas utilizadas, observação e entrevista, foram fundamentais, pois possibilitaram a construção da realidade vivenciada cotidianamente por essas trabalhadoras.

O cotidiano do trabalho de enfermagem abordado neste estudo fundamentou-se nas concepções teóricas de Heller (1982; 1991; 1992). O cotidiano apreendido a partir dessa análise mostrou um universo de trabalhadoras de enfermagem ainda, predominantemente, feminino, com dupla, tripla ou mais jornadas de trabalho, fortemente marcado pela divisão técnica e social do trabalho, subordinado às normas e rotinas da instituição.

Lima (2001) afirma que é na apreensão do cotidiano que se produz o trabalho em ato, que os processos emergem, vão dando formas aos estilos de ação político-institucionais dos trabalhadores e potencializando ações que produzem as mudanças.

O trabalho de enfermagem, considerado trabalho coletivo por Gonçalves (1992) e Lunardi Filho (2000), apresentou uma forte relação de interdependência verticalizada com outros trabalhos de saúde. A relação de dependência com o trabalho médico ainda mostrou-se central no trabalho de enfermagem, refletida nas falas de todas as trabalhadoras quanto à ausência da terapêutica médica e suas interveniências. Os serviços de apoio, tais como,

farmácia, lavanderia, almoxarifado, também mostraram uma relação de complementariedade ao trabalho de enfermagem, bem como os serviços de nutrição, fisioterapia e serviço social.

A precariedade das condições de trabalho foram observadas e relatadas nas falas das trabalhadoras de enfermagem na forma do contrato de trabalho, nas faltas de condições materiais, quantitativo de trabalhadoras por turno para atender as necessidades dos pacientes, as múltiplas jornadas de trabalho vivenciadas por essas trabalhadoras em diferentes serviços, na falta de local adequado para o descanso noturno, que são desumanas, segundo suas próprias falas. A falta de espaço para o desenvolvimento de suas competências também foi posto como entrave no trabalho de enfermagem.

A presença de patologias, como consequência do desgaste no trabalho, foi observada e relatada por algumas trabalhadoras. O desgaste físico e mental dos trabalhadores da saúde vem sendo estudado por Pitta (1994) e Dejours (1992) como um fato que vem se agravando em decorrência da sua excessiva jornada de trabalho. Além do desencadeamento de doenças, as trabalhadoras da saúde são propícias ao sofrimento mental, pela aproximação com o corpo doente, a dor e a morte, algo que se pode notar em algumas falas.

O trabalho noturno, característica da assistência à saúde hospitalar, aparece como sendo um forte estressor no trabalho de enfermagem, por interferir diretamente nas funções fisiológicas do sono e vigília, repouso, alimentação, por as trabalhadoras virem de outra jornada de trabalho, ou saírem do plantão noturno para outro trabalho; de forma geral as trabalhadoras do noturno cumprem uma carga horária de trabalho de 24h ininterruptas. Ressaltam-se, ainda, as condições de descanso noturno, em colchonetes adquiridos pelas mesmas, nas bancadas do posto de enfermagem e sobre o assoalho. Foi observado que, sempre que solicitadas, durante à noite, procuraram atender a demanda.

Destaca-se a avaliação crítica de algumas trabalhadoras em relação ao serviço público, como sendo gerador do descompromisso de alguns, a falta de controle entre os trabalhadores, a falta de material, a desorganização do trabalho, são fatores, apontados pelas trabalhadoras, que interferem no trabalho de enfermagem.

Percebemos tentativas isoladas de confronto de uma ou outra trabalhadora, mas não há uma organização das trabalhadoras de enfermagem que denuncie essas situações, inclusive em relação à terapêutica médica, o que se observou foi um esforço considerável das enfermeiras, especificamente, em tentarem contornar essa situação, ligando para os médicos, atrás de plantonistas em outros setores para prescreverem na ausência do cirurgião, para que não seja interrompida a terapêutica do paciente.

A diversidade de atividades desenvolvidas pelas trabalhadoras de enfermagem, além das rotinas preconizadas pelo serviço, demanda exigências físicas e mentais que contribuem para o cumprimento de tarefas. Embora haja, neste serviço, a divisão do trabalho por paciente com vistas ao cuidado integral, a concepção da execução de tarefas ainda é muito forte entre essas trabalhadoras, pois segundo as mesmas, até três anos atrás, eram distribuídas por tarefas para execução do cuidado de enfermagem entre todos os pacientes. Pires (1998) considera um avanço na consolidação do trabalho de enfermagem a execução do cuidado integral, pelo controle que o trabalhador tem de seu trabalho e pela responsabilidade para com o paciente.

Para Lima (2001) o cotidiano do trabalho de enfermagem tem se escondido por trás do estar preso às tarefas e no ter que fazer as rotinas, na falta de tempo e de autonomia; o atendimento às necessidades assistenciais pelo enfermeiro no espaço hospitalar se realiza de forma imediatista, a lógica tem sido a de atender a rotina ou as intercorrências. Para essa autora, o cotidiano do trabalho da enfermagem no hospital se expressa de forma insatisfatória porque não se buscam mecanismos de desconstrução para a fragmentação entre o cuidar e o administrar na enfermagem.

Existe no setor um livro de normas e rotinas do serviço de enfermagem (apêndice 3), que, além da relação de procedimentos, comporta um material didático elaborado pelas enfermeiras do setor para consulta das trabalhadoras de enfermagem, mas não foi observado seu uso, que seriam momentos de estudo, ou de elevação da cotidianidade, segundo Heller (1991). Entretanto, observamos o interesse dessas trabalhadoras por cursos de formação continuada, tanto as enfermeiras, buscando cursos de pós-graduação (especialização e mestrado); quanto as trabalhadoras de nível médio, cursando graduação ou outros cursos de atualização; fator relevante, tendo em vista seus vários vínculos de trabalho. Observamos, também, que essas trabalhadoras, para se manterem nesses cursos, ou trocam plantão ou pagam às colegas para as substituírem, a fim de não faltarem ao trabalho, pois as mesmas não podem ser liberadas, tendo em vista que, em sua grande parte, são contratadas.

Merhy (2002) nos chama à atenção, ao afirmar que o trabalho em saúde não se produz limitado à capacidade de operar máquinas nas intervenções sobre os pacientes. Além dos equipamentos (máquinas), as ações cuidadoras e seus cuidadores mobilizam intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais bem estruturados que, no cotidiano, vão imprimindo novas lógicas e agires.

Ramos e Martins (1995) explanam que no trabalho em saúde convive-se com outros modos de ver antigas preocupações: a qualidade de vida, o processo saúde-doença, o individual *versus* o coletivo, a cidadania e o próprio trabalho em saúde, onde tantos fatos

reais, sofridos, contundentes, são cotidianos, ou quase instantâneos, ou seja, muitas coisas acontecem ao mesmo tempo, coisas de vida e de morte, coisas de necessidade e sobrevivência, coisas ligadas a decisões éticas e morais. Nogueira (1997) reitera essa colocação quando expõe que o trabalho em saúde se fundamenta numa relação interpessoal muito intensa, em que o consumidor contribui no processo de trabalho, ou seja, ele é parte do processo de trabalho, na medida em que fornece valores necessários ao processo de trabalho.

O cotidiano do trabalho em enfermagem trouxe ainda realidades anteriores, em que as trabalhadoras de enfermagem submeteram-se, por alguns anos, a contratos de trabalho, sem nenhum direito trabalhista, pois antes da contratação pelo Instituto Cidadania e Natureza, em 2006, havia várias trabalhadoras contratadas por cooperativas, o que causava mal-estar entre as mesmas, pois no mesmo espaço de trabalho, umas eram concursadas pela Secretaria de Estado da Saúde; e outras, com contrato de trabalho precário, carga horária e salários diferenciados. Por diversas vezes, as mesmas declararam que se submeteram a essas condições de trabalho por necessidade. A satisfação das necessidades, ou ter as necessidades contempladas de forma a obterem moradia decente, transporte, lazer e outros, é o motivo pelo qual as mesmas justificam a procura por outros vínculos de trabalho.

Segundo Alves (2000), as condições em que o processo coletivo do trabalho em Saúde e em Enfermagem vem sendo desenvolvido (não estímulo à promoção, baixos salários, trabalho em ritmo repetitivo, monótono, intenso, contínuo, sob rodízio de setor e de turnos, trabalho em horário noturno, dias feriados e domingos) levam à fadiga psico-física, absenteísmo, entre outros problemas, possibilitando a descontinuidade do processo de trabalho coletivo e riscos para a clientela e para as próprias trabalhadoras. Alves (2000) afirma ser necessário que enfermeiras e as demais categorias que exercem a enfermagem compreendam que a sua prática é um trabalho assalariado, coletivo, fragmentado, explorado, o qual demanda mudanças capazes de colocar a enfermagem em posição de dignidade diante do setor de saúde e do mundo do trabalho em geral.

O cotidiano do trabalho de enfermagem não deve ser observado fora do contexto político- econômico do país, em que há redução da contratação de trabalhadores por concursos públicos nos serviços de Saúde, prevalecendo as contratações por meio de empresas não governamentais ou contratos “extras”, redução dos direitos trabalhistas e da recomposição dos salários, levando as trabalhadoras de enfermagem à acomodação a essas precárias condições de trabalho e à submissão ao “corre-corre” desesperado de um trabalho para outro.

Tais condições, se examinadas sob a abordagem do trabalho decente, preconizado pela Organização Internacional do Trabalho, em que as trabalhadoras de enfermagem para viverem de seu trabalho é necessário somar vários vínculos de trabalho assalariado - porque os salários não lhes permite ter uma vida digna capaz de prover moradia, saúde, educação, alimentação adequadas, além de submetê-las a extensas cargas horárias de trabalho (até 36h), sem intervalo, entre jornadas, contratos temporários, redução de benefícios trabalhistas, entre outros, e qualidade de vida a ser discutida -, não concorrem para um trabalho decente, que ainda é uma utopia para essas trabalhadoras, mas que deve ser uma perspectiva a ser almejada.

A análise do cotidiano do trabalho de enfermagem na clínica cirúrgica de um hospital público trouxe, para a reflexão das trabalhadoras de enfermagem, a forma como estas estão vivendo seu cotidiano - passam a maior parte de suas vidas exercendo o trabalho de enfermagem. É necessário que essas trabalhadoras não se deixem levar pela repetição de seus atos, pelo gesto mecânico e compreendam que as rotinas são elaboradas para direcionarem o serviço e não para as transformarem em cumpridoras de tarefas. O cotidiano existe para todos, viver na cotidianidade é uma opção, consciente ou não, mas viver o cotidiano, transformando-o numa fonte de conhecimento para novas descobertas, é um desafio.

## *REFERÊNCIAS*

## REFERÊNCIAS

- ADAM, P.; HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. São Paulo: EDUSC, 2001. Série Saúde Sociedade.
- ALMEIDA, M. C. P. de. Processo e divisão do trabalho de enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39, Salvador, 1987. **Anais**. Salvador, ABEn – Seção - BA, 1987. p. 19 – 26.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, J. S. Y. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. 2.ed. São Paulo, Cortez, 1989.
- ALMEIDA, M. C. P. de; ROCHA, S. M. M. Considerações sobre a enfermagem enquanto trabalho. In: \_\_\_\_\_ (orgs.) **O Trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997.
- ALVES, D.B. **Trabalho, educação, e conhecimento na enfermagem** – uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina. Aracaju – Sergipe: Ed. da UFS, Fundação Oviêdo Teixeira, 2000.
- \_\_\_\_\_. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador, 1987.
- ANTUNES, J. L. F. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo, Letras & Letras, 1991.
- ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses a centralidade do mundo do trabalho. 5ed. São Paulo: Cortez; Campinas: EdUEC, 1998.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa-Portugal: Edições 70 LTDA., 1995.
- BECKER, H. S. Problemas de inferência e prova na observação participante. In: \_\_\_\_\_ **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. 4.ed. São Paulo, Hucitec, 1999, cap. 2, p. 47 – 64.
- BELLATO, R. O mito do instituído e a banalidade do vivido no cotidiano de um hospital universitário. 1996. 196f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.
- BIANCO, M.H.B.C. Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano – um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. 1999. 178f. Tese (Doutorado em Enfermagem) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.
- BOUFFARTIGUE, P. ?Fin del trabajo e crisis del trabajo asalariado? **Sociologia del Trabajo**, nueva época, n. 29, invierno, 1996/1997, p. 97 – 110.
- BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista** – a degradação do trabalho no século XX. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1987.

CARVALHO, M.C.B. O conhecimento da vida cotidiana – base necessária à prática social. In: CARVALHO, M.C.B.; NETTO, J.P. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CASTRO, A. L. et al. Mulher, mulher: saúde, trabalho, cotidiano. In: ALVES, P. C.; MINAYO, M. C. S. (org.). **Saúde e doença** – um olhar antropológico. Primeira reimpressão. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1998.

CICOUREL, A. Teoria e método em pesquisa de campo. In: GUIMARÃES, A. Z. **Desvendando máscaras sociais**. 2.ed. Rio de Janeiro, Francisco Alves, 1980. cap. 4, p. 87 – 119.

COLLIÉRE, F. **Promover a vida**. Lisboa: Edição Portuguesa, 1989.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986. CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO. Documentos básicos de enfermagem – principais leis e resoluções que regulamentam o exercício profissional de Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. São Paulo: COREN, 2001.

CRUZ NETO, O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4.ed. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 51 – 66.

DEIENNO, S. R. R. Atuação do enfermeiro em unidade de internação: enfoque sobre as atividades burocráticas e não burocráticas. 1993. 99f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto, 1993.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho** – estudo de psicopatologia do trabalho. 5ed. São Paulo: Cortez/ Oboré, 1992.

ERDMAN, A. L. A complexidade no cotidiano de um sistema organizacional de cuidados de enfermagem hospitalar. 1995.108f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1995.

FERREIRA-SANTOS, C. A. **A enfermagem como profissão: estudo num hospital-escola**. São Paulo, Livraria Pioneira, 1973.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 11.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. 4.ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1994.

FRIEDMANN, G.; NAVILLE, P. **Tratado de Sociologia do Trabalho**. São Paulo: Cultrix EdUSP, 1973. v. I.

- GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. (coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, p. 91 – 96.
- GONÇALVES, R.B.M. Medicina e História – raízes sociais do trabalho médico. 1979. 209f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- GONÇALVES, R.B.M. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: CEFOR, 1992.
- \_\_\_\_\_. Trabalho em saúde e pesquisa: reflexão a propósito das possibilidades e limites da prática de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 5, Belo Horizonte. **Anais ...** Belo Horizonte: ABEn, 1988. p. 27 – 39.
- \_\_\_\_\_. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde** – características tecnológicas de processos de trabalho na rede estadual de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1994.
- GRANJO, M.H.B. **Agnes Heller** – filosofia, moral e educação. Petrópolis: Vozes, 1996.
- GUITTON, B.; FIGUEIREDO, N.; PORTO, I. **A passagem pelos espelhos** – a construção da identidade profissional da enfermeira. Niterói: Intertexto, 2002.
- HELLER, Á. **La revolucion de la vida cotidiana**. Barcelona: Ediciones Península, 1982.
- \_\_\_\_\_. **O cotidiano e a história**. 4ed. São Paulo: Paz e Terra Filosofia, 1992.
- \_\_\_\_\_. **Sociologia de la vida cotidiana**. 3ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991.
- HIRATA, H. **Nova divisão sexual do trabalho?** Um olhar voltado para a empresa e a sociedade. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002.
- HOEFEL, M. G. Reflexões sobre as novas políticas sociais no Brasil e a saúde do trabalhador. In: BRASIL. Ministério da Saúde. (Org.). **Terceira Conferência Nacional de Saúde Do Trabalhador**. Brasília: MS, 2005. v.1, p. 79 – 84.
- KURCGANT, P. As teorias de administração e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991, p. 3 – 13.
- LEFEBVRE, H. **La vida cotidiana em el mundo moderno**. Madrid: Alianza Editorial S.A., 1968.
- \_\_\_\_\_. **Critique de la vie quotidienne, III: de la modernité au modernisme** (Pour une métaphilosophie). Paris, L' Arché Éditeur, 1981.
- LEITÃO, R. E. R. A dualidade entre o administrar e o cuidar em enfermagem. 1996. 102f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1996.

- LEOPARDI, M.T. Instrumentos de trabalho na saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC, Ed.Papa-livros, 1999, p. 9 - 22.
- LIMA, R. C. D. **Enfermeira** – uma protagonista que produz o cuidado no cotidiano do trabalho em saúde. Vitória: Edufes, 2001.
- LOPES, M.J.M. Divisão do trabalho e relações sociais de sexo: pensando a realidade das trabalhadoras do cuidado de saúde. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (orgs.) **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
- \_\_\_\_\_. Quando a voz e a palavra são atos terapêuticos: a integração individual e coletiva nas palavras quotidianas do trabalho de enfermagem. In: WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, Maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 153 – 188.
- LUNARDI, V. L. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. Pelotas, UFPel., 1998.
- LUNARDI FILHO, W.D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. Pelotas: Ed. Universitária/ UFPel; Florianópolis: UFSC, 2000. (Série Teses em Enfermagem, 22).
- MARTINS, J. S. **A sociabilidade do homem simples** – cotidiano e história na modernidade anômala. São Paulo: Hucitec, 2000.
- MARX, K. **O Capital: crítica da economia política**. 2ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985a. (Coleção os Economistas, v. 1).
- \_\_\_\_\_. **Capítulo VI inédito de O Capital** – resultados do processo de produção imediata. São Paulo: Editora Moraes, 1985b.
- MELO, C.M.M. **Divisão social do trabalho e Enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. (Série Saúde e Sociedade).
- MENDES FILHO, S. (Coord.); CORDONI JUNIOR, L. (Coord.); SANTANA, J.P. (Coord.). **Relatório final: política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho**. Natal: UFRN; 1999. 34p.
- MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3.ed. São Paulo, Hucitec, 1994a.
- MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4.ed. Petrópolis, Vozes, 1994b.

- NARDI, H. C. **Saúde, trabalho e discurso médico** – a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho. São Leopoldo – SP: EdUNISINOS, 1999. (Série acadêmica).
- NOGUEIRA, C.M. **A feminização no mundo do trabalho** – entre a emancipação e a precarização. Campinas: Autores Associados, 2004.
- \_\_\_\_\_. **O trabalho duplicado** – a divisão sexual no trabalho e na reprodução: um estudo das trabalhadoras do telemarketing. São Paulo: Expressão popular, 2006.
- NOGUEIRA, R.P. As dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M.C.G.B. (Org.). **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- OFFE, C. **Capitalismo desorganizado** – transformações contemporâneas do trabalho e da política. São Paulo: Brasiliense, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Trabalho & Sociedade** – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991a.V.I.
- \_\_\_\_\_. **Trabalho & Sociedade** – problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991b. V. II.
- OLIVEIRA, E.M. **A mulher, a sexualidade e o trabalho**. São Paulo: CUT, 1999.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Brasil. Agenda Nacional de Trabalho decente. Brasília: [S.N.], 2006.
- ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. **Trabalho decente**. Disponível em: <<http://www.oitbrasil.org.br/trabalhodecente>>. Acesso em 15 de março.2009.
- PADILHA, M.Y.C.S. **A mística do silêncio** – a enfermagem na Santa Casa de Misericórdia do Riode Janeiro no século XIX. Pelotas: EdUFPel, 1998.
- PADREDI, F. S. M. O bom senso ao invés da teoria e o improvisado ao invés da administração – uma análise do fazer, do pensar e do sentir no cotidiano do enfermeiro.1993. 94f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.
- PAIM, J. S. **Recursos humanos no Brasil**: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: USP, 1994.
- PAIS, J. M. **Vida cotidiana** – enigmas e revelações. São Paulo: Cortez, 2003.
- PAIVA, M.S. (Coord.). **Enfermagem brasileira**: contribuição da ABEn. Brasília: ABEn Nacional, 1999.
- PAIXÃO, W. **História da enfermagem**. 5.ed. Rio de Janeiro, Júlio C. Reis, 1979.
- PASSOS, E. S. **De anjos a mulheres**: ideologias e valores na formação de enfermeiras. Salvador, EDUFBA/EGBA, 1996.

- PAULO NETTO, J. Para a crítica da vida cotidiana. In: CARVALHO, M.C.B.; PAULO NETTO, J. **Cotidiano: conhecimento e crítica**. 5ed. São Paulo: Cortez, 2000.
- PEREIRA, A. Contextualizando o cotidiano para a enfermagem. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, 1995.
- \_\_\_\_\_. Reflexões sobre a evolução da enfermagem e o surgimento do homem na profissão. **Revista Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 4, n. 2/4, p. 49-54, jun./dez, 1991.
- \_\_\_\_\_. **O cotidiano profissional do enfermeiro: das aparências às diferenças de gênero**. Pelotas: EdUFPEL; Florianópolis: UFSC, 1999.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo, Cortez, 1989.
- \_\_\_\_\_. **Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 1998.
- \_\_\_\_\_. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M.T. (Org.) **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis:Papa-livros, 1999, p.25-48.
- PITIÁ, A. C. A. O enfermeiro e seu cotidiano – cenas de um manicômio. 1997, 142f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.
- PITTA, A. **Hospital – dor e morte como ofício**. 3ed. São Paulo: Hucitec, 1994. (Saúde em Debate 34).
- RAMOS, F. R. S.; MARTINS, C. R. Ética e cotidiano: uma motivação para o debate em saúde. **Rev. Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.4, n.2, p. 60- 72, jul./dez., 1995.
- REZENDE, A. L. M. A harmonia da desordem: sofrimento e transgressão no trabalho de saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.85 – 92, maio, 1995.
- RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
- ROSSO, S. D. Dilemas do tempo – o tempo de trabalho no Brasil e no mundo globalizado. In: DOWBOR, L.; FURTADO, O.; TREVISAN, L.; SILVA, H. (Org.). **Desafios do trabalho**: Petrópolis: Vozes, 2004, p.47 – 62.
- SENNETT, R. **A corrosão do caráter – consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 8ed. Rio de Janeiro: Record, 2004.
- SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica**. 2.ed. São Paulo,Cortez, 1989.
- SILVA, L. A. A.; POLI, G. A impregnação do uso das rotinas na enfermagem. **Rev. Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 10, n. 1, p. 94 – 103, jan./ abr., 2001.
- SILVA, N. F. **A prática da enfermagem na Bahia – contribuição ao estudo do trabalho dos profissionais de enfermagem de nível superior**. Salvador: Gráfica Central, 1987.

TREVISAN, M.A. **Enfermagem hospitalar** – administração e burocracia. Brasília: EdUnB, 1988.

WALDOW, V. R. **Cuidado humano**: o resgate necessário. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1998.

TRIVIÑOS, A. N. S. Introdução a pesquisa em ciências sociais – a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

*APÉNDICES*

## APÊNDICE 1

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Santana de Maria Alves de Sousa, Enfermeira, Professora do Departamento de Enfermagem da UFMA, doutoranda do Programa de Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), está realizando a pesquisa "*O cotidiano do trabalho de enfermagem em clínica cirúrgica de hospitais da rede pública de saúde de São Luís - MA*", para conclusão de sua tese de doutorado.

Essa pesquisa tem por objetivos apreender o cotidiano dos profissionais de enfermagem da Cl. Cirúrgica de Hospitais, de médio e grande porte, da Rede Pública de Saúde em São Luís - MA, bem como levantar os documentos e dados empíricos que definem e orientam a organização do serviço de enfermagem e, analisar o trabalho de enfermagem, partindo do cotidiano das enfermeiras e auxiliares de enfermagem que compõem a Cl. Cirúrgica de Hospitais de médio e grande porte da Rede Pública de Saúde, em São Luís – MA, tendo em vista a qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

A coleta de dados se processará por meio da observação participante e entrevista individual aberta, que deverá ser gravada. Garantimos que essa pesquisa não vai expor sua imagem, nem colocar em risco seu trabalho, pois sua identidade será mantida em sigilo. Também esclarecemos que não há benefícios para o participante em qualquer etapa do estudo e que você terá acesso as informações para esclarecimentos de quaisquer dúvidas.

É garantida a liberdade de participação e retirada do consentimento, em qualquer momento da pesquisa, deixando assim de participar da mesma sem qualquer prejuízo a continuidade de seu trabalho. As informações obtidas serão analisadas e divulgadas para fins científico, você tem o direito de ser mantido atualizado sobre os resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores.

Acredito ter sido suficientemente esclarecido a respeito das informações que li, ficando claro quais são os propósitos do estudo, os procedimentos realizados, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que meu trabalho não vai ser prejudicado. Concordo voluntariamente em participar deste estudo, e estou ciente também que poderei retirar meu

consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, perdas ou prejuízos no meu trabalho.

Em caso de dúvidas você pode procurar o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário, localizado na Unidade Presidente Dutra, à Rua barão de Itapary, 227, Centro, telefone (98) 3219 - 1223 ou a coordenadora dessa pesquisa Profa. Ms. Santana de Maria Alves de Sousa, endereço - Av. 08, Cond. Antúrios, Bl 06, Apto. 304, Cohab Anil IV, São Luís-MA; telefone (98) 3245 1873.

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o consentimento livre e esclarecido deste sujeito para a participação nesse estudo.

Data: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora responsável

## APÊNDICE 2

### ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

#### **Rotinas do serviço de enfermagem para auxiliares e técnicas (os) de enfermagem:**

- Passagem de plantão;
- Visita aos pacientes da clínica;
- Administração de medicação:
  - 1 vez ao dia: 14 ou 18h;
  - 4/4h - 14, 18, 22, 02, 06 e 10h;
  - 6/6h - 18, 00, 06 e 12h;
  - 8/8h - 14, 22, 06h;
  - 12/12h - 18 e 06h.
- Verificação de sinais vitais: 6/6h - 10, 16, 22, 06h;
- Inalação: 8/8h - 14, 22, 06h; 6/6h - 10, 16, 22, 04; 4/4h - 10, 14, 18, 22, 02, 06;
- Controle de diurese: 12/12h - 18 e 06h;
- Banho no leito: 8h;
- Curativos: manhã (enfermeira e auxiliar da comissão de curativo);
- Encaminhamento de pacientes para cirurgia: no decorrer da manhã;
- Recepção de pacientes da cirurgia: a partir das 12h;
- Admissão de pacientes: a partir das 15h;
- Preparo do paciente para cirurgia: a partir das 21h.

#### **Rotinas do serviço de enfermagem para enfermeiras (os):**

- Passagem de plantão;
- Visita aos pacientes da clínica.;
- Distribuição das auxiliares de enfermagem por leitos;
- Passagem de horário das medicações;
- Censo de enfermagem;
- Controle de psicotrópicos e equipamentos da clínica;
- Relatório de enfermagem;
- Encaminhamento de exames;
- Cuidado de pacientes graves;
- Admissão de pacientes;

- Realização de procedimentos privativos do enfermeiro: cateterismos nasogátrico e vesical de demora, suporte nutricional parenteral, curativo de feridas abertas, cateteres, dentre outros.

### APÊNDICE 3

#### NORMAS E ROTINAS DO SERVIÇO DE ENFERMAGEM

1. Atribuições da equipe de enfermagem no H.T.L.F.:
  - Coordenador de Enfermagem.
  - Enfermeiro.
  - Técnico e Auxiliar de Enfermagem.
  - Secretária.
2. Admissão do paciente:
  - Admissão do paciente pela enfermagem.
3. Alta hospitalar do paciente.
4. Transferência do paciente:
  - Transferência interna;
  - Transferência externa;
5. Rotina de óbito do paciente.
6. Passagem de plantão.
7. Estoque mínimo de psicotrópicos.
8. Encaminhamento de pacientes da clínica cirúrgica para o centro cirúrgico
9. Padronização de horários de medicamento
  - Inalação (8/8h; 6/6h; 4/4h);
  - Medicamento (4/4h; 6/6h; 8/8h; 12/12h).
10. Escala de conversão de insulina.
11. Organização do prontuário.
12. Profilaxia anti-retroviral após exposição ocupacional MS:
  - Imunização.
13. Lavagem das mãos.
14. Rotina de entrega e recolhimento dos materiais da CME nas clínicas.
15. Rotina de limpeza das enfermarias.
16. Comunicado aos enfermeiros – hora do descanso da equipe.
17. Rotina de exames laboratoriais.
18. Rotinas de tricotomia.
19. Informes – Orientações:

- Interação medicamentosa;
- Orientação dieta;
- Preparo para exames;
- Rotina de coleta e resultado de exames;
- Protocolo de liberação de produtos hemoterápicos;
- Mandamentos para o acompanhante.

#### 20. Técnicas de Enfermagem:

- Higiene oral;
- Lavagem dos cabelos;
- Higiene corporal;
- Banho no leito;
- Feridas: curativos, retirada de pontos e ataduras;
- Inalação;
- Traqueostomia (curativo, aspiração, oxigenação);
- Drenagem torácica;
- Cateterismo (gástrico e entérico)
  - Gavagem;
  - Lavagem gástrica;
  - Técnica (cateterismo nasogástrico e nasoenteral);
  - Cateterismo retal.
  - Eliminação intestinal (enema).

#### 21. Eliminação urinária:

- Revisão fisiológica;
- Coleta de urina e fezes para exames;
- Cateterismo vesical;
- Coletor externo.

#### 22. Assistência de enfermagem na hemotransfusão.

#### 23. Administração de medicamentos:

- Revisão teórica;
- Cálculo de medicamento;
- Soros;
- Medicação oftálmica, nasal, otológica, tópica, parenteral (técnicas / preparo).

#### 24. Outros:

- Relatório de enfermagem;

- Anotações diárias de enfermagem (admissão, relatório de pré e pós-operatório, alta, transferência, óbito);
- Relatório de final de plantão;
- Dieta;
- Eliminação intestinal;
- Higienização (higiene íntima, cuidado com as unhas, higiene oral,);
- Curativo;
- Dreno;
- Equilíbrio circulatório (pele abdômen, deambulação; repouso; sono; nível de consciência; condições emocionais; febre e hipotermia; náuseas e vômitos; constipação; diarreia; tosse; dor; movimentação dos membros).

*ANEXO*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA



## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 118/06

Pesquisador (a) Responsável: **Santana de Maria Alves de Sousa**

Equipe executora: **Santana de Maria Alves de Sousa**

Tipo de Pesquisa: **Doutorado**

Registro do CEP: **107/06** Processo Nº. **33104-415/2006**

Instituição onde será desenvolvido: **Hospital Universitário Presidente Dutra e Hospital**

**Tarquínio Lopes Filho**

Grupo: **III**


Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia **28.04.2006** o processo Nº. **33104-415/2006**, referente ao projeto de pesquisa: “**O cotidiano do trabalho de enfermagem em clínica cirúrgica de hospitais da rede pública de São Luis-Maranhão**”, tendo como pesquisadora responsável **Santana de Maria Alves de Sousa** cujo objetivo geral é “**Aprender o cotidiano dos profissionais de enfermagem da clínica cirúrgica de hospitais, de médio e grande porte, da rede pública de saúde em São Luis-MA, bem como levantar os documentos e dados empíricos que definem e orientam a organização do serviço de enfermagem; Analisar o trabalho de enfermagem, partindo do cotidiano das enfermeiras e auxiliares de enfermagem que compõem a clínica cirúrgica de hospitais de médio e grande porte da rede pública de saúde, em São Luis-MA, tendo em vista a qualidade do cuidado prestado aos usuários do Sistema Único de Saúde(SUS)**”. Na metodologia: Trata-se de um estudo do tipo descritivo. Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil supri-las adequada e satisfatoriamente de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê. Assim, mediante a importância social e científica, a que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Lembramos a V.Sª que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalidade alguma e sem prejuízo ao seu cuidado, e deve receber uma cópia do TCLE, na íntegra, por ele assinado. O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de regime oferecido a um dos grupos da pesquisa que requeiram ação imediata. O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à ANVISA, quando for o caso, junto com seu posicionamento. Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente em 28/04/2007 e ao término do estudo, gravado em CD ROM.

São Luis, 28 de abril de 2006.

  
Wildoberto Ayala Batista Gurgel  
Coordenador do CEP-HUUFMA  
*Ethica homini habitat est*

Comitê de Ética em Pesquisa  
do Hospital Universitário da UFMA  
aprovado em reunião de:

28/04/06.

---

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**  
Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luis – Maranhão Tel: (98) 3219-1223  
E-mail huufma@huufma.br