



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



“Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro”

por

Hebert de Oliveira Gomes

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre em Ciências na área de Saúde Pública.

*Orientadora principal: Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito
Segunda orientadora: Prof.^a Dr.^a Luciana Gomes*

Rio de Janeiro, julho de 2014.



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Esta dissertação, intitulada

“Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro”

apresentada por

Hebert de Oliveira Gomes

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof. Dr. Hélder Pordeus Muniz

Prof.^a Dr.^a Lúcia Rotenberg

Prof.^a Dr.^a Jussara Cruz de Brito – Orientadora principal

Catálogo na fonte
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca de Saúde Pública

G633 Gomes, Hebert de Oliveira
Trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em
urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de
Pronto Atendimento no município do Rio de Janeiro. /
Hebert de Oliveira Gomes. -- 2014.
183 f. : graf.
Orientador: Brito, Jussara Cruz de
Gomes, Luciana
Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde
Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.
1. Saúde do Trabalhador. 2. Serviços Médicos de
Emergência. 3. Enfermagem. 4. Ergologia. I. Título.

CDD - 22.ed. – 610.7346

AGRADECIMENTOS

À Jussara pelos ensinamentos e agradável convivência. Também agradeço pela confiança depositada em mim desde o início e por compreender todas as minhas limitações.

À Luciana pela orientação, parceria e provocações que tanto enriqueceram este trabalho.

Aos colegas do grupo PISTAS pelo aprendizado e reflexões coletivas.

Às colegas de mestrado pela convivência e contribuições para minha pesquisa.

À Daniela Tarta e Paulo Veras por terem me autorizado e acolhido tão bem no campo de pesquisa.

Às profissionais de enfermagem que aceitaram compartilhar um pouco do seu trabalho conosco.

Às profissionais de enfermagem do Hospital Estadual Azevedo Lima e do PA Central de Pedro Leopoldo que foram minha inspiração e que tanto me ensinaram.

Aos meus pais - Antônio Carlos e Isis - por todo amor e apoio incondicional e também por compreenderem todo tempo ausente e distante.

A minha irmã Flávia pelo carinho e atenção.

E fundamentalmente a Ana - minha tchuca - que tem caminhado a vida junto comigo por todo esse tempo. Muito obrigado pela co-produção, intelectual e material, deste trabalho e também por todo amor, cuidado e paciência.

E a todos que contribuíram, direta ou indiretamente, para o desenvolvimento desta pesquisa.

Me sinto muito grato por tudo que passei durante esse período e digo que valeu a pena!

Dedico a todas as trabalhadoras e trabalhadores de saúde, em especial aos que atuam em urgência e emergência, que persistem nestas lutas que tantas vezes são inglórias.

“Ter saúde é ter a possibilidade de lutar contra o que nos agride e nos ameaça, inclusive a doença. E a intervenção em saúde deve, portanto, fortalecer essa capacidade de lutar”
Texto base do II Encontro dos amigos e amigas do setor saúde do MST

RESUMO

Esta dissertação buscou analisar as relações entre o trabalho e a saúde das profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. Para isso procuramos caracterizar as condições de trabalho vivenciadas por essas trabalhadoras de enfermagem, identificar e discutir as normas antecedentes presentes neste trabalho da enfermagem e investigar as renormatizações realizadas e suas relações com o processo saúde-doença-cuidado dessas trabalhadoras de enfermagem. Os referenciais teóricos e metodológicos utilizados foram a concepção de saúde de Georges Canguilhem e a perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz. Tratou-se de um estudo com abordagem qualitativa, de caráter descritivo, do tipo estudo de caso, que foi desenvolvido utilizando as seguintes técnicas investigação: visitas à Unidade de Pronto Atendimento, levantamento e análise documental, entrevistas semi-estruturadas, aplicação do Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS 2013) e instrução ao sócio. Constatamos que essas profissionais de enfermagem estão inseridas em uma realidade bastante complexa, na qual convivem com algumas situações que vão muito além dos problemas clínicos. Elas são pautadas por diversas lógicas, muitas vezes distintas e contraditórias. Isso acaba colocando-as em dramáticas dos usos de si, nas quais devem fazer escolhas considerando não só os seus valores, mas também os outros sujeitos que estão envolvidos na sua atividade. Essas dramáticas se tornam ainda mais acentuadas se considerarmos as diferentes concepções acerca da finalidade da unidade, isto é, muitas vezes os usuários, a chefia e as trabalhadoras têm visões e expectativas diferentes daquele espaço. As condições de trabalho muitas vezes não são adequadas e por isso nem sempre favorecem a saúde dessas trabalhadoras. Apesar dessas condições desfavoráveis e de todos os outros problemas encontrados, essas trabalhadoras renormatizam suas atividades no sentido tanto de resolver essas adversidades quanto para preservarem a sua saúde. Essas renormatizações ocorrem considerando valores como resolutividade, trabalho em equipe e humanização do cuidado. A tentativa de estimular essas trabalhadoras a refletirem sobre seu trabalho e sua saúde é um fato que pode ser considerado um passo importante para futuras intervenções e transformações das situações de trabalho vivenciadas naquela unidade.

Palavras chaves: saúde do trabalhador, serviços médicos de emergência, enfermagem, ergologia.

ABSTRACT

This dissertation aims to analyse the relationship between work and health of nurses an Emergency Unit of the municipality of Rio de Janeiro, Brazil. For this, we seek to characterize the working conditions experienced by these nursing professionals, identify and discuss the *antecedents norms* of nursing work and investigate *renormalization* produced and their relationships with the health-disease-care process. The theoretical and methodological references used were health conception according to Georges Canguilhem and the ergological approach proposed by Yves Schwartz. This was a qualitative study, the descriptive nature of the case study, which was developed using the following research techniques: visits to the Emergency Unit, survey and document analysis, semi-structured interviews, application of the Health and Work in Activities Services Inquiry (INSATS 2013) and “instructions for the double” technique. We found that these nurses are embedded in a complex reality, in which coexist with some situations that go far beyond clinical problems. They are guided by different logics, often different and contradictory. This ends up putting them in the *dramatics of the use of oneself*, in which they must make choices considering not only their values but also other individuals who are involved in their activity. These dramatics become even more pronounced if we consider the different conceptions of the purpose of the unit, it is often the users, the leadership and workers have different views and expectations of that space. Working conditions are often not appropriate and therefore not always favor the health of these workers. Despite these unfavorable conditions and all other problems encountered, these workers to *renormalize* their activities in order to solve both these adversities as to preserve their health. These *renormalizations* occurs considering values as solving, teamwork and care humanization. The attempt to encourage these workers to reflect on their work and their health is a fact that can be considered an important step for future interventions and transformations of work situations experienced in that unit.

Keywords: Worker Health, Emergency Medical Services, Nursing, Ergology

LISTA DE SIGLAS

ECRP	Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes
ENF	Enfermeira
ESF	Estratégia Saúde da Família
FIOTEC	Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico da Saúde da FIOCRUZ
INSATS-BR	Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços
OS	Organização Social
PNAU	Política Nacional de Atenção às Urgências
PNH	Política Nacional de Humanização
SMS-RJ	Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro
SUBPAV	Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TE	Técnica de enfermagem
UBS	Unidade Básica de Saúde
UE	Urgência e Emergência
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

LISTA DE QUADROS E GRÁFICOS

Quadro 01 - Incentivo financeiro de investimento do Ministério da Saúde para implantação das UPA's	33
Quadro 02 - Repasse do Ministério da Saúde para custeio mensal das respectivas unidades	33
Quadro 03 - Unidades de Pronto Atendimento e esferas administrativas, no município do Rio de Janeiro/RJ, 2013.	37
Quadro 04: Visitas à UPA	82
Quadro 05: Aplicação do INSATS-BR	84
Quadro 06: Entrevistas realizadas	85
Gráfico 01: Possibilidade de agir	100
Gráfico 02: Relações no trabalho	102
Gráfico 03: Principais problemas de saúde	140

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO	16
1.1. Breve histórico da enfermagem	16
1.1.1. <i>A enfermagem no mundo</i>	16
1.1.2. <i>A enfermagem no Brasil</i>	23
1.2. Os serviços de urgência e emergência	28
1.2.1. <i>Políticas e Serviços de urgência e emergência</i>	28
1.2.2. <i>As Unidades de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro</i>	37
CAPÍTULO II - O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	41
2.1. Perfil sociodemográfico	44
2.2. Processo de trabalho e condições de trabalho	46
2.3. Riscos ocupacionais e principais problemas de saúde	52
CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	65
3.1. Sobre a concepção de saúde.....	65
3.2. A perspectiva ergológica.....	67
CAPÍTULO IV - METODOLOGIA	74
4.1. Natureza da pesquisa	74
4.2. Cenário da pesquisa	75
4.3. Sujeitos da pesquisa	79
4.4. Técnicas de investigação.....	80
4.5. Processo de análise do material produzido	89
4.6. Aspectos éticos.....	90
CAPÍTULO V - RESULTADOS E SUA ANÁLISE	92
5.1. Características e condições de trabalho da enfermagem na UPA	92
5.2. Prescrições e normas antecedentes do trabalho da enfermagem na UPA.....	106
5.2.1. <i>Divisão do trabalho na enfermagem</i>	107
5.2.2. <i>Prescrições, normas e valores da unidade</i>	115
5.3. Trabalho da enfermagem na UPA e processo saúde-doença-cuidado	135
CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
REFERÊNCIAS	145
ANEXOS	159

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surgiu a partir de questões provenientes da minha vivência profissional. Após a graduação em enfermagem passei em um concurso público e fui contratado para trabalhar como enfermeiro em um serviço hospitalar de urgência e emergência de pequeno porte em uma cidade da região metropolitana de Belo Horizonte – Minas Gerais. Durante o período em que atuei naquele espaço deparei-me com algumas questões inerentes àquele tipo de trabalho e que estavam relacionadas à saúde daqueles profissionais. Questionava-me sobre como - apesar de toda adversidade ali presente - os trabalhadores de enfermagem conseguiam trabalhar ali. Queria saber quais as estratégias eles utilizavam para dar conta daquele trabalho e se eles em algum momento ficavam doentes por causa daquilo.

Durante a Especialização em Saúde Pública, realizada na FIOCRUZ, tive contato com o campo da Saúde do Trabalhador, que instigou ainda mais o meu interesse em pesquisar sobre essas minhas inquietações. Percebia nisso uma oportunidade para investigação das questões levantadas através da minha prática profissional e, por isso, resolvi fazer o mestrado na área.

Desde então passei a me interessar por assuntos relacionados ao caráter enigmático do trabalho e a sua relação com a saúde, principalmente dos trabalhadores da saúde. A partir do meu ingresso no mestrado tive a oportunidade de participar do grupo de pesquisa PISTAS (Pesquisa e Intervenção em Atividade de Trabalho, Saúde e Relações de Gênero), do Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana (ENSP/FIOCRUZ) e através dos seus eventos, aulas e encontros foi possível ampliar o meu contato com assuntos relacionados à área. Também neste período pude participar do processo de atualização do INSATS-BR (Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços), que foi aplicado durante a pesquisa e que será detalhado posteriormente.

Eis então que considerando a minha vivência profissional aliada ao ímpeto de estudar o trabalho e sua relação com a saúde dos profissionais de saúde, buscou-se construir uma pesquisa que abordasse o tema da saúde dos trabalhadores de enfermagem em urgência e emergência. Por isso definimos como objeto de estudo: as relações entre

trabalho e saúde das profissionais^a de enfermagem em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro. Sobre isso queríamos saber “quais as relações entre a atividade de trabalho dessas profissionais de enfermagem em urgência e emergência e a saúde das mesmas?”

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA's) são serviços relativamente recentes dentro do Sistema Único de Saúde. No entanto, o número de unidades tem se expandido rapidamente pelo Brasil. Segundo o CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) são aproximadamente 500 UPA's distribuídas em todo país, sendo que no município do Rio de Janeiro temos 31 unidades. Conforme previsões do Governo Federal, até o final 2014, serão construídas ou ampliadas mais de 500 UPA's^b.

Essa expansão no número de unidades trouxe consigo uma grande incorporação de profissionais, tecnologias e verbas. O processo de expansão das UPA's é algo que ainda precisa ser melhor estudado, entretanto, algumas preocupações já decorrem disso, como por exemplo, quais os impactos para o processo de trabalho e também para saúde desses trabalhadores?

Também devemos levar em consideração a relevância das UPA's perante o Ministério da Saúde. Atualmente essas unidades exercem um papel de destaque dentro das políticas públicas de saúde, em especial, dentro da Política Nacional de Atenção às Urgências.

Por serem muito recentes, ainda encontramos poucos estudos sobre a saúde dos trabalhadores das UPA's. Desta forma, esta pesquisa buscou colaborar com a produção de conhecimentos sobre esse tipo de unidade, focando as profissionais de enfermagem que, numericamente, correspondem à maior categoria dentro das UPA's.

Em vários desses serviços são as profissionais de enfermagem que realizam a maioria dos procedimentos e estão presencialmente nas 24 horas de funcionamento, além de terem maior contato direto com os pacientes e familiares. Por estarem na linha de frente desses serviços, essas profissionais são fundamentais para o funcionamento das UPA's.

^a Adotamos o gênero feminino para destacarmos que se trata de uma categoria profissional composta, historicamente, em sua grande maioria por mulheres. Por isso toda vez que formos nos referir as profissionais da categoria utilizaremos as classes gramaticais sempre no feminino.

^b Fonte DATASUS e sítio eletrônico do PAC 2: <http://www.pac.gov.br/comunidade-cidada/upa-unidade-de-pronto-atendimento/br/0/60>. Acessado em 08/12/12.

Podemos encontrar diversos estudos sobre a saúde das trabalhadoras de enfermagem que atuam em urgência e emergência, entretanto, em sua maioria eles estão restritos às unidades hospitalares. Ainda são muito escassas as pesquisas realizadas especificamente em unidades não hospitalares como as UPA's.

Sendo assim, buscamos analisar as relações entre trabalho e saúde das profissionais de enfermagem em uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. Para isso procuramos caracterizar as condições de trabalho vivenciadas pelas trabalhadoras de enfermagem na referida unidade, identificar e discutir as normas antecedentes presentes na atividade de trabalho da enfermagem da unidade estudada e investigar as renormatizações realizadas por essas trabalhadoras de enfermagem e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado dessas profissionais.

Buscamos nesta dissertação abordar o trabalho como atividade humana, sendo que esse é um conceito desenvolvido a partir da perspectiva ergológica proposta por Yves Schwartz que procura apreender a complexidade envolvida na realização das atividades, dentre elas a de trabalho, que é histórica e envolve um permanente debate de normas e valores. Segundo Schwartz “toda atividade de trabalho é sempre, em alguma grau, de um lado, descritível como protocolo experimental e, de outro, experiência e encontro”(p. 48). Ou seja, em todas atividades encontramos prescrições e normas, porém, elas são insuficientes visto que sempre existem variabilidades, que devem ser geridas pelos trabalhadores. Neste sentido, compreendemos que a toda atividade de trabalho se constitui como uma experiência de singularização, na qual inclui a forma como cada um dialoga com as normas e as renormatizam.

Também adotamos a noção de saúde de Georges Canguilhem que compreende que viver é ter capacidade de criar suas próprias normas. Assim, a saúde estaria relacionada à capacidade de criar normas para enfrentamento da realidade, transformando-a e transformando a si próprio.

Estruturamos esta dissertação em cinco capítulos:

- o primeiro capítulo está organizado em duas partes. A primeira parte contém um resgate histórico-crítico da enfermagem, no intuito de apresentar e problematizar o surgimento e desenvolvimento da enfermagem moderna no Brasil e no mundo. Na segunda parte

tratamos das políticas e dos serviços de urgência e emergência no Brasil e especificamente do processo de implantação das UPA's no município do Rio de Janeiro;

- no segundo capítulo fizemos uma revisão bibliográfica que buscou conhecer um pouco sobre a produção científica na área de saúde do trabalhador realizados com profissionais de enfermagem em unidades de urgência e emergência. Essa revisão foi importante para nos aproximarmos da realidade da enfermagem neste tipo de unidade e também contribuiu na análise dos dados encontrados durante a pesquisa;

- no terceiro capítulo há uma breve apresentação dos referenciais teóricos que embasaram este estudo, como a noção de saúde de Canguilhem e a perspectiva ergológica;

- no quarto capítulo apresentamos o percurso metodológico, ou seja, os caminhos da pesquisa. Neste capítulo é onde detalhamos o desenho da pesquisa, a unidade estudada, os sujeitos envolvidos, as técnicas utilizadas, o procedimento de análise dos dados e as questões éticas envolvidas;

- no quinto capítulo apresentamos os resultados encontrados e sua análise. Este capítulo foi dividido em três partes: a primeira trata das características e condições de trabalho encontradas pelas trabalhadoras de enfermagem na unidade, a segunda aborda as prescrições e normas antecedentes relevantes para atividade da enfermagem e a terceira foca no trabalho da enfermagem e a sua relação com o processo saúde-doença-cuidado das profissionais de enfermagem.

Por fim tecemos nossas considerações finais, procurando fazer uma síntese dos principais resultados encontrados, refletir sobre as dificuldades e limitações do estudo e apontar os desafios e perspectivas para futuras investigações.

CAPÍTULO I – CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO

1.1. Breve histórico da enfermagem

1.1.1. A enfermagem no mundo

Antes de apresentar o histórico da enfermagem, alertamos ao leitor quanto ao tipo de leitura que foi realizada, algo que talvez tenha pontos bastante divergentes das leituras comumente encontradas na literatura. Por mais que alguns autores e instituições representativas da profissão trabalhem com a definição da enfermagem enquanto “ciência ou arte de cuidar”, este texto pretendeu trabalhar em outra direção, com uma definição diferente. Partimos das provocações feitas por algumas autoras críticas, em especial, da definição da enfermagem brasileira elaborada por Silva¹.

Segundo a autora, a enfermagem brasileira deve ser compreendida enquanto “uma prática social historicamente determinada, heterogênea, contraditória, voltada primordialmente, de fato, para o cuidado do paciente (cuidado direto e indireto) e, secundariamente, para prevenção da doença”^c. Logo, este será o ponto de partida de toda nossa leitura sobre o histórico da enfermagem.

Podemos encontrar em praticamente toda a história da humanidade, desde o surgimento das primeiras comunidades, práticas de cuidado à saúde e assistência aos enfermos. Na medida em que essas sociedades foram se expandindo e também se complexificando essas práticas também foram se modificando.

Nas sociedades antigas essas práticas eram predominantemente seculares, exercidas basicamente nos domicílios por médicos-artesãos, escravos e mulheres^{1,2}. Uma das primeiras vertentes do trabalho da enfermagem advém das práticas de cuidados prestados pelas mulheres (mães e escravas) aos filhos e incapacitados, nos domicílios. Outros

^c **Historicamente determinada** enquanto parte integrante de uma sociedade concreta cujas transformações sociais gerais ou específicas (ao campo da saúde) se articulam. **Heterogênea**, sobretudo, porque composta por categorias socialmente diferenciadas, de todos os níveis de escolaridade e, portanto, marcada internamente por assimetrias, discriminações e conflitos. **Heterogênea** ainda, no caso das enfermeiras, por implicar tipos diversificados de exercício profissional como docência e serviço. **Heterogênea** também por se apresentar vinculada a instituições de saúde distintas, públicas e privadas (hospitais, centros de saúde e clínicas). **Contraditória** porque entrecortada pela divisão entre trabalho intelectual e manual, sendo que as enfermeiras (as intelectuais de enfermagem) só existem enquanto existirem os ocupacionais da enfermagem (sobretudo técnicos e auxiliares). **Contraditória** ainda porque seu discurso dominante, de cunho ideológico, é negado na prática cotidiana de seus agentes¹ (p. 114).

trabalhos que contribuíram para o surgimento da enfermagem foram o trabalho caritativo e assistencial aos indivíduos objetivando o cuidado do corpo e da alma; o trabalho das parteiras, curandeiras e práticas; além do trabalho dos feiticeiros e sacerdotes, das sociedades tribais, que incluía um auxílio global aos indivíduos necessitados de assistência à saúde².

A enfermagem em si - vista como um serviço organizado - surgiu na Europa nos primórdios do cristianismo, através da instituição do diaconato. Foi durante a Idade Média, que os cuidados aos doentes passaram para as mãos dos religiosos, desenvolvendo-se muito nos séculos XI e XII com a organização das Cruzadas, que foram expedições militares a serviço da Igreja¹.

A introdução da enfermagem nos hospitais ocorreu a partir do século XIII, com o advento das ordens seculares. Essa introdução ocorreu através das religiosas, cujo trabalho era revestido da filosofia religiosa de amor ao próximo e consistia em alimentar o faminto, dar água ao sedento, vestir o despido, visitar o prisioneiro, abrigar o desempregado, cuidar do doente e sepultar o morto³.

Desde então, a enfermagem passou a ser praticada em âmbito doméstico e extra doméstico (templos, hospitais de campanha e hospitais medievais), contando com uma mão-de-obra que era formada na prática cotidiana e cujas atividades não se diferenciavam, intrinsecamente, quer fossem exercidas por mães, escravos, monges ou freiras¹.

A enfermagem que teve algum desenvolvimento na era cristã, fazendo parte da assistência caritativa prestada por monges e ordens religiosas femininas, vive na transição para o capitalismo um período de decadência, conhecido como “período negro da enfermagem” (1500 a 1860), não acompanhando o desenvolvimento científico e tecnológico ocorrido no período nos demais campos do conhecimento. Durante esse período desenvolveram-se várias contradições, dando novos contornos e criando as bases de uma nova era na enfermagem.

Alguns acontecimentos históricos têm sido apontados como a causa desta interrupção no desenvolvimento das atividades que posteriormente se estruturarão como específicos da profissão de enfermagem. São eles: a Reforma Protestante; a decadência da organização cristã dos mosteiros e instituições caritativas; e a transformação do hospital num espaço terapêutico e de ensino².

A Reforma Protestante ocorrida no século XVI foi um movimento que separou a Igreja Católica Ocidental e estabeleceu as Igrejas nacionais em lugar da Igreja universal e única. Esse movimento elaborou uma ética bem diferente da católica, sendo mais compatível com a então emergente sociedade burguesa. O protestantismo repudiava a vida monacal, a reclusão e apresentava o trabalho como meio por excelência para se atingir a graça ^{1,3}.

Conseqüentemente, houve um desinteresse crescente pela vida monástica e a conseqüente diminuição no número de monjas, que aliado ao movimento de supressão dos mosteiros, fechamento de hospitais e expulsão das religiosas que atuavam neles, contribuíram para a derrocada do principal sistema organizado de assistência social e à saúde das populações pobres ^{1,3}.

Os reflexos disso para a enfermagem foram grandes chegando a alterar o perfil profissional. A assistência prestada nos hospitais tinha deixado de ser gratuita, caritativa e mantida pela Igreja e passou a ser paga, os seus agentes remunerados e sob tutela do Estado. Entretanto, como o Estado não assumia as políticas sociais como uma tarefa prioritária começou-se a recrutar para o exercício do serviço de enfermagem mulheres das classes pobres que tinham sido excluídas da indústria e as marginalizadas pela sociedade da época, sendo apontadas como bêbadas e prostitutas ^{1,2,3}.

Por fim, temos que destacar as transformações ocorridas no hospital que o tornaram um espaço terapêutico e de ensino. Lembrando que o hospital até o século XVIII era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, cumprindo uma função de transição entre a vida e a morte onde além da salvação espiritual, também cumpria a função de separar os indivíduos “perigosos” (doentes, pobres, loucos e vadios) para garantia da saúde geral da população⁴.

Com a revolução científica dos séculos XVI e XVII (no bojo das mudanças revolucionárias gestadas no seio do capitalismo emergente), o hospital medieval transformou-se progressivamente, tornando-se pouco a pouco o lócus privilegiado da atenção, da pesquisa, do ensino e do saber médico¹.

Essa reforma pela qual passou o hospital teve início na Inglaterra e se consolida entre os séculos XVIII e XIX, quando o conhecimento médico voltou-se para a organização da clínica, isto é, começou a constituir-se uma medicina direcionada para o

cuidado com o corpo anatomopatológico, e o hospital passou a ser instrumento do trabalho médico para favorecer a cura. Essa mudança na funcionalidade do hospital tinha como objetivo se adequar ao projeto social e econômico em curso naquele período, que necessitava da recuperação dos corpos para o trabalho⁴.

A partir do momento em que o hospital é organizado como um local de cura, o pessoal religioso e leigo, que até então assegurava sua vida diária, passa a trabalhar com um novo membro da hierarquia hospitalar, o médico. As práticas médicas e de enfermagem, antes independentes, encontram-se a partir daí no mesmo espaço, no qual o saber médico começa a se consolidar como hegemônico dentro do espaço hospitalar^{3, 5}.

Após essa reforma da instituição hospitalar o modelo médico se torna prioritário, passando o cuidado a ser algo auxiliar, complementar, mas não prioritário. Contudo, um fato vem propiciar uma revisão na necessidade deste tipo de trabalho da enfermagem, que são as guerras coloniais empreendidas pela Inglaterra contra os povos da Índia e especialmente na Guerra da Criméia (1854-1856) onde se constata altos índices de mortalidade dos soldados ingleses comparativamente aos russos e franceses. A diferença estava na qualidade dos cuidados recebidos pelos feridos e na estrutura funcional dos hospitais de guerra e não no tipo de assistência médica².

Eis então que surge a preocupação com a enfermagem, que tem como um de seus marcos iniciais o trabalho de Florence Nightingale e sua equipe durante a Guerra da Criméia.

Florence Nightingale, nascida em Florença em 1820, membro de família rica da sociedade inglesa, teve uma formação ampla, falava diversos idiomas e tinha bons conhecimentos de matemática. Desde cedo demonstrava interesse pelo cuidado aos doentes, porém, encontrava restrições familiares devido à má reputação do trabalho conhecido como enfermagem naquela época. Entretanto ela continuou interessada e depois conseguiu realizar estágios em instituições de caridade, além de realizar inúmeras viagens pela Inglaterra, Alemanha, França e Itália, analisando o trabalho reconhecido como de enfermagem e publicando artigos comparativos da situação dos diversos países².

Florence, que era amiga do Ministro da Guerra, recebe o convite do governo inglês para organizar os hospitais militares durante a Guerra da Criméia. O seu trabalho resulta em uma expressiva redução do índice de mortalidade entre os soldados de 40% para 2%,

evidenciando que as péssimas condições de higiene anteriormente vigentes eram a principal causa da mortalidade. Os seus feitos são reconhecidos oficialmente pelo governo ao retornar à Inglaterra e continua servindo a administração inglesa, como consultora para os assuntos da organização hospitalar de guerra ^{1,2,5}.

De volta à Inglaterra, cria a escola de formação de enfermeiras no Hospital St. Thomas, em 1860. Essa escola estava pautada por bases científicas e tinha como objetivo estabelecer um modelo para assegurar a formação de novas enfermeiras, e serviu de parâmetro para (re) orientar a organização dos hospitais e a prática de cuidados aos enfermos e também aos sadios. Suas metas eram o preparo de pessoal (nurses) para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar e o preparo de pessoas “mais qualificadas” para atividades de supervisão, administração e ensino (ladies nurses) ^{1,2}.

Várias enfermeiras foram formadas nessa escola e aceitaram a responsabilidade de iniciarem outras escolas calcadas nos “princípios *Nightingalianos*”, que podem ser assim resumidos ^{1,2}:

- seleção rigorosa das alunas que devem ser do sexo feminino e uma grande preocupação com a conduta pessoal das alunas, traduzível em exigências expressas quanto à postura física, maneiras de trajar e de se comportar;
- formação em escola própria, dirigida por enfermeiras, anexa a um hospital no qual as alunas aprendem as práticas da enfermagem além de tomarem conta da assistência prestada no hospital;
- exigência de ensino teórico sistematizado, no formato de internato, com autonomia financeira e pedagógica.

Assim, diante de uma necessidade social – a organização dos hospitais militares para o cuidado dos corpos dos soldados – a enfermagem se institucionaliza. Ao responder a essa necessidade de cura ela se transforma, sendo organizada em três direções, que mesmo articuladas de maneiras diferentes e utilizando instrumentos de trabalho diversos convergiram para um mesmo fim: a recuperação individual dos corpos sociais.

A primeira direção foi no sentido de organizar o cuidado ao doente, o que se deu pela sistematização das técnicas de enfermagem; a segunda, organizar o que se chama hoje de ambiente terapêutico por meio de mecanismos de purificação do ar, limpeza, higiene e outros; e a terceira, organizar os agentes de enfermagem por meio de seu treinamento, utilizando as técnicas e os mecanismos disciplinares⁵(p.241).

A enfermagem constitui-se então como trabalho institucional tendo a sua frente Florence Nightingale, contudo, quando falamos em sua importância para enfermagem não podemos deixar de contextualizar o papel que ela cumpriu. Conforme adverte Almeida e Rocha,

O que Florence fez não foi resultado de uma iniciativa individual, como pessoa culta e bem posicionada socialmente, ou que, a partir de uma vocação ou predestinação se lançou em um empreendimento de tal magnitude. A leitura que fazemos é que Florence respondeu a um projeto burguês expansionista que se instalava na época, ou seja, com a mudança do modo de produção, do feudalismo para o capitalismo, a recuperação da força de trabalho se tornou um projeto político, e coube à medicina, por meio do hospital, essa recuperação⁵ (p.234).

Deste modo, percebemos que o processo de institucionalização da enfermagem só foi possível porque atendeu satisfatoriamente a esse projeto político-social. E o trabalho de Florence na enfermagem respondeu satisfatoriamente ao novo modelo de saúde que se instalava naquela época.

A profissionalização da enfermagem se processou basicamente através de duas categorias sociais distintas: a das *ladies-nurses* e a das *nurses*. As primeiras, advindas das classes média e alta da sociedade inglesa, eram responsáveis pelas atividades de supervisão, ensino e difusão dos princípios *nightingalianos*, tinham uma formação de base complexa, com uma duração maior de tempo. Já as *nurses* ou auxiliares de enfermagem, provenientes das classes mais pobres, recebiam ensino gratuito e tinham que prestar serviços gratuitos em contrapartida nos hospitais. As *nurses* ficavam com as tarefas mais pesadas, de cuidado direto aos pacientes e sua formação era simplificada, com tempo de formação suficiente para aprenderem basicamente as técnicas de enfermagem⁶.

De acordo com Pires e Matos,

O modelo proposto por Florence Nightingale na Inglaterra, influenciado pela lógica de organização capitalista do trabalho, instituiu a divisão entre trabalho intelectual e manual e a hierarquização no trabalho da enfermagem, ainda tão presente em nossos dias. Neste modelo a enfermeira desempenha a função de gerente centralizador do saber, que domina a concepção do processo de trabalho de enfermagem e delega atividades parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem⁷(p.512).

O processo de profissionalização da enfermagem reproduz em sua estrutura alguns problemas relativos à sociedade moderna ocidental. Um deles era a submissão e dominação de uma classe sobre outra, que ocorre na medida em que a profissão abarca categorias diferenciadas com vinculações de classes distintas.

Outro problema foi que a enfermagem, definindo-se historicamente como profissão feminina, ocupou um status subordinado ao da categoria médica, definida (ainda) na sociedade ocidental como profissão masculina¹.

As origens da discriminação contra a mulher perdem-se na pré-história da humanidade, adquirindo contornos diferentes conforme a época e o modo de produção existente, onde, historicamente, condições determinadas de existência têm reservado aos homens o papel hegemônico na esfera da produção econômica. Embora as mulheres nunca estivessem ausentes do mundo do trabalho, as tarefas que, através dos tempos, sucessivamente realizaram sempre tiveram menor prestígio que as destinadas ao sexo masculino¹.

Tendo em vista essa análise sobre a divisão de trabalho entre os sexos, Silva¹ defende que o trabalho da enfermagem não é desprestigiado por ser feminino, mas é feminino por ser desprestigiado.

Resumidamente, a enfermagem moderna (também denominada enfermagem profissional) surge no século XIX em pleno desenvolvimento do modo de produção capitalista e se organiza dentro dos seus preceitos, tendo como principais características:

- fundamentada no conhecimento científico e na institucionalização do ensino formal e sistematizado;
- atuação dentro do espaço hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, tendo como foco o lucro e a recuperação dos corpos para o trabalho;
- reprodução em seu interior da divisão social e técnica do trabalho – e também sexual se considerarmos ela enquanto uma profissão feminina dentro de uma totalidade do processo de trabalho em saúde;
- exercida por trabalhadoras assalariadas, vendedoras de sua força de trabalho ao capital público ou privado, produzindo um tipo de serviço – o cuidado ao doente (cuidado direto e indireto), complemento indispensável ao ato médico.

Portanto, esse processo ocorreu de forma bem diferente de outras profissões da saúde já existentes, como por exemplo, a medicina, que era exercida por pessoas das mesmas classes sociais, além de ser considerada uma prática liberal e não assalariada.

1.1.2. A enfermagem no Brasil

A enfermagem *nightingaliana* influenciou decisivamente na estruturação da nova profissão e se difundiu por todo mundo chegando até o Brasil. Nestas terras, o processo de cuidado ao doente se deu originalmente com os nativos indígenas, através dos feiticeiros e pajés. Durante o período colonial os religiosos, através das Santas Casas, também assumiram a assistência aos doentes. Outros sujeitos também exerceram práticas de cuidados como os jesuítas, voluntários leigos e escravos^{2,8}.

É nesse momento então que surge a enfermagem no Brasil, com um caráter mais curativo que preventivo, sendo exercida neste início, ao contrário de hoje, praticamente por pessoas do sexo masculino^{2,8}.

Denominada como enfermagem tradicional brasileira, esse momento é caracterizado pelo domínio da religião e pelo empirismo, que são características que passaram a coexistir mesmo com a instituição de uma enfermagem laica e científica. A influência religiosa foi tamanha que por muito tempo o discurso ideológico, difundido pelas escolas e organizações representativas da categoria, carregava como qualidades de um bom profissional a obediência, o respeito à hierarquia, a humildade, o espírito de servir, entre outras^{1,8}.

Durante esse período pré-profissional ocorrerá um fato histórico que marcará a enfermagem no país, que foi a atuação de Ana Néri durante a Guerra do Paraguai (1864-1870).

Ana Néri era uma mulher pertencente à alta classe, era viúva de oficial, mãe de dois filhos médicos e um oficial do exército. Ela resolveu atuar como voluntária na Guerra do Paraguai, pois dois dos seus filhos e dois irmãos encontravam-se combatendo. Por sua dedicação e cuidados prestados aos soldados, foi condecorada pelo governo brasileiro, tendo recebido o título de “Mãe dos Brasileiros”, além de duas medalhas (Humanitária de Segunda Classe e de Campanha).

As histórias de Ana Néri e Florence Nightingale se assemelham. As principais semelhanças foram o reconhecimento governamental e social do trabalho realizado (hoje conhecido como trabalho de enfermagem), eram mulheres pertencentes à parcela mais privilegiada da sociedade e suas atividades assistenciais tiveram destaque em período de guerra. Entretanto, as diferenças também foram notáveis. Ana Néri, ao contrário de

Florence, não passou por treinamento anterior e o reconhecimento do seu trabalho não teve consequência a médio prazo para a estruturação da enfermagem².

Como antecedentes da profissionalização da enfermagem tivemos a criação da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital de Alienados, no Rio de Janeiro, e da Escola da Cruz Vermelha Brasileira.

Em 1890, o Hospital de Alienados deixou de ser coordenado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia e passou para o controle do Governo Republicano, passando a se chamar Hospital Nacional de Alienados. Devido à perda da direção, as irmãs começaram a se submeter hierarquicamente aos médicos, passando a se sentirem desprestigiadas, o que as levou a abandonar o hospital. Por causa disso, o governo teve que suprir essa demanda de falta de funcionários, criando a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras no Hospital de Alienados^{1,3}.

A Escola da Cruz Vermelha Brasileira, foi criada em 1916, fruto de um movimento internacional para melhorar as condições de assistência aos feridos da Primeira Grande Guerra. Esse curso, que era voluntário e dirigido por médicos, preparava para servir tanto em tempo de guerra quanto em tempo de paz. Além disso, em 1921, foi criado um curso intensivo de visitadoras sanitárias junto ao Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo esta a primeira categoria de pessoal de enfermagem com algum preparo para atuar na área da saúde pública formado no Brasil^{1,3}.

No começo do século XX a situação de saúde no país era muito desfavorável. Além das condições insalubres e do saneamento básico deficiente nos domicílios de grande parte da população, havia as endemias em geral, a malária, a tuberculose, a hanseníase, e as doenças mentais. A situação era tão grave que surge a ameaça de alguns países que negociavam com o Brasil de cortarem relações comerciais, caso o governo brasileiro não saneasse seus portos imediatamente.

O saneamento dos portos, principalmente no Rio de Janeiro, exigia medidas de controle e a assistência de pessoal tecnicamente preparado. Foi para atender a esse propósito que o Estado propôs o que podemos considerar um esboço de política de saúde, criando o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). É neste contexto que se começa a pensar na enfermagem como profissão institucionalizada, para o atendimento da nova política sanitária^{3,8}.

Assim, temos o advento da enfermagem moderna no Brasil, em 1923, com a criação da Escola de Enfermagem Ana Néri no Rio de Janeiro. Com o propósito de preparar pessoal para atuar em saúde pública o DNSP, financiado pela Fundação Rockefeller, traz ao Brasil enfermeiras americanas treinadas no sistema Nightingale, para instalar e dirigir essa escola³.

A Escola de Enfermagem Ana Néri foi importante não só por ter sido a primeira a ministrar o ensino sistematizado da enfermagem, mas também por ter sido durante dez anos a única no gênero existente no país, sendo definida como escola oficial padrão em 1931⁸.

O modelo de formação da enfermagem no Brasil era um híbrido do modelo Nightingale e do modelo norte-americano, onde as disciplinas teóricas tinham pouca duração e o ensino era baseado principalmente nas atividades práticas. Por isso, as primeiras alunas eram obrigadas a desenvolver serviços diários por um período de oito horas.

Esse modelo híbrido gerou um grande paradoxo, pois enquanto nos EUA as enfermeiras atuavam em hospitais particulares, servindo para atender a demanda de fornecer mão-de-obra e diminuir os custos, no Brasil a demanda era que elas fossem atuar na saúde pública exercendo funções de administração, supervisão e ensino^{1,2}.

Ainda em relação à formação, as pioneiras da enfermagem no Brasil (como na Inglaterra também) deram grande ênfase aos aspectos morais na seleção e formação das alunas, pois sentiam a necessidade de estabelecer um modelo disciplinar rígido e ascético. Elas pretendiam assim romper com o estigma social do trabalho de enfermagem existente no país, que era semelhante ao que os ingleses tinham antes de Florence. No entanto, apesar de todo o esforço e preocupação com a profissionalização da enfermagem, esse modelo não foi capaz de romper com a hegemonia médica e nem com a hegemonia masculina na saúde. Pelo contrário, todos os princípios dele acabaram reafirmando a organização da profissão para submissão aos homens, aos médicos e ao Estado^{1,2}.

O processo de profissionalização da enfermagem no Brasil, como na Inglaterra, se efetou através da seleção de parcelas diversificadas da população feminina, com vinculações de classe dicotômicas. Além de ser flagrante a influência que as situações de guerra exerceram na profissão em ambos os países. A principal diferença foi que na

Inglaterra ele ocorreu para atender a necessidade de melhorar a assistência ao doente hospitalizado, já no Brasil, o objetivo era atender a demanda do setor de saúde pública¹.

Por fim, uma característica marcante da enfermagem moderna no Brasil é que ela já surge como um trabalho assalariado, o que também ocorreu na Inglaterra, porém, os salários que eram relativamente altos e os incentivos de estudos que eram muitos ao decorrer do tempo vão diminuindo¹.

Em resumo, o nascimento da enfermagem moderna brasileira se deu dentro do projeto sanitário, importando o modelo das escolas e serviços de saúde norte-americanos, buscando atender as necessidades do desenvolvimento capitalista internacional, sendo por isso financiado pela Fundação Rockefeller².

Durante o século XX a enfermagem no país teve nas décadas de 20 e 30 a sua fase de implantação, nas de 40 e 50 a sua fase de consolidação e na década de 70 a sua fase de expansão, quando o número de escolas praticamente duplicou.

A enfermagem científica brasileira nasceu sob a égide da saúde pública porque era importante, na época, o controle das grandes endemias e, por isso, as enfermeiras formadas na primeira fase foram absorvidas, em sua maioria, pela saúde pública. Com o processo de industrialização e urbanização do país, houve a necessidade de assegurar a produtividade dos operários, o que levou a enfermagem para dentro dos hospitais visando prestar assistência curativa. As enfermeiras diplomadas nesta fase passaram a destinar-se principalmente à rede hospitalar, em processo de modernização e de expansão, cujo aspecto marcante foi o surgimento de hospitais públicos com fins educacionais, como o Hospital das Clínicas de São Paulo e o Hospital São Paulo¹.

A expansão da rede hospitalar demandou que fossem formados cada vez mais profissionais de enfermagem e de maneira mais qualificada. É neste bojo que surge, em 1966, a profissão técnica de enfermagem, que se espelhava em uma tendência tecnicista dominante na época de fortalecimento do ensino profissionalizante de nível médio. Com o surgimento da técnica de enfermagem, mais um estrato se agrega à pirâmide da área, onde as atendentes ocupam a base e as enfermeiras o vértice. Se por um lado essa criação ajuda na redivisão do trabalho em enfermagem, sendo um complicador de seus conflitos manifestos e latentes, por outro, pode ser vista como uma possibilidade de ascensão para atendentes e auxiliares².

A partir de então a enfermagem no Brasil passa a ser organizada principalmente pelas seguintes categorias:

- Enfermeiras (nível superior);
- Técnicas de enfermagem (nível médio);
- Auxiliares de enfermagem (nível fundamental);
- Atendentes de enfermagem (eram trabalhadoras informais que aprendiam a profissão na prática, podendo ou não ter ensino fundamental).

Entretanto, em 1986, com a lei de exercício profissional da enfermagem a categoria de atendente é eliminada, dando-se o prazo de 10 anos para que elas se tornassem auxiliares. Já em 2004, o Conselho Nacional de Educação extingue a formação do auxiliar de enfermagem. Ainda temos muitos auxiliares atuando nos serviços de saúde, porém, não existem mais escolas de formação de auxiliares de enfermagem. Assim, a tendência é que futuramente tenhamos apenas técnicas de enfermagem e enfermeiras.

Atualmente, segundo dados do Conselho Federal de Enfermagem de 2011⁹, temos no Brasil um total de 1.535.568 profissionais de enfermagem, sendo 314.127 enfermeiras (20,46%), 698.697 técnicas (45,50%), 508.182 auxiliares (33,09%), 14.275 atendentes^d (0,93%). Deste total de profissionais 87% são do sexo feminino. No estado do Rio de Janeiro tínhamos neste mesmo período 34.580 enfermeiras (18,31%), 94.651 técnicas de enfermagem (50,12%) e 58.084 auxiliares (30,75%).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu em 2006 que o número ideal é de um profissional de enfermagem para cada 1000 habitantes. No Brasil, a quantidade agrupada tem a proporção de 7,5 profissionais de enfermagem para cada 1000 habitantes, número acima do recomendado pela OMS. Em tese esse número demonstra que a quantidade de profissionais é suficiente para o país, porém, a distribuição dessas profissionais se dá de forma muita heterogênea, o que acaba deixando algumas regiões, normalmente as mais carentes, com um número insuficiente de profissionais⁹.

Por fim, ao abordamos a situação atual da profissão no país podemos ver algumas mudanças como homens trabalhando em enfermagem, pessoas advindas das classes sociais

^d Este número é referente às profissionais que já trabalhavam antes de 1986, que ainda não aposentaram e que também não se tornaram auxiliares de enfermagem. A lei de exercício profissional permitiu isso a elas.

mais pobres que tiveram a oportunidade de se tornarem enfermeiros, tendo alguns já atuado como técnicos de enfermagem.

Contudo, ainda podemos observar que o trabalho em enfermagem continua atravessado por várias relações sociais desiguais. Em uma abordagem exploratória de campo ainda podemos observar que a enfermagem continua sendo uma profissão com predominância de mulheres e com uma forte divisão social e técnica do trabalho. Basta observarmos quem são as enfermeiras e quem são as técnicas, a que classes sociais elas pertencem, qual a formação delas, quais as tarefas executadas por cada categoria. Enfim, mesmo com as várias transformações ocorridas dentro da enfermagem ainda podemos observar que ainda há outros aspectos que também devem ser transformados.

1.2. Os serviços de urgência e emergência

1.2.1. Políticas e Serviços de urgência e emergência

Antes de tratarmos sobre os serviços de urgência e emergência propriamente ditos, devemos primeiro compreender o que significam esses conceitos. Por haver certa confusão quanto aos significados desses termos, muitas vezes eles são tratados como sinônimos, o que não é verdade. Por mais que urgência e emergência sejam situações clínicas caracterizadas como críticas e que diversas vezes estão interligadas, temos que entender que elas são diferentes, e, por isso, necessitam de assistência diferenciada.

A emergência pode ser compreendida como:

(...) um processo com risco iminente de vida, com exigência de diagnóstico e tratamento nas primeiras horas após sua constatação. Exige que o tratamento seja imediato diante da necessidade de manter funções vitais e evitar incapacidade ou complicações graves. Representa situações como choque hipovolêmico, parada cardíaca e respiratória, hemorragia, traumatismo crânio-encefálico, entre outros¹⁵(p.142).

Já a urgência pode ser entendida como:

(...) processo agudo clínico ou cirúrgico, sem risco de vida iminente. Neste caso há risco de evolução para complicações mais graves ou mesmo fatais, porém, não existe risco iminente de vida. Representa situações como fraturas, feridas lácero-contusas sem grandes hemorragias, asma brônquica, transtornos psiquiátricos, entre outros¹⁵(p.142).

Tanto urgência, quanto emergência são situações em que há risco de vida, a diferença é que na urgência este risco não é iminente, enquanto na emergência o risco de vida é iminente e, por isso, necessita de tratamento imediato¹⁵.

Historicamente as urgências e emergências foram atendidas em unidades hospitalares e nos tradicionais prontos-socorros. Essas unidades, que geralmente funcionam 24 horas, também atendem pacientes com quadros clínicos que podem ser considerados não-urgentes. Assim, esses serviços acabam funcionando como “porta de entrada” do sistema de saúde.

A maioria dos serviços de urgência e emergência (UE) funciona como unidades de “portas abertas”, ou seja, acolhem todas as demandas que surgem. Devido a essa característica esses serviços têm um alto número de atendimentos e geralmente se encontram superlotados. Entretanto, muitos desses atendimentos podem ser considerados desnecessários, uma vez que, pelo menos 65% deles, poderiam ser realizados em outros serviços de saúde¹⁶.

A elevada procura por esse determinado serviço de saúde pode trazer implicações na qualidade da assistência prestada, pois, como várias demandas de saúde se misturam nestas unidades superlotadas, os profissionais de saúde acabam, muitas vezes, priorizando as situações mais “ruidosas” em detrimento de situações muito mais graves, mas que por estarem “silenciosas” ficam esperando horas pelo atendimento¹⁷.

Os serviços de UE podem ser considerados unidades de saúde com grande complexidade assistencial devido ao alto fluxo de atividades, profissionais e usuários¹⁸.

Almeida e Pires indicam que “esses serviços possuem uma especificidade que os distingue de todos os outros serviços de saúde. Exigem uma assistência imediata, eficiente e integrada e amplo conhecimento técnico, habilidade profissional e o emprego de recursos tecnológicos”¹⁹ (p. 619).

A complexidade desses serviços é tamanha que podemos compará-los a um subsistema de saúde, pois requerem vários serviços associados tais como centro cirúrgico, unidade de tratamento intensivo, radiologia, laboratório, entre outros¹⁹.

A complexidade inerente a esse tipo de serviço parece ser desconsiderada em muitos casos. Nos últimos anos houve uma expansão no número de estabelecimentos desse tipo, porém, grande parte deles funciona de forma precária, sem estrutura física adequada,

sem serviços de apoio diagnóstico, faltando materiais e com profissionais despreparados para atuarem em tais locais.

De acordo com o Ministério da Saúde, os principais problemas da assistência às urgências e emergências no Brasil são: estrutura física e tecnológica inadequada, insuficiência de equipamentos, recursos humanos limitados e com capacitação insuficiente para trabalhar em emergências, baixa cobertura do atendimento pré-hospitalar móvel, número insuficiente de unidades de pronto atendimento não-hospitalares e que têm baixa resolutividade, insuficiente retaguarda para transferência de doentes, entre outros²⁰.

A assistência às urgências e emergências há muitas décadas é um dilema para o sistema público de saúde. Considerando as mudanças do perfil demográfico e de morbimortalidade ocorridas no país nos últimos anos, tendo como um dos principais destaques o aumento dos casos de acidentes e violência, podemos afirmar que hoje os serviços de UE exercem um papel muito relevante dentro da assistência à saúde no Brasil.

O aumento desse tipo de demanda assistencial começou a pautar fortemente o Sistema Único de Saúde e cada vez mais tornou-se latente a necessidade de se pensar políticas que possibilitassem a organização, qualificação e consolidação da atenção às urgências e emergências.

Embora continuasse a priorizar a Estratégia da Saúde da Família enquanto proposta de reorientação do modelo assistencial, o Ministério da Saúde, a partir da década de 2000, começa a se dedicar a organizar a atenção às urgências e emergências no país.

Segundo Machado *et al.*²¹ o processo de construção da política federal de atenção às urgências pode ser dividido em três momentos. Um primeiro período envolveu as primeiras iniciativas de regulamentação, localizado entre 1998 e 2002. No período seguinte, entre 2003 e 2008, identifica-se a formulação e implantação da Política Nacional de Atenção às Urgências, com priorização do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e, por fim, desde 2008 temos como foco a continuidade do SAMU e a implantação das Unidades de Pronto Atendimento.

Essas iniciativas visaram organizar e direcionar a atenção às urgências e emergências no país e, apesar das dificuldades, alcançaram alguns avanços no que tange à definição de conceitos, organização do sistema em rede, incorporação de novas tecnologias e financiamento dos serviços. Através delas foi possível reorganizar os serviços e a

assistência de forma a envolver todos os níveis de atenção à saúde, desde a atenção básica até os hospitais de grande porte, definindo assim a competência de cada um dos serviços pertencentes à rede assistencial do SUS, não ficando mais restrito somente às unidades de pronto socorro e hospitalares.

Além disso, foi instituído que as unidades de UE também funcionassem como uma das portas de entrada do SUS, com possibilidade de reordenamento do fluxo de referência e contrarreferência e de integrá-las através da regulação médica¹⁷.

A Política Nacional de Atenção às Urgências está estruturada em: componente Pré-Hospitalar Fixo, componente Pré-Hospitalar Móvel, componente Hospitalar e componente pós-hospitalar²².

O componente Pré-Hospitalar Fixo é composto por unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, equipes de agentes comunitários de saúde, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e terapias, e unidades não-hospitalares de atendimento às urgências, como as UPA's (Unidades de Pronto Atendimento), por exemplo.

O componente Pré-Hospitalar Móvel é composto pelo SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgências) e os serviços associados de salvamento e resgate.

O componente Hospitalar são os hospitais gerais de pequeno, médio e grande porte, bem como todos os leitos de internação, passando pelos leitos gerais e especializados de retaguarda, de longa permanência e os de terapia semi-intensiva e intensiva, mesmo que esses leitos estejam situados em unidades hospitalares que atuem sem porta aberta às urgências.

O componente Pós-Hospitalar é composto pela atenção domiciliar, hospitais-dia e projetos de reabilitação integral com componente de reabilitação de base comunitária.

A atual Política Nacional de Atenção às Urgências (PNAU) tem como principais focos o SAMU e as UPA's.

O SAMU é um componente fundamental dentro da PNAU, pois tem como objetivo chegar precocemente à vítima de um agravo à saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica e entre outras) e possa prestar os primeiros atendimentos o mais rápido possível. O SAMU tem unidades de suporte básico de vida (equipe composta por técnicas de enfermagem) e unidades de suporte avançado de vida

(equipe composta por médico e enfermeira), sendo ambas coordenadas por uma central de regulação. O atendimento deste serviço pode ser tanto primário, quando o pedido de socorro for oriundo de um cidadão, quanto secundário, quando a solicitação parte de um serviço de saúde no qual o paciente já tenha recebido o primeiro atendimento^{23,24}.

No início da implantação da PNAU esse componente foi eleito como prioridade. Isso foi justificado pelo Ministério da Saúde devido aos índices de morbimortalidade relativa ao trauma e a violência no país e também pela insuficiência na oferta de serviços de atendimento pré-hospitalar móvel²².

Com a consolidação do SAMU o próximo passo foi a implantação/adequação das UPA's e Salas de Estabilização²⁶. O projeto das UPA's 24h integra a Política Nacional de Urgência e Emergência, lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, e baseou-se em experiências de cidades como Campinas (SP), Curitiba (PR) e Belo Horizonte (MG).

Mesmo sendo criado em 2003, a denominação UPA 24 h só começa a se tornar usual a partir de 2008^e, quando há um maior esforço por parte do Governo Federal em normatizar esse tipo de serviço de saúde. Nos anos subsequentes foram publicadas mais sete portarias sobre o tema^{28,29,30,31,32,33,34} estabelecendo uma nova prioridade para o Governo Federal, que disponibilizou recursos financeiros para sua implementação.

A implantação da UPA é feita de acordo com a população da região a ser coberta, o que irá condicionar a capacidade instalada (área física, número de leitos disponíveis, recursos humanos e capacidade diária de atendimentos médicos). A partir desses critérios, as UPA's são classificadas em três diferentes portes²⁸:

- **UPA Porte I:** tem de 5 a 8 leitos de observação. No mínimo 2 médicos por plantão (um pediatra e um clínico geral). Capacidade de atender até 150 pacientes por dia. População na área de abrangência de 50 mil a 100 mil habitantes.

- **UPA Porte II:** 9 a 12 leitos de observação. No mínimo 4 médicos por plantão (distribuídos entre pediatras e clínicos gerais). Capacidade de atender até 300 pacientes por dia. População na área de abrangência de 100 mil a 200 mil habitantes.

^e Para KONDER²⁷, tal situação sugere uma forte influência da política de saúde do estado do Rio de Janeiro no desenvolvimento desse elemento da política nacional de atenção às urgências. O estado do Rio de Janeiro já tinha inaugurado sua primeira UPA dois anos antes e naquele período já contava com 20 unidades em funcionamento.

- **UPA Porte III:** 13 a 20 leitos de observação. No mínimo 6 médicos por plantão (distribuídos entre pediatras e clínicos gerais). Capacidade de atender até 450 pacientes por dia. População na área de abrangência de 200 mil a 300 mil habitantes.

Para cada porte, foi instituído um valor máximo como incentivo financeiro de investimento para implantação das mesmas (quadro 01) além de despesas de custeio mensal repassados pelo Ministério da Saúde (quadro 02).

Quadro 01 - Incentivo financeiro de investimento do Ministério da Saúde para implantação das UPA's

PORTE	Incentivo Financeiro (edificação/mobiliário, materiais e equipamentos)
UPA Porte I	R\$ 1.400.000,00
UPA Porte II	R\$ 2.000.000,00
UPA Porte III	R\$ 2.600.000,00

FONTE: Portaria nº. 1020/2009

Quadro 02 - Repasse do Ministério da Saúde para custeio mensal das respectivas unidades

PORTE	Valor para custeio /mês
UPA Porte I	R\$ 100.000,00
UPA Porte II	R\$ 175.000,00
UPA Porte III	R\$ 250.000,00

FONTE: Portaria nº. 1020/2009

Os gestores interessados em receber o repasse desses incentivos financeiros deverão ter suas propostas aprovadas e as UPA's habilitadas ao investimento pelo Ministério da Saúde. Para tanto, as propostas devem conter uma série de informações como quantitativo populacional a ser coberto; compromisso do gestor de prover a UPA com equipe horizontal de gestão da unidade que seja responsável pela garantia de retaguarda médica, de enfermagem nas 24 horas e de pessoal técnico e de apoio administrativo; a demonstração da existência, na área de cobertura da UPA, de SAMU-192 implantado e habilitado; a demonstração de cobertura da Estratégia de Saúde da Família de no mínimo 50% na área de abrangência de cada UPA, ou a apresentação de Plano para tal e do respectivo compromisso de implantação dessa cobertura no prazo máximo de 2 anos; as grades de referência e contrarreferência pactuadas em nível loco regional com as Unidades de

Atenção Básica/Saúde da Família, como também com os hospitais de retaguarda, os quais devem apresentar compromisso formalmente estabelecido do comprometimento com o adequado acolhimento e atendimento dos casos encaminhados pelas Centrais Reguladoras dos SAMU; declaração do gestor local da exclusividade de aplicação dos recursos financeiros repassados pela União, para implantação da UPA, entre outros.

A eleição desses critérios para o repasse financeiro de investimento tem por objetivo garantir que as UPA's não fiquem isoladas e se integrem à rede assistencial da localidade em que forem implantadas³⁵.

As UPA's são unidades não-hospitalares de atendimento às urgências. Elas podem ser compreendidas como estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar. As principais competências das UPA's são ^{29,22,36}:

- funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos;
- acolher todos os pacientes e seus familiares sempre que buscarem atendimento;
- implantar processo de Acolhimento com Classificação de Risco, em ambiente específico;
- prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, de modo a definir, em todos os casos, a necessidade ou não de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade;
- fornecer retaguarda às urgências atendidas pela Rede de Atenção Básica;
- funcionar como local de estabilização de pacientes atendidos pelo SAMU 192;
- realizar consulta médica em regime de pronto atendimento aos casos de menor gravidade;
- manter pacientes em observação, por período de até 24 horas, para elucidação diagnóstica e/ou estabilização clínica;
- encaminhar para internação em serviços hospitalares os pacientes que não tiverem suas queixas resolvidas nas 24 horas de observação, por meio das centrais reguladoras;

Essas competências atribuídas às UPA's demonstram o seu caráter assistencial, sobretudo sua natureza de pronto atendimento, ao definir o acolhimento de todos os pacientes que buscarem atendimento, mesmo os casos de menor gravidade. Desse modo,

temos uma lógica de trabalho mais permeável às demandas consideradas não urgentes, operando assim como um contraponto às expectativas dos profissionais que esperam atender somente casos urgentes na unidade²⁷.

A atuação das UPA's em rede se expressa na obrigatoriedade dessas unidades se articularem com outros componentes da rede, sendo retaguarda para SAMU e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de grades de referência e contrarreferência. Essa articulação entre os níveis de atenção é fundamental, pois como se sabe, não cabe a essas unidades, considerando tanto seus objetivos, quanto sua estrutura física, permanecer com pacientes por mais de 24 horas^{26,27,28,29,30}.

Também destacamos entre as competências atribuídas as UPA's a implantação do acolhimento com Classificação de Risco. Em consideração a Política Nacional de Humanização (PNH), editada em 2004, essa estratégia deve fazer parte do funcionamento de todas as UPA's.

O acolhimento com classificação de risco baseia-se em um processo dinâmico que visa identificar os usuários que necessitam de tratamento imediato de acordo com o potencial de risco, agravos à saúde ou grau de sofrimento, proporcionando atenção centrada na complexidade da demanda e não na ordem de chegada. Para tanto, preconiza a agilidade no atendimento com base em uma análise sob a ótica de protocolos clínicos pré-estabelecidos e do grau da necessidade de acesso ao serviço de saúde do usuário³⁷.

A terminologia Acolhimento com Avaliação e Classificação de Risco foi proposta em substituição ao termo triagem, empregado no Brasil, historicamente, com o objetivo de classificar as necessidades de cuidados dos usuários visando à exclusão, ou seja, decidir quem será ou não atendido. Essa nova nomenclatura remete à ideia de estratificação dos pacientes entre aqueles que necessitam ser atendidos primeiro, aqueles que podem aguardar, e até mesmo os que podem ser encaminhado a outros serviços, sendo necessário realizar efetivamente o encaminhamento, de modo a garantir o atendimento ao usuário³⁸ (p. 29).

Quando falamos de acolhimento não estamos falando de um espaço ou de um local, mas de uma postura ética, que não pressupõe hora ou profissional específico. Todos os profissionais de saúde devem fazer o acolhimento, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” as demandas dos outros com a resolutividade necessária para cada caso em questão.

Todavia, nas “portas de entrada”, os serviços de saúde podem demandar a necessidade de um grupo de profissionais de saúde preparado para promover o primeiro

contato com o usuário, identificando sua demanda, orientando-o quanto aos fluxos internos do serviço e quanto ao funcionamento da rede de saúde local. Esse processo denominado classificação de risco é uma ferramenta que ajuda a organizar a fila de espera e propor outra ordem de atendimento que não a ordem de chegada. Além disso, tem outros objetivos importantes como, por exemplo, garantir o atendimento imediato do usuário com grau de risco elevado e informar o paciente que não corre risco imediato, assim como a seus familiares, sobre o tempo provável de espera³⁹.

Geralmente, os serviços de saúde dispõem de uma técnica de enfermagem já na porta de entrada para realizar um primeiro contato com o usuário, que a depender da unidade pode consistir em atividades variáveis, como uma orientação, uma avaliação de sinais vitais, entre outras. Após isso, esses usuários são identificados e passam pela classificação de risco, executada por enfermeiras, sendo que algumas unidades funcionam com uma enfermeira e outras com duas²⁷.

A classificação de risco ocorre de acordo com um protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde, oriundo da modificação de um protocolo internacionalmente conhecido, denominado Manchester. Esse protocolo é composto de quatro estratos de gravidade, identificados por cores: azul, verde, amarelo e vermelho, representando gravidade progressivamente maior²⁷.

Considerando a lógica do acolhimento com classificação de risco, o próprio espaço físico das unidades deve ser pensado tendo como base a diversidade e os níveis de complexidade da assistência prestada nos serviços de UE. Por isso, geralmente podemos encontrar estas unidades subdividas da seguinte maneira¹⁵:

- área Vermelha, que deve ser equipada e destinada à estabilização das urgências e emergências clínicas e traumáticas. Após a estabilização, estes pacientes devem ser encaminhados para outras áreas conforme o quadro clínico;

- área Amarela: destinada a assistência de pacientes críticos e semicríticos, já com terapêutica de estabilização iniciadas;

- área Verde: destinada ao atendimento de pacientes considerados não críticos e classificados como não-urgentes.

A construção do acolhimento com classificação de risco significou um avanço no sentido de humanizar a assistência e priorizar os casos mais graves. Também serviu para

normatizar e orientar as unidades em relação às adequações necessárias dos espaços físicos quanto ao atendimento das demandas assistenciais das urgências e emergências.

1.2.2. As Unidades de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA) começaram a ser implantadas no Rio de Janeiro em 2007, com a criação da UPA Maré, por iniciativa do Governo Estadual. Em 2009 criou-se a primeira unidade gerida pela prefeitura municipal, a UPA Vila Kennedy. De acordo com os dados do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), até dezembro de 2013 o estado do Rio de Janeiro contava com 89 unidades, sendo que 29 estavam sob gestão estadual e 60 sob gestão dos municípios. Neste mesmo período, dentro do município do Rio de Janeiro, existiam 31 unidades, sendo 17 sob gestão estadual e 14 sob gestão municipal (quadro 3).

Quadro 03 - Unidades de Pronto Atendimento e esferas administrativas, no município do Rio de Janeiro/RJ, 2013.

ESTADUAL	MUNICIPAL
Bangu	Cidade de Deus
Bangu/Gericinó	Complexo do Alemão*
Botafogo	Costa Barros
Campo Grande I	Engenho de Dentro
Campo Grande II	João XXIII (Santa Cruz)
Copacabana	Madureira
Engenho Novo	Magalhães Bastos
Ilha do Governador/Cocotá	Manguinhos*
Irajá	Paciência
Jacarepaguá/Taquara	Rocha Miranda
Maré	Rocinha*

Marechal Hermes	Senador Camará
Penha	Sepetiba
Realengo	Vila Kennedy
Ricardo de Albuquerque	
Santa Cruz	
Tijuca	

Fonte: CNES, SES/RJ, SMS/RJ. Adaptado de Konder²⁷.

*Nota: UPA's que pertenciam originalmente à esfera estadual

A expansão no número de UPA's no estado do Rio de Janeiro ocorreu rapidamente e de forma desorganizada, sem obedecer qualquer padrão. Já na capital do estado podemos observar que a construção das primeiras unidades teve como foco a zona norte e em seguida a zona oeste. Atualmente a maioria das UPA's se concentram nestas regiões tendo a zona oeste 14 unidades e a norte 13 unidades. A região central do município - que tem a menor quantidade de habitantes - é a única em que não foi implantada nenhuma UPA. Contudo, cabe lembrar que essa região tem a maior concentração de consultórios e leitos hospitalares, ao contrário das zonas norte e oeste que vivem escassez de tais dispositivos²⁷.

Também devemos destacar que esse processo de criação e expansão de unidades ocorreu simultaneamente ao processo de terceirização e privatização. Isso ocorreu através da transferência da gestão dessas unidades para Organizações Sociais (OS)³⁵. Segundo Konder “esse processo representa um obstáculo à conformação da rede, pois unidades em uma mesma área programática são geridas por diferentes OS e uma mesma OS gerencia unidades em diferentes regiões da cidade, levando a formação de microrredes entre as unidades de cada OS”²⁷(p. 88).

Todo esse processo de implantação e expansão das UPA's evidenciou um problema já conhecido no município do Rio de Janeiro: a fragilidade da atenção primária. O processo de implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu de forma muito tímida no município e se intensificou principalmente no período de 2008-2012, quando a cobertura populacional passou de 7% para 40%. Essa expansão intensiva foi insuficiente para o fortalecimento da Atenção Primária em Saúde (APS) no município. Se por um lado muitos territórios ficaram sem cobertura, por outro, várias unidades em funcionamento passam por

problemas sérios como: déficit de profissionais, sobretudo médicos; condições precárias de trabalho; escassez de profissionais com formação específica para atuarem na APS; dificuldades de acesso a exames complementares e atenção ambulatorial especializada. Tudo isso contribui para uma baixa resolutividade do cuidado produzido²⁷.

...a precariedade da APS não constitui elemento propriamente coercivo à construção da Rede de Urgência e Emergência, mas à reconfiguração do modelo assistencial. Do ponto de vista do interesse político, a insuficiência da APS serviu de argumento para expansão das UPA's, e, portanto, priorização da implantação de uma política de saúde municipal e estadual que privilegia a urgência, no desenvolvimento do sistema de saúde loco regional, em detrimento da própria APS²⁷ (p. 85).

Com isso, demandas assistenciais de baixo risco, que poderiam ser acolhidas na atenção básica, começam a ser absorvidas nas UPA's. O resultado disso é cada vez menos prestígio e confiança na APS e cada vez mais exames e procura por especialistas. Pior, isso começa a pautar uma competição por recursos e prioridade política com a APS²⁷.

O processo de implantação das UPA's no município do Rio de Janeiro tem gerado muita discussão e polêmica devido à grande relevância que os governos municipal e estadual deram a sua inserção e integração ao sistema municipal de saúde, principalmente se considerarmos o privilégio financeiro dado a tais unidades.

O caso do Rio de Janeiro se mostra emblemático, pois embora tenha a maior estrutura hospitalar pública do país não consegue responder de forma eficiente à demanda da população. Com uma rede de atenção primária em incipiente processo de expansão, uma rede hospitalar ineficiente e uma lógica biomédica predominante nos serviços de saúde, observa-se que as UPA's pouco têm contribuído para reverterem esse quadro. Ou seja, apesar do pesado investimento político e financeiro para a implantação e expansão dessas unidades, elas até o momento não conseguiram contribuir para o desenvolvimento de redes de atenção à saúde e reorientação do modelo assistencial no SUS²⁷.

Em estudo realizado no município²⁷ foi apontado pouca integração das UPA's com os outros componentes da rede de UE, sendo que muitas vezes essas unidades apresentam dificuldades tanto nas relações com a retaguarda hospitalar, quanto nas relações com a ESF. Esse estudo identificou como principais fatores relacionados a esse problema: as deficiências estruturais da rede de serviços (insuficiência da atenção primária, sucateamento físico da estrutura hospitalar, escassez de leitos de enfermagem e UTI) e a

fragmentação gerencial, representada pela ausência de governança unificada na rede e pelo processo de transferência da gestão dessas unidades para organizações sociais.

Portanto, considerando todo o processo de implantação e expansão da UPA's no município do Rio de Janeiro, devemos nos perguntar: As UPA's têm sido propostas como necessidade técnica ou como recurso político? E esses componentes se conflitam ou se complementam⁴⁰?

Em relação a isso O'Dwyer indica que “como proposta de curto prazo, a UPA tem grande impacto político eleitoral e grande visibilidade. Entretanto, essa estratégia deve ser problematizada, inclusive sob o ponto de vista econômico”⁴⁰ (p. 2041).

Isso é importante, pois esse tipo de unidade é muito cara. Só a título de curiosidade, o Governo Federal pretende gastar R\$ 2,7 bilhões para construir mais 900 UPA's, enquanto pretende gastar R\$ 3,5 bilhões para construir e equipar quase 4 mil novas Unidades Básicas de Saúde e reformar/ampliar outras 21 mil em todo o país. Ou seja, com um recurso semelhante a quantidade de UBS construídas será bem maior³⁵.

Além disso, as UPA's têm diversos problemas de ordem político e assistencial. Político porque desvirtua alguns princípios do próprio SUS como, por exemplo, hierarquização e regionalização, visto que muitas vezes esses serviços contribuem para confundir a população em relação ao tipo e local mais adequado para atender as suas demandas. E assistencial, pois tais unidades priorizam apenas ações curativas, desconsiderando as ações de prevenção e promoção da saúde, contribuindo assim muito pouco para mudança no modelo assistencial.

Sendo assim, devemos constantemente refletir sobre os motivos da existência de tal serviço de saúde e até que ponto ele contribui para o avanço das políticas públicas de saúde no município. Por isso, concluímos concordando com Mattos, que afirma o seguinte:

No município do Rio de Janeiro ocorre uma superestimação das possibilidades da UPA. O discurso recorrente é de que é uma unidade capaz de desafogar as grandes emergências e ainda atender as demandas de baixa complexidade. Ou seja, esta unidade, por si só, responderia a todos os problemas de superlotação e de falta de acesso que hoje assolam a saúde. É esse o discurso que justifica a sua expansão generalizada e que vai de encontro aos preceitos do SUS que valorizam e priorizam as ações de promoção e prevenção de saúde. Estamos claramente diante de uma política que valoriza o modelo médico hospitalocêntrico, centrado na doença, que tem por objetivo atender aos interesses lucrativos das indústrias de medicamentos, de insumos e equipamentos biomédicos – é esse o real motivo para a existência das UPA³⁵ (p. 112-3).

CAPÍTULO II - O TRABALHO DA ENFERMAGEM EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Nesta parte da dissertação buscamos traçar um panorama dos estudos sobre o trabalho da enfermagem em urgência e emergência (UE) e sua relação com a saúde dessas trabalhadoras. Procuramos com isso fazer uma introdução ao tema, assim como apresentar sucintamente a literatura que tem tratado do assunto, levando em consideração seus aspectos gerais e específicos.

A revisão bibliográfica realizada visou responder as seguintes questões:

- Quais os principais temas, abordagens metodológicas e resultados desses trabalhos?
- Qual o perfil sociodemográfico dessas trabalhadoras?
- Como esses estudos caracterizam o processo de trabalho e as condições de trabalho neste tipo de unidade?
- Quais os principais problemas de saúde dessas trabalhadoras?
- Quais as principais ações em saúde do trabalhador realizadas junto a essas trabalhadoras?

Para isso, foi realizada uma busca bibliográfica na base de dados LILACS (Literatura Latino-Americana em Ciência da Saúde) e no repositório eletrônico SCIELO (Scientific Electronic Library Online).

Como estratégia de busca procuramos ordenar os descritores, indexados como Descritores em Ciências da Saúde (DECS), em três grupos. Um primeiro grupo que abarcasse o **tipo de serviço** (“serviços médicos de emergência”, “serviço hospitalar de emergência” e “hospitais de emergência”), um segundo que abarcasse as **categorias profissionais** (“equipe de enfermagem”, “auxiliares de enfermagem”, “enfermagem”, “enfermagem em emergência”, “papel do profissional de enfermagem”, “recursos humanos de enfermagem”, “recursos humanos de enfermagem no hospital” e “supervisão de enfermagem”), e um terceiro que abarcasse **temas relacionados à área da saúde do trabalhador** (“absenteísmo”, “acidentes de trabalho”, “ambiente de trabalho”, “carga de trabalho”, “condições de trabalho”, “doenças profissionais”, “engenharia humana”, “esgotamento profissional”, “estresse psicológico”, “fatores de risco”, “jornada de trabalho”, “medicina do trabalho”, “mortalidade ocupacional”, “necessidades e demandas de serviços de saúde”, “prática profissional”, “qualidade de vida”, “riscos ocupacionais”,

“satisfação no trabalho”, “saúde do trabalhador”, “saúde mental”, “trabalho”, “trabalhos em turnos”, “transtornos mentais”, “transtornos traumáticos cumulativos”, “vigilância do ambiente de trabalho” e “violência”).

Esses descritores foram organizados dentro desses três grupos e esses grupos foram separado pelo operador booleano *and* e colocado o “descriptor de assunto” como filtro de pesquisa.

Para estabelecer quais os textos seriam analisados foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão foram:

- estudos científicos publicados entre os anos 1998 e 2013 (últimos 15 anos);
- disponível em formato eletrônico e de livre acesso;
- publicado em português, inglês ou espanhol;
- estudos que envolvessem profissionais de enfermagem (enfermeiras, técnicas e auxiliares);
- pesquisas realizadas em serviços de urgência e emergência situadas no Brasil e que fizessem parte da rede assistencial do SUS.

Os critérios de exclusão foram:

- impossibilidade de acesso ao texto completo;
- estudos publicados em formato de dissertação ou tese;
- estudos realizados em unidades móveis de urgência e emergência como, por exemplo, SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e ambulâncias de bombeiros;
- estudos realizados em unidades privadas ou filantrópicas que não fizessem parte da rede assistencial do SUS.

A partir da busca bibliográfica foram encontrados 62 trabalhos, sendo 35 na LILACS e 27 no SCIELO. Após a avaliação dos critérios de inclusão e exclusão foram selecionados 22 trabalhos, 13 na LILACS e 9 no SCIELO. Somente 1 trabalho apareceu duplicado, sendo assim, foram considerados 21 trabalhos.

Além das publicações encontradas nas bases de dados, houve uma seleção complementar de referências bibliográficas que surgiram a partir da leitura desses 21 trabalhos inicialmente escolhidos. A segunda seleção ocorreu baseada no julgamento feito em relação à relevância das publicações, considerando o potencial em contribuir com os objetivos estabelecidos para a busca bibliográfica. Além de estarem adequadas em relação

a esses objetivos, as publicações incluídas também foram avaliadas em relação aos critérios de inclusão e exclusão. Desta seleção complementar foram incluídos mais 14 trabalhos.

Portanto, fizeram parte desta revisão bibliográfica 35 publicações. Após a leitura de todas as publicações, elas foram analisadas segundo seu delineamento, metodologia empregada, resultados e conclusões. Após essa análise foi realizada uma síntese dos dados, contemplando título, autores, objetivo, metodologia, resultados e conclusões.

O primeiro quesito analisado foi a tipologia do estudo. Praticamente a metade das publicações (dezoito) resulta de pesquisas quantitativas, sendo apenas treze de pesquisas qualitativas. Soma-se duas publicações baseadas em estudos com abordagem quali-quantitativa e três oriundas de revisões bibliográficas.

Em relação ao ano de publicação, apenas duas ocorreram antes de 2004. Quase todos os estudos foram divulgados nos últimos dez anos, quando houve um forte crescimento no número de publicações, estando concentrados principalmente nos últimos cinco anos, quando foram publicados dezenove deles. Isso demonstra um aumento no interesse em temas relacionados à enfermagem em UE.

Sobre as categorias profissionais estudadas percebemos que grande parte dos trabalhos (dezesseis) tiveram como sujeitos da pesquisa “profissionais da equipe de enfermagem”, o que incluía enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem. Também foi considerável o número de publicações (onze) que tiveram como sujeitos a categoria profissional “enfermeiros”. Além disso, foram mais 6 (seis) publicações que abordaram a “equipe de saúde”, uma com “técnicos de enfermagem”, uma com acadêmicos de graduação em enfermagem e uma com todos as categorias profissionais que trabalhavam em uma unidade de UE, incluindo até os profissionais administrativos e de apoio.

Outro ponto avaliado foram os focos temáticos trabalhados. Os principais focos encontrados estavam relacionados a temas como estresse, *burnout* e esgotamento profissional, sendo que eles foram abordados em doze publicações. Desses, alguns tratavam especificamente do estresse, já outros abordavam, além do estresse, o problema do *burnout* e esgotamento profissional. Tiveram também destaque publicações com foco no sofrimento psíquico, prazer e satisfação no trabalho, somando sete artigos. Vale

mencionar ainda algumas publicações consistentes sobre temas relacionados ao processo de trabalho, condições de trabalho e violência ocupacional.

Em relação aos tipos de unidades estudadas, apenas duas pesquisas foram realizadas em Unidades de Pronto Atendimento (UPA) ou outras unidades do tipo pré-hospitalar fixa. Este dado demonstra o quanto os estudos ainda se concentram no ambiente hospitalar e como ainda pouco se conhece do trabalho da enfermagem em UE em unidades não-hospitalares.

2.1. Perfil sociodemográfico

A análise das variáveis sociodemográficas das profissionais de enfermagem em urgência e emergência participantes das pesquisas demonstrou que a predominância foi de mulheres. A porcentagem de participantes do sexo feminino nas pesquisas variou de 70% a quase 100%, sendo que a média encontrada na maioria dos estudos foi de 80%. Apenas em dois estudos^{41,42} a proporção entre os sexos foi similar.

A enfermagem já surge enquanto um trabalho realizado por mulheres, e como podemos observar no Brasil ainda continua sendo uma profissão essencialmente desenvolvida por mulheres. Como vem ocorrendo ao longo da história as atividades de cuidar, assistir, alimentar e prover elementos indispensáveis ao bom desenvolvimento do enfermo sempre foram delegadas às mulheres⁴³.

Em relação à faixa etária dessas trabalhadoras, ela varia entre os 20 e 40 anos, tendo poucas trabalhadoras acima de 50 anos e praticamente não existindo trabalhadoras acima dos 60 anos. Uma hipótese é que isso esteja relacionado à dinâmica do trabalho em unidades de UE que, devido sua intensidade, acaba dificultando o exercício profissional de pessoas com idade mais avançada.

Outro dado importante no que tange ao perfil dessas profissionais é o tempo de trabalho na área de UE. Na maioria dos estudos as instituições demonstraram que no mínimo 50% de suas trabalhadoras tinham pelo menos mais de cinco anos de experiência na área. Isso é interessante, visto que vários estudos enfatizam a importância das trabalhadoras experientes e habilidosas, na medida em que há uma grande necessidade que a assistência neste tipo de unidade ocorra de forma rápida e segura^{44,45,46}.

Mesmo considerando a importância da experiência neste tipo de trabalho, um fato interessante deve ser pontuado: os serviços de UE são a primeira oportunidade de emprego para muitas profissionais. Muitos serviços quando as contratam colocam elas primeiro neste setor para adquirir experiência. Isso é reforçado pelas profissionais, que reconhecem no setor uma grande escola de formação prática⁴⁵.

Outro fato que corrobora com a afirmativa que esses serviços muitas vezes podem ser a primeira oportunidade de emprego foi a pequena distância entre o tempo de formadas e o tempo de trabalho na área encontrada em alguns estudos ^{47,48}. Isso demonstra que as profissionais depois de formadas demoraram pouco tempo para começarem a trabalhar e que provavelmente a sua primeira experiência pode ter sido naquele tipo de unidade.

Outra questão levantada foi em relação à formação das profissionais de enfermagem que atuavam em urgência emergência. O trabalho em unidades de UE demanda uma assistência especializada e muito qualificada, o que exige de suas trabalhadoras um alto nível de profissionalização e formação.

Entretanto, Andrade, Caetano e Soares⁴⁹, em artigo publicado em 2000, levantaram que as profissionais de enfermagem ainda estavam se qualificando muito pouco para exercerem aquela função. Porém, com o decorrer dos anos, outras pesquisas acabaram sugerindo que essa tendência não prosseguiu e que as profissionais de enfermagem tinham começado a se preocupar mais com a sua formação, buscando até cursos de pós-graduação^{50,51}.

Esse movimento talvez tenha várias raízes, mas algo que não podemos deixar de indicar é que os conhecimentos produzidos na área, principalmente nos últimos 20 anos, conjugados com a expansão do número de unidades especializadas em urgência e emergência acabou gerando uma maior oferta e demanda em relação a esses cursos.

Um dado muito importante sobre o trabalho da enfermagem em urgência e emergência é a jornada de trabalho semanal. Poucos estudos^{52,53} levaram em conta esse dado em suas análises, se restringindo no máximo a identificar a carga horária daquele determinado vínculo empregatício. Contudo, sabemos que boa parte das profissionais de enfermagem possui pelo menos outro emprego^{52,54,55,56}, e que por isso torna-se relevante saber qual a jornada de trabalho total, considerando os outros empregos.

Também causa estranheza o fato de apenas um estudo⁵⁷ apresentar a remuneração das profissionais de enfermagem. Uma vez que um dos grandes problemas da profissão são os multiempregos, que têm como principal causa os baixos salários, entendemos que os estudos que apontam o perfil sociodemográfico deveriam levar em consideração a variável remuneração.

2.2. Processo de trabalho e condições de trabalho

O trabalho em enfermagem não é algo homogêneo, por isso, para melhor compreendê-lo, devemos antes nos situar quanto ao tipo de serviço prestado na unidade específica.

Nos serviços de urgência e emergência (UE) o processo de trabalho caracteriza-se por ter como especificidade do seu objeto de trabalho usuários portadores de casos clínicos de extrema gravidade, com risco de morte, e usuários com quadros clínicos leves ou moderados que não conseguem atendimento na rede de cuidados primários^{44,45}.

O processo de trabalho nesse tipo de serviço de saúde tem como finalidade tratar a queixa principal, com o objetivo de minimizar o sofrimento e até salvar vidas^{44,58}.

É característico desse processo de trabalho o ritmo intenso, o excesso de atividades e pacientes com quadros clínicos instáveis. Além disso, as trabalhadoras de enfermagem que atuam em UE têm que lidar com o inesperado, o imprevisível e, na maioria dos casos, faltam condições e instrumentos de trabalho^{41,44,45}. Isso é importante, pois segundo alguns autores^{44,45} o sofrimento de várias trabalhadoras desse setor pode ser atribuído ao fato delas terem que lidar muitas vezes com situações incontroláveis frente às quais elas se sentem impotentes.

A imprevisibilidade como parte do processo de trabalho em serviços de UE traz para essas profissionais a necessidade de sempre estarem em alerta⁴¹. Enquanto em outros setores as profissionais de enfermagem dispõem de certo tempo para planejar, organizar e realizar as suas atividades, o mesmo se encontra reduzido em tais serviços devido à imprevisibilidade, que as convocam a agirem quase que imediatamente⁴⁴.

A dinâmica de trabalho neste setor acaba exigindo das profissionais certo domínio sobre o processo de trabalho e o desenvolvimento de determinadas habilidades, que remetem às práticas, ao saber fazer, colocados a serviço da organização. São exigências

que se impõem como o pensar rápido, ter agilidade, competência e a capacidade de resolutividade dos problemas que se apresentam⁴⁴.

A organização do trabalho da equipe de saúde nos serviços de UE segue, na maioria dos casos, a mesma lógica apresentada no estudo de Garlet *et. al.*⁶⁰, dividida em três momentos principais: atendimento às urgências e emergências em que o risco à vida é iminente, assistência aos pacientes em sala de observação e atenção aos usuários com demandas de saúde não urgentes.

A prioridade é o atendimento aos casos graves, com potencial risco à vida. Esses casos são encaminhados diretamente para a sala de emergência, na qual o paciente recebe atendimento imediato e as ações da equipe de saúde devem convergir para o restabelecimento da vida⁶⁰.

Para Marques e Lima⁵⁸ as ações de recepção, triagem e consulta médica fazem parte da centralidade desse serviço, que tem como finalidade tratar a queixa principal e como ação nuclear a consulta médica.

Essa forma de organização do trabalho está baseada no modelo biomédico. Neste modelo o foco está no procedimento, o corpo anatomobiológico é identificado através da queixa do usuário que é transformada em um possível diagnóstico. Desta maneira, essa queixa para de fazer parte da pessoa e se transforma em um sinal ou sintoma de doença, que, então, será o objeto de trabalho médico e da enfermagem⁵⁸.

Ao ser influenciado por essa lógica o tratamento fica centrado na doença, de forma que todos são atendidos da mesma maneira, sem que os fatores sociais, econômicos, o sofrimento físico e psíquico, singulares a cada pessoa, sejam valorizados.

Além disso, essa lógica vai reforçar a priorização do atendimento aos usuários com problemas graves e agudos^{58,59}.

Mesmo considerando o modelo biomédico enquanto um modelo de produção de cuidados hegemônico nas unidades de UE não podemos deixar de destacar que existem tentativas de construção de outras práticas.

O estudo de Garcia *et. al.*⁴¹, por exemplo, aponta uma contraposição ao modelo tecnicista e biomédico, ao identificar no cuidado efetivado pelas técnicas de enfermagem o uso de habilidades cognitivas e afetivas, demonstrando deste modo uma ampliação da

visão delas em relação ao processo assistencial, desmistificando assim a ideia de que a prática desta categoria profissional possui características mecânicas.

Além disso, cabe ressaltar que várias alternativas foram lançadas nos últimos anos para tentar reverter esse modelo de produção de cuidados, tendo como uma das principais iniciativas a Política Nacional de Humanização.

Portanto, podemos perceber que essas iniciativas partem tanto das trabalhadoras quanto do nível institucional. Contudo, ainda podemos considerar o modelo biomédico muito presente e forte dentro das unidades de urgência e emergência.

Nesses serviços o trabalho das diferentes categorias está articulado para garantir o pronto atendimento. Enquanto os médicos fazem as consultas, cabe à enfermagem ficar com a triagem dos usuários e também com a execução da prescrição médica e de vários procedimentos. Desse modo, a equipe de enfermagem muitas vezes acaba exercendo a função de “barreira”, contendo as demandas, administrando conflitos e servindo de guardiã das normas e da política institucional. Com isso, os médicos ficam bastante protegidos de várias mazelas da recepção e triagem, pois as demandas já chegam até eles organizadas⁵⁸.

Nas unidades de UE a enfermagem atua em quase todas as frentes de trabalho. As enfermeiras, por exemplo, coordenam as atividades da enfermagem, articulam, supervisionam e controlam as dinâmicas de trabalho no serviço, fazem a triagem dos pacientes, além da interligação do trabalho médico com os demais trabalhadores, setores e serviços⁵⁸. Estão também envolvidas na assistência direta aos pacientes, sendo que em alguns locais essas ações de cuidado direto ocupam o mesmo tempo de trabalho que as ações de cuidado indireto⁴⁸.

Outra característica muito marcante do trabalho da equipe enfermagem, principalmente das enfermeiras, é a resolução de problemas. Esses problemas são das mais diversas ordens, e muitas vezes são as profissionais de enfermagem que respondem por vários setores como infraestrutura, almoxarifado, farmácia, higienização e administrativo⁵⁸.

Segundo Marques e Lima⁵⁸, essa função que pode ser considerada sofisticada, difícil e desgastante, tem sido exercida de forma mais eficaz por enfermeiras do que pelos demais trabalhadores.

Em pesquisa realizada por Garcia e Fugulin⁴⁸, verificou-se que as enfermeiras dedicavam 12% do seu tempo de trabalho a atividades associadas, ou seja, atividades não

específicas da enfermagem e que poderiam ser realizadas por outros profissionais. Segundo as próprias autoras esse valor supera o encontrado em pesquisas realizadas em outros setores sobre o assunto.

A enfermagem nos serviços de UE atua de forma ininterrupta durante as 24 horas, sendo que suas profissionais mantêm continuamente o contato com pacientes, familiares e outros profissionais. Se por um lado isso pode proporcionar grandes oportunidades de interação, por outro, pode gerar uma sobrecarga para as profissionais de enfermagem.

Por ter essas características e transitar constantemente pela unidade, o trabalho da enfermagem é muitas vezes interrompido. Essas profissionais são solicitadas, por exemplo, por pacientes e familiares em busca de informações, por outros profissionais querendo auxílio na realização de algum procedimento, entre outras situações⁵⁸.

Considerando tudo que foi apresentado até aqui, podemos afirmar que o trabalho da enfermagem na UE é fundamental e imprescindível. Porém, esse papel diversas vezes não é reconhecido e a profissão não recebe o seu devido valor. Isso fica muito claro, por exemplo, quando vamos debater a autonomia profissional nesses serviços.

A autonomia profissional da enfermagem tem sido um tema muito importante para compreensão e consolidação da própria profissão nas últimas décadas. Segundo Marques e Lima¹³, ela pode ser definida como a liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Algo que segundo as próprias autoras tem caráter processual e está em construção, relacionando-se com as conquistas tecnológicas da profissão.

Para Garcia e Lima⁵⁸, mesmo o trabalho de enfermagem sendo fundamental, perpassando todos os espaços de atendimento e interligando ações e profissionais, ele se constitui como auxiliar das atividades médicas no pronto atendimento.

Talvez isso possa estar associado à organização tecnológica do trabalho nesse tipo de serviço. Essa organização que está baseada no modelo biomédico coloca o médico como detentor do poder. Este, a partir do exercício da sua autonomia e autoridade, estipula de forma marcante os limites da autonomia dos demais profissionais⁵⁸.

Essa afirmação pode ser em certa medida polêmica, contudo, mesmo discordando dela temos que considerar que o poder exercido pelos médicos é muito grande e que isso tem relação direta com a questão da autonomia profissional das outras categorias.

As próprias autoras indicam que a enfermagem desenvolve suas atividades com relativa autonomia. No entanto, elas ressaltam que, dentro da enfermagem, as enfermeiras atuam com um âmbito maior de autonomia em relação às técnicas e auxiliares⁵⁸.

Essa diferença se deve a dois fatores: a questão do conhecimento e a divisão técnica do trabalho. Segundo Garcia e Lima⁵⁸, as enfermeiras têm uma formação profissional que proporciona um trânsito melhor por diferentes disciplinas/saberes enquanto as outras categorias da enfermagem estariam mais restritas às normas e aos próprios saberes da enfermagem. Isso faria com que elas utilizassem com mais qualidade os seus conhecimentos e habilidades, tendo assim mais espaço para negociar as suas demandas e tomada de decisões. Além disso, temos a divisão técnica do trabalho que acaba subordinando hierarquicamente as técnicas/auxiliares às enfermeiras.

Entretanto, essas autoras destacam que nos procedimentos de enfermagem essas profissionais técnicas e auxiliares conseguem ter uma maior autonomia, visto que possuem grande saber tecnológico relacionado à sua ação prática. Esse saber, construído social e historicamente, está relacionado a uma ação concreta e identificado com o cuidado dos pacientes. Inclusive, o estudo de Pai e Lautert⁴⁶ apontou que a partir desse saber e de sua prática da enfermagem, muitas vezes por ter maior familiaridade com esse mundo, elas acabam tendo um maior controle sobre a organização do trabalho, o que resulta na amenização das divisões técnicas e conferindo um maior poder e autonomia a essas profissionais.

Aliás, a questão do saber apareceu nos textos como um pilar fundamental para construção da autonomia profissional. A produção e consolidação de novos saberes abrem possibilidades de novas relações de poder, que interferirão incisivamente na questão da autonomia profissional⁵⁸.

Outro aspecto muito importante abordado nos estudos foram as condições de trabalho das profissionais. Entre os vários problemas, a superlotação é o mais destacado em diversos artigos, principalmente, por seu impacto direto no processo saúde-doença^{44,45,46,54,55,60,61}.

A grande procura por serviços de UE deve-se principalmente ao fato de vários usuários não conseguirem atendimento ou não terem as suas demandas resolvidas em outros serviços de saúde.

Essa procura ocorre principalmente por causa do somatório de recursos encontrados nesses serviços como consultas, procedimentos médicos, medicamentos, exames de imagem e laboratoriais entre outros. Por isso, alguns usuários acreditam que as suas demandas serão melhor atendidas naquele local. Entretanto, esse acesso indiscriminado acaba superando a capacidade de atendimento e com isso sobrecarregando esses serviços^{45,59,61}.

Mas se, por um lado, os usuários utilizam esses serviços dessa forma, por outro, os profissionais de saúde têm a concepção de que com isso a finalidade daquele serviço acaba não sendo atendida, pois para eles aquele local deveria realizar o atendimento a casos de urgência e emergência e não casos considerados não-urgentes, que poderiam ser atendidos em outro tipo de unidade, como por exemplo, na atenção básica^{58,59,61}.

Além disso, vários desses profissionais também acreditam que as unidades deveriam ter o caráter apenas transitório, ou seja, os pacientes deveriam receber ali apenas os primeiros cuidados e depois, quando já estivessem estabilizados, deveriam ser encaminhados para outros setores como UTI ou unidade de internação^{58,59,61}.

Vários estudos têm identificado essa diferença de concepção entre usuários e profissionais em relação à finalidade dos serviços de urgência e emergência. Aliás, isso tem sido apontado como potencial fonte de conflitos. Essas diferentes concepções se expressam de diversas formas, uma das principais é em relação à organização do tempo. Enquanto os usuários têm como referência para o atendimento de suas demandas o momento instantâneo, ou seja, o agora, os profissionais organizam o seu trabalho tendo como referência o tempo presente, neste caso o dia de hoje. Sendo assim, para o usuário as suas demandas devem ser atendidas naquele momento, enquanto para as profissionais o atendimento deve ser pensado considerando um dia de trabalho, isto é, ele atenderá aquela demanda, sabendo que poderá interromper o atendimento em função de casos mais graves que porventura cheguem à unidade⁶².

Segundo Garlet *et. al.*⁶¹, alguns profissionais se utilizam do argumento do acesso indiscriminado para justificar a não realização de algumas ações e a pouca atenção prestada aos casos não urgentes. Isso também ocorre nos casos em que há demora na transferência de pacientes. Cabe salientar, contudo, que este argumento não se justifica, pois essas situações são muito graves e podem acarretar em desassistência aos pacientes.

Alguns estudos também levantaram questões sobre as condições precárias de trabalho encontradas nesses serviços. Os principais problemas relacionados a isso foram falta de funcionários^{51,52,63,64,65}, falta de materiais e equipamento^{53,55,64}, e espaço físico inadequado^{51,55,63,64,65}.

O número reduzido de funcionárias é algo grave e que afeta a qualidade da assistência. Esse déficit ocorre principalmente porque as unidades têm a sua capacidade de atendimento frequentemente superada. Portanto, a resolução desse problema não passa apenas por aumentar o quantitativo de profissionais, mas também pelo reordenamento do fluxo dentro da rede assistencial, como foi indicado pelas próprias trabalhadoras em um dos estudos⁶⁰.

A falta de materiais e equipamentos também é bastante séria, ainda mais quando consideramos a dinâmica do trabalho que exige das trabalhadoras ações rápidas e qualificadas, pois muitos casos atendidos são graves e por isso os usuários necessitam de assistência imediata.

Além desses fatores, frequentemente as profissionais de enfermagem encontram um local de trabalho com o espaço físico inadequado para realização de suas atividades. Isso também dificulta ainda mais o trabalho delas, pois acabam sendo obrigadas a desenvolver algumas “adaptações” no espaço físico.

Portanto, todos esses fatores (superlotação, déficit de funcionários, falta de materiais e equipamentos e espaço físico inadequado) acabam sobrecarregando muito o trabalho da enfermagem em UE, o que acaba se refletindo diretamente no processo de trabalho e também no processo saúde-doença dessas profissionais.

2.3. Riscos ocupacionais e principais problemas de saúde

As trabalhadoras da enfermagem estão expostas a vários riscos em unidades de UE, conforme identificou um estudo realizado com a equipe de enfermagem do setor de emergência de um hospital público municipal do Rio de Janeiro⁴⁷.

Esses fatores de risco foram classificados e agrupados em físicos, químicos, biológicos, mecânicos, fisiológicos e psíquicos, sendo que dentro destes grupos se destacaram: físicos (radiação e ar condicionado muito frio), químicos (escapamento de gás e manipulação de produtos químicos), biológicos (contato com doenças infectocontagiosas

como tuberculose, meningite, AIDS e hepatite B e manuseio de materiais contaminados), mecânicos (agressão física e materiais perfurocortantes), fisiológicos (excesso de peso e doença sem diagnóstico) e psíquicos (falta de materiais e falta de segurança).

Os riscos físicos, químicos, biológicos e mecânicos são fatores que têm materialidade externa ao corpo, ou seja, estão presentes no setor. Já os riscos fisiológicos e psíquicos têm materialidade interna ao corpo, ou seja, não tem uma materialidade visível externa ao corpo humano. Por isso, Abreu e Mauro alertam que,

Uma vez constatada a impossibilidade de conceituar estas cargas, senão em relação com o corpo, à medida que vão adquirindo materialidade através da corporeidade humana, com sinais e sintomas estes fatores de risco presentes podem contribuir para aumentar a incidência de acidentes e doenças profissionais do trabalho⁴⁷(p. 142).

Neste mesmo estudo foram levantados os equipamentos de segurança utilizados e os principais acidentes de trabalho. As trabalhadoras de enfermagem desse setor utilizam geralmente luvas, máscaras e, eventualmente, avental. Isso confirmou a falta de materiais básicos de segurança, pois conforme as normas de “precauções universais” as luvas, máscaras, óculos e aventais são considerados equipamentos de proteção individual (EPI’s) obrigatórios para os trabalhadoras de saúde. Interessante destacar que aquelas que relataram usar eventualmente esses equipamentos sofreram mais acidentes do que as trabalhadoras que usam sempre⁴⁷.

Em relação aos acidentes de trabalho, a metade das entrevistadas no âmbito dessa pesquisa afirmou já terem sofrido algum tipo de acidente, sendo mais frequente os provocados por material perfurocortantes, sendo a mão a região mais atingida⁴⁷.

Além da subutilização dos EPI’s, essa pesquisa também verificou um grave problema, a subnotificação dos acidentes de trabalho. Isso torna muitas vezes essas situações “invisíveis”, o que pouco contribui para fortalecer as medidas de combate aos acidentes.

Outro tema relevante dentro dos estudos sobre a saúde das trabalhadoras de enfermagem em UE são as doenças ocupacionais. Uma boa forma de identificá-las é através dos estudos sobre motivos de licenças médicas e absenteísmo.

Esse assunto foi abordado em uma pesquisa realizada com as trabalhadoras de todas as categorias profissionais (serviços de apoio, auxiliares administrativos,

enfermagem e medicina) que trabalhavam em um hospital de grande porte especializado em atendimento de UE de Belo Horizonte⁶⁶.

Nesse trabalho foi identificado que a enfermagem respondia por aproximadamente 78% dos afastamentos nesta instituição. Os afastamentos na enfermagem foram 8,5 vezes maiores do que na medicina⁶⁶.

Os principais motivos de licenças médicas foram doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; seguidos de fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde; e doenças do aparelho respiratório. De acordo com as autoras, a enfermagem é considerada como uma das profissões com risco de desenvolver doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, pois o seu trabalho envolve atividade como manipulação de cargas, frequentes curvaturas do tronco e a manutenção por longos períodos de posturas estáticas⁶⁶.

O índice de absenteísmo-doença deste estudo foi de 2,06%, o que, segundo as autoras, pode ser considerado elevado se comparado com outras pesquisas semelhantes⁶⁶.

Sobre os problemas de saúde relacionados ao trabalho da enfermagem em UE, o mais recorrente na literatura foi o estresse.

O termo estresse foi usado pela primeira vez na década de 1930, porém, até 1970 praticamente não tínhamos na literatura nacional produção científica sobre o tema. A partir desse momento começam a surgir alguns estudos, intensificando-se nas décadas seguintes, sendo que atualmente já encontramos vários trabalhos tratando de diversos aspectos⁵¹. Isso não significa que não existia estresse anteriormente, mas sim que, devido ao aumento na proporção dos casos passou-se a estudar mais o assunto.

De acordo com dados da Organização Mundial de Saúde, em 2012, aproximadamente 90% da população mundial estava afetada pelo estresse, sendo considerado uma epidemia global^{51,64}.

O estresse pode ser entendido como “uma reação bioquímica, normal do organismo, quando o indivíduo se depara com uma situação estressante e, principalmente, significa a tentativa do mesmo em retornar à normalidade”⁵⁰ (p.895). Portanto, o estresse não é um problema em si, mas sim seu efeito cumulativo, quando a pessoa vive permanentemente sob tensão e pode desenvolver doenças. Quando essa situação está relacionada ao trabalho denominamos estresse ocupacional, que é determinado pela

percepção que o trabalhador tem das demandas no trabalho e por sua habilidade para enfrentá-las⁵⁰.

O estresse ocupacional está muito presente na enfermagem, sendo classificada pela *Health Education Authority* como a quarta profissão mais estressante⁶⁷. Segundo alguns estudos, esses níveis de estresse ficam entre alto ^{54,68} e moderado ^{56,63}.

Esses níveis de estresse têm reflexos no corpo das trabalhadoras. Em estudo realizado por Salomé *et. al.*⁶⁸ foi identificado que os sintomas físicos mais comuns relativos ao estresse foram cansaço, dificuldade para dormir à noite, incapacidade de desligar-se depois do trabalho, irritações extremas por pequenas coisas e indigestão, sendo que as principais doenças encontradas nestas trabalhadoras relacionadas com o estresse foram hipertensão e úlcera gástrica.

Em relação aos estressores ocupacionais, os mais referidos nas pesquisas foram superlotação das unidades ^{54,60,69}, sobrecarga de trabalho ^{52,54,64,70,71}, relacionamento com o público ^{52,54} e condições de trabalho (escassez de funcionários, estrutura física e equipamentos) ^{51,52,53,54,63,64,65,69}. Esses estressores expõem as profissionais de enfermagem ao risco de desenvolverem o estresse ocupacional. Esse risco varia de acordo com o trabalho realizado, o tipo de instituição, setor onde a pessoa trabalha, recursos humanos, equipamentos disponíveis e outras características, de acordo com a organização do trabalho e a estrutura do ambiente⁷¹.

Alguns estudos também apontaram a associação do estresse com determinadas variáveis, como sexo, tempo de trabalho e categoria profissional.

Sobre o sexo, o artigo de Ritter, Stumm e Kircher ⁴² apontou que por mais que as mulheres fossem mais afetadas pelo estresse do que os homens, elas sabiam lidar melhor que eles com essa situação.

Sobre o tempo de trabalho, dois estudos sugerem que quanto maior o tempo de trabalho maior o nível de estresse ^{42,51}. Contudo, cabe destacar que o tempo também é importante para o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, por isso, os mais profissionais mais velhos tornam-se menos vulneráveis aos estressores⁵¹.

Sobre a categoria profissional, para Harbs, Rodrigues e Quadros⁵⁶, dentro da enfermagem, as enfermeiras estariam mais expostas ao estresse profissional do que

técnicas e auxiliares, já que assumem várias responsabilidades além do trabalho assistencial.

Os aspectos mais estressantes para as profissionais de enfermagem são as condições de trabalho e a realização de atividades administrativas^{51,63}. Considerando as condições adversas encontradas e a dinâmica dos diversos serviços de UE, as profissionais de enfermagem acabam, muitas vezes, improvisando o seu trabalho. Essas improvisações, segundo os autores⁵², podem ser apontadas como potenciais fontes de estresse. Principalmente, quando as profissionais se encontram em situações novas sem terem passado por nenhum treinamento, algo comum neste tipo de serviço.

Conhecer as situações de estresse e seus agentes causadores é muito relevante. Contudo, um aspecto fundamental, já abordado em alguns estudos, é que diante dessas situações, as profissionais também desenvolvem mecanismos de enfrentamento. Um desses mecanismos é denominado *coping*, que compreende um conjunto de estratégias de enfrentamento a problemas que podem ajudar a pessoa a lidar com eventos estressantes, tanto internos quanto externos⁵⁰.

Essas estratégias podem ser assim classificadas: aquelas utilizadas no ambiente de trabalho ou as que são acionadas fora dele. Silveira, Stumm e Kirchner⁵⁰, identificaram como principais estratégias utilizadas no trabalho: estabelecer e manter diálogo, colocar-se no lugar do outro, ajuda mútua de colegas, resolver situações conflitantes. Já como estratégias empregadas fora do trabalho foram identificadas: atividades de lazer, meditação, relaxamento, estar com a família, ao sair do hospital esquecer o que aconteceu no referido ambiente, valorizar a vida fora do hospital.

Outra estratégia utilizada fora do trabalho são as terapias alternativas, que têm como objetivo aliviar o estresse e as alterações físicas. Foram apontadas como terapias alternativas utilizadas por essas profissionais o Reiki, a música e os florais de Bach⁷¹.

Sobre esses estudos, devemos ponderar que dividir essas estratégias em utilizadas dentro e fora do trabalho talvez não seja adequado, uma vez que isso cria uma falsa ideia que esses momentos estejam separados e pouco interligados. Assim, os resultados desses estudos acabam em certa medida sendo bem óbvios e apontando muito pouco sobre aquele trabalho e a real efetividade das estratégias utilizadas pelas trabalhadoras no enfrentamento ao estresse.

Já em outro estudo, as estratégias encontradas foram classificadas de acordo com as três grandes classes de mecanismo de *coping*: evitamento, confronto direto e confronto indireto⁵².

A estratégia de evitamento é um meio de alívio de estresse através de mecanismos que levam a tentar esquecer os estressores, adiar confrontos e/ou bloquear emoções. A estratégia de confronto direto ao estresse, consiste em buscar informações, falar sobre o assunto e negociar alternativas. A estratégia de confronto indireto é empregada para aliviar o grau de tensão e não evitá-lo, como por exemplo, atividades religiosas e prática esportiva⁵².

Por fim, uma situação bastante grave é quando essas situações de estresse se prolongam por muito tempo. Isso pode gerar consequências seríssimas, sendo uma das principais a síndrome de *burnout*.

A síndrome de *burnout* é um problema comumente encontrado entre profissionais que trabalham em serviços de saúde e que corresponde à resposta emocional às situações de estresse crônico. O termo *burnout* é utilizado como uma metáfora para explicar que se chegou ao limite do esforço, e que, devido à falta de energia, não há mais condições físicas nem mentais para trabalhar. Trata-se de uma síndrome tridimensional, caracterizada por três dimensões sintomatológicas: exaustão emocional verificada pela presença do esgotamento emocional e/ou físico; despersonalização observada pela insensibilidade emocional ou endurecimento afetivo; e falta de envolvimento no trabalho, identificada pela inadequação pessoal e profissional^{42,67}.

A síndrome de *burnout* manifesta-se através de quatro classes sintomatológicas, sendo: física, quando o trabalhador apresenta fadiga constante, distúrbio do sono, falta de apetite e dores musculares; psíquica observada pela falta de atenção, alterações da memória, ansiedade e frustração; comportamental, identificada quando o indivíduo apresenta-se negligente no trabalho, com irritabilidade ocasional ou instantânea, incapacidade para se concentrar, aumento das relações conflitivas com os colegas, longas pausas para o descanso, cumprimento irregular do horário de trabalho; e defensiva, quando o trabalhador tem tendência ao isolamento, sentimento de onipotência, empobrecimento da qualidade do trabalho e atitude cínica¹⁸(p.193).

Portanto, não podemos criar confusão entre *burnout* e estresse, visto que este ocorre a partir de reações fisiológicas frente a determinadas agressões, já aquele pode ser considerado uma resposta ao estresse laboral crônico que envolve atitudes e alterações comportamentais negativas relacionadas ao contexto de trabalho com desconsideração do

lado humano. No caso de trabalhadoras de enfermagem, quando os métodos de enfrentamento falham ou são insuficientes podem afetar os pacientes, a organização e o próprio trabalho⁶⁷.

Os casos de *burnout* têm números consideráveis. Conforme dados do Ministério da Previdência Social, em 2007, foram afastados do trabalho 4,2 milhões de indivíduos, sendo que em 3.852 foram diagnosticados Síndrome de Burnout⁶⁷.

No caso da enfermagem, um estudo realizado em um pronto socorro do hospital universitário regional do norte do Paraná, com a equipe de enfermagem, constatou que 8,2% dos entrevistados apresentavam sinais e sintomas de *burnout* e que 54,1% possuíam alto risco para manifestação de *burnout*⁶⁷.

Já em outro estudo, realizado em uma unidade de emergência de um hospital geral da região noroeste do Rio Grande do Sul, com profissionais de saúde, indicou baixo nível de *burnout*, sendo que a equipe médica obteve médias maiores do que na equipe de enfermagem, principalmente nas dimensões do desgaste emocional e despersonalização. Nas variáveis relacionadas ao contexto de trabalho as médias foram elevadas para todos os profissionais de saúde⁴².

O mesmo estudo também destaca que os jovens podem apresentar maiores níveis de *burnout*, principalmente os recém-formados. Isso se deve em grande medida pelo entendimento irrealístico a respeito do que podem ou não fazer e, portanto, tornam-se frequentes as frustrações profissionais. Eles ainda precisam aprender a lidar com as demandas do trabalho e por este motivo podem vir a desenvolver esses maiores níveis⁴².

A saúde mental dessas trabalhadoras foi o foco de um estudo que buscou estimar a prevalência de transtornos mentais comuns na equipe de enfermagem da unidade de emergência de um hospital geral do município de Feira de Santana, Bahia, e analisar sua associação com os aspectos psicossociais do trabalho⁴³.

A prevalência geral de transtornos mentais comuns foi de 26,3%, sendo que entre as enfermeiras a prevalência alcançou 53,3% e entre as técnicas e auxiliares de enfermagem, 20,0%. Também foi identificado que as enfermeiras têm o risco duas vezes maior que o apresentado por técnicas e auxiliares de enfermagem. De acordo com o estudo esta diferença é atribuída ao grau de responsabilidade e ao papel exercido pelas enfermeiras neste serviço⁴³.

O estudo também apontou os seguintes aspectos relevantes para ocorrência de transtornos mentais comuns: pouca liberdade para decisões, trabalho que exige pouca criatividade e habilidade, poucas oportunidades para desenvolver habilidades especiais, ritmo acelerado e volume excessivo de trabalho, trabalho com demandas conflitantes e interrupções constantes na realização de suas tarefas antes de sua conclusão. Todos esses aspectos atuam como fatores de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais⁴³.

Também há alguns estudos que trataram do sofrimento e do prazer no trabalho da enfermagem em UE, sendo que alguns deles tiveram como referencial teórico a psicodinâmica do trabalho^{41,44,45,46}. Esse referencial possibilitou abordar dialeticamente as vivências de prazer e sofrimento no trabalho.

Tais estudos levantaram como principais agentes causadores do sofrimento no trabalho a superlotação^{54,55,60}, a sobrecarga de trabalho⁴⁵, o acesso indiscriminado aos serviços⁴⁵, as condições precárias de trabalho^{54,55,63,64}, a baixa remuneração⁵⁵ e a falta de segurança⁵⁵.

A necessidade de agilizar os atendimentos também foi detectada como um fator desencadeante de conflitos interpessoais, uma vez que a demora no atendimento pode contribuir para superlotação dos serviços e intensificar o trabalho. Muitas vezes isso faz com que as profissionais tenham que escolher para quem destinam a sua atenção, deixando assim alguns pacientes desassistidos. Essa situação foi identificada como potencial fonte de sofrimento no trabalho, visto que isso nas profissionais suscitava a culpa de não terem feito o que julgavam ser o melhor, colocando-as em um dilema por considerarem os seus comportamentos escassos de ética e compromisso social⁴⁶.

Essa constatação também é reforçada em outro estudo que afirma o seguinte:

O sofrimento dos trabalhadores pode ainda ser agravado pelo fato de se verem constantemente envolvidos com processos decisórios de ordem técnico-científica e relacional. Os profissionais das unidades de emergência veem-se obrigados a tomar decisões urgentes em situações em que os usuários correm risco de vida e/ou os familiares se encontram em crises emocionais⁴⁵(p.619).

A demanda de trabalho superior à capacidade dos serviços acaba gerando nas trabalhadoras o sentimento de impotência e desgaste. Isto pode gerar um sofrimento psíquico, que tende a aumentar na medida em que as trabalhadoras vão diminuindo as esperanças de resolução dos problemas e acabam se convencendo de que os seus esforços diante de tal situação serão inúteis⁴⁵.

Por outro lado, também foram identificadas algumas fontes de prazer no trabalho da enfermagem em UE. Os principais foram: possibilidade de aliviar a dor e o sofrimento dos usuários e “salvar vidas”^{43,44,45,46,65}; imprevisibilidade e pouca rotina^{45,46,62,64}; conhecimentos e habilidades adquiridos^{45,46,64}; e reconhecimento e valorização profissional^{41,45,46, 64}.

Um aspecto que contribui para o prazer no trabalho é o sentido que as profissionais conferem ao seu trabalho. Esse sentido é o que define a relação do trabalho com a saúde dessas trabalhadoras. No caso do trabalho em UE, parece que o sentido do trabalho está no valor simbólico da atuação, no atributo moral da atividade, que é o que permite a trabalhadora sentir-se útil pelo que faz. Este valor deve ser atribuído à finalidade desse trabalho, que para as profissionais é “salvar vidas”⁴⁶.

Podemos considerar como maior fonte de prazer a possibilidade das ações de enfermagem aliviarem a dor e o sofrimento dos usuários e, em última instância, “salvar vidas”. Isso foi apontado como principal motivo de orgulho e satisfação por parte das profissionais de enfermagem em relação às atividades desempenhadas^{45,46}.

Outra característica apresentada como fonte de prazer é a dinâmica dos serviços de UE, que é permeada de muitas situações imprevisíveis e a existência de poucas rotinas. Segundo Almeida e Pires,

Os profissionais valorizam a presença do novo e do diferente no processo de trabalho. Associam o novo e a inexistência de rotinas à imprevisibilidade que caracteriza o trabalho em emergência. Embora o imprevisto e o desconhecido possam também ser causadores de ansiedade, são valorizados porque quebram a rotina e a monotonia no trabalho, fazem aparecer o diferente e a possibilidade de expressão da criatividade e da subjetividade dos trabalhadores⁴⁵(p. 627).

Essa situação que para algumas pessoas pode ser insuportável, para outras pode ser vivenciada como algo prazeroso, em certa medida desafiante. Trabalhar com o imprevisto proporciona a oportunidade de utilizar mais intensamente a criatividade diante das tarefas. Isso acaba atribuindo ao produto final do trabalho um pouco da própria trabalhadora, criando um espaço favorável à construção da identidade das profissionais desse tipo de serviço⁴⁶.

Essas características conferem às profissionais um papel mais ativo dentro processo de trabalho, possibilitando assim uma maior margem de atuação diante das situações de UE⁴⁶.

O trabalho em UE também se destaca pelo desenvolvimento de certas habilidades e conhecimentos. Almeida e Pires⁴⁵ sugerem que o trabalho neste setor pode ser reconhecido como uma grande escola profissional, que confere um *background* teórico e prático que, guardadas as devidas proporções, torna as profissionais mais preparadas para trabalharem em outros setores.

Essas profissionais sentem-se privilegiadas por deterem conhecimentos e habilidades como, por exemplo, capacidade de decisão rápida, domínio técnico e iniciativa individual. Essas características acabam atribuindo a essas profissionais certo poder e prestígio perante os outros profissionais e também institucional^{45,46,64}.

As próprias profissionais ressaltam a relevância desse serviço, enquanto setor fundamental dentro de um hospital. Por ser a principal porta de entrada, esse setor deve funcionar bem e com bastante qualidade, pois neste local tanto pode-se “salvar primeiro”, quanto pode-se “matar primeiro”. Por isso não adianta ter outros setores funcionando bem e a emergência funcionando mal⁴⁶.

Alguns autores reforçam que esse reconhecimento também é institucional.

... atuar na sala de emergência possui seu status dentro da Instituição, onde a organização do trabalho prima pelo suporte tecnológico avançado no atendimento ao paciente em risco de morte e o conhecimento específico das profissionais sobre a área. Assim, é como se as “melhores” profissionais estivessem exercendo suas atividades no local “mais importante”⁴⁶(p.444).

Outro tema também abordado nos estudos foi a violência ocupacional^{62,72,73}. Embora a violência contra as trabalhadoras da enfermagem não seja exclusividade dos serviços de UE, são nestes serviços que podemos observar uma maior probabilidade dela ocorrer. Isso se deve às tensões existentes neste local, que são causadas pelo tipo de demanda atendida⁷².

Alguns fatores que podem interferir nessa violência são: aspectos individuais das trabalhadoras (personalidade, formação); aspectos relacionados ao próprio ambiente de trabalho (estratégia organizacional, recursos humanos e materiais, sistema de comunicação); além de aspectos sociais e ligados à clientela atendida⁷³.

A maioria das profissionais de enfermagem já sofreu algum tipo de violência^{72,73}. O tipo de violência mais comum é a agressão verbal, pela qual praticamente todas as profissionais já passaram. Contudo outras formas de violência também foram relatadas

como, por exemplo, agressão física, assédio moral, assédio sexual, discriminação social e roubo^{72,73}.

Os principais causadores dessas situações de violência foram os pacientes e os seus familiares. De acordo com Vasconcelos, Abreu e Maia⁷²,

Justifica-se tal achado principalmente pela precarização do serviço de saúde dos hospitais públicos, levando à insatisfação de sua clientela que vê no profissional de enfermagem, que atua na linha de frente, uma válvula de escape para o problema ou como uma oportunidade de ser ouvido. Acabam por depositar nele toda a responsabilidade pela desqualificação da assistência prestada. A peregrinação, a falta de escuta, frieza, rigidez e falta de atenção, negligência e discriminação são os principais efeitos da precarização dos serviços de saúde (p.173).

Uma hipótese também levantada refere-se ao fato da equipe de enfermagem ser geralmente composta por mulheres. Embora tenhamos acompanhado uma evolução na igualdade entre gêneros, ainda vivemos em uma sociedade muito influenciada pelo pensamento patriarcal, que torna a mulher mais vulnerável e a expõe a um maior risco de sofrer violência⁷².

Além disso, outro fator que também se mostrou gerador da violência foi o tempo, que geralmente é insuficiente para a execução das atividades de enfermagem em situações de UE. Para conseguir atender às demandas muitas vezes as trabalhadoras aumentam o seu ritmo de trabalho e mesmo assim acabam não conseguindo realizar todas as atividades. Além da sensação de impotência, a trabalhadora sente-se pressionada pelo tempo, que a faz realizar suas atividades de forma apressada e pode contribuir para que ela cometa imperícias e negligências.

Conforme também ressaltam Costa e Marziale⁶²,

O trabalhador se vê triplamente pressionado pelo tempo: o tempo de ação exigido por eles mesmos, o tempo como uma determinação social e de cidadania e, o tempo requerido pela necessidade biológica da prescrição médica. Essa exigência de atuação imediata, sem a devida infraestrutura para um atendimento de qualidade, leva o trabalhador a atuar com pressa. Esse atendimento apressado está na gênese de algumas manifestações violentas nesse contexto de trabalho: a) **as omissões** de violências presenciadas, mas não denunciadas por falta de tempo, (tempo para: diálogo, fazer comunicações internas ou denúncias); b) **as negligências** devido a cuidados deixados para depois e que acabam sendo esquecidos, porque, a todo o momento, novos atendimentos precisam ser priorizados; c) **informações e orientações fragmentadas, ou negadas**. Enfim, a banalização de várias manifestações de violências, pois mesmo quando observadas, pouco ou nada é feito para seu enfrentamento e contenção (p.342).

Essa insuficiência do tempo, que faz parte da gênese da violência no trabalho da enfermagem, se apresenta tipificada de diversas formas como: violência clássica (agressão física, agressão verbal e etc.); violência estrutural (relacionada às condições precárias de trabalho e quantidade insuficiente de trabalhadores); violência repressiva (negação do direito do exercício profissional de forma segura) e alienação (impedimento de usufruir do prazer de uma ação competente e eficaz e de ser valorizado por ela)⁶².

Considerando que praticamente todas as profissionais já sofreram algum tipo de violência, podemos afirmar que todas essas situações são agravantes, sobretudo, porque a violência ocupacional pode causar prejuízos na prestação da assistência aos pacientes e causar adoecimento nas trabalhadoras.

Segundo Cezar e Marziale⁷³ essas trabalhadoras, que ora são atrizes, ora são vítimas de atos violentos, também estariam contribuindo nesse quadro a partir do momento em que elas próprias estariam reproduzindo e perpetuando situações de agressividade.

Portanto, essas situações de violência devem ser entendidas junto de todas as suas contradições, pois, se por um lado as trabalhadoras se utilizam de algumas estratégias defensivas para se protegerem como a hostilidade, agressão a outros colegas, ou até mesmo a negação e distanciamento afetivo dos colegas de trabalho e pacientes⁷², por outro lado temos os pacientes que são considerados muitas vezes como agressores, mas que também acabam sendo vítimas dessa assistência inadequada⁷³.

Por último – e não menos importante – procuramos estudos que tratassem especificamente de como os serviços estão cuidando de suas trabalhadoras, e principalmente como eles próprios cuidam de sua saúde. Neste aspecto infelizmente apenas um estudo foi encontrado⁵⁷.

Tal estudo, realizado em um hospital de UE de Campina Grande-PB, com profissionais de enfermagem, buscou analisar as práticas de autocuidado tendo como base os hábitos de vida saudáveis como alimentação, atividade física, lazer e comportamento preventivo. Foi identificada a contrariedade do discurso dessas profissionais, que conheciam algumas ações de autocuidado, porém, agiam de forma negligente com relação à própria saúde. Assim, grande parte delas se alimentava mal, sendo sedentárias e dedicando-se pouco à atividades de lazer.

Uma das conclusões dessa pesquisa é que a principal consequência desse tipo de comportamento é a frieza e indiferença ao cuidar do outro, visto que o cuidado eficaz ao paciente estaria relacionado ao cuidado que a profissional tem consigo mesmo⁵⁷.

A sugestão das próprias trabalhadoras para superar essas dificuldades seria o aumento do tempo disponível⁵⁷. No entanto, devemos nos questionar se apenas aumentando o tempo disponível fora do trabalho se conseguiria melhorar as práticas de autocuidado? E como fica a questão do autocuidado durante o tempo de trabalho? O que pode ser mudado no processo de trabalho para contribuir com o desenvolvimento de novas práticas? E mais, além do autocuidado como a própria instituição está cuidando das suas trabalhadoras?

São perguntas que vão além dos objetivos estabelecidos pelo estudo, mas que devem ser colocadas perante a literatura específica sobre o tema da saúde das trabalhadoras de enfermagem que atuam em UE.

Sendo assim, finalizamos esse panorama com alguns dados sobre trabalho e saúde das profissionais da enfermagem em UE. Essas informações foram importantes para conhecermos um pouco sobre como é o trabalho da enfermagem neste tipo de serviço e qual a sua relação com a saúde das suas profissionais. Vale reiterar que apesar de sua importância, essas análises se referem, na maioria das vezes, a situações encontradas em unidades hospitalares. Constata-se, portanto, uma das principais lacunas dos conhecimentos já produzidos: uma maior aproximação com as situações de trabalho em unidades não-hospitalares, como as UPA's.

CAPÍTULO III - REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1. Sobre a concepção de saúde

Ao tratarmos da relação saúde-trabalho uma das premissas interessantes é contextualizar sob qual ponto de vista a problemática da saúde será abordada. Este trabalho terá como norteador do debate sobre saúde a concepção desenvolvida pelo filósofo e médico francês Georges Canguilhem.

A partir de suas obras, com destaque para o célebre *O Normal e o Patológico*, ele vai contribuir para o esclarecimento de algumas confusões em torno dos conceitos saúde e doença, que muitas vezes eram tratados como sinônimos de normal e patológico, respectivamente. Para Canguilhem “os pares de conceitos normal-patológico e saúde-doença não seriam simétricos ou equivalentes, na medida em que normal e patológico não configuram conceitos contrários ou contraditórios”⁷⁴ (p. 22). Logo, saúde não significa ausência de doenças. Aliás, visto por essa perspectiva, podemos ter em um sujeito individual saúde e doença ao mesmo tempo. Por mais contraditório que isso pareça, a teoria de Canguilhem, consegue explicar esta situação.

Em sua obra *O Normal e o Patológico*, Canguilhem indica que a noção de normal provém em grande medida das ciências médicas muito influenciadas pela positividade biológica do conceito de doença⁷⁴. O conceito de normal tratado pelas ciências médicas estaria amparado em médias estatísticas. Assim, os que estivessem dentro das médias estatísticas fisiológicas seriam considerados normais, enquanto quem estivesse fora deste “padrão” poderia ser considerado em estado patológico. Canguilhem discorda desta posição e demonstra os limites deste raciocínio.

Em *O normal e o Patológico*, o autor inverterá essa suposição e afirmará que, num sentido estrito, não é a média que estabelece o normal, mas pelo contrário, “as constantes funcionais exprimem normas de vida que não são o resultado de hábitos individuais e sim de valores sociais e biológicos. Ele afirma que devemos considerar as medidas (constantes) fisiológicas como expressão de normas coletivas de vida, histórica e socialmente mutantes⁷⁵ (p. 65).

O conceito de normalidade para Canguilhem deve ser tratado como algo mais amplo, uma vez que para ele “vida é capacidade normativa”, ou seja, viver é ter capacidade de criar suas próprias normas. Portanto, essa categoria englobaria tanto saúde quanto doença, pois as duas implicam normas de vida.

O filósofo-médico francês ressalta bastante o caráter normativo da vida, pois o ser humano é capaz de criar novas normas, novos padrões para si, sempre que necessário. Assim, a vida deve ser entendida como um constante debate de normas, um encontro que ocorre entre o meio do homem e o meio social.

Essa normatividade só pode ser pensada, contudo, na relação do ser vivo com o meio, e não no indivíduo isoladamente, uma vez que é a dinâmica da vida que traz o sentido normativo do homem. Vida é debate com o meio, como afirma Canguilhem, e o próprio do homem é criar o seu próprio meio. Com isso, “o meio do ser vivo é também obra do ser vivo”⁷⁶ (p. 26).

A noção de “meio” também está muito presente na concepção de saúde de Canguilhem. Para ele, “o meio é sempre infiel (instável, adverso), sendo a saúde uma margem de tolerância a essas infidelidades e a capacidade dos indivíduos (individual e coletivamente) de criarem novas normas, ou seja, de agirem sobre o meio”⁷⁷ (p. 481).

Deste modo, a saúde dentro dessa teoria vitalista demonstra o seu caráter transgressor, uma vez que se constitui em uma capacidade de transcender as normas instituídas pela vida, e que por isso não se limita apenas em seu potencial de se adaptar ao meio, mas também em sua capacidade de transformar o meio de forma a torná-lo mais adequado a si próprio. Ou dito de outra forma “*es poder caer enfermo y recuperarse e así al superar las enfermedades convertirse en un cuerpo más válido*”⁷⁸ (p. 294).

Por outro lado, se a saúde pode ser compreendida como a capacidade de instituir novas normas, o patológico implica em um sentimento direto e concreto de sofrimento e de impotência, sentimento de vida contrariada⁷⁸. Esse sentimento pode ser decorrente daquilo que poderíamos chamar de margem de tolerância reduzida, ou seja, é quando o indivíduo tem a diminuição de sua capacidade de reação às “agressões” da vida.

Por fim, vale reafirmar que a vida sempre estará presente, mesmo em locais que pareça não mais existir, como, por exemplo, na organização do trabalho taylorista⁷⁷. Isso só é possível porque sempre haverá resistência, pois, mesmo nos pequenos atos, o ser humano tenta demonstrar o seu papel de sujeito ativo de sua própria história.

3.2. A perspectiva ergológica

As décadas de 1970 e 1980 foram um período de muitas transformações socioeconômicas. Durante este momento histórico o modelo de organização do trabalho taylorista/fordista entra em crise, com isso o mundo do trabalho começa a passar por várias mudanças. Estas mudanças são iniciadas na Europa, mas os seus efeitos rapidamente foram expandidos para os outros continentes.

A partir do desafio político-epistemológico posto pelos questionamentos dos operários ao modelo taylorista/fordista de organização e gestão da produção surge a ergologia⁷⁹. Esse modelo se mostrava incapaz de responder as questões com as quais se defrontava naquele momento e segundo Schwartz, aquele foi “um período descrito como de declínio do taylorismo, do surgimento das novas técnicas e tecnologias, assim como de redução do tamanho das empresas e fábricas. Um contexto de mudança – do trabalho e da sociedade”⁸⁰ (p. 458).

A ergologia surge entre o fim da década de 1970 e início da década de 1980, a partir dos estudos de um pequeno grupo de pesquisadores franceses, tendo como destaque o filósofo Yves Schwartz, o linguista Daniel Faïta e o sociólogo Bernard Vuillon. Esses estudos buscavam compreender o que realmente estava mudando naquele momento. Destas discussões sobre as mudanças no mundo do trabalho surgiu a seguinte questão: o que é mesmo o trabalho?

Éramos um grupo pequeno de pessoas, e tivemos o sentimento de que era preciso construir um acesso mais profundo e mais rigoroso ao mundo do trabalho, ao que era trabalhar, para avaliar exatamente o que estava mesmo se transformando. Porque ao avaliar a transformação em curso, podia-se concluir coisas graves sobre as competências, a cultura do mundo do trabalho, a obsolescência e o adoecimento⁸⁰ (p. 458).

Portanto, desde o início podemos perceber a importância que as problemáticas do trabalho têm para ergologia, que tem como objetivo principal conhecer melhor a realidade do trabalho, e mais, intervir e transformá-la.

A ergologia tem no conceito de saúde de Georges Canguilhem, na ergonomia da atividade e na experiência do Modelo Operário Italiano (MOI), as suas principais influências e referências teórico-metodológicas. Do primeiro ela se apropria da concepção de vida e saúde contida na obra do filósofo Canguilhem, além da relação homem-meio e sua capacidade de sempre *renormatizar* seu meio de vida e trabalho frente às *infidelidades*

do meio. Do segundo recoloca o debate da defasagem entre o *trabalho prescrito* e o *trabalho real*, ampliando o conceito de trabalho prescrito através da noção de *normas antecedentes*. Por último, a ergologia também incorpora os encaminhamentos do Modelo Operário Italiano de luta pela saúde⁷⁷.

Para entendermos a ergologia é muito importante sabermos o que significa essa defasagem entre o trabalho prescrito e real. Por muito tempo o modelo taylorista/fordista contribuiu com a falsa crença que seria possível reduzir o trabalho humano em tarefas simples e controlá-lo. A teoria fordista/taylorista acreditava que conseguiria dividir o trabalho em intelectual e manual, e de que seria possível tratar os trabalhadores de forma homogênea. Eles propunham dividir o trabalho em aqueles que “pensam”, e por isso tem a função de prescrever tarefas simples e aqueles que apenas “executam” as tarefas simples.

Entretanto, essa perspectiva se mostrou insuficiente do ponto de vista prático, uma vez que a realidade na qual o trabalho se insere é sempre permeada de *variabilidades* (físicas, sociais, humanas), tornando o mesmo imprevisível. Por mais que as prescrições sejam importantes, elas são insuficientes para que o trabalho aconteça. O trabalho só acontece a partir do momento em que o trabalhador se coloca em movimento, ou seja, quando ele coloca em ação sua capacidade intelectual e física, seus valores, seus sentimentos, sua cultura e sua história. Para a ergologia o ato de trabalhar nunca é simples, e seria um erro tentar reduzir o trabalho a uma mera execução de tarefas. O ato de trabalhar é sempre uma experiência singular, visto que é realizado por trabalhadores singulares e que trazem em si suas particularidades.

Portanto, há algo no trabalho que não é prescrito, algo que diz muito sobre o trabalhador. Isso que não é prescrito a ergonomia da atividade denominou de trabalho real, que pode ser entendido como aquilo que é posto em jogo pelo trabalhador para realizar o trabalho prescrito. O conceito de trabalho real deixa claro que as prescrições são recursos incompletos, ou seja, que não dão conta de tudo que está envolvido nas situações encontradas no trabalho. Por isso podemos dizer que sempre há uma distância entre o que se pede e o que realmente acontece no trabalho. Dito de outra forma, sempre há uma defasagem entre o trabalho real e o trabalho prescrito⁸¹.

A ergologia retoma o debate sobre trabalho prescrito e amplia este conceito ao desenvolver um mais abrangente, que foi o conceito de normas antecedentes.

Além das formas de prescrição antes elencadas, relativas à organização do trabalho e às condições dadas (propostas-impostas) ao trabalhador, encontramos na vida a presença de um movimento de antecipação, que configura em um patrimônio coletivo. São “normas antecedentes” vinculadas a aquisições de inteligência e experiência coletiva (e, neste sentido, bens de todos). Essas normas referem-se aos saberes técnicos, científicos e culturais historicamente incorporados aos fazer (como os diferentes saberes e técnicas do campo da saúde). Portanto, se constituem em patrimônio da humanidade – mesmo que o conhecimento técnico-científico esteja vinculado às relações de força presentes na vida social e que infiltram todo o conjunto de normas antecedentes⁸² (p. 443).

Segundo Alvarez e Telles⁸³, três aspectos se destacam em relação às normas antecedentes. Primeiramente, elas abarcam **restrições de execução heterodeterminadas**, ou seja, elas significam um tipo de imposição. Segundo, as normas antecedentes são **construções históricas**, isso demonstra que tais normas estão delimitadas em tempo e espaço, e que estão sempre em mudança. “A esse caráter histórico correspondem também às estratégias, as escolhas, de cada situação analisada em determinado momento”⁸³ (p. 73). Por fim, um terceiro aspecto das normas antecedentes é que elas estão **relacionadas à valores**. Esses valores referem-se “a elementos do bem comum, que são redimensionados nas organizações, nos ambientes de trabalho e na sua relação com o meio externo”⁸³. São muitos os valores que se encontram ao trabalhar, e a todo o momento os colocamos em debate. Este processo é fundamental para que possamos fazer nossas escolhas e com isso fazer com que o trabalho ocorra.

O ato de trabalhar é marcado incessantemente pelo debate de normas e valores. Rückert⁷⁶ (p. 17) afirma que “entre as normas antecedentes e o trabalho que se desenvolve de fato, há escolhas, decisões que são da natureza dos valores”. Isso significa que não há uma única forma de se trabalhar, pois, em toda atividade há um trabalhador que sempre faz escolhas.

Em uma situação concreta de trabalho, há concorrência entre as várias normas (muitas vezes contraditórias) – princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis etc. –, sendo os trabalhadores obrigados a fazer escolhas, permanentemente. Dito de outra forma, os trabalhadores se encontram sempre imersos em uma pluralidade de normas e vivenciam constantemente a tensão de se confrontar com elas. Ao fazer opções, buscam soluções e desenvolvem novas técnicas, que mais tarde poderão ser incorporadas às normas antecedentes⁷⁷ (p. 487).

Desse modo percebemos que o trabalhador se vê a todo o instante desafiado pela realidade do trabalho. Isso ocorre porque “o meio é sempre infiel”^f, pois o trabalho é infinitamente portador de variabilidades.

Para conseguir vencer a infidelidade do meio é necessário que o trabalhador atue sobre este meio. Frente a essas adversidades ele lança mão de renormatizações que proporcionam a maneira mais adequada de realizar o seu trabalho naquele momento, ou como diz Schwartz uma maneira pela qual “ele tenta configurar o meio como o seu próprio meio”⁸⁵ (p. 27). Também podemos falar em renormatizações, pois o trabalho é local de debates de normas e valores, pois ao se deparar com os desafios da vida o ser humano tem capacidade de produzir novas normas⁷⁷. Então, ao tratarmos das renormatizações estamos tratando das escolhas e da ação do trabalhador perante a realidade encontrada durante o trabalho.

Normas antecedentes e renormatizações são conceitos fundamentais para compreendermos a atividade. Ela parte do encontro entre normas antecedentes e as escolhas e ações dos trabalhadores perante as insuficiências e inadequações destas normas. Para que esse processo ocorra se faz necessário o debate de normas e valores.

Essas escolhas e ações envolvidas no debate de normas e valores constituem o que a ergologia vai chamar de *usos de si*. Considerando que trabalhar nunca é simples execução de tarefas, podemos remeter a ideia de que os usos de si envolvem os usos de nossas capacidades, nossos recursos e das próprias escolhas para gerir as infidelidades do meio, sempre presentes. Em toda atividade há sempre o uso de si, *uso de si por si*, na busca de construir a situação mais adequada para ele próprio, e *usos de si pelos outros*, que são as gerências externas ao trabalhador, que ocorrem fora do seu poder de decisão, mas que determinam as condições políticas, econômicas, sociais, técnicas em que se realiza o trabalho. Esse dilema entre o *uso de si por si* e o *uso de si pelos outros* constitui *as dramáticas do uso de si*. Todo sujeito envolvido na atividade de trabalho vive estas *dramáticas do uso de si*⁷⁷.

^f Schwartz⁸⁴ retoma a formulação sobre a infidelidade do meio, que é original do pensamento de Georges Canguilhem, para tratar das insuficiências inerentes as tentativas de listar tudo aquilo que constitui um meio de trabalho. Por isso, afirma que o trabalho nunca é execução, já que o meio é sempre infiel, e que, portanto, as situações de trabalho são sempre imprevisíveis e singulares.

Dentro do debate sobre a atividade de trabalho tanto se fala em escolhas, mas afinal quem faz estas escolhas? As escolhas se processam sempre de maneira pessoal e implicam num debate de normas e valores. Para a ergologia estas escolhas são realizadas pelo *corpo-si*, que teria como função realizar o trabalho da maneira mais adequada ao trabalhador. Sobre isso Durrive e Schwartz⁷⁷ nos orientam que as escolhas feitas pelos trabalhadores são tanto ao nível da consciência quanto ao nível de uma economia do corpo. Para eles o *corpo-si* é algo que atravessa tanto o intelectual, o cultural, quanto o fisiológico, o muscular, o sistema nervoso. A noção de *corpo-si* foi desenvolvida por Schwartz para demarcar que essas escolhas vão muito além do âmbito que usualmente é denominado subjetividade, ou seja, o *corpo-si* trata tanto de aspectos “subjetivos” quanto “objetivos”.

A atividade de trabalho pode ser compreendida a partir de quatro proposições, que seriam as seguintes⁷⁷:

- a distância entre trabalho prescrito e o trabalho real;
- o conteúdo da distância é sempre ressingularizado;
- a distância remete à atividade do *corpo-si*;
- a distância remete a um debate sobre os valores.

Desse modo podemos entender, resumidamente, que na atividade sempre existe uma distância entre trabalho prescrito e trabalho real. Esta distância a todo o momento é ressingularizada, e a entidade que conduz e arbitra esta distância é uma entidade simultaneamente alma e corpo, que seria o *corpo-si*. Esta arbitragem mobiliza um complexo de valores, ou seja, trabalhar sempre remete ao encontro de valores⁷⁷ (p. 46).

Por fim, também temos que a atividade de trabalho é marcada por três características essenciais, que para Schwartz seriam:

a transgressão: nenhuma disciplina, nenhum campo de práticas pode monopolizar ou absorver conceitualmente a atividade; (...) a mediação: ela impõe-nos dialéticas entre todos estes campos, assim como entre o ‘micro’ e o ‘macro’, o local e o global...; a contradição (potencial): ela é sempre o lugar de debates com resultados sempre incertos entre as normas antecedentes enraizadas nos meios de vida e as tendências a renormatizações ressingularizadas pelos seres humano⁸⁶ (p. 64).

Conhecer as nuances da atividade humana é fundamental para que possamos entrar no debate sobre o que fundamentalmente seria a ergologia, pois a mesma está centrada no ponto de vista da atividade humana.

Dada a complexidade que seria analisar a atividade humana, a ergologia se desafia a construir uma abordagem que seja interdisciplinar. A ergologia não se caracteriza como mais uma disciplina ou novo campo de saber, ou seja, ela “não corresponde a um campo a mais que se somaria à sociologia, à psicologia, à medicina, nem mesmo a uma disciplina de síntese, como a ergonomia, ou uma abordagem da saúde mental, como a psicodinâmica do trabalho (entre outras)”⁷⁷ (p. 479). Em última instância podemos considerar a ergologia como uma perspectiva de análise e intervenção sobre as situações de trabalho para transformá-las^{77,84}. Esta perspectiva consiste em produzir conhecimentos sobre o trabalho considerando os saberes disciplinares em suas limitações e o saber da experiência do trabalhador, articulando-os ao debate ético e epistemológico.

De acordo com Brito⁸⁷, a ergologia atua com base em quatro pressupostos:

Pensar o geral e o específico, segundo a dialética entre o universal e o singular, considerando todas as formas de atividades atuais, é o **primeiro pressuposto** da abordagem ergológica. Como prática pluridisciplinar em termos de um núcleo de preocupações comuns, essa abordagem apresenta, como **segundo pressuposto**, a articulação entre as diversas disciplinas e, sobretudo, a interrogação sobre seus saberes. O **terceiro pressuposto** metodológico dessa abordagem é encontrar em todas as atividades situadas as normas antecedentes e as variabilidades, as normas que se impõem e as normas que se instauram, assim como entende que a análise do trabalho é inseparável do campo dos valores, da epistemologia e da ética. O trabalho é sempre um lugar de escolhas, um destino a viver (devir), engaja as pessoas. O **quarto pressuposto** ergológico se refere à promoção de um certo regime de produção de saberes sobre o humano, pois o encontro sempre histórico entre os dois saberes (científicos e práticos) não pode ser antecipado; é sempre uma descoberta (p. 103-4).

Ao invés de utilizar respostas gerais para análise e intervenção sobre o trabalho, a perspectiva ergológica busca trabalhar com uma análise “situada” do trabalho para compreender o que realmente está acontecendo naquela determinada experiência, que sempre é singular. Isso não significa que a ergologia negue os conceitos e categorias científicas, aliás, ela utiliza diversos deles, advindos de vários campos disciplinares. A questão colocada pela ergologia é que muitas vezes esses conceitos e categorias não dão conta da realidade posta pelo trabalho e que por isso temos que ir além dos limites instituídos pelas ciências. Por isso tanto se fala na importância de se construir uma abordagem que articule os diversos saberes e práticas.

Para dar conta do desafio a que se propõe resolver, a ergologia se utiliza de uma orientação teórico-metodológica denominada Dispositivo Dinâmico de Três Pólos (DD3P).

Este dispositivo pode ser considerado um modelo de produção de conhecimentos que propõe a articulação entre diversos saberes e disciplinas⁷⁷.

O DD3P atua através do diálogo

(...) entre as diferentes disciplinas científicas (“polo dos conceitos”), os saberes e valores gerados pelas experiências dos trabalhadores nas atividades (“polo das forças de convocação e de validação”) e, por fim, o “polo das exigências éticas e epistemológicas”, que propicia o encontro fecundo dos dois primeiros. Esse terceiro polo é a ‘liga’ do dispositivo, pois diz respeito à ética necessária à construção de parcerias. É também um polo epistemológico porque trata das condições necessárias para que o intercâmbio entre os dois primeiros polos seja frutífero no que tange ao conhecimento. Esse polo se constitui, portanto, em um ‘espaço’ que viabiliza os acordos e as negociações necessários à produção de conhecimento e às transformações esperadas⁷⁷ (p. 488-9).

Portanto, para a produção de conhecimento dentro da perspectiva ergológica devemos considerar tanto os saberes disciplinares quanto os saberes relacionados à experiência do trabalhador, articulando-os através do debate ético-epistemológico.

CAPÍTULO IV - METODOLOGIA

4.1. Natureza da pesquisa

Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo, do tipo estudo de caso. De acordo com Minayo⁸⁸, as metodologias da pesquisa qualitativa podem ser entendidas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas” (p. 10).

Desse modo, a utilização de uma abordagem qualitativa na pesquisa potencializa o estudo do mundo empírico sob a perspectiva dos sujeitos, respondendo as questões da realidade que não podem ser quantificadas ou reduzidas à operacionalização de variáveis, como é o caso, por exemplo, dos valores, das atitudes subjetivas e também das relações, processos e fenômenos sociais⁸⁹.

As pesquisas qualitativas partem de questões amplas em conexão com a realidade concreta, através de um campo empírico que é singular. O processo de investigação delas envolve, geralmente, diversas técnicas e métodos na coleta de dados, com vistas à captação de informação em variadas fontes⁹⁰.

Além disso, a abordagem qualitativa permite aprofundar o reconhecimento da realidade social, tal como se processa, considerando, inclusive o contexto em que o objeto de estudo se situa e buscando compreender os diferentes (e muitas vezes conflitantes) pontos de vistas dos sujeitos envolvidos na pesquisa⁹⁰.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que segundo seus objetivos poderia ser classificada como pesquisa descritiva, que é um tipo de pesquisa que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis^{91,92}.

Em relação aos meios empregados esta pesquisa pode ser definida como estudo de caso, pois envolve uma análise profunda e exaustiva de um ou poucos objetos de maneira que se permita o seu amplo e detalhado conhecimento. O estudo de caso possibilita a compreensão em profundidade sobre um contexto específico, não permitindo assim que os resultados obtidos sejam generalizados^{91,92,93}.

Esse tipo de estudo pareceu ser o mais adequado para esta pesquisa, uma vez que ele trabalha com condições contextuais, o que é pertinente para o caso em questão, que busca um conhecimento proveniente do conhecimento que advém da experiência, ou seja, um conhecimento mais concreto⁹⁴.

4.2. Cenário da pesquisa

O cenário deste estudo foi uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) situada no bairro Manguinhos, região norte do Município do Rio de Janeiro. O bairro de Manguinhos começou a ser formado ao final do século XIX com a chegada da ferrovia, em 1886. Desde então, vem sendo urbanizado de diferentes modos. No início do século XX surge o Amorim ou Parque Oswaldo Cruz – a comunidade mais antiga do bairro. Nos anos 1940-50, são ocupadas as comunidades da Varginha ou Parque Carlos Chagas, Centro de Habitação Provisório 2 (CHP2), Parque João Goulart e Vila Turismo. Na década de 1990 surgem os Conjuntos Habitacionais Nelson Mandela e Samora Machel e a comunidade Mandela de Pedra. Entre 2004 e 2007 são ocupadas as comunidades Vitória de Manguinhos ou CONAB e Nova Era ou Embratel⁹⁵.

Devido à localização estratégica e facilidade de acesso esse território teve um forte processo de industrialização com a instalação de empresas como a FIOCRUZ, ECT, EMBRATEL, CCPL, CONAB, Souza Cruz, Refinaria de Manguinhos, entre outras. Hoje somente algumas delas permanecem em Manguinhos, como é o caso da FIOCRUZ, com a sua principal sede dentro do território⁹⁶.

Se por um certo período Manguinhos podia ser caracterizado como um bairro industrial, atualmente ele se caracteriza, como tantos outros territórios, por ser um lugar do Rio de Janeiro onde os direitos de cidadania e os direitos humanos foram quase varridos das políticas públicas. Isso acontece desde sua formação, mesmo tendo passado por um período de industrialização⁹⁷.

Manguinhos é parte do mosaico de desigualdades sociais que expressa a cidade do Rio de Janeiro. Enquanto Botafogo, Lagoa, Barra da Tijuca, Vila Isabel, Tijuca e Copacabana são considerados os melhores bairros com relação às condições de vida, medidos pelo IDH (Índice de Desenvolvimento Humano), Manguinhos está entre as cinco

piores situações junto com Guaratiba, Rocinha, Jacarezinho, Maré e Complexo do Alemão, ocupando o 122º lugar entre os 126 bairros da cidade⁹⁷.

Também faz parte da história de Manguinhos intensos conflitos entre facções rivais pelo controle do tráfico de drogas e do território. Esse processo de violência sempre interferiu muito na vida dos seus moradores.

Nos últimos anos, Manguinhos vem passando por diversas intervenções devido às políticas propostas pelos três níveis de governo (federal, estadual e municipal) como, por exemplo, o PAC (Plano de Aceleração do Crescimento) e a UPP (Unidade de Polícia Pacificadora). Entre as obras do PAC se encontra a UPA de Manguinhos.

A UPA de Manguinhos foi inaugurada no dia 29 de Maio de 2009 pela Secretaria Estadual de Saúde e Defesa Civil (SESDEC) e foi cedida ao município em 03 de Fevereiro de 2010. No início da unidade atuavam na UPA militares e civis, com diversos vínculos. Depois os profissionais militares saíram da Unidade, já os profissionais médicos, que tinham vínculo com a FIOTEC, permaneceram no quadro, e os demais foram absorvidos pela FIOTEC através da contratação por carteira de trabalho.

A UPA Manguinhos está vinculada à Secretária Municipal de Saúde e Defesa Civil do Estado do Rio de Janeiro (SMS-RJ), sendo a única do município sob coordenação da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde (SUBPAV). O gerenciamento da Unidade é realizado através de Contrato de Gestão firmado entre a SUBPAV-SMS-RJ e uma Organização Social em Saúde, no caso a FIOTEC. Neste contrato são fixadas metas, mecanismos de avaliação de desempenho e controle das atividades. O Orçamento anual é de até R\$14.026.000,00 podendo agregar uma variável de 5%, de acordo com o cumprimento das metas⁹⁸.

A Unidade faz parte de um modelo diferenciado de atendimento em atenção básica e pré-hospitalar: o Complexo de Atendimento à Saúde (CAS). Atualmente o CAS ocupa três mil metros quadrados de área e é composto pela UPA, Clínica da Família Victor Valla, Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), Academia Carioca e Farmácia Popular. A UPA Manguinhos também participa do TEIAS (Território Integrado de Atenção à Saúde), que é um projeto que tem como objetivo promover o acesso às ações e aos serviços de saúde, além de garantir melhorias nas condições de vida da população do bairro Manguinhos.

A UPA Manguinhos é uma unidade de **porte III**, com área física de aproximadamente 1.300m², 18 leitos e 12 poltronas para medicação e observação. Compõem a área física da unidade:

- área externa, onde os acompanhantes ficam esperando o momento de poderem entrar na unidade;
- recepção e sala de espera;
- sala para atendimento do serviço social;
- espaço para espera da classificação de risco;
- 03 salas para classificação de risco;
- 07 consultórios médicos;
- sala de retorno clínico, onde os pacientes esperam depois de fazerem os exames e receberem medicação;
- sala de raio X;
- farmácia;
- sala de eletrocardiograma;
- sala de medicação;
- área restrita: sala amarela (observação infantil e adulta), sala vermelha e expurgo.

A CME (Central de Materiais Esterilizados) fica fora da UPA na parte da clínica da família Victor Valla.

A UPA Manguinhos contava com 192 profissionais conforme as categorias abaixo:

- Gerência geral: 01 gerente geral;
- Coordenador de assistência: 01 médico responsável técnico;
- Gerência administrativa: 01 administrador, 20 auxiliares administrativos, 01 assistente operacional/logística, 01 farmacêutico, 01 chefe de enfermagem
- Plantonistas: 29 clínicos, 11 pediatras, 22 enfermeiros, 54 técnicos de enfermagem, 07 assistentes sociais, 03 técnicos em farmácia, 08 técnicos de radiologia;
- Serviço de apoio: 08 maqueiros, 12 auxiliares de limpeza, 12 vigilantes.

A OS (Organização Social) responsável pela unidade é a FIOTEC. Todos esses profissionais são contratados pela FIOTEC em regime Celetista. A seleção de profissionais é realizada por processo seletivo simplificado, através do banco de currículos da unidade

com as seguintes fases: 1ª seleção de currículo; 2ª prova escrita; 3ª prova prática (quando necessário); 4ª Entrevista.

A UPA Manguiños atende muitos pacientes, sendo que somente no ano de 2013 a unidade fez 245.040 atendimentos, incluindo os atendimentos de clínico geral, pediatria, enfermagem e serviço social. Ao todo foram 89.538 procedimentos realizados entre eles nebulização, raio X, sutura e exames laboratoriais⁹⁸.

Considerando que se trata de um serviço porta aberta, ou seja, que deve atender a toda demanda que porventura apareça, a unidade estudada organiza o fluxo de atendimento da seguinte maneira:

1. Após a sua entrada na unidade, logo na recepção, o usuário é acolhido por um profissional de saúde, neste caso, uma técnica de enfermagem, que irá orientá-lo sobre qual a especialidade ele necessita;
2. Na recepção é preenchido pelo pessoal da recepção um boletim de atendimento médico;
3. O usuário passa pela classificação de risco, realizada por uma enfermeira e tem como finalidade escutá-lo e classificá-lo de acordo com o risco e o grau de prioridade do atendimento;
4. Os usuários são classificados em quatro níveis, do mais grave para o menos grave: vermelho (emergência), amarelo (urgência), verde (pouco urgente) e azul (não urgente);
5. Após a classificação o usuário aguarda ser chamado para consulta médica.
6. Após a consulta médica, o usuário é direcionado para exames laboratoriais e/ou de imagem, sala de medicação ou para dispensação de medicação;
7. Caso seja necessário o usuário poderá ficar na sala de observação adulta ou infantil (área restrita);
8. Por fim, ou ele receberá alta para residência ou alta com encaminhamento ambulatorial ou será internado em um hospital geral.

OBS: Nos casos de emergência, como uma parada cardiorrespiratória, os usuários são encaminhados diretamente para a sala vermelha.

Todos os pacientes que necessitam de internação, avaliação de especialista e exames complementares obrigatoriamente devem ser regulados através do Sistema de Regulação (SISREG).

4.3. Sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram **as profissionais da equipe de enfermagem que trabalham na UPA Manguinhos no período diurno**, tanto as enfermeiras quanto as técnicas de enfermagem. Visto que essas categorias profissionais estão intrinsecamente ligadas entre si, optamos por investigar a atividade de trabalho das mesmas em conjunto, ou seja, fazer uma investigação com o foco na equipe de enfermagem e não apenas em uma categoria profissional.

A escolha por trabalhar com esses sujeitos se deve ao fato de cumprirem um papel administrativo e assistencial muito relevante dentro desse tipo de unidade, além de formarem uma categoria numericamente maior. Além disso, conforme apontado na revisão bibliográfica, a dinâmica de trabalho nas unidades de urgência e emergência expõem essas profissionais a diversas situações que podem afetar a saúde dessas trabalhadoras. Como ainda temos poucos estudos realizados em UPA's, resolvemos realizar nossa pesquisa com as profissionais de enfermagem deste tipo de unidade.

Na unidade pesquisada trabalhavam 18 profissionais de enfermagem durante o período diurno (6 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem). Geralmente elas estavam distribuídas da seguinte maneira:

- na área externa ficavam 04 enfermeiras, que eram responsáveis pela classificação de risco e supervisão das técnicas de enfermagem que atuavam nesta área; 01 técnica orientando o fluxo dos pacientes na sala de recepção; 01 técnica na função de “volante”, transitando entre os setores para garantir o provimento de materiais e equipamentos; 04 técnicas na sala de medicação;
- na área restrita (sala amarela e vermelha) ficavam 02 enfermeiras, 04 técnicas na sala amarela e 2 técnicas na sala vermelha.

Essa distribuição era bem dinâmica e sujeita a variações em decorrência das demandas do serviço, como grande quantidade de pacientes em algum setor, faltas ou mesmo férias de algum funcionário.

A população estudada foi a equipe de enfermagem, sendo que participaram da pesquisa 17 profissionais (05 enfermeiras e 12 técnicas de enfermagem). Entre essas profissionais havia 05 homens e 12 mulheres, sendo que todas as enfermeiras eram mulheres.

A jornada de trabalho semanal delas é 40 horas semanais, sendo que anteriormente era de 30 horas, em esquema de plantão 12h de trabalho por 60 h descanso. Essa alteração ocorreu em junho de 2013 e foi proposta visando fortalecer o vínculo das profissionais com a unidade, assim como a continuidade do cuidado aos pacientes que permanecem na unidade em observação por mais de 24 horas.

4.4. Técnicas de investigação

A Ergonomia da Atividade, ao afirmar que devemos compreender o trabalho para transformá-lo⁹⁹, nos deixa uma valorosa contribuição para as investigações sobre a relação entre trabalho e saúde. Concordando com isso, entendemos que para compreender o trabalho não podemos estar fora da realidade do trabalho. Assim, uma das tarefas do pesquisador é priorizar a realização de sua investigação dentro do local de trabalho.

Também cabe uma ressalva em relação à dificuldade metodológica que reside em tentar compreender qualquer tipo de atividade de trabalho. Se perguntarmos a um trabalhador sobre o que ele faz certamente ele nos contará muito sobre o seu trabalho, mas dificilmente descreverá sua atividade¹⁰⁰. Espontaneamente este trabalhador terá muita dificuldade de expressar-se sobre sua atividade. Por isso, também foi necessário realizarmos uma abordagem indireta.

Tendo em vista a complexidade que é tratar o trabalho sob o ponto de vista da atividade, buscou-se utilizar técnicas de investigação que nos aproximassem da realidade do trabalho da unidade em estudo, articulando técnicas diretas e indiretas de investigação.

Sendo assim, desenvolvemos esta pesquisa através das seguintes técnicas de investigação:

- Visitas à Unidade de Pronto Atendimento, na qual realizamos observações e conversas com as profissionais de enfermagem
- Levantamento e análise documental

- Aplicação do Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS-BR)
- Entrevistas semiestruturadas com informantes-chave
- Instrução ao sócia

As **visitas** ao setor tiveram como finalidade a realização de observações e conversas com as profissionais de enfermagem. Essas visitas serviram para promover o conhecimento sobre o funcionamento da unidade e a aproximação com as trabalhadoras.

Em relação ao tipo de observação empreendida durante as visitas podemos classificá-la enquanto **observação direta**. Ela caracteriza-se pela participação do pesquisador na vida cotidiana do grupo ou organização estudada. A inserção no campo de estudo ocorre com finalidade de observar as situações com as quais os informantes se deparam normalmente e como comportam diante delas, buscando descobrir a interpretação que os pesquisados fazem sobre elas¹⁰¹.

Destaca-se a importância da utilização dessa técnica visto a existência de muitos elementos que não podem ser apreendidos por meio da fala ou da escrita, os quais são fundamentais não apenas como dados em si, mas como subsídios para a interpretação posterior dos mesmos¹⁰².

A utilização da técnica de observação direta teve como base o olhar das clínicas do trabalho, o que implicou em conjugar observações livres com observações sistemáticas sobre aspectos relacionados à atividade.

Essas observações serviram tanto para reconhecimento do campo de pesquisa quanto para aprofundamento de questões que emergiram durante a aplicação das outras técnicas de investigação.

As visitas também priorizaram as conversas sobre a atividade. Estas conversas, sem roteiro previamente definido, tiveram como finalidade conhecer um pouco do trabalho realizado pela enfermagem naquele local. Além disso, elas serviram como base para conhecermos melhor as funcionárias do setor e identificar quais poderiam ser entrevistadas e/ou participarem da técnica de instrução ao sócia.

Durante as visitas permanecemos principalmente na área restrita (salas amarela e vermelha), sendo que em alguns momentos os outros setores como salas de medicação e classificação de risco também foram visitadas.

As visitas à unidade foram realizadas no primeiro mês de campo (quadro 04).

Quadro 04: Visitas à UPA

DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	DURAÇÃO
13/11/2013	Quarta-feira	10:30 – 11:30	1h
14/11/2013	Quinta-feira	14:00 – 15: 30	1h30m
21/11/2013	Quinta-feira	15:30 – 17:30	2h
22/11/2013	Sexta-feira	10:20 – 12:40	2h20m
27/11/2013	Quarta-feira	10:00 – 12:00	2h
29/11/2013	Sexta-feira	14:30 – 16:20	1h50m
02/11/2013	Segunda-feira	10:50 – 12:10	1h20m

O acesso à unidade e às profissionais foi bastante facilitado já que elas trabalhavam em horário comercial, ou seja, em todos os dias e horários da semana era comum encontrar a mesma equipe.

As observações e conversas realizadas durante as visitas foram registradas em um diário de campo. Os registros deste diário também foram utilizados no processo de análise dos dados.

O **levantamento de materiais e documentos** sobre o trabalho de enfermagem naquela unidade foi importante para nossa inserção no campo de pesquisa. Esses materiais e documentos, em conjunto com os dados empíricos, também serviram como subsídio para identificação e discussão das prescrições e normas antecedentes presentes na atividade da enfermagem da unidade em estudo.

Analizamos os seguintes materiais e documentos:

- legislação referente ao exercício profissional da enfermagem;
- escalas diária e mensal dos funcionários da equipe de enfermagem;
- legislação federal, estadual e municipal referente aos serviços de urgência e emergência, principalmente os que tratam sobre UPA's;
- planta física da unidade;
- sítio eletrônico da unidade;
- e relatório de gestão da UPA Manguinhos referente ao ano de 2013.

Também pretendíamos utilizar documentos referentes às rotinas e os POP's (Procedimentos Operacionais Padrão) da unidade utilizados pelas profissionais de enfermagem. Esse tipo de material é importante, pois contém orientações em relação ao que se espera das trabalhadoras, assim como devem executar os procedimentos. Porém, não foi possível utilizá-los neste estudo devido ao fato que não tivemos acesso aos mesmos.

A maioria desses materiais e documentos são de acesso público e irrestrito. No entanto, alguns são específicos da unidade estudada e, por isso, foram solicitados à chefia do serviço e utilizados somente com autorização expressa da mesma.

Também aplicamos o **Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS-BR)** (ANEXO A). Este inquérito, originalmente conhecido apenas como Inquérito Saúde e Trabalho (INSAT), foi elaborado pelas pesquisadoras Carla Barros-Duarte, Liliana Cunha e Marianne Lacomblez, da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto. O INSAT foi adaptado no Brasil, em 2009, pelo grupo de pesquisa PISTAS no intuito de adequá-lo quanto à linguagem e à utilização para análise específica das atividades de serviços.

Esse inquérito consiste em um auto questionário, que foi inspirado na experiência de outros três diferentes inquéritos: o SUMER- *Surveillance Médicale des Risques Professionnels*, EVREST – *Évolutions et Relations em Santé au Travail* e o SIT- Saúde, Idade e Trabalho¹⁰³. De acordo com as autoras, um dos objetivos desse instrumento seria “criar condições para que sejam declarados os problemas que constituem fonte de sofrimento, mesmo aqueles que se revelam transitórios e que não consolidam um quadro de patologia, embora possa ser identificada uma associação com o trabalho”¹⁰³ (p. 57).

Neste projeto trabalharmos com a versão do inquérito que foi elaborada pelo grupo de pesquisa PISTAS, o Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços (INSATS-BR), que foi criado especificamente para análise das atividades de serviço. Essa pesquisa utilizou a versão elaborada em 2013, sendo a primeira a utilizá-la.

Buscamos aplicar o INSATS-BR para o maior número possível de profissionais de enfermagem que trabalhavam na unidade e que estavam presentes durante o período da pesquisa. Embora seja questionário autoaplicável a presença do pesquisador é indispensável. Contudo, vale salientar que mesmo assim o pesquisador esteve presente

para aproveitar o momento da aplicação do questionário, que também se constituiu enquanto um rico espaço de observações e conversas sobre a atividade. Somente uma técnica de enfermagem solicitou responder o questionário em seu domicílio, mas devolveu prontamente o inquérito respondido na visita seguinte.

Ao todo 16 profissionais responderam ao INSATS (quadro 05), sendo que 12 eram técnicas de enfermagem e 04 eram enfermeiras.

Quadro 05: Aplicação do INSATS-BR

DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	PARTICIPANTES
06/12	Segunda-feira	10:30 – 12:15	02 ENF 03 TE
12/12	Quarta-feira	11:20 – 14:00	01 ENF 05 TE
17/12	Terça-feira	15:00 – 15:50	01 ENF 01 TE
09/01	Quinta-feira	10:30 – 12:00	03 TE

Outra técnica de investigação utilizada foi a **entrevista semiestruturada** (ANEXO B). Segundo Minayo⁸⁸, as entrevistas semiestruturadas “combinam perguntas fechadas (ou estruturadas) com abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador” (p. 108). Esse tipo de entrevista tem um roteiro apenas para orientar o seu trabalho, sendo que assim o mesmo tem uma maior flexibilidade para abordar o tema a ser pesquisado.

Essas entrevistas foram realizadas somente com algumas profissionais, as quais foram julgadas pelo pesquisador enquanto informantes-chave. Estas informantes foram conhecidos durante as visitas. Para Tobar e Yalour⁹², essas pessoas possuem conhecimentos especiais sobre o trabalho e estão interessadas em compartilhar seus conhecimentos com o pesquisador.

O informante-chave é aquele com o qual o pesquisador mantém uma relação especial no que se refere a intercâmbio de informação. Grande parte dos estudos qualitativos se inicia com entrevistas não estruturadas com informantes-chave a fim de explorar os tópicos de interesse, identificar problemas relevantes e aprender o vocabulário apropriado para sua discussão com outros informantes⁹² (p. 97-8).

Ao todo foram 04 profissionais entrevistadas, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem (quadro 06). As entrevistas foram registradas em áudio e, posteriormente, transcritas e digitadas.

Quadro 06: Entrevistas realizadas

DATA	DIA DA SEMANA	HORÁRIO	PARTICIPANTES
17/01/2014	Sexta-feira	14:45 – 15:20	01 ENF
17/01/2014	Sexta-feira	15:40 – 16:10	01 ENF
21/01/2014	Terça-feira	15:00 – 15:20	01 TE
21/01/2014	Terça-feira	15:50 – 16:30	01 TE

Por fim, utilizamos uma adaptação da técnica de **instrução ao sócia** baseada nas experiências dos estudos realizados por Oliveira¹⁰⁵ e Rezende¹⁰⁶. Também devemos alertar que o nosso propósito em utilizá-la foi diferente do sugerido pela Clínica da Atividade, que compreende o trabalho como lugar de desenvolvimento psíquico, e busca através deste método ampliar o poder de ação dos coletivos de trabalhadores. Neste estudo buscamos utilizar essa técnica apenas para aprofundarmos nossa análise em relação à atividade de trabalho das profissionais de enfermagem.

A instrução ao sócia pode ser considerada uma técnica de entrevista indireta, uma vez que não utiliza um roteiro estruturado de perguntas, e por isso, pode ser considerada mais flexível que outros tipos de entrevistas.

A instrução ao sócia foi inicialmente utilizada por Odonne (1981) nos anos 1970 na formação de trabalhadores da FIAT na Universidade de Turim. Esse procedimento, que passou a ser bastante empregado, foi desenvolvido por Clot (2006) no quadro de pesquisa da Psicologia do Trabalho na Clínica de Atividade do CNAM (*Conservatoire National des Arts et Métier* em Paris¹⁰⁴ (p. 3).

Durante a realização dessa técnica o pesquisador busca se colocar no lugar do trabalhador através da seguinte consigna: “Suponha que eu seja seu sócia e que eu vá te substituir amanhã no seu trabalho. Quais são as instruções que você deve me passar para que ninguém perceba a substituição?”. Dentro do modelo utilizado por Odonne essa instrução era dirigida para se conhecer os quatro domínios da realidade da empresa: a tarefa, os companheiros de trabalho, a hierarquia da empresa e as organizações de classe. Esse processo ocorria na forma de um longo monólogo, sem nenhuma intervenção^{105,106}.

Na década de 1990, Yves Clot retoma esse método, modificando-o nos seguintes pontos: as instruções não são mais produzidas como monólogos, mas sim como um

resultado do diálogo entre pesquisador e trabalhador; uma sequência do trabalho é determinada para se focalizar a experimentação sobre os detalhes do trabalho; a este diálogo, que é gravado, demanda-se do instrutor a sua transcrição e posterior comentário a partir das quatro rubricas definidas por Oddone; as instruções são formuladas na segunda pessoa^{106,107}.

A partir dessas modificações, Clot sugere que a auto confrontação do trabalhador, realizada através da técnica de instrução ao sócia, deva ocorrer em duas fases. Na primeira fase o trabalhador deverá se confrontar com sua própria atividade mediada pelo diálogo instrutor-sócia. Na segunda fase o trabalhador deve transcrever a entrevista e escrever um texto baseado em comentários sobre sua forma e conteúdo⁸. Essa fase tem como finalidade confrontá-lo com os traços materializados dessa troca verbal (transcrição e comentários) pela mediação de uma atividade de escrita, endereçado a outras pessoas além do sócia¹⁰⁶.

A instrução ao sócia configura-se como uma abordagem que tem como foco a experimentação sobre os “detalhes do trabalho”, estando mais interessada em conhecer o “como” do que saber o “porquê”^{105,106}. Contudo, devemos estar atentos, pois o instrutor, ao ser desafiado pelos obstáculos encontrados pelo sócia, acaba refletindo sobre as “opções” feitas durante o desenrolar em cadeia de suas ações. Assim, o “como” que está focalizado no encadeamento de suas ações acaba desembocando paradoxalmente no “porque” delas, ou seja, sobre as inibições que as precederam¹⁰⁸.

Através dessa técnica o que está em análise é o trabalho segundo o trabalhador, onde podemos identificar as (re) configurações do trabalho, possibilitando desse modo compreendê-lo melhor¹⁰⁴.

Assim, o que é convocado pela obstinação metodológica do sócia é a atividade possível ou impossível na atividade real. O instrutor transmite, ou melhor, reencontra, suas hesitações e alternativas, a gênese das escolhas. Surgem não apenas os comportamentos que venceram, mas os que foram abandonados sem no entanto terem sido abolidos¹⁰⁸ (p. 10).

Desse modo, é exigido ao instrutor que auxilie o sócia a se ver numa situação que ele não conhece, sendo fundamental que ele faça uma dupla descrição para o sócia: a da

⁸ Optamos por não desenvolver a 2ª fase das instruções proposta por Clot, em que o trabalhador transcreve o diálogo e escreve comentários sobre as instruções. Fizemos isso pois, além de serem longas demais, não conseguiríamos tempo disponível para que elas realizassem essas transcrições.

situação e a da conduta a manter na situação. O instrutor deve indicar ao sócia não apenas o que ele faz habitualmente, mas também o que ele não deve fazer na situação, o que ele não deveria jamais fazer se for substituído, o que ele poderia fazer mas não fará, etc.¹⁰⁸.

Já o sócia busca recursos para tornar sua tarefa mais fácil, tirando o melhor proveito da situação apresentada pelo instrutor. Ele não pode ver a situação como o instrutor, para quem ela é uma situação habitual de vida. O sócia deve multiplicar os obstáculos para apreender até mesmo o que o outro não previa ensinar. O “tu” a quem o instrutor se dirige é um parceiro duplo, que é ao mesmo tempo um eu que não sabe e um eu que sabe, personagem artificial capaz de chamar ao diálogo entre isso que eu faço e isso que eu poderia fazer¹⁰⁸.

Acreditamos ter sido necessária a utilização da instrução ao sócia no desenvolvimento deste estudo na medida em que se trata de um método de auto confrontação que induz os sujeitos a um processo de externalização de sua experiência. Além disso, permite aos sujeitos a percepção da existência de uma defasagem entre o modelo teórico e o modelo prático de produção, processo que também permite ao pesquisador um acesso diferente à atividade dos sujeitos^{106,107}.

O sócia, buscando – sem jamais encontrar – todas as possibilidades e todas os obstáculos da situação que ele não conhece (utilizando não um conhecimento especializado do campo em análise, mas sua experiência em outros meios de trabalho) recoloca o sujeito frente às escolhas que ele fez, nas contradições que ele sofreu e que o levaram, no melhor dos casos, à saída que ele apresenta. O sujeito se compara às hesitações do sócia que afronta o real explorado, com tantas escolhas e opções a fazer. Esta indeterminação do sócia desconstrói a versão do sujeito. Ela opera uma ruptura no encadeamento habitual das operações. A reabilitação do real como possível desnaturaliza a cadeia operatória, transformando a linha reta traçada para o sócia pelo instrutor, em resultante de bifurcações sucessivas¹⁰⁸ (p. 11).

No desenvolvimento da pesquisa realizamos a instrução ao sócia com duas profissionais de enfermagem, uma enfermeira e uma técnica de enfermagem, conforme já tínhamos previsto em nosso projeto. As duas profissionais estavam escaladas para trabalhar na sala vermelha naquele mês.

Devido ao pouco tempo que tínhamos para realização do campo tivemos que limitar a instrução ao sócia somente à sala vermelha. Optamos por essa sala porque ela caracteriza o que as unidades de urgência e emergência têm de mais específico: a limitação temporal. A maioria dos casos que chegam à sala vermelha necessita de atendimento imediato, sob o

risco do paciente morrer caso o mesmo não ocorra. Portanto, essa sala pode ser considerada o local prioritário para o atendimento das emergências.

A instrução ao sócia foi realizada durante uma tarde da jornada de trabalho. Por um lado, isso foi interessante, pois nos colocou dentro do contexto no qual a própria atividade acontece, o que auxiliou as trabalhadoras a remeterem ainda mais às suas experiências. Por outro, o tempo pode ficar um pouco limitado visto que podem ocorrer interrupções, além da própria dinâmica do serviço não possibilitar elas ficarem disponíveis por um longo período.

A realização da técnica contou com a colaboração de uma das orientadoras desta dissertação. Isso se fez necessário devido a pouca experiência do pesquisador na aplicação e também para potencializar a captura de outros elementos para além do áudio durante a instrução ao sócia.

De um modo geral esperávamos que a técnica contribuísse mais para o estudo. Através da instrução ao sócia conseguimos aprofundar muito pouco no debate sobre a atividade de trabalho das profissionais de enfermagem. Por isso, não apresentaremos sua transcrição na íntegra, e sim somente alguns trechos que contribuiriam para nossas análises. Esses trechos aparecerão no capítulo seguinte em destaque, diferenciando-se assim das entrevistas semiestruturadas^h.

Por fim, destacamos que apesar de não ser uma condição para realização da instrução ao sócia, avaliamos que a experiência de anteriormente ter feito as visitas ajudou a ter um maior conhecimento sobre o campo e enriqueceu a experiência de aplicação. Além disso, percebemos que para aplicar essa técnica talvez seja necessário um tempo de campo maior do que tivemos. Isso se faz necessário tanto para conseguirmos um maior conhecimento sobre o campo quanto para conseguirmos desenvolver o processo de auto confrontação das trabalhadoras com o material produzido.

^h Os trechos extraídos da aplicação da instrução ao sócia serão expostos dentro de uma caixa de texto.

4.5. Processo de análise do material produzido

O trabalho de investigação que tem como base a perspectiva ergológica deve lançar mão de uma abordagem interdisciplinar, acompanhada de um suporte teórico e metodológico que caminhe também neste sentido.

Desta forma buscamos desenvolver uma análise situada e qualitativa através de uma investigação focada na compreensão do trabalho e sua relação com a saúde. Considerando a complexidade de investigar o caráter enigmático dessas dimensões humanas foram utilizados diversos métodos e técnicas de investigação. Essas informações geradas no processo de coleta de dados foram organizadas e cruzadas com a finalidade de realizarmos o tratamento e análise dos mesmos.

Primeiramente foram feitas várias releituras dos materiais produzidos a partir das visitas orientadas, análise documental, aplicação do INSATSⁱ e entrevistas. Então destacamos os pontos que nos chamaram mais a atenção ou que nos pareceram merecer maior investigação e depois procuramos fazer o cruzamento destes dados. Deste processo saíram algumas questões que ajudaram a orientar a Instrução ao Sósia, que foi a última técnica utilizada e tinha como objetivo aprofundar no debate sobre a atividade da enfermagem naquela unidade.

A intenção inicial era que essas informações decorrentes do campo de pesquisa fossem organizadas, analisadas e sintetizadas para que pudessem ser apresentadas às trabalhadoras que estiveram envolvidas durante o processo da coleta de dados. Essa conversa com as trabalhadoras teria como objetivo tanto restituir os resultados da pesquisa de campo quanto validar as informações coletadas. Esse processo serviria como co-análise do material produzido, porém não foi realizado. Devido aos problemas relacionados à entrada no campo tivemos que reduzir o tempo para pesquisa empírica, o que trouxe implicações para essa etapa do estudo^j.

ⁱ Os dados provenientes do INSATS- BR foram tabulados e as conversas que ocorreram durante a sua aplicação, na medida do possível, foram anotadas no diário de campo. Buscou-se neste caso construir uma que considerasse sempre que possível mais de uma variável. Devido ao tamanho da amostra e a própria proposta do estudo julgamos desnecessário a utilização de programas estatísticos.

^j Anteriormente a pesquisa estava programada para ser realizada em outra unidade, que pertencia a Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro. Devido a demora para conseguirmos a autorização para realização da pesquisa optamos em fazer o estudo na UPA Manguinhos. Com isso tivemos fazer mudanças em nosso projeto para que ele fosse realizado dentro do tempo exigido pelo programa de pós-graduação da

Após esse momento, finalizamos nosso tratamento e análise do material coletado buscando colocar em diálogo os dados empíricos com as categorias teóricas - e vice-versa - sendo que todo esse processo foi amparado pelo referencial teórico-metodológico apresentado neste estudo, sobretudo, nas contribuições da perspectiva ergológica e também nos estudos que embasaram a revisão bibliográfica apresentada em outro capítulo.

4.6. Aspectos éticos

Para realização desta pesquisa foram observados os requisitos da resolução nº 196, de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos, sendo respeitados os princípios básicos da bioética - a autonomia, a não maleficência, a beneficência e a justiça.

O projeto de pesquisa recebeu autorização da gerência administrativa da UPA Manguinhos e da SUBPAV (Anexos C e D), sendo o mesmo submetido e aprovado pelos Comitês de Ética da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – FIOCRUZ (CAAE 14104913.0.0000.5240 / Número do parecer 405.732 - Anexo E) e da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro (CAAE 14104913.0.0000.5240 / Número do Parecer: 451.362 – Anexo F).

Os convites para participação da pesquisa ocorreram através do contato direto e individualizado. Todas as profissionais que participaram da pesquisa foram devidamente informadas sobre os objetivos e procedimentos, bem como as razões de sua seleção para participação na pesquisa. As participantes foram ainda esclarecidas quanto a não obrigatoriedade da sua participação, ao sigilo das informações prestadas, a possibilidade de abandono do processo a qualquer momento e os possíveis riscos e benefícios do estudo.

As profissionais que aderiram voluntariamente a pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes da realização das entrevistas e dos inquéritos, o TCLE foi lido e assinado, sendo que uma das cópias ficava com as participantes (ANEXOS G, H e I).

Foram incluídas nesta pesquisa todas as profissionais de enfermagem (enfermeiras e técnicas de enfermagem) que trabalhavam na referida Unidade de Pronto Atendimento,

que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa. Como critério de exclusão estabelecemos que não participariam todas aquelas que em algum momento expressassem esse desejo ou que estivessem de férias ou afastadas durante o período da pesquisa. Durante a pesquisa todas as pessoas abordadas aceitaram participar de forma espontânea e voluntária da pesquisa.

Esta pesquisa teve como princípio não causar nenhum dano, fosse ele físico, emocional, social ou econômico. No entanto, as entrevistadas poderiam se sentir constrangidas ou desconfortáveis durante a realização da pesquisa. Por isso, a qualquer momento em que fosse expresso que a pesquisa estivesse colocando-as em situação de risco (seja ele de qualquer tipo), o pesquisador estava preparado para que este risco fosse reduzido, afastado, ou caso necessário paralisasse a pesquisa.

As informações obtidas na pesquisa são confidenciais e foi assegurado o sigilo sobre a participação das voluntárias. Qualquer dado que possam identificá-las foi codificado ou omitido na divulgação dos resultados da pesquisa.

Os dados coletados foram armazenados em local seguro e terão acesso aos mesmos somente o pesquisador e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e orientações do CEP/ENSP.

CAPÍTULO V - RESULTADOS E SUA ANÁLISE

5.1. Características e condições de trabalho da enfermagem na UPA

Antes de apresentar a nossa análise sobre as características e condições do trabalho da enfermagem buscamos traçar o perfil daquelas profissionais, isto é, conhecer melhor quem eram as trabalhadoras que atuavam naquele local.

Quanto à faixa etária, sete participantes (01 ENF e 06 TE) tinham entre 21 a 30 anos, oito participantes (03 ENF e 05 TE) tinham entre 31 a 40 anos e apenas uma participante não informou sua idade. Essas informações demonstram que a equipe é composta por uma população relativamente jovem, dado semelhante ao encontrado na revisão de literatura ^{43, 48,49, 51,54,68,70}.

Sobre o nível de escolaridade, entre as enfermeiras duas tinham pós-graduação completa (lato sensu em emergência e residência em clínica-cirúrgica) e duas incompleta (lato sensu em Saúde da Família). Entre as técnicas de enfermagem, além do curso técnico-profissional, duas tinham superior incompleto em enfermagem e duas tinham curso superior completo, porém não informou a área.

Dois aspectos relevantes devem ser destacados em relação ao nível de escolaridade. O primeiro é que apenas uma enfermeira tinha pós-graduação em emergência, o que pode sugerir tanto um desinteresse pela área quanto o desejo em trabalhar em outra área, como, por exemplo, a Saúde da Família haja vista que duas delas ainda estão com pós-graduação em curso. O segundo aspecto refere-se as técnicas que já cursaram, cursam ou pretendem cursar o ensino superior. Embora o INSATS tenha permitido obter informações sobre os cursos em andamento ou já realizados, durante as conversas algumas delas expressaram o desejo de iniciarem um curso de ensino superior para “melhorarem de vida”. Outros estudos como, por exemplo, os realizados por Gomes¹⁰⁹, Masson¹¹⁰ e Souza¹¹¹ já encontraram situações semelhantes, isto é, profissionais que atuavam como técnicas de enfermagem, embora possuíssem ensino superior, muitas vezes na própria enfermagem.

Quanto ao ano de admissão na unidade, a profissional com maior tempo de admissão foi uma técnica de enfermagem, admitida em 2009. Em 2010, uma enfermeira e quatro técnicas foram admitidas; em 2011, uma enfermeira; em 2012, três técnicas; em 2013, duas enfermeiras e quatro técnicas. Apenas uma pessoa não informou o ano de

admissão. Considerando que tal unidade foi inaugurada em 2009, podemos inferir que a fixação de profissionais de enfermagem durante esse período foi muito baixa.

Em relação ao tempo de profissão, ele variou entre 04 meses e 15 anos. Trabalham na profissão há mais de 10 anos, uma enfermeira e duas técnicas; entre 06 e 10 anos, duas enfermeiras e uma técnica; entre 01 e 05 anos, sete técnicas; e com menos de 01 ano tiveram uma enfermeira e duas técnicas. Embora as unidades de urgência e emergência necessitem de profissionais experientes e qualificadas, podemos observar que a unidade em estudo apresentou muitas profissionais com poucos anos de experiência, pois apenas 06 delas tinham mais de 05 anos de trabalho na profissão.

Entre as profissionais pesquisadas seis exerceram outras atividades profissões antes de trabalharem na enfermagem. Estas atividades foram: maqueiro, auxiliar de perfumaria, vendedora, rodoviário e bombeiro hidráulico.

Todas as profissionais pesquisadas são contratadas pela FIOTEC (Fundação para o Desenvolvimento Tecnológico da Saúde/FIOCRUZ) por tempo indeterminado, em carteira de trabalho (CLT). Ou seja, elas são funcionárias terceirizadas, que embora tenham direitos de um trabalhador “celetista” não gozam dos mesmos direitos de um servidor público como, por exemplo, a estabilidade e o regime especial de aposentadoria.

A faixa salarial das enfermeiras varia entre 5 e 10 salários mínimos. Já entre as técnicas três informaram receber entre 1 e 2 salários mínimos e nove informaram receber entre 2 e 3 salários mínimos. Essa diferença entre elas se deve ao fato que muitas têm outro emprego, sendo que duas enfermeiras e três técnicas responderam que tinham outra atividade remunerada. Algumas profissionais afirmaram que o salário estava muito baixo, gerando a necessidade de outro emprego para complementar a renda familiar.

A jornada de trabalho dessas profissionais na unidade é de 40 horas semanais. Porém, entre as profissionais que trabalhavam em outro emprego essa jornada variou de 55 a 76 horas. Essa jornada de trabalho é cumprida de segunda à sexta-feira (incluindo os feriados), sendo assim distribuída: algumas começam às 07:00h e saem às 16:00h; outras entram às 10:00h e ficam até às 19:00h. Quando questionados quanto à possibilidade de extensão de jornada através da realização de plantões ou horas extras, seis profissionais responderam que isso ocorre às vezes e seis responderam que raramente.

Devemos destacar que esse tipo de jornada de trabalho, em “horário comercial”, não é muito comum em unidades de urgência e emergência, que costumam adotar regime de plantão. Essa é uma especificidade da unidade em estudo, que também funcionava em regime de plantão até o primeiro semestre de 2013. Essa mudança que foi proposta pela Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde (SUBPAV), vinculada à Secretaria Municipal de Saúde, teve como principal objetivo proporcionar uma maior integração com a Clínica da Família que funciona no mesmo terreno que a UPA. A intenção era que, com o aumento da carga horária, houvesse maior vínculo com a comunidade e maior interação com as equipes que atuam na Clínica da Família.

“A justificativa que ele dá é que ele quer que a gente trabalhe junto com a clínica da família, mas ele tem que entender que a clínica da família não trabalha nem um terço do que a gente trabalha. Eles são ambulatório! A gente atende emergência, a gente atende porta aberta, eles atendem consulta marcada. Se tiver 30 consultas por dia eles vão atender 30 consultas por dia, aqui a gente faz 200 atendimentos por dia ou mais. Ficar em pé o dia todo numa sala de medicação, dando banho dia em um paciente na sala amarela, num tem ninguém que aguente né. Aí num tem como o funcionário não ficar doente”. Técnica de enfermagem Alexandra

“Olha só, reclamamos, a gente só pode reclamar. Porque não tá sendo feito nada, a gente fica à mercê e eu preciso trabalhar. Então, é o que a instituição tá me dando no momento. Eu aceito, o dia que eu consigo descansar é sábado e domingo. A gente questiona muito, já teve várias reuniões, mas não tem jeito, a ordem vem de lá de cima”. Técnica de enfermagem Alexandra

Esse aumento na jornada foi questionado por muitas trabalhadoras, que acabaram não gostando muito da proposta. Primeiro porque o aumento salarial concedido não foi proporcional ao aumento na jornada. Por outro lado, quando um feriado acontece durante a semana elas têm que trabalhar normalmente sem receber nenhum adicional salarial por isso. Além disso, se queixaram que essa mudança causou alguns problemas como, por exemplo, dificuldade em conciliar o horário com o outro emprego e diminuição do tempo para estudo.

“A questão da carga horária também tá muito pesada pra uma UPA, o salário também tá baixo, porque a gente deveria receber por trabalhar 45 horas, horário de almoço a gente não tira horário de almoço, a gente trabalha 9 horas por dia direto em pé com dedicação. Então tá muito desgastante, muito mesmo”. Técnica de enfermagem Pagu

“Não tem complementação (salarial) não, segunda a sexta de 7 às 4 (16 h) ou de 10 às 7 (19h). E é puxado, você trabalhar numa unidade de emergência, paciente tá aqui, lota, todo dia lota, você tem que todo dia tá aqui, você tem que tá bem, tem que tá sorrindo pro

paciente, vai chegando uma hora que você vai ficando tão cansada que você acaba ficando de mau humor! Entendeu?! Aí isso pra mim é muito triste, eu acho que tinha que ter uma carga horária, 30 horas semanais seria padrão, você trabalhar um dia e ficar dois em casa. Sinceramente pra gente da emergência é muito dificultoso, ideal seria 12 (horas trabalhada) por 60 (horas de descanso)”. Técnica de enfermagem Alexandra

No que se refere ao processo de trabalho da enfermagem naquela unidade algumas características foram levantadas. As principais características destacadas pelas trabalhadoras foram a imprevisibilidade, lidar com pacientes com quadro clínicos graves que necessitam atendimento imediato e a necessidade de conhecimento específico para atendimento desses casos graves.

A primeira característica que geralmente essas trabalhadoras apontaram enquanto algo específico do trabalho naquela local e que diferencia do trabalho em outros locais foi a imprevisibilidade. De acordo com a perspectiva ergológica a imprevisibilidade é inerente a própria atividade, isto é, em toda atividade temos variabilidades, sendo assim toda atividade é sempre imprevisível. Contudo, o que nos chamou atenção foi o fato das próprias trabalhadoras reconhecerem isso como algo característico daquele trabalho.

<p><i>Pesquisador: Então eu tenho que ficar o tempo todo em estado de alerta assim?</i> <i>Enfermeira Olga: O tempo todo em estado de alerta porque nós somos emergência, agora tá tranquilo, mas a qualquer momento pode chegar alguma coisa aí a gente fica todo mundo em estado de alerta.</i></p>

Segundo elas, a rotina pode mudar a qualquer momento, fazendo com que muitas vezes elas tenham que agir imediatamente. Essa imprevisibilidade pode estar relacionada a diversas situações, como a chegada inesperada de um paciente grave ou o agravamento repentino no quadro clínico de um paciente em observação.

Outra característica bastante destacada foi o tipo de casos clínicos atendidos naquela unidade. De acordo com elas, algo que diferencia o trabalho naquela unidade de outras é o atendimento a pacientes em situações clínicas graves e que muitas vezes demandam o atendimento imediato. Neste local existe uma certa pressão pela rapidez na realização dos procedimentos, que está relacionada aos tipos de casos clínicos atendidos e à “corrida” em benefício da vida.

“A diferença acho que é o tipo de paciente né. Por exemplo, se você tá numa unidade básica, o paciente é basal, entendeu?! O paciente da urgência e emergência é um paciente mais crítico. Eu acho que o enfermeiro é enfermeiro em tudo quanto é lugar, a única coisa é que lá na unidade básica ele atende um paciente que precisa do atendimento

ambulatorial. Aqui não, aqui o enfermeiro tem que ser dinâmico, ele tem que ser rápido, porque aqui é uma urgência e emergência, o paciente tá com dor, o paciente tá parado, então acho que a diferença mesmo é a complexidade da doença, o paciente é a diferença. Igual o paciente do CTI, ele já tá lá, estabilizado, o paciente da emergência ainda não. Você vai estabilizar o paciente para depois transferir. É um outro tipo de atendimento. Mas acontece que todos são pacientes, todos merecem respeito e todos são enfermeiros. Só que cada um tem um tipo de trabalho diferente. O agravante é o paciente mesmo”. Enfermeira Dandara

“O que diferencia?! É o atendimento que num é um atendimento contínuo, é um atendimento imediato né, onde o enfermeiro tem que intervir muitas vezes ali na hora, mas a gente não acompanha os pacientes. Acompanha um pouco na área restrita, mas não acompanha totalmente. A gente sabe que aquele paciente foi transferido mas num sabe o destino dele! Tanto aqui como no ambulatório, eles não retornam pra gente, quando a gente direciona eles pra atenção básica que consegue agendar ou marcar lá. Eu acho que isso diferencia sim do atendimento ambulatorial ou em outros setores”. Enfermeira Simone.

“... a rapidez no que você tá exercendo entendeu?! A gente é muito mais rápido e o nosso posicionamento é mais rápido do que o deles (atenção básica). A gente consegue resolver as coisas com mais facilidade, mais rapidez”. Técnica de enfermagem Alexandra

Também foi ressaltado por essas trabalhadoras de enfermagem que para atuar em uma unidade como aquela, de urgência e emergência, é necessário um conhecimento especial. Sabemos que esse conhecimento não é somente teórico, mas também prático. A habilidade e agilidade são atributos reconhecidos como importantes por elas.

“Tudo, porque. O conhecimento é todo diferente, o conhecimento. O conhecimento é totalmente diferente porque na clínica eles entendem mais pacientes de ambulatório, ambulatorial, doenças, DSTs, e a gente saca mais de emergência, o paciente chega morrendo e você faz tudo. Um técnico de clínica da família que não tenha trabalhado em emergência, ele não conhece nem o monitor. Ele num sabe nem o que é o tubo do respirador. Uma vez tinha um paciente entubado ali na sala vermelha e a técnica que tava na esterilização perguntou pra gente o que é que era aquilo, uma coisa que é básica. Você tem que saber um mínimo né, tem que ter um conhecimento amplo. Eu acho que é o conhecimento”. Técnica de enfermagem Alexandra

“(...) O técnico de clínica muitas vezes ele num consegue nem pegar um acesso venoso”. Técnica de enfermagem Alexandra

“Todo mundo fala 'enfermeiro da atenção básica não sabe nada', 'num sabe isso e num sabe aquilo', mas poxa, aqui 'no CTI enfermeiro sabe tudo'. É diferente, porque aqui eles têm todo o equipamento pra trabalhar, é diferente daquele lá na atenção primária que não tem nada. Se um paciente passar mal e agravar realmente os enfermeiros num têm muito o que fazer. Aqui já é diferente, por exemplo, no CTI aqui da UPA que é a sala vermelha, aqui já tem um respirador, já tem isso e aquilo, coisa que na atenção primária num tem. Não é que o enfermeiro não saiba atuar. Só que é diferente, o espaço físico, o tipo de

atendimento, tudo. Os equipamentos também, e até mesmo a formação, que às vezes tem outras coisas, lá faz VD (visita domiciliar), faz aquilo outro. Aqui na emergência a rotina é outra, de repente se me pegar e me jogar lá eu vou ficar meio perdida. É igual aqui, a minha rotina aqui é uma, lá no CER do Souza (Centro Regional de Emergência, no centro, do lado do Souza Aguiar) é totalmente diferente o redirecionamento. Lá um edema abdominal não entra, o paciente às vezes pode tá com uma crise de apendicite e não vai entrar. Lá no Souza Aguiar, eu acho um absurdo, até um edema agudo eles mandam pra gente (CER do Souza). Lá o redirecionamento é bravo mesmo. Lá no CER uma dor abdominal só, não entra, pra UPA! Lá no Souza Aguiar já é diferente. Só entra coisa mais séria mesmo. Então acredito que cada lugar funciona de um jeito. O enfermeiro da atenção primária é um, o enfermeiro da educação é outro, é diferente os tipos de trabalho”. Enfermeira Dandara

A questão desse conhecimento específico é tratada nos relatos acima. No primeiro podemos perceber uma superestimação em relação ao conhecimento advindo daquele tipo de trabalho, já no segundo esse conhecimento é considerado de forma relativa, apontando que ali há um conhecimento específico, mas que também há conhecimentos importantes em outros locais de enfermagem. Nas conversas durante as observações diversas vezes apareceram tanto argumentos superestimando o conhecimento adquirido ali quanto argumentos relativizando tal conhecimento. De toda forma, nessas conversas o que parecia ser mais consensual foi o orgulho que elas tinham em relação ao conhecimento adquirido com aquele trabalho, pois diziam que aprendiam muito e que aquilo era muito importante para o exercício da profissão.

Outro assunto abordado durante a pesquisa foram as exigências físicas do trabalho neste local. Referente a isso, os itens mais assinalados no INSATS pelas participantes foram: fazer gestos repetitivos e minuciosos (10), posturas cansativas (10), esforços físicos intensos (10), permanecer muito tempo de pé na mesma posição (10), permanecer muito tempo de pé com deslocamento (09) e permanecer muito tempo no mesmo local (08).

Quanto ao incomodo gerado, elas responderam que incomoda muito fazer gestos repetitivos e minuciosos (07), posturas cansativas (06), permanecer muito tempo de pé com deslocamento (06), esforços físicos intensos (05), permanecer muito tempo de pé na mesma posição (04) e permanecer muito tempo no mesmo local (04). De uma maneira geral a impressão que temos é que esses resultados estão coerentes com as nossas observações.

Por mais que talvez elas não realizem muitos gestos repetitivos é notório que executam gestos bastante minuciosos e que exigem determinada destreza e habilidade, o que pelo visto incomoda muito algumas e outras pelo menos um pouco.

As atividades desenvolvidas por essas profissionais também exigem um esforço físico intenso. Muitas vezes elas realizam atividades penosas como mobilizar pacientes em situação de total dependência e transferência dos mesmos das macas para o leito e vice-versa. Essa situação se torna ainda mais agravante quando são adotadas posturas corporais incorretas, que tornam tal situação mais desconfortável e cansativa.

Também observamos que essas profissionais permanecem muito tempo em pé. Elas se deslocam diversas vezes para atender os pacientes. Entretanto, mesmo quando não estão fazendo isso permanecem em pé. Talvez isso ocorra pelo fato que nos próprios setores não há cadeiras disponíveis para que todos os funcionários possam sentar ao mesmo tempo. Percebíamos que as pessoas que estavam sentadas, normalmente eram aquelas que estavam registrando alguma informação e os que não estivessem fazendo isso normalmente ficavam em pé.

Em relação ao ritmo e intensidade do trabalho nesta unidade, as participantes informaram que as principais situações a que estão expostos são: ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo (10), ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento (08), ter que depender do trabalho do colega (08), ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos usuários (08) e ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar por causa do trabalho (08).

Devido ao seu quadro clínico, alguns usuários de tal unidade se encontram monitorados por certos equipamentos. Por isso, além de ficarem atentas aos usuários, as profissionais ficam atentas aos sinais e informações emitidos por esses equipamentos. Esse estado de alerta parece irritar, em parte, essas trabalhadoras.

Também observamos que as tarefas realizadas por essas trabalhadoras às vezes são muitas, sendo que algumas delas demandam certa urgência, o que faz elas muitas vezes terem que suprimir ou encurtar uma refeição ou um momento de descanso por causa dessas tarefas.

Durante nossas observações foi possível perceber que algumas vezes essas trabalhadoras realizam várias coisas ao mesmo tempo. Isso ocorre mesmo em momentos

em que o setor está menos agitado e os colegas se encontram disponíveis. Algumas hipóteses se colocam em relação a esse comportamento, sendo que o mesmo poderia estar relacionado tanto ao fato delas quererem poupar as companheiras, algo que talvez tenha como finalidade uma economia do corpo das colegas de trabalho, quanto também poderia estar relacionado ao fato dessas trabalhadoras buscarem demonstrar que são capazes e competentes para realizarem o trabalho de forma independente. Contudo, mesmo conseguindo realizar várias coisas ao mesmo tempo sozinhas, tais trabalhadoras compreendem que neste local dependem do trabalho dos colegas e caso necessário certamente irão acioná-los.

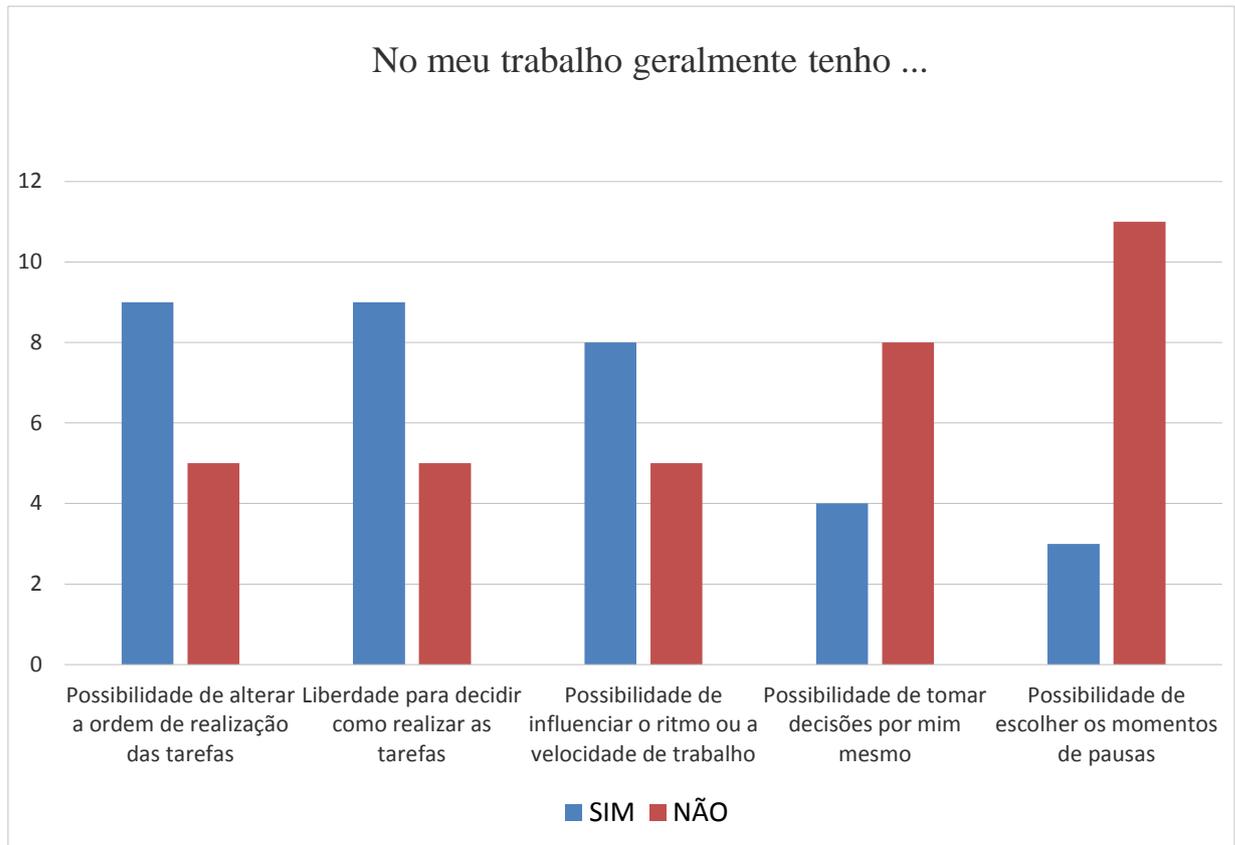
Observamos também que por estarem mais próximos dos usuários e familiares essas trabalhadoras acabam muitas vezes tendo que atuar a partir da demanda/necessidade levantadas por eles. Em alguns casos isso pode ser encarado como demandas que aumentam suas tarefas e desorganizam a ordem da realização das mesmas. Isso também parece irritar um pouco essas trabalhadoras.

“Sim, tem uns (acompanhantes) que ficam assim (impacientes), mas é minoria. Exigência de acompanhante mesmo só os que tão internados na sala amarela, porque eles exigem mais da questão de higiene, chama o tempo todo, ‘olha a fralda tá suja’, ‘olha, meu pai pode comer agora’, eles exigem bastante, mais que os internados. Os pacientes da sala amarela porque na sala vermelha não tem acompanhante! Na sala amarela os acompanhantes cobram muito, questionam muito as coisas, ‘que medicação é essa que você tá fazendo, pra que que serve’, ‘porque que o monitor tá apitando, a pressão tá alta’, realmente os acompanhantes da sala amarela exigem muito”. Técnica de enfermagem Alexandra

De acordo com as respostas ao INSATS, as situações que mais incomodam essas profissionais foram “ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento” e “ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar por causa do trabalho”, seguidas por “ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo”, “ter que depender do trabalho do colega” e “ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos usuários”.

Um outro aspecto também muito relevante para entender a atividade de trabalho da enfermagem na unidade estudada é a autonomia. No quesito “possibilidade de agir” foram tratadas algumas informações importantes para o debate sobre a autonomia (gráfico 01).

Gráfico 01: Possibilidade de agir



A partir do gráfico acima, percebemos que segundo essas trabalhadoras elas têm principalmente, possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas (09 participantes), liberdade para decidir como realizar as tarefas (09 participantes), possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho (08 participantes). Por outro lado muitas delas acreditam não terem possibilidade de tomar decisões por si mesma (08 participantes) e possibilidade de escolher os momentos de pausa (11 participantes).

Entre as categorias profissionais todas as enfermeiras afirmaram ter possibilidade de exercerem as quatro primeiras opções e somente uma afirmou ter possibilidade de escolher os momentos de pausa. Já entre as técnicas de enfermagem as três primeiras opções tiveram o mesmo resultado (05 delas marcaram sim e 05 marcaram não), na opção “possibilidade para tomar decisões por si mesmo” nenhuma técnica assinalou positivamente e na última opção apenas duas marcaram sim e oito marcaram não. Nessa

questão destacou-se a diferença nas respostas das enfermeiras e das técnicas em relação a possibilidade de tomarem decisões por si mesmo.

Se partimos da ideia de que a autonomia pressupõe a possibilidade de tomar decisões por si próprio, devemos então nos preocupar com o fato de todas técnicas terem afirmado não disporem dessa possibilidade. Poderíamos elencar inúmeras hipóteses acerca desse resultado encontrado, porém, qualquer que fosse a hipótese careceria de um maior tempo para aprofundamento da questão. De toda a forma, o referencial teórico utilizado neste trabalho não nos permite acreditar que possa existir uma situação em que essas trabalhadoras estejam totalmente sem essa “possibilidade de tomarem decisões por si mesmo”, pois por mais que tenhamos uma organização rígida e burocrática sabemos que essa possibilidade nunca poderá ser restringida totalmente e caso isso ocorresse estaríamos lidando com uma situação bastante patológica⁸⁴.

Se, por um lado, identificamos que as técnicas apresentaram algumas dificuldades no que tange à questão da autonomia, por outro, identificamos uma grande autonomia das enfermeiras em seu trabalho, o que foi observado durante as visitas à unidade e reforçado através das entrevistas.

“O que eu vejo aqui é que o enfermeiro tem uma autonomia boa pra tá trabalhando e intervindo. Aqui o nosso chefe de equipe e a coordenação geral dá todos os parâmetros e dá total liberdade pra gente poder intervir na unidade em relação a assistência. A assistência é o nosso trabalho, em outras unidades não tem essa autonomia em relação ao enfermeiro, a gente tem total autonomia aqui”. Enfermeira Simone

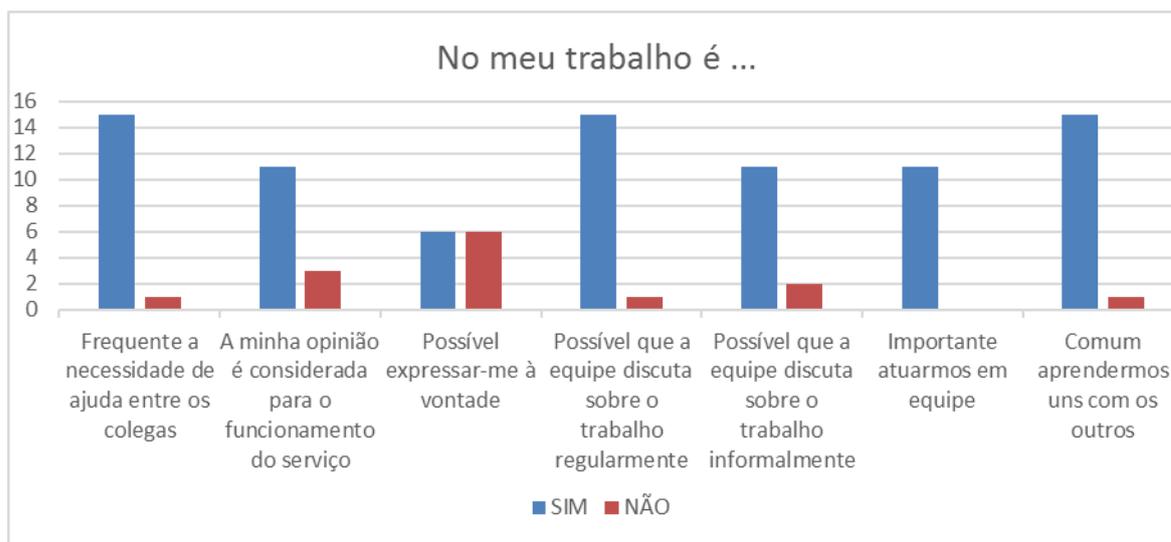
Sobre a realização de suas atividades, oito participantes informaram realizá-las sozinhas, quatorze participantes com a colaboração de colegas e seis com a ajuda da chefia. Entre as enfermeiras todas informaram que sempre realizam com a colaboração de colegas e que às vezes realizam sozinhas, já para duas enfermeiras a ajuda da chefia ocorre sempre, para uma enfermeira, às vezes e para outra enfermeira, nunca. Nenhuma das participantes sinalizou que nunca realiza suas atividades com a colaboração de colegas, ou seja, todas reconhecem que, pelo menos em algum momento, realizaram sua atividade com a ajuda de outra profissional.

Essa colaboração de colegas é fundamental para o próprio aprendizado delas. Conforme assinalado no INSATS todas as participantes trocam experiências e truques com

as colegas para melhor realizar as suas tarefas, sendo que sete delas o fazem frequentemente e oito, às vezes.

No gráfico abaixo (gráfico 02) temos informações referentes a algumas características do trabalho da enfermagem no local pesquisado.

Gráfico 02: Relações no trabalho



As principais características daquele trabalho destacadas pelas participantes foram “importante atuarmos em equipe” (16), “frequente a necessidade de ajuda entre os colegas” (15), “comum aprendermos uns com os outros” (15) e “possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente” (15). O padrão de respostas foi praticamente o mesmo entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, exceto, na opção “possível expressar-me à vontade”, na qual apenas uma das enfermeiras assinalou a opção e ainda assim respondeu que não era possível se expressar à vontade. Interpretamos esse dado com certa surpresa, visto que as enfermeiras possuem uma posição hierárquica superior à das técnicas dentro do serviço, o que não se refletiu no INSATS. Apenas seis participantes responderam que é possível expressar-se à vontade no trabalho - dado importante para pensarmos sobre as relações de poder existentes naquele espaço, por mais que isso ainda seja muito incipiente para aprofundarmos sobre o assunto.

Quinze participantes informaram que têm contato direto com o público e somente uma participante informou que tem contato indireto/virtual. Esses contatos com o público foram considerados, por boa parte das participantes, como desgastantes (12) e até

desagradáveis, às vezes (11). Entretanto esses contatos também foram vistos como agradáveis (10) e gratificantes (10).

Elas também apontaram que nesse contato é necessário, sempre ou frequentemente, “lidar com as exigências do público” (12), “lidar com situações de tensão nas relações com o público” (12), “suportar agressão verbal do público” (12), “modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público” (11) e “envolver-se emocionalmente com o público” (08). Curioso que, apesar da enfermagem tratar-se de uma atividade de cuidado, na qual temos uma grande carga afetiva, a opção que elas menos assinalaram foi a necessidade do envolvimento emocional. Uma hipótese possível para isso talvez se deva ao fato que na UPA os pacientes não permanecem por muito tempo, como em unidades de internação e CTI, tendo assim pouco tempo para criar um maior vínculo e laços de afetividade.

As relações estabelecidas através do contato com o público são atravessadas por exigências e necessidades que segundo elas são, em diferentes intensidades, “imprevisíveis, sem cabimento ou difíceis de compreender” e “difíceis de atender porque a solução está além de suas atribuições”. Às vezes ou raramente, essas exigências e necessidades são “difíceis de atender porque a solução não depende diretamente delas”, “justas e claras”, “difíceis de atender por falta de recursos” e “atendidas somente com muito esforço ou através de soluções não previstas”.

Por se tratar de uma atividade em que o contato direto com o público é intenso, podemos apontar que essas profissionais estão expostas a vários riscos. Os principais riscos mencionados foram: agressão verbal (16), agressão física (15), assédio moral (14), intimidação (13) e assédio sexual (08). Esses dados estão em consonância com outros estudos^{72,73}, que também apontaram que as profissionais de enfermagem de unidades de urgência e emergência também estão expostas a esses mesmos riscos. Todos esses riscos representam formas variadas de violência, que podem ser sentidos de modo diferente por cada trabalhadora. Nos próprios relatos algumas trabalhadoras expuseram a preocupação com as situações de violência no trabalho.

“Claro que alguns são mais frouxos (enfermeiros) do que outros, num quer se expor muito, porque a população hoje tá batendo em enfermeiro”. Enfermeira Dandara

“Bom, dificuldade eu já achei tanto, hoje em dia nem tanto, mas antigamente aqui era uma área de risco né, que vinha essas pessoas de rua pra cá, vinha agressiva. Hoje assim, eu não encontro tanto quanto antigamente. Técnica de enfermagem Pagu

“Assim, eu acho que já melhorou muito. O que a gente passava aqui, hoje em dia melhorou muito devido aos pacientes vindo pra cá, hoje em dia temos um policial aqui dentro e antigamente a gente num tinha, a gente ficava jogado aqui dentro. Quer dizer, hoje em dia não, hoje em dia a gente tem uma estabilidade de vir pra cá e vem mais confiante, e eu não tinha essa confiança.” Técnica de enfermagem Pagu

Em relação ao ambiente físico, no INSATS as participantes informaram que as principais exposições as quais estão sujeitas são: agentes biológicos (13), risco de acidentes (12), ruído constante (09) e ruído muito elevado (08).

Através das observações identificamos que todas as profissionais de enfermagem estão expostas aos agentes biológicos e químicos. Embora nem todas as participantes tenham assinalado, identificamos que durante o seu trabalho essas profissionais têm contato direto tanto com agentes biológicos (quando atendem algum paciente) quanto com agentes químicos (quando manuseiam e administram medicamentos). Dessas situações as que mais incomodam as profissionais são a exposição aos agentes biológicos, depois o risco de acidentes, seguido por ruído constante e muito elevado.

Neste tipo de serviço de saúde, muitas vezes as profissionais têm contato com pacientes que ainda não tiveram o diagnóstico elucidado. Sendo assim, acabam convivendo com uma situação de insegurança em relação à exposição à agentes biológicos. Algumas profissionais demonstraram bem sua preocupação com essa situação. Um fato agravante para essa situação foi que um trabalhador ficou afastado durante cinco meses para tratamento de tuberculose.

“Muito preocupado (pessoal da enfermagem em relação ao risco de infecção), tanto é que um colega nosso tem duas semanas que voltou de licença, pegou tuberculose. Muito preocupada, muito preocupada mesmo, a nossa preocupação com relação à doença é muita”. Técnica de enfermagem Alexandra

“... Se bem que tem um técnico aqui que foi afastado pois estava com tuberculose, a gente aqui não tem isolamento, então quando a gente recebe esses pacientes que não estão estáveis precisa de uma área mais restrita e observação, a gente tenta transferir o quanto antes esse paciente porque a gente não tem isolamento. E quando ele num tá grave a gente já também contacta com a clínica da família da sua área”. Enfermeira Simone

Motivo de preocupação por parte dessas trabalhadoras, a unidade pesquisada não possui uma sala de isolamento. Então, quando chega um paciente com tuberculose, por

exemplo, ele não terá um local específico para ficar, sendo que às vezes poderá permanecer com outros pacientes sem nenhuma proteção. Segundo as próprias trabalhadoras quando isso ocorre elas tentam de toda forma fazer com que o atendimento seja bem rápido para que o paciente possa ser liberado, e caso ele necessite de internação elas tentam agilizar para que a transferência ocorra logo.

“Ele já entra né, com a classificação e dali ele já sai com a máscara e o enfermeiro também. Ele já é um paciente mais amarelo, pra que o tempo de atendimento dele seja o mínimo possível. Então, ou ele já entra direto pro consultório se ele tiver estável, já contactando a clínica da família, junto com a assistente social, porque a gente também tem assistente social e liga junto, ou se é aqui atrás a gente também bota máscara, proteção nele e tudo nos técnicos, deixa ele numa área mais afastada e aí o chefe de equipe também intervém pra isso, pra transferir o quanto antes”. Enfermeira Simone

Interessante que quando analisamos as legislações referentes às UPA's não encontramos nenhuma determinação relativa à obrigatoriedade da existência de sala de isolamento nestas unidades. No entanto, a RDC nº 50 da ANVISA¹¹² (p. 43) preconiza a existência da sala de isolamento em unidades que fazem o atendimento a urgências e emergências. Portanto, se os especialistas elaboraram essas legislações considerando a RDC nº 50 também deveriam ter atendido a essa determinação e assim ter inserido a obrigatoriedade da sala de isolamento na planta física das UPA's.

Na questão do INSATS relacionada às instalações, seis participantes assinalaram que os espaços para pausas, lanches ou repousos são inadequados; três participantes assinalaram que os vestiários e banheiros são insuficientes e/ou inadequados; três participantes assinalaram que o mobiliário está inadequado; duas participantes assinalaram que os equipamentos e ferramentas estão inadequados e uma participante assinalou que o espaço de trabalho estava inadequado para a tarefa que realiza. Essas inadequações relatadas por algumas profissionais pouco as incomodam. A impressão que tivemos foi que elas não têm grandes problemas em relação à infraestrutura, exceto, a falta de uma sala de isolamento.

Sobre o suporte e os recursos disponíveis elas informaram que são bem orientadas quanto à forma de realizar as atividades (15), dispoem de guias, protocolos ou manuais de orientação (12). Também dispõem tanto de recursos técnicos e materiais (13) quanto consideram que o número de trabalhadoras para realizarem o trabalho na unidade é

suficiente (11). Em nossas conversas com elas também não nos foi relatado nenhum tipo de queixa em relação aos aspectos citados anteriormente.

No que se refere às mudanças que ocorrem no trabalho elas indicaram que os instrumentos e tecnologias não mudam com frequência (11). Já por outro lado elas indicaram que a organização do trabalho modifica frequentemente (13). Tanto esta quanto aquela situação parecem não incomodá-las muito.

Por fim, destacamos que mesmo quando não encontram as condições ideais para realizarem o seu trabalho essas trabalhadoras buscam modificá-lo no intuito de adequá-lo para que seja realizado da melhor maneira possível.

“Por exemplo, a gente fica sem PNI (pressão não invasiva) pra verificar a pressão do paciente. O conector solta e some, e agora, o que que a gente vai fazer?! Aí sempre tem um que tem uma ideia. Um colega teve a ideia de pegar uma seringa de insulina e colocar ali no meio e deu certo. A gente vai arrumando esses artifícios, aí acaba o velcro e a gente coloca esparadrapo. Enfermagem é isso, a gente se inovando sempre né, pra ajudar o paciente”. Técnica de enfermagem Alexandra

Ou seja, neste caso, a própria trabalhadora reconhece como uma característica da sua profissão a capacidade de inventar sempre e que mesmo com as dificuldades encontradas elas sempre encontram um “jeitinho” para realizarem o seu trabalho.

5.2. Prescrições e normas antecedentes do trabalho da enfermagem na UPA

Em todo trabalho encontramos além das prescrições, relativas à sua organização e às condições dadas (propostas-impostas) ao trabalhador, as normas antecedentes. Tanto as prescrições quanto as normas antecedentes se referem ao que é dado, exigido e apresentado ao trabalhador antes da atividade⁸².

Embora esses recursos sejam insuficientes, pois ignoram as variabilidades e regulações feitas durante a ação, podemos considerá-los mais ou menos relevantes, visto que são patrimônios vinculados à inteligência e experiência coletiva. Ademais, ressaltamos que as prescrições e normas antecedentes são imprescindíveis e que sua ausência ou indefinição podem comprometer significativamente o desenvolvimento das atividades. Por tudo isso julgamos ser importante conhecê-las⁸².

No caso estudado podemos considerar como normas antecedentes do trabalho da enfermagem os seguintes elementos: a legislação referente à profissão; a formação técnico-

científica dessas profissionais; as formas de divisão do trabalho estabelecidas (sexual, social, técnica, etc.); o valor social e político atribuído ao Sistema Único de Saúde (SUS), as políticas de saúde, os modelos de atenção e de gestão; as regras instituídas nos serviços (de produtividade, de qualidade etc.); procedimentos predefinidos, rotinas, normas, instruções e protocolos disponíveis – oralmente ou por escrito; as formas de contrato das profissionais; os recursos orçamentários, a organização espacial das unidades, as instalações e suas condições; e as demandas dos usuários⁸².

Nos capítulos anteriores já tratamos de algumas dessas normas, a partir desse momento iremos tratar algumas dessas prescrições e normas antecedentes que também julgamos ser relevantes.

5.2.1. Divisão do trabalho na enfermagem

Ao abordarmos a divisão do trabalho na enfermagem temos que tratar de temas como saberes técnico-científicos, divisão de tarefas e relações hierárquicas e de poder.

O trabalho em enfermagem requer uma preparação inicial que pressupõe uma formação teórica e prática, para as enfermeiras é necessário o ensino superior e para as técnicas de enfermagem o ensino profissionalizante de nível médio. Segundo informações colhidas através do INSATS, algumas das profissionais pesquisadas têm formação além da exigida, sendo que todas as enfermeiras têm pós graduação completa ou em curso e algumas técnicas de enfermagem têm graduação completa ou em curso.

Embora essa formação seja importante, apenas sete profissionais (01 ENF e 06 TE) julgaram que ela atende totalmente as suas necessidades naquele trabalho. Para sete profissionais (03 ENF e 04 TE), essa formação atendeu parcialmente e para duas profissionais (02 TE) ela foi insuficiente.

Além dessa formação anterior temos que considerar o aprendizado ocorrido diretamente no local de trabalho. De acordo com as respostas ao INSATS, essa aprendizagem ocorre principalmente observando as colegas de trabalho (13 profissionais – 04 ENF e 09 TE) e por orientação das colegas de trabalho (13 profissionais – 04 ENF e 09 TE). Somente para algumas, essa aprendizagem se deu sozinha (05 profissionais – 01 ENF e 04 TE) ou através de treinamento oferecido pela unidade (05 profissionais – 01 ENF e 04 TE).

Analisando esses resultados podemos perceber que, apesar de importante, a formação profissional é insuficiente para atender as demandas daquele trabalho e que há um aprendizado que ocorre no próprio local de trabalho também muito relevante para atuação dessas profissionais, independentemente de sua forma. Portanto, para se trabalhar naquele local tanto a formação profissional quanto a aprendizagem no local de trabalho devem ser consideradas.

Em relação às outras oportunidades de ampliar seus conhecimentos - através de cursos, seminários, etc. - apenas duas profissionais afirmaram que estas foram muitas (02 TE), sete profissionais registraram “mais ou menos” (03 ENF e 04 TE), para duas profissionais essas oportunidades foram poucas (02 TE) e para cinco profissionais não houve nenhuma oportunidade (01 ENF e 04 TE).

Outro aspecto relevante no debate sobre a divisão do trabalho é compreender as funções e atribuições de cada categoria profissional. De modo geral, podemos entender o trabalho de enfermagem como parte do processo de trabalho em saúde, que tem a finalidade de prestar cuidados aos seres humanos e tem, como objeto, o indivíduo, família ou grupo com suas singularidades. Para atuar sobre o objeto, utiliza instrumentos de trabalho (incluindo saberes e condutas), e o produto do trabalho é o cuidado realizado que é produzido e consumido simultaneamente^{113,114}.

A enfermagem é apenas uma das profissões que compõem o trabalho em saúde e que terá suas tarefas e atribuições determinadas de acordo com o tipo de serviço. Nos serviços de urgência e emergência, a enfermagem atua junto a profissões como a medicina, serviço social, administração e etc.

Sobre as atribuições de cada uma dessas profissões dentro dos serviços de urgência e emergência, as legislações específicas da área pouco tratam sobre elas. Sendo assim, as regulamentações em relação às atribuições comuns e específicas dessas profissionais acabam ficando sob responsabilidade das organizações e conselhos de classe e também da gestão local.

No caso da enfermagem temos uma legislação própria para regulamentar a profissão^{115,116}. Segundo essa legislação, a enfermagem é exercida por enfermeiras, técnicas e auxiliares de enfermagem e parteiras.

Conforme essa regulamentação, cabe a enfermeira, privativamente, funções relacionadas à direção, chefia e organização dos serviços de enfermagem; supervisão das atividades técnicas e auxiliares na enfermagem; consulta e prescrição da assistência de enfermagem; cuidados diretos a pacientes graves com risco de vida e cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica. Além dessas, cabe a enfermeira outras atribuições enquanto integrante da equipe de saúde.

A técnica de enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de enfermagem, cabendo-lhe, principalmente, assistir e auxiliar a enfermeira em suas ações, prestar assistência de enfermagem (exceto as ações privativas dos enfermeiros) e integrar a equipe de saúde.

Já a auxiliar de enfermagem deve exercer ações de nível médio, de natureza repetitiva, participando em nível de execução simples em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento especificamente prescritas como administrar medicamentos, verificar o balanço hídrico, fazer curativos, colher material para exames laboratoriais, executar atividades de desinfecção e esterilização; prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança; alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se e várias outras atribuições.

Com a intenção de conhecermos melhor as especificidades do trabalho das profissionais de enfermagem na UPA pesquisada, buscamos informações sobre a rotina do serviço e as atribuições de cada categoria profissional. Entretanto, devido à dificuldade em conseguirmos essas informações com as chefias da unidade tivemos que nos restringir apenas a descrever os dados obtidos através das observações e entrevistas.

Na unidade estudada temos apenas enfermeiras e técnicas de enfermagem, sendo que as atribuições e responsabilidades de cada categoria profissional são:

- Enfermeiras: supervisionar o trabalho das técnicas; distribuir as técnicas nos setores de acordo com a demanda; solicitar refeições para pacientes e acompanhantes; conferir materiais e equipamentos da área restrita; conferir materiais da ambulância e o seu trânsito; realizar admissão de pacientes; visitar pacientes, leito a leito, realizando a consulta de enfermagem e aplicando a SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem); realizar curativos; realizar procedimentos privativos das enfermeiras como sondagens e punção

venosa de jugular externa; realizar a classificação de risco; informar equipe médica em caso de intercorrência; e participar da passagem de plantão.

- Técnicas de enfermagem: realizar punção venosa; administrar a medicação prescrita; administrar dietas; coletar material para exames; aferir sinais vitais; garantir higiene e conforto dos pacientes; realizar aspiração de secreções de vias aéreas superiores; conferir, repor e limpar materiais e equipamentos nos setores; auxiliar médicos e enfermeiras durante procedimentos complexos; informar enfermeira e equipe médica em caso de intercorrência; e participar da passagem de plantão. Todos os procedimentos realizados e as observações clínicas devem ser registrados em impressos próprios.

Em geral as regulamentações profissionais da enfermagem reforçam o modelo no qual as enfermeiras teriam um trabalho mais gerencial e administrativo, cabendo a elas o controle sobre o trabalho das técnicas e auxiliares de enfermagem, sendo que para outras categorias caberia apenas as tarefas relativas ao cuidado direto dos pacientes. Percebemos também que nisso há uma tentativa de simplificação do trabalho, principalmente, das técnicas e auxiliares. Desse modo, passam a ideia de que essas trabalhadoras seriam apenas “meras executoras”.

Na prática percebemos que, em certa medida, tais categorias profissionais chegam a cumprir essas funções determinadas. A enfermeira, por exemplo, assume suas funções gerenciais quando desempenha atividades como elaborar plano de atividades diárias e escala de plantões, supervisionar atividades das técnicas, revisar medicações.

Através da divisão técnica e social do trabalho na enfermagem, temos o estabelecimento de relações de poder hierárquicas e desiguais, diferenciando assim as enfermeiras das técnicas/auxiliares¹¹⁷. São essas relações que estabelecem o papel de controle das enfermeiras sobre as demais profissionais de enfermagem.

“Ué, o profissional tem que ser bem disciplinado, ele tem que respeitar hierarquia, uniforme como tá, se tá tudo certinho. Não quero que deixe nenhum setor vazio, sem funcionário. (...) O coordenador não precisa tá saindo lá de dentro pra tá pedindo isso pros técnicos e pros funcionários. Por exemplo, tem um funcionário aqui no fluxo, tem que ficar no fluxo orientando. Eu sou um pouco chata, o pessoal aqui me chama ‘chegou o militar’. Num tem que ficar aqui sentado, você num tá aqui pra isso. Tem que orientar o paciente, sempre tem alguma coisa pra fazer. Se é pra organizar o fluxo, então vamos organizar”. Enfermeira Dandara

“Por exemplo se eu chego lá na medicação e tem alguém sem luva eu chamo a atenção, converso. Mas tudo com classe né, porque você num precisa ser grossa e nem humilhar

ninguém pra tá falando, mas eu sou bem exigente, eu cobro as coisas mesmo. Não quero setor sozinho, então eu não quero! Se tem mudança de decúbito tem que ser feita, tem que ser feita! Se tem funcionário suficiente, é aquele negócio, a unidade tem que te oferecer base pra você desenvolver um bom trabalho. E assim, eu sou bem chata mesmo. Se é pra entrar às 10 horas da manhã, às 10 horas você tem que estar no setor. Andei até tendo um problema aí porque funcionário chega e num se apresenta. Num é bem assim. Você chegou atrasado, tem ir lá se apresentar, ‘eu cheguei atrasado e vou poder pegar plantão ou não?’. Então, o meu chefe ele cobra muito isso da gente. E ele num fala nada com os técnicos, ele fala com a gente. (...) Igual, aqui todo mundo precisa ir ao banheiro, claro que precisa, ninguém vai ficar aqui em pé o dia inteiro. Mas bate na porta, ‘enfermeira tô indo no banheiro’, num é simplesmente sai e larga”. Enfermeira Dandara

Os relatos acima explicitam como a enfermeira cumpre sua função no cotidiano. Percebemos que ela cumpre o papel de ser o elo entre a direção e as profissionais de enfermagem. Cabe a essa enfermeira a cobrança e o controle em relação à disciplina e à hierarquia. A maneira rígida como ela desempenha suas funções faz com que a mesma seja comparada a um militar pelas outras profissionais.

A assistência de enfermagem na unidade é organizada pelas enfermeiras, distribuindo as profissionais em setores e delegando funções e tarefas. De acordo com a dinâmica do serviço e das demandas apresentadas, essas trabalhadoras são redimensionadas durante o próprio plantão, ou seja, uma profissional que inicia o plantão na sala vermelha pode durante o plantão ir para medicação e depois voltar para a sala vermelha. Durante as observações essas situações ocorreram diversas vezes.

Enfermeira Olga: A gente também tem que ver os setores. Por exemplo, hoje eu tô aqui e tem dois técnicos aqui na vermelha, mas não tem um paciente. Então o que que eu faço com esses dois técnicos que estão aí?! Eu não vou deixar eles aqui vendo a sala né. (...) Vou pegar esses dois técnicos aqui e vou distribuir eles em outros setores onde estiver precisando mais.

Pesquisador: E como é que eu escolho quem que vai pra onde?

O: Se o setor daqui tá vazio eu tiro os dois daqui, tiro os dois de uma vez, e posso colocar os dois por exemplo na sala de hipodermia, medicação, que é um lugar que enche mais. Na amarela eu tenho quatro técnicos, cinco, hoje eu tenho uma na pediatria também. Então não adianta pegar esses dois e botar lá porque senão ficam 7 e não há necessidade, medicação é o tempo todo com muito paciente, então eu pego os dois daqui e boto lá pra medicação. Chegou vermelha, volta os dois pra cá.

P: Então eu escolho o lugar que tá precisando mais?

O: Sim, sim! Se na amarela tem muito técnico de repente e não tem muita coisa pra fazer eu também vou colocar eles pra medicação, mas na amarela sempre tem muita coisa pra fazer normalmente, nunca tá vazinha, é muito difícil. Já peguei amarela com 2 (pacientes internados), tudo bem, é tranquilo. Aí, tem os técnicos que chegam às 10 horas e os de 7

horas já fizeram tudo. Como os de 10 num fizeram nada, aí eu coloco eles na hipodermia (sala de medicação) pra dar uma ajuda lá.

P: E nessa amarela, você falou que tem 4 e lá tá tranquilo, como é que eu faço pra escolher entre os 4 pra tirar um pra verde?

O: Olha, eu normalmente chego e pergunto 'Quem pode ajudar lá na medicação por favor?' pra eles se oferecerem. Eu não quero chegar pra impor um pra ir, eu prefiro não colocar assim, eu pergunto assim quem pode ajudar lá na medicação que a medicação tá lotada, aí eles se oferecem.

P: Então você espera eles?

O: Eu não gosto de ir assim, 'ah fulano vai pra lá'. Eu não gosto disso.

P: E se ninguém quiser?

O: Se ninguém quer ir, aí eu falo, 'fulano você vai pra lá'.

P: Aí como você escolhe?

O: Eu costumo escolher quem chega no último horário, se eu tiver que escolher né, porque os primeiros acabam trabalhando mais. Porque de manhã cedo no caso já tem muito banho, o pessoal que chegou cedo já fez muita coisa.

Ainda sobre a organização da assistência de enfermagem um fato nos chamou a atenção durante as observações - elas prestam uma assistência baseada nos cuidados integrais, que é uma modalidade na qual cada trabalhadora presta todos os cuidados de enfermagem a um paciente ou grupo de pacientes¹⁴. Em muitos locais ainda podemos encontrar o cuidado sendo prestado de forma fragmentada, ficando cada profissional responsável por uma tarefa relativa ao cuidado do paciente, ou seja, alguns ficam responsáveis só pela medicação, outros pelos banhos e assim por diante. Essa modalidade, que tem mais proximidade com o modelo taylorista, é denominada de cuidados funcionais, na qual os cuidados são organizados na forma de tarefas, que têm um fim em si mesmas. Por tudo isso podemos considerado a assistência baseada no cuidado integral um diferencial, uma vez que a mesma permite uma visão global do paciente que recebe os cuidados⁶.

Outro fato é que assistência direta é desenvolvida pelas técnicas, entretanto, quando se faz necessário, as enfermeiras também assumem os cuidados diretos. Elas atuam realizando procedimentos terapêuticos privativos das enfermeiras, principalmente em situações de emergência.

Pesquisador: Normalmente como é que é, eu tenho que ajudar no banho? Somente os técnicos que dão banho?

Enfermeira Olga: Se for necessário a gente ajuda. Hoje mesmo tinha uma paciente que toda hora tava lá chorando e chorando, aí eu fui lá falar com ela, ajudei os técnicos a dar banho, acabei trocando a fralda, ela tinha acabado de fazer cocô aí ajudei a limpar lá, aí

conversei com ela depois porque ela precisava de atenção. Mas às vezes também não dá tempo, porque você também tem o seu trabalho pra fazer, aí eles acabam fazendo porque eles são bastantes até. Mas se achar que dá pra ajudar, eu vou lá e ajudo também, num tem problema, vem o almoço, às vezes tem paciente que tem que dar comida na boca aí eu vou lá e ajudo, num é só eles entendeu.

A atuação das enfermeiras nos cuidados diretos é reconhecida por elas próprias como um fator que colabora para o respeito perante as outras profissionais.

“E os técnicos esperam o que do enfermeiro?! Enfermeiro que tá sempre presente, tá ali lutando com eles, punir na hora que tem que punir, mas tá junto com eles. Cê tem que tá ali na assistência, fazer com que a equipe te enxergue mesmo como enfermeira. (...) Como é que você vai conquistar isso?! Ali no dia a dia, mostrando o seu trabalho. Ali dá um problema, você vai lá, tenta resolver, eu me sinto muito satisfeita quando eu tô aqui, eles me chamam lá na medicação pra resolver um problema e eu consigo resolver. Como isso me faz bem. Eu acredito que eles esperam isso de um enfermeiro. Justo sempre, um enfermeiro responsável que tá ali fazendo, atuando mesmo, fazendo o que compete ao enfermeiro. Treinando a sua equipe e vendo as deficiências da equipe, identificando de uma maneira geral e tentando resolver”. Enfermeira Dandara

Enquanto algumas atribuições estão escritas como normas, outras se encontram não escritas, mas sim como inscritas à prática, isto é, como algo não bem definido mas que está subentendido enquanto atribuição. Destaca-se, entre essas atribuições não escritas a responsabilidade pela resoluções de problemas de diversas ordens. Neste caso são as enfermeiras que se tornam as referências para a resolução desses problemas.

“Então, eles sempre procuram o enfermeiro né, então eu sou enfermeira, eles sempre procuram a gente pra tá solucionando e resolvendo alguns problemas aqui em relação à assistência ou até mesmo a checagem de algum medicamento que às vezes tem alguma dúvida, aí a gente intervém e tenta resolver direto”. Enfermeira Simone

“Pelo que eu vejo aqui as enfermeiras são bem capacitadas pra atuar, pra resolver os problemas, porque às vezes acontece tanta coisa durante um dia, uma coisa ou outra, é paciente que mora fora do município, como é que você vai orientar aquele paciente?! Aí sempre cria alguma coisa, cada uma traz uma novidade”. Enfermeira Dandara

Assim, a enfermeira assume o papel daquela que ajuda sempre que necessário, que tem a capacidade de resolver diversos problemas e por isso se torna uma referência, uma liderança. Esse papel socialmente estabelecido acaba sendo internalizado pelas enfermeiras, tornando-as responsáveis por muitas tarefas essenciais para o serviço.

Devido a essa responsabilidade as enfermeiras ficam expostas a situações de grande complexidade, que estão relacionadas às inúmeras decisões que devem ser tomadas. Essas decisões devem levar em consideração muitos aspectos, que envolvem lógicas distintas que

muitas vezes podem ser até contraditórias. Contudo, é no encontro dessas diversas lógicas que se insere o debate sobre a atividade de trabalho.

... a atividade de trabalho é sempre um encontro entre micro e macro: no caso dos serviços de saúde, um encontro entre, de um lado, diferentes profissionais (com seus saberes particulares e distintas formas de inserção no processo), usuários (com suas histórias de vida e condições clínicas), chefias, equipes, tecnologias; de outro lado, políticas e programas de saúde, legislações, a estruturação da rede assistencial e etc. Atividade como encontro que envolve lógicas distintas: a lógica do cuidado, a lógica da gestão do serviço e a lógica financeira. O “trabalho real” acontece neste encontro, e é o trabalhador, individual e coletivamente, que faz a gestão de tudo isso no cotidiano, muitas vezes “se virando”. É nesse sentido que “trabalhar é gerir”, e que a atividade de trabalho envolve sempre criação⁸¹ (p.291-2).

Esses encontros colocam as trabalhadoras de enfermagem em situações nas quais são pautadas por diversas demandas, colocando-as em dilemas, em dramas, que na ergologia são denominados dramáticas dos usos de si. Para Schwartz “é efetivamente na atividade de trabalho que se manifesta a dialética do uso de si, ou seja, a maneira singular pela qual os homens e mulheres fazem usos deles próprios em função deles próprios e daquilo que os outros lhe demandam”⁸⁴ (p.70). Portanto é assim, vivenciando essas dramáticas, que essas trabalhadoras fazem as suas escolhas.

Então, quando falamos em atividade estamos falando de algo mais complexo, que leva em consideração tudo que é dado antes de iniciar a atividade, mas que também considera o acaso e as variabilidades. Por isso, também podemos definir a atividade de trabalho como um processo de regulação e gestão dessas variabilidades e do acaso⁸¹.

Por mais que sejam criadas normas elas serão sempre insuficientes. Eis aí a nossa principal crítica ao taylorismo, que através de suas preocupações em organizar e controlar o trabalho, tentou dividir, pormenorizar e simplificar as atividades desempenhada pelos trabalhadores. Esse modelo tentou reduzir o papel dos trabalhadores a “mero executores”, ignorando e menosprezando as habilidades, as experiências, a inteligência e principalmente a subjetividade dos trabalhadores¹⁰⁹.

Para a ergologia, o trabalho nunca é pura execução, pois o meio é sempre infiel. Isso significa que por mais que tentemos nunca conseguiremos listar tudo aquilo que constitui um meio de trabalho^{84,109}. E isso se torna mais evidente no que diz respeito ao trabalhador de saúde. Além da singularidade da atividade do trabalho em si, ainda há o fato do objeto de trabalho ser uma pessoa. Um ser humano cuidando de outro ser humano. Isso

não quer dizer que as normas e prescrições devam ser abandonadas, mas que a elas devam se somar à imprevisibilidade e à singularidade de cada encontro.

Mesmo que tenhamos várias tentativas de normalizar o trabalho, devemos entender que a vida, segundo a teoria de Georges Canguilhem, se define principalmente por essa capacidade de gerir essas infidelidades do meio e de criar suas próprias normas. Viver não pode se restringir a executar instruções, se submeter a imposições, regras, normas. Sobretudo, ser determinado completamente pelo meio não é viver e sim algo profundamente patológico⁸⁴.

Enfim, por mais que tais categorias cumpram várias dessas tarefas determinadas por uma certa divisão do trabalho, temos que estar atentos que isso ainda é muito pouco para compreendermos a atividade de trabalho. E que por mais que se tente normalizar esse trabalho sabemos que ele não é simples, que sempre há escolhas, que são realizadas pelas trabalhadoras considerando o seu conhecimento, sua experiência e os seus valores.

5.2.2. Prescrições, normas e valores da unidade

O trabalho da enfermagem enquanto prática social não é orientado somente pela profissão, mas influenciado também pelo contexto econômico, social e político no qual se insere, incluindo a política de saúde em vigor e as normas institucionais. Por isso também é importante conhecer outros aspectos relativos a prática das profissionais de enfermagem da unidade pesquisada.

As Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24 h), são estabelecimentos de saúde de complexidade intermediária entre as Unidades Básicas de Saúde/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, devendo com estas compor uma rede organizada de atenção às urgências. Elas devem funcionar de modo ininterrupto nas 24 horas, em todos os dias da semana, incluídos feriados e pontos facultativos, acolhendo os pacientes e seus familiares sempre que eles buscarem atendimento. Essas unidades devem prestar atendimento resolutivo e qualificado aos pacientes acometidos por quadros agudos ou agudizados de natureza clínica e prestar primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica ou de trauma, estabilizando os pacientes e realizando a investigação diagnóstica inicial, definindo, em todos os casos, a necessidade ou não, de encaminhamento a serviços hospitalares de maior complexidade^{23,25}.

Tais unidades orientam-se pelos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e da Rede de Atenção às Urgências, de universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação e controle social, acessibilidade, humanização, trabalho em equipe e multiprofissional, entre outros²³.

Especificamente na UPA pesquisada, além desses princípios e diretrizes, ela também se orienta por sua missão, visão e valores^k que seriam os seguintes:

- Missão: Acolher e oferecer com qualidade pronto atendimento 24h em casos de urgência e emergência de baixa e média complexidade; dar retaguarda às unidades básicas de saúde; diminuir a sobrecarga dos hospitais de maior complexidade; acolher, intervir em sua condição clínica e referenciar para a rede básica de saúde, para a rede especializada ou para internação hospitalar; e ser observatório do sistema e da saúde da população para planejar melhor a atenção integral à saúde do cidadão.
- Visão: Ser referência nacional no atendimento pré hospitalar fixo em urgências e emergências de pequena e média complexidade oferecendo resolutividade.
- Valores: Humanização, ética, comprometimento, trabalho em equipe, eficiência e busca contínua pela excelência em serviço.

Em grande medida as orientações supracitadas estão em consonância com os princípios e diretrizes do SUS e da Rede de Atenção às Urgências, o que acaba reforçando-os em nível local.

➤ **Finalidade da unidade**

Do mesmo modo que as prescrições, as normas antecedentes podem ser contraditórias, implicando uma permanente tensão entre princípios, regras, modelos, formação técnico-científica, recursos disponíveis, etc.⁸². Tivemos como um ponto de conflito encontrado durante a pesquisa as diferentes concepções acerca da finalidade daquela unidade.

Muitos usuários que procuram atendimento na unidade são classificados como não-urgentes. Os motivos pelos quais eles procuram a unidade podem ser vários como: garantia do acesso ao serviço de saúde; fluxo e localização geográfica privilegiada; possibilidade de

^k Informações retiradas do sítio eletrônico: <http://smsdc-upa-manguinhos.blogspot.com.br/p/e-uma-unidade-de-saude-que-funciona-em.html> Acessado em 30/04/2014

realizar exames complementares; receber medicações não disponíveis na atenção básica; e as concepções e experiências anteriores relacionadas ao acesso e resolutividade do serviço de saúde^{59,61}.

Além disso, devemos considerar a percepção dos usuários sobre o seu estado de saúde, que parte de uma auto avaliação sobre o que seria simples ou grave. Assim eles podem procurar atendimento ao apresentarem alterações de saúde que consideram importantes⁶¹.

Se por um lado, os usuários atribuem como finalidade da unidade o atendimento a diversos tipos de demandas, por outro, muitas profissionais de enfermagem acreditam que a finalidade daquele serviço deveria ser atender somente urgência e emergência. Segundo elas muitas vezes atendem casos que poderiam ser atendidos em outras unidades.

“É um trabalho que a gente tem com os pacientes, assim, eles vêm com a patologia que é pra ser tratada na hora, depois ele vai ter que procurar uma clínica da família pra ver um tratamento. Aqui é um pronto atendimento, pra ver o que o paciente tá sentindo naquele exato momento. Depois, ele vai ter que investigar na clínica da família o que ele tem, qual a patologia.” Técnica de enfermagem Pagu

“A maior dificuldade que eu acredito que seja é, por exemplo, você traz seu filho aqui, uma mãe que traz seu filho, mas às vezes o atendimento daquela criança num é pra cá, num é aqui. Vamos supor, piolho, você num retira piolho aqui. Um abscesso, você num vai drenar nada aqui, você num tem uma sala específica. O maior desafio é você fazer com que aquela pessoa entenda que o atendimento dela não é pra cá.” Enfermeira Dandara

Mesmo discordando, algumas vezes essas profissionais até reconhecem a dificuldade do usuário em sua trajetória em busca de atendimento e tratamento adequado da sua demanda, se sensibilizando pelo sofrimento do outro.

“Porque às vezes também eles querem otimizar o atendimento deles, querem chegar aqui e fazer tudo” Enfermeira Dandara

Por meio das observações e entrevistas tivemos a impressão que a finalidade atribuída àquele serviço pelas profissionais de enfermagem estava baseada em uma concepção biomédica. Em certa medida podemos considerar isso como plausível, tendo em vista que tanto os próprios conceitos de urgência e emergência quanto o processo de classificação de risco têm como foco a avaliação dos casos relacionada ao seu potencial de risco à vida e para isso são utilizados diversos critérios clínicos, baseados principalmente na anatomia e fisiologia.

Diante disso, é importante salientar que os significados de urgência para os profissionais e para a população são distintos, como também são diferentes os conceitos de doença e saúde em suas definições biomédicas e nas representações e práticas, que variam segundo segmentos e culturas da sociedade. Para os profissionais, as urgências estão relacionadas às patologias que comprometem a vida ou função vital importante. Para a população, relacionam-se a necessidades variadas (aflição, angústia, abandono e miséria), que requerem ajuda e/ou assistência, com solução imediata a uma dificuldade passageira⁵⁹ (p. 270).

Entretanto, outro elemento também deve ser considerado que é a finalidade atribuída pela gestão institucional. De acordo com as normas que orientam a unidade, aquele serviço busca ser referência no atendimento às urgências e emergências de pequena e média complexidade. Para isso define que o acolhimento às demandas dos usuários deve ocorrer sempre, isto é, todos os casos devem ser atendidos inclusive os de menor gravidade. Isso estabelece uma lógica mais permeável às demandas consideradas não urgentes, recusando assim a possibilidade de a unidade operar apenas pela lógica de urgência e emergência própria das profissionais²⁷.

Sendo assim, as profissionais de enfermagem se encontram em uma situação conflituosa na qual, por um lado, são pautadas pelas demandas dos usuários e pela gestão e, por outro, são pautadas pelas suas próprias normas e valores. Tal situação remete às dramáticas do uso de si, neste caso, uso de si pelos outros quando são demandadas por usuários e pela gestão e, uso de si por si, quando são demandadas por suas próprias normas e valores. A todo momento essas profissionais se veem em situações nas quais devem fazer suas escolhas, e elas a fazem considerando esses “dois lados da mesma moeda”.

Podemos ver isso em diversos momentos e situações durante o trabalho. Um exemplo disso é a negociação em torno do tempo para o atendimento. As profissionais de enfermagem compreendem que uma característica específica daquele serviço é a necessidade do atendimento imediato em alguns momentos. Entretanto, parece que para alguns usuários e familiares ele deve ser sempre rápido, independentemente da situação.

“... em relação a paciente e familiares, eles exigem tudo né. Questão de demora, eles não aceitam que a gente demore pro atendimento, mesmo sabendo que a unidade tá cheia, exigem que a gente atenda na hora. Eles acham que a gente tem que fazer medicação na hora, limpar na hora”. Técnica de enfermagem Alexandra

“Eles esperam uma boa assistência, ter atendimento rápido, que às vezes por mais que você tente agradar o paciente nunca tá satisfeito. Então às vezes num é bem assim, tem paciente que chega aqui dá 10 minutos e já tá reclamando. Então num é bem assim, numa

unidade particular você às vezes também espera pelo atendimento. Aí você tem que tá toda hora explicando” Enfermeira Dandara.

Ou seja, essa diferença nas concepções acerca da finalidade daquele serviço acaba também pautando a disputa em relação ao ritmo do trabalho. Nisso podemos ver que as trabalhadoras sempre serão pautadas pelas demandas que vem de fora (usos de si pelos outros) e as demandas que vem de dentro (usos de si por si).

➤ **Integração com a rede de atenção à saúde**

Entre as diretrizes que orientam a unidade temos uma que é fundamental para o seu bom funcionamento que é a perspectiva do trabalho em rede. Em uma rede de atenção à saúde, os papéis de cada serviço devem ser bem definidos.

A perspectiva de rede também se expressa na obrigatoriedade dessas unidades terem de se articular com outros componentes da rede, sendo retaguarda para SAMU e atenção básica e recorrendo aos hospitais e centrais de regulação, através da pactuação de grades de referência e contrarreferência. A consubstanciação de um fluxo entre os níveis de atenção é fundamental, pois não cabe a essas unidades, considerando tanto seus objetivos, quanto sua estrutura física, permanecer com pacientes por mais de 24 horas²⁷ (p. 27).

Essa articulação entre os serviços de saúde é muito importante, porém, para sua efetivação são necessárias algumas pactuações. Essas pactuações não podem ocorrer somente entre os gestores institucionais e profissionais de saúde, também tem que haver pactuações com a própria população que utiliza os serviços. Sem isso a população poderá ficar desorientada em relação ao funcionamento da rede e muitas vezes não saber qual o tipo de serviço procurar. Conforme podemos ver no diálogo abaixo, isso poderá trazer reflexos na unidade.

*“Mas acho que isso é geral. Porque às vezes eles vêm até com a mala pronta, achando que vai internar, e aqui num é pra isso. Acredito que seja a maior dificuldade mesmo é dizer pra pessoa que num é aqui, que ela num tem que internar aqui por causa disso”
Enfermeira Dandara*

Durante as observações foi relatado pelas profissionais que alguns pacientes às vezes até procuram a unidade em dias específicos, procurando os médicos que atendem em determinados dias. Por exemplo, tem paciente que vai na terça-feira para mostrar resultados de exames, para fazer consulta de retorno. Segundo elas essa lógica não é relativa a unidade de pronto atendimento e sim para unidades ambulatoriais.

Interessante ressaltar também que ao definir os papéis de cada serviço dentro da rede fica estabelecido que as UPA's seriam unidades em que os pacientes deveriam permanecer no máximo por 24 horas²⁵. Extrapolando esse período eles teriam que ser encaminhados para outros serviços.

No contato com as profissionais de enfermagem, percebemos que elas compreendem essa normalização. Contudo, devido a vários problemas na própria rede, como falta de vagas, por exemplo, alguns pacientes acabam permanecendo por um tempo maior na unidade.

“... os pacientes na observação, aqui eles são o quê?! Pra ficar até 24 horas ou o mínimo possível, mas num é o que às vezes acontece. Fica às vezes muito mais que 24 horas aqui. Então a gente tem essa dificuldade” Enfermeira Simone.

Tanto as profissionais quanto as próprias normalizações passam a ideia que aquela unidade deveria ser um local transitório, destinado à realização do primeiro atendimento do usuário e tão logo as suas condições clínicas estivessem estabilizadas, eles receberiam alta ou deveriam ser encaminhados para uma unidade de internação ou unidade especializada. Porém, conforme o relato delas, muitas vezes os pacientes permanecem na unidade por alguns dias. Esse prolongamento da permanência pode potencializar situações conflitantes entre as profissionais e os pacientes e familiares, devido às diferentes concepções acerca da finalidade do trabalho na emergência.

Durante as conversas, outras profissionais também relataram a demora na transferência dos pacientes, entretanto, não observamos tal situação no período em que estivemos na unidade. Parece que isso está ligado ao fato de ter ocorrido nos últimos meses algumas melhorias na regulação de vagas através do SISREG (Sistema de Regulação).

“A gente recebe também vaga 0 pelo Sisreg, o Sisreg regula a vaga 0 mas a gente não tem problemas quanto a isso”. Enfermeira Simone

Pesquisador: Esses pacientes que ficam aqui, eles ficam aqui muito tempo?

Técnica de enfermagem Haydée: Eu tava até comentando isso na hora do almoço. Antigamente era muito mais tempo, era muito mais difícil você conseguir a transferência de um paciente entubado, nenhum hospital queria aceitar. Hoje em dia tá bem mais fácil. Tanto que eu tava com uma paciente fiquei com ela aqui dois dias semana passada e ela já conseguiu uma transferência. Então hoje as coisas tão andando muito mais rápido do que antigamente.

Mesmo com as melhorias na regulação ainda podemos encontrar outros problemas relacionados à integração da rede. Esses problemas estão relacionados tanto à articulação com as unidades hospitalares quanto com as unidades básicas de saúde. Apesar dessas falhas na rede, as profissionais de enfermagem buscam formas de garantir a articulação e integração entre os serviços.

“Bom, aqui nessa unidade a principal dificuldade é o quê?! Transferência! E quando a gente encaminha um paciente e o paciente volta pra gente, aí a gente procura saber o que houve, porque ele não conseguiu ser agendado, e tenta intervir em algumas partes em relação a isso. Porque alguns paciente como eu falei lá no início, eles são direcionados pra atenção básica e nem sempre eles conseguem uma resposta boa. Aí eles voltam pra gente e a gente direciona. Geralmente liga pra clínica que geralmente tem enfermeiro chefe lá e tenta saber por quê, o quê que aconteceu que esse paciente voltou pra gente. O que é que aconteceu que tá havendo falha aí?! Pra ele não ficar voltando sempre sem ter um atendimento ambulatorial ou de algum especialista no caso de uma necessidade”. Enfermeira Simone

“... como é que você vai fazer pra que aquela mãe entenda que o filho dela não vai ser atendido aqui, que o filho dela tem que ir lá na clínica?! É educação mesmo, pra população, é educar mesmo. O pessoal vem aqui: ‘eu quero retirar o ponto’. ‘Mas senhor aqui não retira ponto. ‘Como não, que aqui não retira ponto, tem que retirar’ E aí você tem que explicar tudo pra ele, que isso é lá na atenção básica, lá na clínica da família. ‘Mas essas clínica da família não funciona’. Senhor, não é bem assim, eles tão investindo lá na atenção primária pra poder ficar aqui o paciente que realmente precisa de emergência, porque aí evita que esse paciente fique 3 ou 4 horas esperando. Esse redirecionamento na minha opinião foi ótimo, mas o maior desafio é esse, fazer a pessoa entender que aquele atendimento não é pra cá, principalmente pediatria. É uma luta no dia a dia, a criança passa por aqui e você vai avaliar tudo, mas às vezes aquela criança tem o que, vamos supor, dermatite de contato, às vezes até vacina, e eles exigem que a UPA tem que ter isso tudo”. Enfermeira Dandara

Portanto, mesmo as profissionais julgando que aquela demanda não seria para aquele tipo de serviço elas tentam negociar da melhor maneira possível, tentando buscar outras saídas.

Também podemos perceber no diálogo acima uma negociação em torno dos outros serviços no qual a trabalhadora busca defender a unidade básica e, conseqüentemente, a própria rede. Isso é um fator interessante que mostra que além dela buscar a articulação entre as unidades, também demonstra acreditar naquele projeto.

➤ **Humanização da assistência**

A perspectiva da humanização parte da simples constatação que o SUS é composto por seres humanos e que as práticas de cuidados são construídas no encontro entre eles. Falar em humanização é considerar que os seres humanos são portadores de imperfeições, experiências e sonhos. São seres indivisíveis e integrais, que unem corpo e alma, razão e emoção. É acreditar que esses seres são capazes de gerirem a sua própria vida, de ditarem as suas próprias normas. Sobretudo, quando falamos em humanização estamos enfatizando a importância de voltarmos nossa atenção também para as relações entre os usuários, trabalhadores e gestores.

A ideia de humanizar a assistência é muito interessante, por mais estranho que seja humanizar uma atividade que é essencialmente humana, como é o caso do cuidado. O desafio está em como fazer com que isso ocorra nos ambientes de trabalho, nas práticas de cuidado. Como pedir para alguém que “humanize a sua assistência”? É um dilema muito grande e que não será facilmente transformado em regra, ou seja, qualquer que seja a tentativa de normalizar essa “humanização” será insuficiente. Contudo, devemos reconhecer que várias iniciativas foram feitas tanto no nível da formação profissional quanto na organização dos próprios serviços. Não podemos desconsiderar que a humanização também é uma norma relevante para o exercício da enfermagem nas UPA’s.

A Política Nacional de Humanização (PNH) parte de conceitos e dispositivos que visam à reorganização dos processos de trabalho em saúde, propondo transformações em duas vertentes interligadas: (i) nas formas de produzir e prestar serviços à população (eixo da atenção) e; (ii) nas relações sociais, que envolvem trabalhadores e gestores em sua experiência cotidiana de organização e condução de serviços (eixo da gestão). Defende-se a ideia de indissociabilidade entre atenção e gestão, o que aponta para a valorização e crescimento dos trabalhadores no momento mesmo em que interagem com seus pares e sua clientela (população), resultando em um aprendizado mútuo e contínuo. Pelo lado da gestão, busca-se a implementação de instâncias participativas de decisão (colegiados) e de horizontalização das “linhas de mando”, valorizando o trabalho em equipe, a “comunicação lateral”, e democratizando os processos decisórios, com co-responsabilização de gestores, trabalhadores e usuários. No campo da atenção, reforça princípios centrais do SUS, de acessibilidade e integralidade, avançando para o que se tem nomeado como “clínica ampliada”, capaz de melhor acolher e lidar com as necessidades dos sujeitos¹¹⁸ (p. 4).

Em síntese, a PNH, enquanto movimento de mudança dos modelos de atenção e gestão, possui três princípios a partir dos quais se desdobra enquanto política pública de

saúde: inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde, transversalidade e autonomia e protagonismo dos sujeitos.

No campo da saúde, humanização diz respeito a uma aposta ético-estético-política: ética porque implica a atitude de usuários, gestores e trabalhadores de saúde comprometidos e corresponsáveis, tomando a defesa da vida como eixo de suas ações; estética porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de produção da saúde e de subjetividades autônomas e protagonistas; política porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz, política também porque se refere à organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS¹¹⁹.

O compromisso ético-estético-político da humanização do SUS se assenta nos valores de autonomia e protagonismo dos sujeitos, de co-responsabilidade, de solidariedade dos vínculos estabelecidos, dos direitos dos usuários e da participação coletiva no processo de gestão¹¹⁹. A PNH busca ser uma política transversal, uma política que perpassa todos os aspectos do SUS: desde a estrutura do Ministério da Saúde até as questões relativas à assistência e à gestão.

Em busca da operacionalização de tal política algumas diretrizes específicas foram estabelecidas para os serviços de saúde. Para urgência e emergência foram estabelecidas as seguintes diretrizes¹¹⁹:

- acolher a demanda por meio de critérios de avaliação de risco, garantindo o acesso referenciado aos demais níveis de assistência;
- comprometer-se com a referência e a contra-referência, aumentando a resolução da urgência e emergência, provendo o acesso à estrutura hospitalar e a transferência segura, conforme a necessidade dos usuários;
- definir protocolos clínicos, garantindo a eliminação de intervenções desnecessárias e respeitando as diferenças e as necessidades do sujeito.

Para efetivação dessas diretrizes são utilizados alguns dispositivos, podendo-se destacar como um dos principais nas UPA's, o acolhimento com classificação de risco. Para entender tal dispositivo é importante entender primeiro do que se trata os conceitos de acolhimento e classificação de risco.

O acolhimento é um processo constitutivo das práticas de produção e promoção de saúde que implica responsabilização do trabalhador/equipe pelo usuário, desde a sua chegada até a sua saída. Ouvindo sua queixa, considerando suas preocupações e angústias, fazendo uso de uma escuta qualificada que possibilite analisar a demanda e, colocando-se os limites necessários, garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços (visando à horizontalidade do cuidado) e redes externas, com outros serviços de saúde, para continuidade da assistência quando necessário¹²⁰.

Já a Classificação de Risco deve ser entendida como uma mudança na lógica do atendimento, permitindo que o critério de priorização da atenção seja o agravo à saúde e/ou grau de sofrimento e não mais a ordem de chegada (burocrática). É realizada por profissional da saúde que, utilizando protocolos técnicos, identifica os pacientes que necessitam de tratamento imediato, considerando o potencial de risco, agravo à saúde ou grau de sofrimento e providencia, visando o atendimento adequado a cada caso, de forma ágil¹²⁰.

Portanto, ao falarmos de acolhimento estamos falando de um processo que é transversal, que não se limita a um momento, a um local ou a um profissional, é algo que deve estar presente nas práticas de cuidados e de gestão, é uma postura ética que deve nortear essas práticas. E dentro desse processo temos a classificação de risco, que é uma “ferramenta” para reorganização desses serviços.

Por mais que siga orientações a partir de protocolos baseados em critérios clínicos essa classificação de risco nunca ocorre da mesma maneira. Sobre esse aspecto foi possível observar durante a pesquisa como as variabilidades leva essas profissionais realizem a transgredirem. Na fala abaixo temos um exemplo disso.

“... porque às vezes é 'eu sou hipertenso sem tratamento'. Num vai fazer o tratamento aqui. 'Ah, mas eu vim buscar uma receita'. Senhor, não é aqui. Então se eu deixar aquele paciente entrar eu não tô educando ele. Claro que se ele tiver com a pressão alta aqui no momento ele vai entrar. 'Senhor, o senhor ainda tem um pouquinho de remédio?' 'Sim senhora'. Ai eu vou: 'O senhor vai nessa clínica da família, que o senhor vai ser agendado e o senhor vai fazer o seu tratamento. Não adianta o senhor ter um pico hipertensivo, vir aqui e passar pelo médico, isso não resolve'. Aí eu fico ali em cima, mas não vou ceder, porque senão você não educa. É claro que tudo às vezes tem uma exceção. Cê vai ver a pessoa tá sem remédio, tá com a pressão altíssima naquele momento, como é que você vai mandar uma pessoa embora com a pressão alta, ela vai entrar. Ela vai passar pelo

médico, que vai dar uma receita, aí ele volta aqui e eu dou o encaminhamento, o remédio tá aqui e dá pra o senhor tomar, mas vá lá agendar uma consulta. Eu faço isso, eu sou bem rígida, num abro mão assim não. Eu gosto, eu luto mesmo, eu sempre tento melhorar”. Enfermeira Dandara

Interessante perceber nisso a negociação entre a pessoa que busca atendimento e a enfermeira que realiza a classificação. Ao dizer “tudo às vezes tem exceção” podemos identificar uma abertura para fazer de outra forma, proceder de outra maneira. E mesmo em casos parecidos, as saídas poderão ser diferentes. Há também neste relato uma demonstração de responsabilização pelo caso, de garantir tanto o atendimento naquele momento quanto uma orientação para continuidade do tratamento.

A responsabilização, ou melhor, a co-responsabilização é um valor fundamental para a humanização. É interessante saber que um profissional se preocupa com o sofrimento do outro e que busca solucioná-lo junto com ele.

“Aí eu chego, eu sempre costumo dar uma olhada pra saber se tem clínico, se vai ter pediatria. Ah, não vai ter pediatria hoje, aí eu procuro saber, peço na administração pra entrar em contato com as outras UPA’s, pra você tá orientando as mães né. Mesmo assim eu peço sempre pra deixar as crianças entrarem, pra serem avaliadas, vê se tem algum risco.” Enfermeira Dandara.

No relato acima percebemos que apesar da falta de pediatra a enfermeira se preocupou em avaliar a criança para saber se ela corria algum risco de morte. Além disso envolveu outros sujeitos (administração e a própria mãe) para buscar uma solução para o problema. Além dessa responsabilização, também se pressupõe que o acolhimento seja resolutivo.

“Porque às vezes eles vêm também em busca de atendimento, e eles esperam um bom tratamento, uma boa assistência, com respeito, com dignidade. O paciente num é idiota, num precisa ficar paparicando, eu nem gosto disso. Entrou, é tratar ele bem, porque o que eles esperam é isso, uma solução pro problema deles, é isso que eles querem. Por exemplo, às vezes eles não sabem que aqui não tem médico ortopedista, mas o que é que eu faço, eles num sabem mesmo, às vezes um termômetro eles num sabem colocar. É falta de orientação, eles chegam aqui, te traz um problema, você tem que mostrar a solução pra ele, tem que orientar. Explicar que não tem ortopedista, mas ele tá com dor naquele momento, ele vai ser atendido, e ele vai voltar e você vai dar o encaminhamento. Ele espera que você resolva o problema dele, ele espera isso, e um atendimento digno né, de qualquer pessoa”. Enfermeira Simone

Novamente percebemos o aspecto da responsabilização, mas também temos que enfatizar o aspecto da resolutividade, pois é ele que orienta a procura por esse serviço.

Quando um usuário procura um serviço uma das principais coisas que ele busca é a solução do seu problema. No caso acima, mesmo sem ortopedista pelo menos a dor daquele paciente foi amenizada, o que talvez tenha sido um grande alívio para ele naquele momento.

“Porque o paciente sai daqui num é mandado embora não, vai lá pro lugar tal. Tem todo um sistema que ele já sai daqui com um encaminhamento. Então, num é ‘tá aqui senhora, é isso e isso’, eu explico tudo, explico tudo de novo, às vezes é orientar mesmo o paciente. Quanto maior o desafio eu gosto e eu enfrento. Eu num corro não, porque senão se você já chegar e ‘a saúde tá isso, tá precária’, e você não faz nada pra mudar então não adianta. Porque às vezes eu perco 15 ou 20 minutos aqui, com um paciente, mas será que eu perdi tempo?! Não, não perdi. Eu tô ali mesmo lutando”. Enfermeira Dandara

Na fala acima fica claro que o acolhimento ocorre de forma resolutiva, que o usuário deixará a unidade com algum tipo de encaminhamento. Mas também chama a atenção o fato que, apesar das adversidades encontradas, aquela trabalhadora através de sua relação com usuário consegue construir pequenas mudanças. Ao enfrentar esses problemas ela se sente desafiada, o que nos parece satisfazê-la bastante.

A humanização também deve estar explícita nas práticas de cuidados e gestão nas relações entre usuários e profissionais. São através dessas relações que podemos observar essa postura ética-estética-política. Durante a pesquisa foi possível observar algumas situações que através de algumas entrevistas nos provocaram sobre o assunto. Abaixo colocamos alguns trechos dessas entrevistas.

Pesquisador: E tem alguma forma que eu precise saber que vá caracterizar mais o seu trabalho?

Técnica de enfermagem Haydée: Eu acho que a gente tem que chegar pro paciente e falar bom dia. Falar com o paciente mesmo que ele esteja entubado, mesmo que ele esteja sedado, porque ele está nos ouvindo. Conversar ‘vamos lá, vamos melhorar, vamos sair dessa’. Dar força pro paciente. Pra ajudar, mesmo que ele esteja entubado. Porque eu acho que o paciente escuta e já tem casos verídicos que eles lembram. Então eu acho que você tem que ser o mais atencioso possível.

Na situação acima, mesmo lidando com toda debilidade do usuário aquela trabalhadora buscou se comunicar com ele. Buscou atuar de uma forma que vai além de um mero procedimento. Ela apenas buscou dar atenção para aquele usuário, tratando-o com respeito e dignidade.

Ao proceder de tal maneira a trabalhadora nos faz retomar o debate sobre a proposta da clínica ampliada, algo tão intrínseco à própria política de humanização.

Analisando essa situação podemos perceber que sua atuação esteve em consonância com a proposta ao demonstrar o seu compromisso com o sujeito e não apenas com a doença, sabendo que aquele sujeito era muito maior que o seu diagnóstico.

Muitas vezes o que se busca dessa relação usuário-profissional está bem além da clínica e dos procedimentos, muitas vezes o que se busca é uma simples atenção, uma simples escuta.

“Eles esperam que acolha o paciente bem. Basicamente a gente saber lidar com a pessoa que vem de fora. Que geralmente eles vêm com tudo né. Porque tem uns que vêm de fora, eles vêm assim, como eu posso dizer, eles vêm esperando alguma coisa maior, mas a gente dá o maior da gente, o que a gente sabe fazer. Assim, eles querem a cobrança de dar atenção pra eles né, eles querem a atenção nossa direcionada pra eles, tanto eles como a família. Porque geralmente chega um pessoal de idade aqui, tem vezes que eles vem pra cá mas o que eles querem é atenção. Num é que eles têm uma doença, é que eles querem uma atenção que em casa eles num têm, aí eles vem procurar aqui”. Técnica de enfermagem Pagu

As relações entre usuários e profissionais não são simples, estar disposto para dar essa atenção às vezes é uma tarefa bem complexa. Entretanto, ela faz parte do cotidiano do trabalho da enfermagem.

Pesquisador: E se a pessoa não me tratar bem?

Enfermeira Olga: Aí você como profissional, você vai tratar ela bem da mesma forma. Você vai escutar, eu sei que às vezes a pessoa não tá bem, mas a gente tenta levar uma conversa numa boa com o paciente né, a gente tem que respeitar também porque às vezes naquele momento ele num tá bem. Mas depois vai e ele vai acostumar com a gente e trata super bem.

P: E como deve ser essa conversa, eu devo chegar mais formal, mais descontraído?

O: Eu acho importante ele chegar mais descontraído. Porque a gente tem que falar bem mesmo a língua deles, a palavra deles mesmo do dia-a-dia, pra eles entenderem a gente né. Se a gente falar tudo em termos técnicos, eles não vão entender, aí é falar mais na forma deles.

Nisso vemos a importância de compreender o outro e reconhecer o seu momento. Saber que em alguns momentos o diálogo não será estabelecido. Também é enfatizada a necessidade de estar disposto a escutar, não somente o usuário, mas também os seus acompanhantes.

Pesquisador: E aí escuta só eles ou o acompanhante...

Enfermeira Olga: Eu escuto acompanhante também, acompanhante ajuda muito.

P: E aí às vezes o paciente não quer falar comigo, mas o acompanhante tá me colocando alguma coisa, eu tenho que resolver também?

O: Se o acompanhante estiver colocando alguma coisa você escuta o acompanhante e vê também pra resolver o que tiver que resolver, porque às vezes o paciente não tá querendo falar, mas a noite, passou a noite inteira com ele, eu tô pegando o plantão agora, então eles sabem dizer muita coisa, e é importante escutar o acompanhante também.

P: Tem coisas que o acompanhante te relata também que te ajuda a entender?

O: Eles relatam, por exemplo, às vezes o que aconteceu com a família, às vezes o paciente tá aqui e vem um acompanhante e porque que o paciente é rebelde assim, porque ele vem da casa, foi expulso de casa pelo pai, aí vem um acompanhante que é irmão... São muitas histórias... Às vezes são usuários de drogas, aí o acompanhante fala, são muitas histórias...

Essas informações colhidas com os familiares também são importantes para conhecermos melhor aquela história. Isso também poderá ajudar muito na abordagem àquele usuário.

Pesquisador: E aí o que eu faço?

Enfermeira Olga: Você anota essas informações na sua evolução e passa também pro chefe de equipe, pra equipe médica, porque são provas né, aí eles passam também na visita.

P: E essa informação modifica alguma coisa na minha forma de abordar o paciente?

O: A abordagem, dependendo de quem seja, às vezes um usuário de drogas, precisa de uma abordagem da gente escutar mais o paciente. Eu sei que às vezes ele é rebelde, vai falar um monte de coisa, mas você tem que saber também não ficar e deixar ele pra lá. Pelo contrário, tem que escutar mais ele, tem que tá sempre junto, acolher aquele paciente, porque aí ele vai começar a confiar na gente, passar uma confiança pra ele pra ele tentar começar a interagir melhor.

P: Isso é importante dele saber pro dia-a-dia?

O: Com certeza, porque tem paciente que fica aí vários dias, aí conforme o dia a dia vem melhorando com a gente também. Porque às vezes ele é rebelde, mas aí vai conhecendo a gente, mas como eu sou diarista, vão virando praticamente nossos amigos também. Eles vão pegando confiança na gente. O relacionamento fica melhor né.

O interesse pela história de vida desse paciente pode ser determinante para o estabelecimento da confiança. Na perspectiva da humanização poderíamos falar em estabelecimento de vínculo, uma vez que estamos tratando de uma situação em que, através do compartilhamento de experiências, ocorre uma aproximação entre usuário e trabalhadora. Isso significa um encontro entre sujeitos com suas intenções, interpretações, necessidades, razões e sentimentos, que mesmo em situações de vida diferente estabelecem um vínculo, gerando uma ligação afetiva e ética entre ambos, numa convivência de ajuda e respeito mútuos¹²⁰.

Pesquisador: E como faço pra ganhar essa confiança?

Enfermeira Olga: Dou sempre uma atenção maior pra ele, ter uma ausculta qualificada, escutar tudo que ele fala. Dar um tempo ali com ele, dando atenção. Num é só ir dando remédio e sair né, a gente tem que ter um tempo com o paciente. Ele tá precisando ali da gente.

P: Quanto tempo ele pode dispende assim com cada paciente pra não atrapalhar o trabalho?

O: Aí depende, porque assim, tem paciente que não precisa tanto de fazer essa ausculta toda, porque num tem nenhum problema né. A maioria desses pacientes que precisam dessa ausculta toda são pacientes que são carentes, tem problema familiar, às vezes é usuário de droga, porque assim, as pessoas não dão atenção pra eles devido ao fato que ocorre. Aí a gente fica ali às vezes 15 minutinhos, 20 minutos, aí daqui a pouco ele tá bem, aí a gente vai no outro. É o dia inteiro assim. Tá dormindo, tá tranquilo, aí chama e você vai.

Quando na fala acima a enfermeira vocaliza a necessidade de se ter uma “ausculta qualificada”, começamos a entender que tal processo trata-se de algo qualitativamente diferente. A palavra ausculta remete-se aos sons interiores, uma escuta que vai além do simples fato de escutar com os ouvidos, mas também estar atento a outros sentidos e fundamentalmente dar tempo para que a pessoa fale. Nisso podemos identificar como em alguns casos essas profissionais se preocupam com as experiências e história de vida do outro.

Então, podemos apontar a política de humanização enquanto uma norma coletiva relevante porque essas trabalhadoras de enfermagem se apropriam dela passando a incorporá-la como parte dos seus valores.

➤ **Trabalho em equipe**

O trabalho em equipe é uma norma bastante destacada nas políticas públicas de saúde. De certo modo podemos encontrar a menção ao trabalho em equipe nas legislações referentes à PNAU, PNH e ao próprio SUS.

Para que esse trabalho em equipe ocorra não basta apenas impor isso através de um organograma. Pressupõe-se que o mesmo só consegue acontecer a partir do momento em que temos a formação de coletivos. Se por muito tempo essa dimensão do coletivo foi negada pelo taylorismo, que pretendia funcionar à base da recusa do coletivo – segundo Taylor “o trabalho individual é superior ao trabalho em equipe”⁸² (p. 90) – agora ele é

retomado e ressaltado, sendo inclusive considerado uma necessidade dos próprios serviços de saúde.

Sendo assim podemos considerar o trabalho em equipe como uma norma “anti-Taylor”. Mas isso somente na medida em que o trabalho coletivo seja realmente considerado como algo que represente muito mais do que a simples soma dos trabalhos individuais.

Durante a pesquisa essa dimensão do trabalho em equipe foi bastante ressaltada pelas trabalhadoras de enfermagem. O primeiro aspecto que se destaca nisso foi o compromisso que elas têm para que exista essa equipe.

“...tem que ser uma boa equipe, num adianta ter um enfermeiro que veste a camisa e os outros num tão nem aí, saem pra almoçar, então o que eu espero da minha colega é que ela tenha respeito por mim e seja tão comprometida quanto eu pra um bom funcionamento da unidade. Então eu acredito que seja uma troca mesmo né”. Enfermeira Dandara

A existência desse trabalho em equipe também pressupõe uma ajuda mútua, sem a qual o mesmo não se realizaria.

“Em relação aos meus colegas, o que eles mais cobram é a questão de ajuda entendeu, porque tem muitos colegas que ficam tipo em cima do outro, não ajuda, não faz nada no trabalho, a exigência que eu vejo em relação aos meus colegas é isso, mais ajuda mesmo. De você cair lá pra dentro, ajudar. Pô, cê chega de manhã e tem aquele monte de banho pra dar, você tem que ajudar e tal.” Técnica de enfermagem Alexandra

Esse trabalho em equipe chega a ser tão fundamental a ponto de ser apontado por uma trabalhadora enquanto um aspecto que lhe ajuda a superar os obstáculos existentes no local de trabalho.

“É assim, quando você tem uma equipe legal, as dificuldades nem aparecem tanto, porque você trabalha com pessoas que de uma forma ou de outra sempre arrumam um jeito de melhorar a situação. Por exemplo, às vezes a gente não tem um material, aí a gente vai, e inventa! Faz de um jeito pra poder suprir a necessidade do paciente, então o que a gente faz, a gente usa do companheirismo né, do coleguismo, e mesmo assim é complicado”. Técnica de enfermagem Alexandra

Quando essa ajuda não ocorre ou quando algum membro dessa equipe não se faz presente podemos ter algum conflito. Durante as observações presenciei uma cena na qual algumas trabalhadoras estavam criticando um colega de trabalho pois muitas vezes, mesmo sem estar fazendo nada não ajudava os companheiros e que ele sempre ficava “voando”, não sendo fácil encontrá-lo nestes momentos.

É interessante deixarmos bem demarcado isso, para que não se tenha uma impressão de que a construção desse trabalho em equipe seja algo somente harmonioso, o que não é correto. Ele também é marcado por conflitos de diversas ordens.

Por exemplo, durante as observações uma das profissionais de enfermagem se queixou da formação de “panelinhas” na unidade, que privilegiaria algumas profissionais como, por exemplo, durante a elaboração da escala de serviço.

Também houve queixa em relação aos profissionais médicos. Temos que relembrar que naquela unidade além da equipe de enfermagem também temos uma equipe de saúde, que inclui outros profissionais. A principal queixa é que muitos médicos que trabalham na unidade ainda são inexperientes e que isso traz alguns reflexos para o trabalho de enfermagem. A fala abaixo apenas exemplifica uma situação em que uma profissional de enfermagem se sente incomodada com essa falta de experiência.

“Que precisa ser mudado?! Mudado assim ... é o ponto dos médicos, mudar o jeito deles trabalharem. Geralmente aqui é um pronto atendimento de emergência. O que acontece, a maioria dos médicos, não são todos claro, eles vêm de fora sem experiência nenhuma, são contratados e jogados aqui. Então eles tratam ambulatorialmente né, ficam com o paciente, na sala. E o que q isso gera?! Isso gera conflito em outros pacientes que estão doentes e precisam ser atendidos mesmo. E eles não, ficam investigando a doença. Porque aqui pronto atendimento é pra atender o que é que o paciente está sentindo na hora, então tinha que ser passado isso pra eles. Ter uma pessoa pra passar o que é um pronto atendimento”. Técnica de enfermagem Pagu

Por mais que tenhamos destacado o trabalho em equipe devemos também considerar um fato não explícito, mas que está inscrito neste trabalho e que é relevante para atividade. Dentro da perspectiva ergológica podemos dizer que o fundamental nesse trabalho em equipe é quando se formam as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). Esse conceito é muito importante para compreendermos a circulação de valores e as renormatizações a partir da cooperação no trabalho da enfermagem.

Uma ECRP não se assenta num coletivo predefinido. Suas fronteiras são as atividades, num dado momento. Trata-se, portanto de um trabalho tipicamente específico, imprevisível e imprescritível. Tais ECRP's apresentam duas grandes características⁸⁴ (p. 153):

1. Essas entidades coletivas são profundamente distintas de tudo aquilo que se poderia chamar, de forma geral, de organogramas, ou predefinições de lugares, de postos, de responsabilidades.

2. Essas entidades coletivas são específicas do campo da ergologia, ou seja, de tudo o que diz respeito à atividade humana. Por um lado, tal conceito representa um conteúdo – “não existe organização, atividade humana, sem entidades coletivas relativamente pertinentes” – que permite utilizá-lo, de modo eficaz e fecundo, em qualquer que seja a abordagem das situações de trabalho. Por outro lado, por se tratar de uma atividade humana esse conceito exige ser inscrito na história, logo, não é possível definir seus contornos, as densidades de comunicação, a natureza do que transita no interior dessas entidades coletivas.

Sinteticamente, Schwartz aponta que as ECRP são *Entidades* no sentido de que existem fronteiras invisíveis que englobam as diferentes categorias. *Coletivas*, tendo em vista que aí transitam diversas informações fundamentais para compreender a qualidade de realização de certo número de tarefas solicitadas. E *Relativamente Pertinentes* na medida em que são pertinentes para a compreensão de como as coisas andam e ao mesmo tempo são relativamente pertinentes, no sentido de que as fronteiras são variáveis: elas podem mudar em função das pessoas⁸⁴ (p.154).

Algumas cenas observadas no campo de pesquisa são muito próximas do que a ergologia denomina ECRP. Durante esse período observamos uma cena em que uma criança prostrada deu entrada na sala amarela sendo trazida pelo coordenador de enfermagem e uma técnica de enfermagem. Antes estávamos conversando com duas enfermeiras e três técnicas tranquilamente e após a chegada dessa criança todas se prontificaram a ajudar no caso. Logo eles levaram a criança para tomar banho, no momento ainda recebendo a ajuda do coordenador. Após o banho a criança foi levada para sala de observação pediátrica, neste momento, já com a presença da pediatra, o coordenador deixa a assistência com as profissionais de enfermagem presente na sala. A partir desse momento foram as enfermeiras que começaram a coordenar os cuidados que as técnicas estavam realizando.

O que chamou atenção nesta cena foi, primeiro, a ajuda do coordenador de enfermagem, que não tem como atribuição realizar aquele serviço. Mesmo assim, perante aquela situação ele resolveu encaminhar a criança e ajudar nos cuidados iniciais. Outro fato que também chamou a atenção foi a cooperação empregada no atendimento à criança, fazendo com que o mesmo ocorresse de forma ágil e habilidosa. Mesmo com outros pacientes na sala, naquele momento o foco foi para a criança e todos se voltaram para

aquele atendimento, sendo que passado aquilo alguns se dispersaram para continuar realizando outras atividades.

A cooperação está presente em outras situações, envolvendo pessoas que se ajudam pelo simples fato de compartilharem valores como o bem comum. Isso faz com que outros profissionais, não necessariamente da saúde, também se envolvam em atividades que contribuam para o atendimento dos casos que chegam à unidade.

“Aí na frente se chega um paciente grave aí, o pessoal da recepção num tem obrigação de identificar nada, eles num são da área e num tem nada a ver. E mesmo assim eles vem aqui e falam ‘Dandara, esse paciente aqui tá muito cansado’, ‘olha, ele num tá bem não’. A gente tem um bom relacionamento, muito bom mesmo com o pessoal da administração”.
Enfermeira Dandara

Dentro do funcionamento daquela unidade um momento em que podemos destacar no qual é de suma importância a formação dessas ECRPs é o atendimento às situações de emergências, como em uma parada cardiorrespiratória. No relato abaixo temos um exemplo de como são esses momentos.

Pesquisador: Mas e se por exemplo chegar um paciente grave, de fora, como é que faço?
Técnica de enfermagem Haydée: Aí você vai atender o paciente, vai vir os enfermeiros, vai vir os médicos, vai vir colegas da sala amarela pra te ajudar. Que aí é uma urgência. O banho num é tão urgente como chegou uma parada, aí cê pode esperar um pouco.
P: E, por exemplo, chegou uma parada, o que é que eu tenho que fazer?
H: Chegou uma parada. A primeira coisa que você vai fazer é montar o ambu, montar o respirador, já deixar o laringo (laringoscópio) em mãos que fica sempre ali em cima do carrinho, aí você já abre o carrinho. Aí o enfermeiro vem. Aí o enfermeiro fica na massagem, o médico no ambu e você nas medicações aspirando.
P: Então eu vou ter que fazer isso tudo, montar o ambu, montar o laringo e abrir o carrinho?
H: É tudo automático, quando você abrir o carrinho o médico vai falar o que ele quer, ‘eu quero adrenalina’. Nisso já vai ter o médico ambuzando, o enfermeiro massageando, e depois vai fazendo um círculo né, vão trocando, um ambuza e o outro vai massageando.
P: E eu?
H: Você vai ficar no carrinho, você é o responsável pelo carrinho. Vai ficar nas medicações, senão vai confundir tudo e vai fazer besteira. E sempre identificar também, adrenalina, atropina, toda medicação tem que tá identificada. Aí a gente já sempre deixa ali em cima um esparadrapo, porque assim que abrir a seringa já cola.
P: E como é que faz, os outros profissionais, o paciente chega, como os outros profissionais ficam sabendo? Eu tenho que ir lá chamar ou tem algum lugar que eu aperto para chamar?
H: O maqueiro já vem trazendo. Lá na frente tem um técnico, então automaticamente o técnico vem com o maqueiro e enquanto o maqueiro tá trazendo o paciente, o técnico já avisando lá na amarela e pros outros colegas que chegou uma parada.

Nessa situação se formou um coletivo que incluiu diversos profissionais (maqueiro, técnicas de enfermagem, enfermeiras e médicos), formado para atuar naquele momento. Um coletivo com fronteiras invisíveis que extrapola até as divisões em setores previamente definidas (neste caso, profissionais da amarela auxiliando na sala vermelha).

Ao mesmo tempo esse coletivo apresenta um contorno variável na medida em que cada pessoa que o compõe carrega sua singularidade e que por isso não se sabe previamente quais os caminhos e quais os destinos daquele coletivo. Isto significa que cada uma carrega consigo um saber-fazer que é relativo à formação profissional, mas principalmente adquirido pela experiência prática. Portanto, quando a técnica de enfermagem fala “é tudo automático” sabemos que não se trata de algo simples de ser feito. O seu saber-fazer talvez a tenha conduzido a encarar aquela situação assim, mas sabemos que se a substituíssemos, por exemplo, aquilo talvez não ocorreria daquela maneira. As ações, as sequências, a própria cadência, tudo é ditado pela própria trabalhadora que faz aquilo a partir do seu conhecimento e da sua experiência.

No relato abaixo temos o atendimento em um caso de emergência na visão de outra trabalhadora.

Pesquisador: E se chegar um paciente grave, o que eu tenho que fazer?

Enfermeira Olga: Paciente assim de sala vermelha?! Tem que vir correndo, aí vem enfermeiro, técnico, vem todo mundo. Aí vai um técnico chamar o médico enquanto a gente vai preparando tudo pra massagear e começar as manobras. A gente não sai da sala, alguém que vai chamar o médico, o médico também vem na mesma hora. Aí já coloca logo no leito, já começa a fazer manobra, se tiver que ambuzar, o enfermeiro já tá ali pra fazer com outros técnicos. Tem que fazer a massagem, tem que ambuzar, aí já vem um técnico ambuzando enquanto a gente tá lá fazendo a manobra.

P: Então ele tem que ficar o tempo todo em estado de alerta assim?

O: O tempo todo em estado de alerta porque nós somos emergência, agora tá tranquilo, mas a qualquer momento pode chegar alguma coisa aí a gente fica todo mundo em estado de alerta.

P: Todo mundo quem?

O: A equipe toda, a equipe de enfermagem, os técnicos, e também a equipe médica a todo momento, é só chamar que eles vem rápido. Mas assim vai chamar o médico eu num vou chamar o médico e deixar o paciente aqui não. Eu já começo a fazer o que tem que fazer, as manobras, ambuzar, os técnicos vão fazendo junto, aí já chama o médico e na mesma hora eles vêm. A gente num perde tempo nenhum até chamar entendeu?! Já começa a fazer os procedimentos.

P: E esse procedimento como é que eu tenho que fazer, é de forma rápida? Dá um tempo pra pensar? Como é?

O: Na verdade a gente tem que fazer rápido, mas tem que saber o que tá fazendo. Então a gente vai, depende do que seja também. Se é uma parada, pra fazer manobra a gente vai pedindo também, ambu, aí o técnico vai e pega, vou pedindo e aí o médico já chega, é muito rápido. Aí o médico já começa a pedir as medicações e a gente vai fazendo. Normalmente o enfermeiro continua na manobra e o técnico vai fazendo a quebra das medicações pra fazer, as ampolas.

Nesse caso é enfatizado que toda a equipe de saúde deve estar o tempo todo em estado de alerta, pois naquele local a qualquer momento eles podem ter que atuar imediatamente. No entanto, sob o ponto de vista da atividade sabemos que as variabilidades estão presentes em toda atividade e ali não seria diferente. Sendo assim, não podemos previamente saber quem irá compor aquele coletivo durante uma emergência, muito menos como será o comportamento daquele coletivo. Várias situações hipotéticas podem acontecer, como por exemplo, ter apenas uma enfermeira naquele momento, pois a outra está almoçando, podemos ter um médico pouco experiente, enfim, várias situações podem ocorrer modificando os contornos desse coletivo.

Outro ponto também destacado foi a agilidade na realização das ações. Porém, como a própria enfermeira enfatiza “a gente tem que fazer rápido, mas tem que saber o que tá fazendo”, ou seja, mais uma vez o saber-fazer das trabalhadoras se faz presente. É importante que cada profissional que esteja naquele momento saiba o que deve ser feito com o risco que aquela atividade mesmo assim não aconteça.

Enfim, as situações de emergência são apenas um exemplo de situação na qual se evidencia a formação das ECRP. Como apontado anteriormente o trabalho em equipe é uma norma, exigida pela gestão dos serviços, também em certa medida pode ser considerada um valor, que orienta a prática e é defendido por essas profissionais. Contudo, devemos destacar que o fundamental para que a atividade seja efetiva é a formação das ECRP.

5.3. Trabalho da enfermagem na UPA e processo saúde-doença-cuidado

Concordando com Dejours²¹ compreendemos que a relação do trabalho com a saúde nunca é neutra, sendo que a mesma pode servir tanto como operadora de saúde quanto pode gerar adoecimento. Neste sentido uma questão primordial é “qual é o

trabalho?”. A partir desta questão outras são geradas e acabam dando a dimensão sobre qual é esse trabalho que pretendemos conhecer.

Um dos fatores fundamentais na análise das relações trabalho e saúde é o reconhecimento e satisfação profissional. No INSATS as profissionais de enfermagem assinalaram que o seu trabalho é reconhecido tanto pelos colegas (15) quanto pelo público (15), sendo que para cinco profissionais isso sempre ocorre com as colegas e para uma profissional isso sempre ocorre com o público, sendo que para o restante isso ocorre somente às vezes. Além disso, elas sentem que são valorizadas pela sua chefia (15) e pela sociedade (15).

Elas também apontaram que se sentem satisfeitas com o seu trabalho (14) e que o resultado dele é gratificante (15). Entre essas trabalhadoras oito assinalaram que nunca se sentiram entediadas com o seu trabalho e sete que às vezes se sentem entediadas. Ademais, três assinalaram que se sentem exploradas sempre, cinco se sentem exploradas às vezes, e seis nunca se sentem exploradas. Entre as enfermeiras, todas informaram que nunca se sentem entediadas e nem exploradas. Além disso, para grande maioria, naquele trabalho se aprende coisas novas (14) e é possível criar coisas novas (13).

Esses dados são bastante importantes, visto que outros estudos, principalmente dentro da psicodinâmica do trabalho, têm demonstrado que uma das principais fontes de prazer das trabalhadoras de enfermagem em urgência e emergência está no reconhecimento e satisfação pelo trabalho realizado^{41,45,46}. Esses estudos indicam que esses sentimentos têm servido como um fator de proteção à saúde dos trabalhadores que atuam nesse tipo de unidade.

Embora tenham indicado esses sentimentos de reconhecimento e satisfação, elas também indicaram outros dois aspectos bem interessantes. O primeiro é que doze profissionais acreditam não ter condições de realizar aquele trabalho quando tiverem mais de 60 anos. O segundo aspecto é que apenas três profissionais informaram que gostariam que os seus filhos realizassem o mesmo trabalho delas.

O primeiro aspecto aponta um pouco sobre a percepção delas em relação à intensidade daquele trabalho, que talvez não seja possível elas conseguirem exercê-lo após os 60 anos de idade. Em nossa revisão de literatura, nos estudos que informaram a idade das profissionais, também não encontramos trabalhadores acima de 60 anos.

O segundo aspecto pode indicar a própria valorização que elas dão à profissão. De acordo com as respostas parece que elas pretendem que os seus filhos exerçam outras profissões. Entre as enfermeiras isso foi uma unanimidade, sendo que todas afirmaram que não gostariam que os seus filhos realizassem o mesmo trabalho que elas. Enquanto em outras profissões temos o hábito de várias gerações de uma família exercendo a mesma profissão, como medicina e direito, na enfermagem ainda temos poucos dados sobre isso. Inclusive, esse tema faz parte uma pesquisa de âmbito nacional que está sendo desenvolvida na ENSP/FIOCRUZ¹. É necessário nos questionarmos se as profissionais de enfermagem estão “gerando” outras profissionais de enfermagem – se considerarmos a unidade pesquisada parece que poucas profissionais têm esse desejo.

Quando tratamos sobre trabalho e processo saúde-doença-cuidado um fator que deve ser sempre considerado são as condições de vida fora do trabalho, o que inclui vida familiar, trabalho doméstico e lazer. Isso se faz necessário uma vez que tanto o trabalho pode influenciar outros âmbitos da vida dos trabalhadores quanto o contrário.

Entre as participantes que responderam ao INSATS, nove eram solteiras e sete eram casadas ou moravam com o companheiro (a). Apenas duas informaram que moram sozinhas e quinze moram com outras pessoas. Entre estes, 04 participantes informaram que convivem com pessoas que precisam de cuidados especiais (idoso, pessoa doente ou com outro problema), sete participantes informaram ter filhos e/ou enteados, sendo que cinco tinham filhos menores de 12 anos e duas tinham filhos entre 13 e 18 anos.

Sobre o trabalho doméstico, as respostas foram as seguintes:

- uma participante assinalou que consegue conciliar o trabalho profissional com as atividades domésticas;
- três participantes assinalaram que conseguem, mas com dificuldade (03 têm filhos, 01 tem familiar com necessidades especiais e 03 têm outro emprego);
- cinco participantes assinalaram que conseguem com muita dificuldade (01 tem filho e 02 têm outro emprego);
- quatro participantes assinalaram que não dão conta de tudo (02 têm filhos e 01 tem familiar com necessidades especiais);

¹ Notícia sobre a pesquisa Perfil da Enfermagem no Brasil <http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/informe/site/materia/detalhe/30214>. Acessado em 20/05/2014

- e apenas duas participantes informaram que não realizam atividades domésticas.

Em relação ao tempo total de trabalho doméstico por semana, nove participantes informaram gastar até 5 horas, três participantes informaram gastar de 5 até 10 horas, apenas uma participante informou gastar de 10 a 20 horas e outra acima de 20 horas.

Esses dados acima demonstram que essas trabalhadoras têm encontrado certa dificuldade para realizar o trabalho doméstico. Este trabalho que inclui tanto os cuidados com o domicílio quanto os cuidados aos familiares muitas vezes se configura como uma extensão de jornada, que em alguns casos chega a ser considerada uma tripla jornada, visto que algumas delas possuem mais de um emprego.

O tempo gasto por dia em transporte informado por essas trabalhadoras foi de até uma hora (06), entre uma e duas horas (03), entre duas e três horas (06) e mais de três horas (01). Considerando que esse tempo gasto se refere ao trajeto de ida e volta e que tal unidade se localiza em uma grande metrópole acreditamos que o tempo gasto em transporte é razoável.

Quando estão em casa, treze participantes assinalaram que se sentem mais relaxadas que no local de trabalho e quatro participantes assinalaram que se sentem mais ocupadas que no local de trabalho. Entre estas que se sentem mais ocupadas em casa nenhuma era do sexo masculino e também não possuía outro emprego.

Ao questionarmos se quando estão em casa continuavam a se preocupar com o trabalho ou mesmo a realizar alguma atividade profissional, apenas uma participante respondeu que isso ocorre sempre, sete que isso ocorre às vezes, e oito que isso nunca ocorre. Isso corrobora com as informações do parágrafo anterior, isto é, parece que o ambiente domiciliar é um local onde elas conseguem descansar e se “desligar” do seu trabalho.

Quando questionadas sobre como o trabalho afeta a vida familiar, uma participante respondeu que afeta de forma positiva, quatro de forma negativa, sete às vezes positivamente e às vezes negativamente e duas responderam que o trabalho não afeta a sua vida familiar. Podemos perceber que a relação entre o trabalho e a vida familiar é interpretada de diversas formas por essas trabalhadoras, sendo que para algumas o trabalho afeta a vida familiar e para outras não. Na fala abaixo uma trabalhadora relata como sua vida familiar é afetada pelo seu trabalho.

“Geralmente a gente trabalha muito, eu trabalho em dois, aqui e em outro. Eu trabalho às vezes 24 horas, 36 horas direto. Então eles cobram mais tempo pra eles e num tem. Geralmente enfermeiro num tem como ficar só em um emprego né, o salário não é tão gratificante”. Enfermeira Simone

Uma vez que a relação entre trabalho e vida familiar é recíproca também devemos considerar que a vida familiar também afeta o trabalho. A percepção sobre isso também se dá de diversas formas sendo que alguns levam sua vida familiar de modo mais intenso e outros nem tanto. Aliás, algumas delas até tentam construir estratégias para que os aspectos da vida fora do trabalho não afetem o ambiente de trabalho.

Pesquisador: Quando eu estou me preparando pra vir pra cá, o que eu preciso fazer?
Enfermeira Olga: Em casa, a gente tem que vir bem. Eu tento tá bem em casa pra chegar aqui e estar bem com todo mundo, com os meus técnicos, com a equipe toda. Até porque a gente precisa tá todo mundo bem e não passar nenhum problema pras pessoas. Tem gente que mistura as coisas, eu não gosto disso, se eu tenho algum problema eu deixo lá em casa, eu sou uma profissional e tô aqui tem que tratar todo mundo bem né. Aí quando eu chego aqui vamos assumir o plantão. Chegando na sala restrita eu vou pegar o plantão.
P: Estar bem com o quê?
O: Com a minha equipe. Às vezes tem gente que tem problemas em casa e traz pro trabalho, problema com marido, financeiro, todo mundo tem, e eu não gosto de misturar essas coisas. Então eu tenho que chegar aqui e tentar separar essas coisas. Porque todo mundo tem os seus problemas de dia a dia em casa né?! Familiar, outras coisas que tem que fazer em casa, correria com filho.
P: Mas isso é fácil? Trabalhar o dia inteiro em casa, chegar aqui e dar conta?
O: Consegue, tem que chegar aqui e separar as coisas!

Sobre o tempo de repouso e sono, seis informaram que dormem 8 horas, sete informaram que dormem 7 horas, uma informou que dorme 6 horas e quatro informaram que dormem 5 horas. Entre essas participantes cinco consideram ser suficiente o tempo de repouso e sono, já nove participantes consideram insuficiente esse tempo, sendo que para três isso ocorre às vezes e para seis isso ocorre sempre. Dessas seis participantes que consideram o seu tempo de sono e repouso insuficiente sempre, apenas um participante é do sexo masculino, uma tem outro emprego, duas têm pessoas em casa que precisam de cuidados especiais, duas têm filhos menores de 12 anos.

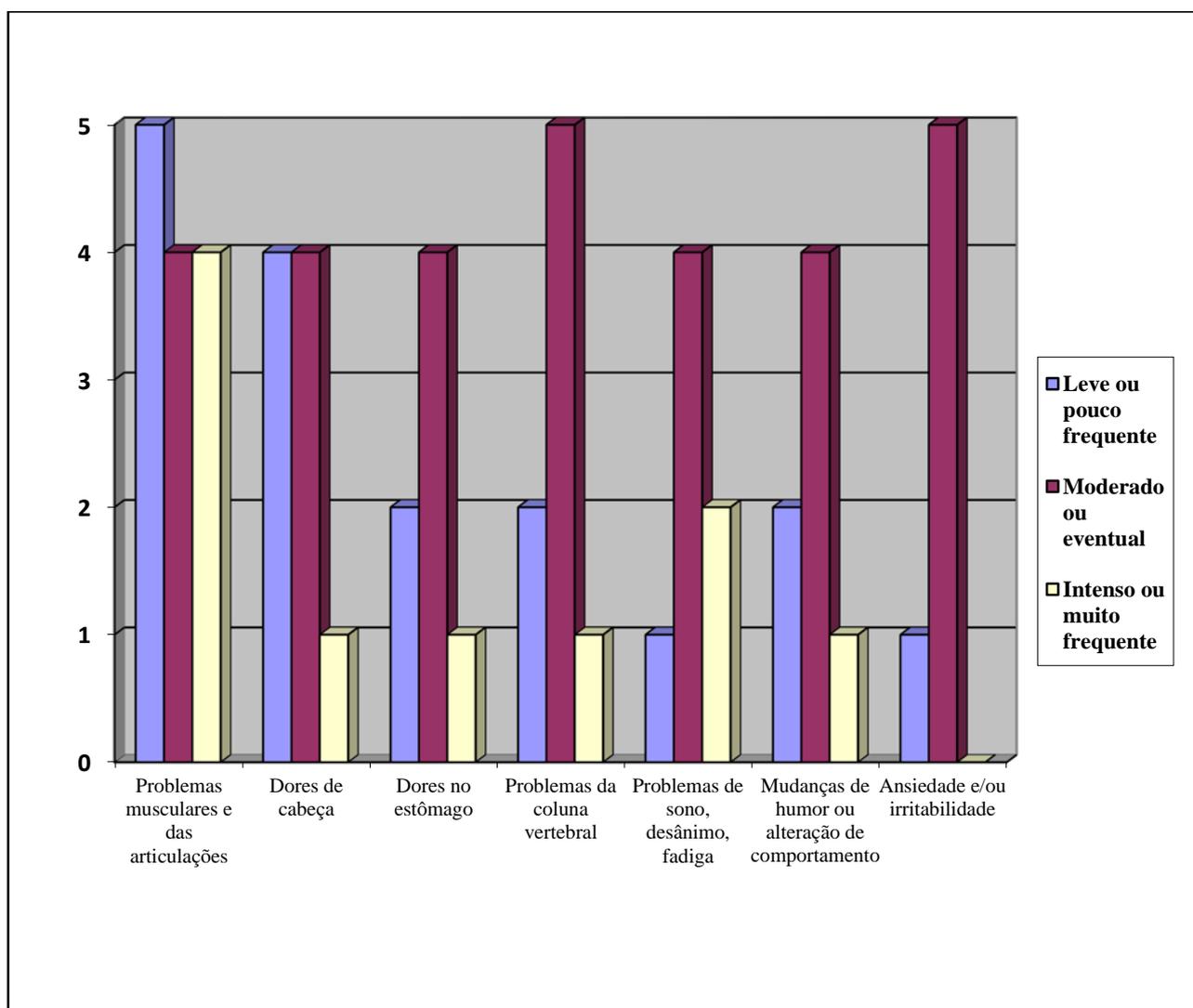
No que se refere ao tempo gasto em atividades de lazer, por semana, a grande maioria (12) informou que gasta até cinco horas e apenas duas participantes informaram

gastar entre cinco e dez horas. Isso significa que em média elas gastam menos de uma hora por dia em atividade de lazer, o que pode ser considerado muito pouco.

Apenas duas realizam atividades físicas regularmente, cinco realizam eventualmente e oito nunca realizam atividades físicas. Vale destacar que entre as profissionais com outro emprego, apenas uma nunca realiza atividade física, ou seja, mesmo com o aumento na carga horária essas trabalhadoras conseguem, eventual ou regularmente, realizar atividades físicas.

Foram referidos como principais problemas de saúde (gráfico 03):

Gráfico 03: Principais problemas de saúde



Outros problemas de saúde também foram referidos pelas trabalhadoras como ferimentos por acidentes (06), problemas de visão (06), ansiedade e/ou irritabilidade (06), problemas de pele (05), problemas renais ou no trato-urinário (05), além de outros que foram menos assinalados.

Dentre os problemas de saúde os mais assinalados como causado, agravado ou acelerado pelo trabalho foram:

- problemas de pele (entre os 05 que tiveram ou têm este problema 03 assinalaram relação com o trabalho);
- dores no estômago (entre os 07 que tiveram ou têm este problema 04 assinalaram relação com o trabalho);
- problemas de sono (sonolência, insônia), desânimo, fadiga geral (entre os 07 que tiveram ou têm este problema 04 assinalaram relação com o trabalho);
- problemas musculares e das articulações (entre os 09 que tiveram ou têm este problema 03 assinalaram relação com o trabalho).

No que se refere aos acidentes de trabalho, cinco profissionais informaram que já tiveram algum acidente ou doença do trabalho, sendo que destes um foi acidente típico, dois foram acidente de trajeto e dois foram doença profissional. Esses acidentes foram com perfurocortantes (02), queda no trajeto (02) e infecção por tuberculose (01). Destes houve afastamento do trabalho no caso de infecção por tuberculose, durante cinco meses, e em um dos casos de queda no trajeto, por 04 meses. Esses dados estão em consonância com a literatura, que indica que os principais acidentes de trabalho são ferimentos com objetos perfurocortantes e doenças infectocontagiosas⁴⁷.

Estabelecer uma relação desses acidentes e doenças com o processo de trabalho e as condições de trabalho não é algo fácil. As próprias trabalhadoras percebem essas relações de modo diferenciado. Um mesmo caso pode ser interpretado de diversas formas por essas trabalhadoras.

“Não. Que eu lembre aqui... Teve assim um caso assim, mas é um menino novo, não sei se pegou aqui essa doença ou se foi em outro lugar. Ele teve BK (tuberculose), ficou 6 meses afastado, mas num sei se foi aqui dentro, porque ele ficou um mês ou dois né, foi contratado e pegou BK. Mas num sei se foi aqui dentro”. Técnica de enfermagem Pagu

“Olha a maioria aqui dos enfermeiros tem o que, uma lombalgia, mas fora isso não tem ninguém não (com doenças relacionadas ao trabalho). Se bem que tem um técnico aqui que foi afastado pois estava com tuberculose, a gente aqui não tem isolamento, então

quando a gente recebe esses pacientes que está não estável, precisa de uma área mais restrita e observação, a gente tenta transferir o quanto antes esse paciente porque a gente não tem isolamento. E quando ele num tá grave a gente já também contacta com a clínica da família da sua área”. Enfermeira Simone

Na primeira fala vemos um receio maior em fazer uma relação direta entre a doença e o trabalho. Ela até aponta o caso do colega de trabalho que foi infectado com tuberculose, mas prefere não sugerir onde ele foi infectado. Já no segundo caso, mesmo ainda um pouco receosa, a trabalhadora lembra do colega que foi infectado por tuberculose e vai além, ela demonstra a que não possuem um espaço físico que poderia evitar aquela infecção (a sala de isolamento) e também demonstra como elas atuam mesmo na ausência deste espaço.

Se por um lado algumas se mostraram receosas em fazer essa relação, por outro, temos trabalhadoras que foram bem enfáticas em relacionar aquele trabalho com algumas doenças apresentadas pelos colegas de trabalho. Na fala abaixo uma trabalhadora vê no caso de um colega um exemplo de como aquele trabalho pode afetar a saúde daquelas trabalhadoras.

“Ah, tem, tem muita gente que já teve problema de coluna, teve um colega nosso que voltou agora tem um mês mais ou menos que também que teve que operar o ouvido. Quando tinha acolhimento ele ficou fixo, ele ficou durante 3 anos lá, e de tanto verificar a pressão estourou o tímpano dele. Entendeu?! Tem vários tipos de doença aqui que eu acho que é proveniente de trabalho sim. O dele eu tenho certeza que é, ele sabe também, a perícia viu, ele num tinha nada antes de entrar aqui, aí ele começou e teve o tímpano perfurado. Entendeu, tem bastante coisa que a gente vê que tem a ver com o trabalho sim”. Técnica de enfermagem Alexandra

Para evitar que as doenças e acidentes de trabalho ocorram, essas trabalhadoras devem ter acesso tanto a informações sobre os riscos quanto a equipamentos de proteção.

As informações sobre os riscos ligados ao ambiente físico daquele local foram consideradas suficientes para quatro participantes e insuficientes para duas participantes, já outras duas participantes consideraram que elas não têm informações sobre esses riscos.

A maioria delas afirmou que tem disponível no local de trabalho proteção individual (12), porém não tem equipamentos de proteção coletiva (10). Para nove participantes, esses equipamentos de proteção individual são muito eficazes e para seis eles são mais ou menos eficazes. Além desses equipamentos de proteção, elas informaram que têm muito pouco suporte de especialista na área de saúde e trabalho, sendo que a principal ação neste sentido seriam as consultas periódicas.

Algumas vezes essas trabalhadoras não encontram a proteção necessária para realizarem o seu trabalho e mesmo assim elas desenvolvem outras maneiras para realizá-lo e ao mesmo tempo se proteger. Esse comportamento, que tem como finalidade abolir, afastar ou reduzir os riscos decorrentes dessa falta de proteção, tem algumas implicações diretas na forma delas trabalharem. Na fala abaixo temos um exemplo desta situação.

“Olha, é complicado, porque realmente a única coisa que a gente tem aqui de proteção é a luva. A gente não tem óculos. A máscara a gente tem, mas é racionada, pega uma de 3 em 3 meses né, aí quando falta a gente acaba usando a máscara comum, que eu sei, e você sabe, que não adianta de nada, mas pra consciência é melhor tá usando aquilo ali do que não estar usando nada. Então a única coisa de proteção que eu posso te dizer que tem com a gente, que tá dando uma amenizada é a questão da máscara, porque de resto não tem jeito. Se tiver que encostar em um paciente com escobiose eu vou ter que encostar, entendeu?! Porque não tem, não tem capote e não tem proteção. Isso é complicado porque várias vezes a gente fica receoso, não quer nem tocar no paciente por causa disso, o paciente com uma tuberculose, pô, quando não tem máscara é complicado porque ninguém quer. Ninguém quer fazer medicação nele, quer dar banho nele, quer fazer nada”. Técnica de enfermagem Alexandra

No que tange aos direitos e benefícios trabalhistas, pudemos inferir, a partir dos dados do próprio INSATS e das conversas com as trabalhadoras, que a unidade não oferece para elas os seguintes itens: serviço de transporte, plano de saúde particular, creche para os filhos das trabalhadoras e possibilidade de se ausentar eventualmente para cuidar de um familiar ou da própria saúde. Elas têm acesso à alimentação na unidade, que foi considerada saudável por sete participantes e por oito participantes, não.

No INSATS temos uma questão aberta que trata sobre os cuidados que elas tomam tempo para que a saúde delas não seja afetada pelo trabalho. Os principais cuidados levantados foram: manter alimentação saudável, vacinação em dia, prática regular de atividades físicas, consulta médicas periódicas, sono e lazer – todos cuidados realizados fora do local de trabalho, por mais que eles possam contribuir com a saúde dessas trabalhadoras. Os cuidados apontados e que estão dentro do próprio local de trabalho foram: utilização de EPI's, hidratação regular durante o trabalho, manter a postura adequada e evitar aborrecimentos com as reclamações do público atendido. Esses são alguns cuidados importantes, porém ainda são muito limitados.

Reconhecer as formas como essas trabalhadoras cuidam para que a sua saúde não seja afetada não é uma tarefa fácil, pois essas formas muitas vezes se encontram no centro da atividade, estando permeadas por debates de normas e valores e por renormatizações. O

caráter enigmático da atividade se encontra em sua invisibilidade e que muitas vezes as próprias trabalhadoras têm dificuldades de falar sobre ela, uma vez que a atividade guarda certos segredos, que dizem muito sobre quem são e no que acreditam. São esses segredos da atividade que elas utilizam para dar conta do seu trabalho e ao mesmo tempo preservarem a sua saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando iniciamos este estudo nos questionávamos sobre os motivos que levavam as UPA's a terem tanto destaque e o quais seriam os seus diferenciais. Nesta dissertação apontamos várias particularidades deste tipo de unidade e pudemos constatar que realmente se trata de uma unidade diferente dos outros tipos de serviços de saúde. A UPA cumpre um papel de destaque no atendimento à saúde, principalmente, as urgências e emergências de média e baixa complexidade. Esse papel se torna ainda mais relevante no município do Rio de Janeiro, que tem uma experiência de atenção básica ainda muito incipiente e com uma cobertura da população ainda pouco satisfatória. Contudo, devemos deixar claro que esse papel de destaque se dá em função de uma opção política de priorização da implementação de UPA's em detrimento do fortalecimento da atenção básica.

Percebemos, desse modo, que as trabalhadoras de enfermagem se encontram em um local de trabalho atravessado por relações muito amplas, de âmbitos políticos, econômicos, sociais e culturais. Todo um imaginário foi criado em torno do papel exercido pelas UPA's. Muitas vezes essas unidades são apresentadas como verdadeiras “panaceias”, que irão resolver os problemas da assistência à saúde, que irão tanto desafogar os grandes hospitais de emergência quanto serão uma retaguarda para as unidades básicas. Isso acaba gerando grandes expectativas na população que não conseguem ter suas demandas atendidas. Os problemas e equívocos relacionados à condução das políticas de saúde e as suas prioridades parecem ecoar naquele local de trabalho. Com isso, as profissionais de enfermagem enfrentam situações que algumas vezes vão muito além dos problemas clínicos. Assim, torna-se necessário saber lidar com essas situações que são vividas cotidianamente.

Porém, lidar com essas situações pode ser algo muito árduo, uma vez que os interesses em torno das UPA's são diversos e trazem consigo uma diversidade de demandas, que emanam desde o poder executivo até os usuários dos serviços de saúde. No seu trabalho elas têm que dar respostas a muitas demandas e o fazem através de suas escolhas.

Essas trabalhadoras orientam sua atividade através de escolhas que envolvem suas capacidades e os seus recursos, isto é, os usos que fazem de si, os arranjos produzidos nas

atividades que desenvolvem no cotidiano de trabalho. Esses usos são feitos de si por si mesmo, mas também de si pelos outros.

Para Schwartz e Durrive⁸⁴ a atividade de trabalho também é um drama de escolher a si mesmo e assumir as consequências dessa escolha, além de envolver os outros, porque ninguém trabalha sozinho. O outro está sempre presente, somos frequentemente atravessados pelo outro, que pode ser o colega de trabalho próximo ou distante, pode ser a chefia, pode ser a população atendida.

No caso em estudo vimos que as profissionais de enfermagem têm contato direto com os usuários e seus familiares, e que esse contato pode ser tanto desgastante quanto gratificante. Nesse contato elas são bastante demandadas e vivenciam situações de tensão, nas quais muitas vezes têm que modificar ou adaptar o seu trabalho para atender a essas demandas. Esses encontros às vezes chegam a ser conflituosos, uma vez que carregam demandas bem divergentes. Por isso, podemos considerar esse contato com usuários e familiares uma das grandes dramáticas do uso de si vivenciadas pelas trabalhadoras de enfermagem destas unidades.

Essas dramáticas se tornam ainda mais acentuadas se considerarmos as diferentes concepções acerca da finalidade da UPA, isto é, muitas vezes os usuários, a chefia e as trabalhadoras têm visões e expectativas diferentes daquele espaço.

Outro questionamento que tínhamos quando iniciamos este estudo era sobre como essas profissionais de enfermagem dão conta de trabalharem neste tipo de serviço de saúde. Neste sentido percebemos que as renormatizações são fundamentais para que aquele trabalho aconteça. São as renormatizações que as possibilitam trabalharem mesmo quando as condições de trabalho não estão adequadas e elas estão expostas a situações de risco. Podemos falar em renormatizações quando vemos as profissionais de enfermagem buscando soluções para sanar ou minimizar problemas relacionados a uma rede de atenção à saúde que está falhando e tem os seus serviços desarticulados. Enfim, toda vez que as vemos buscando soluções criativas, que podem ser bem sucedidas ou não, para resolver problemas de diversas ordens, podemos encontrar as renormatizações presentes. Por isso, apontamos essas renormatizações como algo fundamental para aquele trabalho.

Essas renormatizações ocorrem orientadas pelo debate de normas e valores, destacando-se o trabalho em equipe, a humanização do cuidado e a resolutividade.

Também devemos ressaltar que esse debate de normas e valores se apresenta nas singularidades das situações concretas do trabalho das profissionais de enfermagem. E que essas singularidades não estão desvinculadas das questões macrossociais. A dialética micro-macro demonstra que nas situações micro se passam debates relacionados às questões macro. Sobre isso Schwartz e Durrive nos alertam que “todas essas escolhas que serão feitas no micro do trabalho, são uma maneira de gerir – e então de ponderar – o resultado dessas transformações ou a sequência da história dessas transformações – que ninguém pode prever precisamente porque não se sabe como vão operar as escolhas e as decisões nesse tipo de situação”⁸⁴ p. 33.

Considerando toda a complexidade inerente a essa dialética de conjugar as questões micro e macro e também de buscar analisar o trabalho sobre o ponto de vista da atividade, destacamos que a perspectiva ergológica nos forneceu ferramentas fundamentais para ampliar os olhares em relação àquela realidade. Ao abordar tanto os saberes disciplinares quanto os saberes investidos na atividade, essa perspectiva nos possibilitou o trânsito por diversos campos do conhecimento, o que pode enriquecer as nossas reflexões.

A perspectiva ergológica pode contribuir bastante para melhor conhecer a realidade do trabalho neste tipo de unidade que ainda é tão recente na história do SUS e que ainda não foi tão estudado quanto outros tipos de serviços de saúde.

Por fim, consideramos que o simples fato de ter passado por ali, ter ficado no campo, buscando pesquisar e conhecer melhor aquele trabalho, se preocupando com a saúde daquelas trabalhadoras, já foi uma troca muito interessante. Tanto para elas, que se viram questionadas e ao mesmo tempo se questionavam sobre suas vidas no trabalho, quanto para o pesquisador, que apesar de estar ali como pesquisador não deixou de ser também um trabalhador de enfermagem em urgência e emergência, imbricando-o ainda mais naquelas reflexões geradas durante a pesquisa.

Portanto, acreditamos que esse processo de troca foi importante para ambos e esperamos que as reflexões geradas possam ser os primeiros passos para futuras intervenções e transformações daquelas situações de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. SILVA, G. B. . Enfermagem Profissional: Análise Crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986. 143p.
2. PIRES, D. E. P. . Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 156p.
3. MELO, C. M. M. . Divisão Social do Trabalho e Enfermagem. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1986. v. 1. 94p.
4. FOUCAULT, M.. Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
5. ALMEIDA, M. C. P. ; ROCHA, S. M. M. . O Trabalho de enfermagem. 1. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 296p.
6. LIMA, J. C. F.. Política de saúde e formação profissional dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
7. PIRES, D. E. P.; MATOS, E.. Teorias Administrativas e Organização do Trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem. Texto & Contexto. Enfermagem, v. 15, p. 508-514, 2006.
8. GERMANO, R. M.. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 3ª. ed. São Paulo: Cortez, 1993. v. 01. 118p .
9. COFEN. Análise de dados das inscrições dos profissionais de Enfermagem existentes nos Conselhos Regionais no ano de 2011. Versão 3.0.Brasília: COFEN,2013.
10. PIRES, D. E. P.; GELBCKE, F., MATOS, E. . Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. Trabalho, Educação e Saúde, v. 2, p. 311-325, 2004.
11. PIRES, D. E. P.. Reestruturação produtiva e trabalho em saúde. 1. ed. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.
12. PRONKO, M.; et. al. A formação de trabalhadores técnicos em saúde no Brasil e no Mercosul. Rio de Janeiro: EPSJV, 2011.
13. PEDUZZI, M.. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. Trabalho, Educação e Saúde, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2003.

14. PEDUZZI, M.; HAUSMANN, M.. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto Enfermagem (UFSC)*, v. 18, p. 258-265, 2009.
15. OLIVAR, M. S. P. Trabalho e Saúde: as condições dos trabalhadores do Hospital Municipal Souza Aguiar. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro, RJ: 2006.
16. GODOY, S.C.B.. Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: um estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
17. ODWYER, G.. O princípio da integralidade e o SAMU. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). IMS/UERJ; 2009. p. 336.
18. GOMES, A. Emergência: planejamento e organização da unidade. Assistência de enfermagem. São Paulo (SP): Pedagógica e Universitária; 1994.
19. ALMEIDA, P. J. S.; PIRES, D. E. P.. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 9, p. 617-629, 2007.
20. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. Portaria n. 2607, de 10 de Dezembro de 2004. Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil. Brasília-DF, janeiro de 2005.
21. MACHADO, C.V.; BAPTISTA, T.W.F; NOGUEIRA, C.O. Políticas de saúde no Brasil dos anos 2000: a agenda federal de prioridades. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 27(3):521-532, mar, 2011.
22. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.863/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.
23. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às urgências no Sistema Único de Saúde (SUS).
24. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.864/GM, de 29 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da PNAU – o SAMU.
25. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1601, de 07 de julho de 2011 a. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de 24 horas da Rede de Atenção às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências.

26. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.922, de 2 de dezembro de 2008. Estabelece diretrizes para o fortalecimento e implementação do componente de “Organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências” da Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 03 dez. 2008. p. 66.
27. KONDER, M. T.. Atenção às urgências: a integração das unidades de pronto-atendimento (UPA) com a rede assistencial no município do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Pós-graduação em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca -FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2013 108 f.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.020, de 13 de maio de 2009. Estabelece diretrizes para a implantação do componente pré-hospitalar fixo para a organização de redes locorregionais de atenção integral às urgências em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 mai. 2009. p. 59.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.601, de 7 de julho de 2011. Estabelece diretrizes para a implantação do componente Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 jul. 2011. p. 70.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.648, de 7 de novembro de 2011. Redefine as diretrizes para implantação do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 (vinte e quatro) horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 nov. 2011. p. 48.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.820, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 30 nov. 2011d. p. 112.
32. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.821, de 28 de novembro de 2011. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, DF, 30 nov. 2011e. p. 113.
33. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.171, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de investimento para construção e ampliação no âmbito do Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e do conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade

com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2012a. p. 128.

34. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.172, de 5 de junho de 2012. Dispõe sobre o incentivo financeiro de custeio para o Componente Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o conjunto de serviços de urgência 24 horas da Rede de Atenção às Urgências, em conformidade com a Política Nacional de Atenção às Urgências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 06 jun. 2012b. p. 129.
35. MATTOS, V.A.. *Serviço Social: cotidiano profissional nas unidades de pronto atendimento geridas por organizações sociais no município do Rio de Janeiro*. 2012. 187 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.
36. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 2.048, de 05 de novembro de 2002. Aprova o Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergências.
37. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, secretaria-executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2ª ed.- Brasília: Ministério da Saúde, 2004.*
38. SANTOS, J. L. G.. *A dimensão gerencial do trabalho do enfermeiro em um Serviço Hospitalar de Emergência*. 2010. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFRGS, Porto Alegre, 2010.
39. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. *Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. :*
40. O'DWYER, G. . *A gestão da atenção às urgências e o protagonismo federal. Ciência e Saúde Coletiva v. 15 (5), p. 2395-2404, 2010.*
41. GARCIA, A. B. ; DELLAROZA, M. S. G. ; HADDAD, M. C. L. ; PACHEMSHY, L. R. . *Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 33, p. 153-159, 2012.*
42. RITTER, R.S. ; Stumm, E.M.F. ; KIRCHNER, R.M. . *Análise de Burnout em profissionais de uma unidade de emergência de um hospital geral. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, p. 236-248, 2009.*

43. ARAÚJO, T. M. ; PINHO, P. S. . Trabalho de enfermagem em unidade de emergência hospitalar e transtornos mentais. Revista Enfermagem (UERJ), v. 15, p. 329-336, 2007.
44. OLIVEIRA E.B., LISBOA M.T.L., LÚCIDO V.A., SISNANDO S.D.. A inserção do acadêmico de enfermagem em uma unidade de emergência: A psicodinâmica do trabalho. Revista Enfermagem UERJ 2004; 12:179-185.
45. ALMEIDA, P. J. S. ; PIRES, D. E. P. . O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 9, p. 617-629, 2007.
46. DAL PAI, D. ; LAUTERT, L.. O trabalho em enfermagem e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem . Revista Latino-Americana de Enfermagem , v. 16, p. 439, 2008.
47. MAURO, M.Y.C.; ABREU, A.M.M.. Acidentes de trabalho com a equipe de enfermagem no setor de emergência de um hospital municipal do Rio de Janeiro. Escola Anna Nery. Revista de Enfermagem, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.139-146, 2000.
48. GARCIA, E.A.; FUGULIN, F.M.T.. Distribuição do tempo de trabalho das enfermeiras em Unidade de Emergência. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, p. 1032-1038, 2010.
49. ANDRADE, L.M. ; CAETANOJ.A. ; SOARES, E. . Percepção das Enfermeiras sobre Unidade de Emergência. Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, Fortaleza, v. 1, n.1, p. 91-97, 2000.
50. SILVEIRA, M.M ; STUMM, E.M.F. ; KIRCHNER, R.M. . Estressores e coping: enfermeiros de uma unidade de emergência hospitalar. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, p. 894-903, 2009.
51. MENZANI, G. ; BIANCHI, E. R. F. . Stress dos enfermeiros de pronto socorro dos hospitais brasileiros. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 11, p. 327-333, 2009.
52. CALDERERO A.R.L. ; MIASSO, A.I. ; CORRADI-WEBSTER, C.M. . Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de Pronto atendimento. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 10, p. 51-62, 2008.
53. DALRI, R. C. M. B. ; ROBAZZI, M. L. C. C. ; Silva,LA . Riscos ocupacionais e alterações de saúde entre trabalhadores de enfermagem brasileiros de unidade de urgência e emergência. Ciencia Y Enfermería (Impresa), v. 16, p. 69-81, 2010.
54. PANIZZON, C. ; LUZ, A. M. H. ; FENSTERSEIFER, L. . Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 29, p. 391-399, 2008.

55. FURTADO, B. M. A. S. M. ; ARAÚJO JR, JLAC . Percepção de enfermeiros sobre condições de trabalho em setor de emergência de um hospital. Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso), v. 23, p. 169-174, 2010.
56. HARBS, T.C. ; RODRIGUES, S.T. ; QUADROS, V. A. S. . Estresse da equipe de enfermagem em Centro Municipal de Urgências e Emergências Médicas. Boletim de Enfermagem Técnico - Informativo, v. 1, p. 41-56, 2009.
57. JUSTINO, T. H. S. ; SILVA, P. M. C. ; AZEVEDO, E. B. ; CORDEIRO, R. C. ; SARAIVA, A. M ; FERREIRA FILHA, M. O. . Cuidar de Si Para Cuidar do Outro: Reflexões de Profissionais de Enfermagem Acerca do Autocuidado. Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental (Online), v. 5, p. 440-48, 2013.
58. MARQUES, G. Q.; LIMA, M. A. D. S.. Organização tecnológica do trabalho em um pronto atendimento e a autonomia do trabalhador de enfermagem. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 42, p. 41-47, 2008.
59. GARLET, E. R. ; LIMA, M. A. D. S. ; SANTOS, J. L. G. ; MARQUES, G. . Organização do trabalho de uma equipe de saúde no atendimento ao usuário em situações de urgência e emergência. Texto & Contexto Enfermagem (UFSC. Impresso), v. 18, p. 266-272, 2009.
60. SANTOS, J. L. G. ; LIMA, M. A. D. S. ; PESTANA, A. L. ; GARLET, E. R. ; ERDMANN, A. L. . Desafios para a gerência do cuidado em emergência na perspectiva de enfermeiros. Acta Paulista de Enfermagem, v. 26, p. 136-143, 2013.
61. GARLET, E. R. ; LIMA, M. A. D. S. ; SANTOS, J. L. G. ; MARQUES, G. . Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. Revista Latino-Americana de Enfermagem (USP. Ribeirão Preto. Impresso), v. 17, p. 535-540, 2009.
62. COSTA, A.L.R.C.; MARZIALE, M.H.P.. Relação tempo-violência no trabalho de enfermagem em Emergência e Urgência. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, p. 337-343, 2006.
63. BATISTA, K.M.; BIANCHI, E. R. F. . Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Revista Latino-Americana de Enfermagem (Ribeirão Preto), Ribeirão Preto, v. 14, n.4, p. 534-539, 2006.
64. BEZERRA, F. N. ; SILVA, T.M.; RAMOS, V.P. . Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura.. Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso), v. 25, p. 151-156, 2012.

65. SILVA, A.T.; QUEIROZ, L.A.; FREITAS, L.F.M.; FARIA, H.T.G.. O trabalho da enfermagem no serviço de emergência: o estresse e a satisfação. *Ciência et Praxis (Online)*, v. 4, n.8. p. 19-26, 2011.
66. GODOY, S. C. B.; ALVES, M. ; SANTANA, D.M. . Motivos de licenças médicas em um hospital urgência -emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, São Paulo, v. 59, n.2, p. 195-200, 2006.
67. JODAS, D. A.; HADDAD, M. C. F. L. . Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um pronto socorro de Hospital Universitário. *Acta Paulista de Enfermagem (UNIFESP. Impresso)*, v. 22, p. 192-197, 2009.
68. SALOMÉ,G.M.; ARBAGE, C.C. ; LIMA, M.G. ; MARIANO,A. ; LOPES, M. O. . Caracterização dos sintomas físicos e nível de estresse da equipe de enfermagem do pronto socorro de um hospital estadual da cidade de São Paulo. *Saúde Coletiva (Barueri)*, v. 5, p. 135-140, 2008.
69. FERREIRA, M.M.; MOURA, H.. Enfermagem nas urgências e emergências: o estresse do profissional enfermeiro na unidade e atendimento de urgências e emergências, uma revisão bibliográfica. *Enigmas da dor: ação multiprofissional em saúde*. Organizadores Fernando Pereira dos Santos, Rosália Hernades Fernandes Vivan. – Londrina : EdUniFil, p. 123-128, 2012.
70. OLIVEIRA, J. D. S. ; ALCHIERE, J.C. ; PESSOA JÚNIOR, J.M. ; MIRANDA, F.A.N. ; ALMEIDA, M.G. . Representações sociais de enfermeiros acerca do estresse laboral em serviço de urgência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP* v. 47, p. 984-989, 2013.
71. SALOMÉ, G.M. ; MARTINS, M.F.M.S. ; ESPÓSITO, V.H.C. . Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem* , v. 62, p. 856-862, 2009.
72. VASCONCELLOS, I. R. R. ; ABREU, A. M. M. ; MAIA, E. L. . Violência ocupacional sofrida pelos profissionais de enfermagem do serviço de pronto atendimento hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem (UFRGS. Impresso)*, v. 33, p. 167-175, 2012.
73. CEZAR, E.S.; MARZIALE, MH.P.. Problemas de violência ocupacional em um serviço de urgência hospitalar da Cidade de Londrina, Paraná, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, Rio de Janeiro, v. 22, n.1, p. 217-221, 2006.
74. ALMEIDA-FILHO, N. . *O que é Saúde?*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 156p.
75. CAPONI, S.. A saúde como abertura ao risco. In: Czesrenia D, Freitas CM (orgs). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de

- Janeiro: FIOCRUZ; 2003. p.55-78.
76. RÜCKERT, B.. As práticas de saúde no MST do Vale do Rio Doce, MG: Normas e Valores na atividade. 2012, 165 f. Dissertação. Faculdade de Educação. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2008.
 77. BRITO, J. . A Ergologia como perspectiva de análise: A Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde.. In: Minayo-Gomes, C. ; Machado, J.H.; Pena, P.G.L. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011, v. p. 479-494.
 78. CAPONI, S.. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, IV (2):287-307, jul.-out. 1997.
 79. BRITO, J. E.. Reflexões epistemológicas sobre a Ergologia. In: Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação, 29, 2006, Caxambu. Anais.. Rio de Janeiro: ANPED, 2006.
 80. SCHWARTZ, Y. Entrevista: Yves Schwartz. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 4, nº 2, p. 457-65, 2006.
 81. BRITO, J. . Trabalho Real. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, pp. 288-294. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
 82. BRITO, J. . Trabalho Prescrito. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Observatório dos Técnicos em Saúde. (Org.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*, pp. 282-287. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
 83. ALVAREZ, D. ; TELLES, A. L.. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*, pp. 63-90. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
 84. SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF, 2007. 308p
 85. SCHWARTZ, Y.. Glossário da ergologia. In: *Revista Laboreal*, volume IV, nº1, p. 23-8, 2008.
 86. SCHWARTZ, Y. Actividade. In: *Revista Laboreal*, v.1, nº1: p.63-4, 2005. Disponível em: <<http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112291227657511>> Acesso em 26/10/2012.
 87. BRITO, J. .. Saúde do trabalhador: reflexões a partir da abordagem ergológica. In: Figueiredo M., Athayde M., Brito J, Alvarez D. (orgs.). *Labirintos do trabalho*:

- interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, 2004, p. 91-114.
88. MINAYO MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8ªed. São Paulo:Hucitec. 2004.
89. MINAYO, M. C. S. ; CRUZ NETO, O. ; DESLANDES, S. F. ; GOMES, R. . Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 1994. 80p.
90. GIL, A. C. . Como elaborar projetos de pesquisa. 4a.. ed. São Paulo: Atlas, 2002. v. 1. 171p .
91. GIL, A. C. . Tecnicas de pesquisa em economia. Atlas, 1991. v. 1.
92. TOBAR, F. e YALOUR, M. R.. Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2001.
93. TRIVIÑOS, A.N.S. Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1992.
94. YIN, R. Estudo de caso. 3 ed. Porto Alegre: Bookmam, 2005.
95. <http://andromeda.ensp.fiocruz.br/teias/o-territorio> Acessado em 30/04/2014.
96. http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=historias_manguinhos Acessado em 30/04/2014
97. <http://www.conhecendomanguinhos.fiocruz.br/?q=node/94> Acessado em 30/04/2014
98. Relatório de Gestão UPA de Manguinhos - Período: Janeiro à Dezembro/2013. 17 p. Em prelo.
99. GUÉRIN F, LAVILLE A, DANIELLOU F, DURRAFOUG J.. Compreender o Trabalho para Transformá-lo. A Prática da Ergonomia. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda., 2001.
100. TRINQUET, P. . Trabalho e educação: o método ergológico. Revista HISTEDBR On-line, Campinas, número especial, p. 93-113, ago., 2010.
101. BECKER, H. S.. Métodos de pesquisa em ciências sociais. 4ª ed. São Pauo: Hucitec, 1999.
102. VICTORA, C.G., KNAUTH D.R., HASSEN, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Ed.; 2000.

103. BARROS-DUARTE C, CUNHA L, LACOMBLEZ M. INSAT: Uma proposta metodológica para análise dos efeitos das condições de trabalho sobre a saúde. Rev. Laboreal [Internet]. 2007. 3(2): 54-62.
104. OLIVEIRA, S. M.. A instrução ao sócia e a formação docente. In: 17º Congresso de Leitura do Brasil, 2009, Campinas. 17º Congresso de Leitura do Brasil, 2009.
105. OLIVEIRA, S. S. S.. Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho: contradições e ambigüidades no telemarketing. 2007. 0 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Fundação Oswaldo Cruz.
106. REZENDE, M. S.. Trabalho em Call Center - estudo exploratório sobre a mobilização das teletendentes para compatibilizar saúde com a produtividade e qualidade requeridas. 2007. 0 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz.
107. CLOT, Y. Trabalho e poder de agir. Tradução de Guilherme João Freitas Teixeira e Marlene Machado Zica Vianna. Belo Horizonte: FabreFactum, 2010. 368p.
108. CLOT, Y. Ivar Oddone: os instrumentos de ação. Revista Les territoires du travail n° 3(Les continents de l'expérience). Catéis:Marseille,1999.
109. GOMES, L. .Trabalhar em UTI Neonatal: os desafios da relação de serviço e a saúde das/os técnicas/os de enfermagem. [tese]. [Rio de Janeiro]; ENSP/ FIOCRUZ; p. 234, 2011.
110. MASSON, L.P.. A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de enfermagem de uma Unidade Neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade. [dissertação].[Rio de Janeiro] : ENSP/ FIOCRUZ; p.236, 2007.
111. SOUZA, A. M. R. Z. de. Atividade de cuidados em UTI Neonatal: uma análise das relações entre trabalho de enfermagem e saúde. [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/FIOCRUZ; 2010.
112. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. RDC 50 - Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde. Brasília. 21 de fevereiro de 2002. (Incluindo as alterações contidas nas Resoluções RDC nº 307 de 14/11/2002 publicada no DOU de 18/11/2002 e RDC nº189 de 18/07/2003 publicada no DO de 21/07/2003). p. 144
113. PIRES, D. E. P.. A enfermagem enquanto disciplina, trabalho e profissão. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 5, p. 739-744, 2008.

114. PIRES, D.E.P; LORENZETTI, J.; GELBCKE, F. L.. Enfermagem: condições de trabalho para um fazer responsável. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 62., 2010, Anais... Florianópolis: CBen.
115. BRASIL, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Regulamenta o exercício profissional de enfermagem e outras providências.
116. BRASIL. Decreto No 94.406 de 08 de Junho de 1987 Regulamenta a Lei No 7.498 de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o Exercício da Enfermagem e dá outras providências.
117. GODOY, S.C.B.. Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho: um estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.
118. SANTOS FILHO, S. B. . Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do humanizaus: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS FILHO, SB & BARROS, MEB. (Org.). Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde: Unijuí, 2007.
119. BRASIL. HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 20 p.
120. Brasil. HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização 4. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008. 72p.
121. DEJOURS. Por um novo conceito de saúde. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, v. 14, n. 54, abr./ maio/ jun. 1986.

ANEXOS

ANEXO A: Inquérito Saúde e Trabalho em Serviços – INSATS-BR



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



INSATS*

INQUÉRITO

SAÚDE E TRABALHO EM SERVIÇOS 2013

Jussara Brito_Luciana Gomes_Simone Oliveira

Tipo de estabelecimento

Tipo de empresa

Trabalhador(a)

Cidade

Data: / /

I – IDENTIFICAÇÃO

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

1.1. Sexo

 M F

1.2. Idade

 anos

1.3. Nível de escolaridade

Ensino Fundamental incompleto Ensino Fundamental completo

Ensino Médio incompleto Ensino Médio completo

Curso Técnico incompleto Curso Técnico completo

Curso Técnico de

Ensino Superior incompleto Ensino Superior completo

Graduação em

Pós-graduação incompleto Pós-graduação completo

Curso de

1.4. Ano de admissão na empresa

1.5. Tempo de trabalho nessa área (Ex.: saúde, educação, comércio)

1.6. Atividades profissionais exercidas anteriormente

Por quanto tempo

IDENTIFICAÇÃO DO LOCAL DE TRABALHO

1.7. Nome da instituição

1.8. Numero de funcionários da empresa

Inferior a 10

Entre 10 e 49

Entre 50 e 99

Superior a 100

II – O MEU TRABALHO

ATIVIDADE

2.1. A minha atividade de trabalho principal é _____

2.2. Trabalho no setor _____

2.3. Trabalho nesse setor desde _____ (ano)

2.4. Atuo nessa área a _____ (tempo)

2.5. No meu setor trabalham

- Mais homens que mulheres
 Mais mulheres que homens
 Quase o mesmo número de mulheres e homens

2.6. Meu chefe imediato é

- Um homem
 Uma mulher

2.7. O meu salário líquido é

- Até 1 salário mínimo (R\$ 678,00)
 Mais de 1 até 2 salários mínimos (R\$679,00 até R\$1.356,00)
 Mais de 2 até 3 salários mínimos (R\$1357,00 até R\$2.034,00)
 Mais de 3 até 5 salários mínimos (R\$2.035,00 até R\$3.390,00)
 Mais de 5 até 10 salários mínimos (R\$3.391,00 até R\$6.780,00)
 Mais de 10 até 20 salários mínimos (R\$6.781,00 até R\$13.560,00)
 Mais de 20 salários mínimos (R\$ 13.561,00)

2.8. O meu vínculo é

- Efetivo (ou estatutário)
 Contrato _____ (Especificação)
 Aprendizagem; formação, estágio ou bolsa
 Prestador de serviços eventuais
 Autônomo

2.9. Tenho outra(s) atividade(s) remunerada(s)

Não Sim

2.10. Essa(s) atividade(s) é(são)

Exerço essa(s) atividade(s) a

_____ (tempo)

HORÁRIO DE TRABALHO

2.11. O meu horário atual de trabalho na atividade principal se caracteriza por...

- Horário fixo
 Horários irregulares ou alternados (horários com variações frequentes, semanais, quinzenais ou mensais – e nem sempre previstas)

2.12. Meus dias de trabalho são...

- Em período normal (Ex.:seg. à sexta, seg. à sáb., horário comercial)
 Apenas nos fins-de-semana
 Outros (Escala, plantão, por demanda, etc.)

Especificação _____

2.13. A minha jornada de trabalho por semana é de...

- 20hs 24hs 30hs 36hs 40hs 44hs Outros

2.14. Meu turno de trabalho é...

- Turno diurno
 Turno noturno
 Turno misto (diurno e noturno) Especificação _____
 Turno rotativo Especificação _____
 Outros Especificação _____

2.15. O meu tempo total de trabalho, em média, por semana é _____ (horas).
(Incluindo outras atividades profissionais ou outro local de trabalho)

2.16. Faço horas extras ou plantões extras

- Sempre Frequentemente Às vezes Raramente Nunca

III – CONDIÇÕES E CARACTERÍSTICAS DO MEU TRABALHO

As próximas questões referem-se às condições relacionadas com o seu trabalho. Se for o caso, você pode marcar mais de uma opção de resposta.

AMBIENTE FÍSICO

1ªParte da resposta

3.1. No meu trabalho **estou exposto a...**

- Ruído muito elevado
 Ruído constante ou incômodo
 Vibrações (oscilações ou tremores no corpo)
 Radiações (material radioativo, RX)
 Calor intenso
 Frio intenso
 Variações de temperatura (ora frio, ora calor)
 Iluminação inadequada
 Poeiras ou gases
 Agentes biológicos (contato ou manuseio: vírus, bactérias, fungos ou material de origem orgânica vegetal ou animal).
Ex.: _____
 Agentes químicos (colas, solventes, pigmentos, corantes, diluentes, desinfetantes, etc.). Ex.: _____
 Risco de acidentes (ex.: cair, escorregar, cortar-me)

2ªParte da resposta

Em caso positivo. Isso me incomoda

Muito Um pouco Não me incomoda

Muito	Um pouco	Não me incomoda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EXIGÊNCIAS FÍSICAS

1ªParte da resposta

3.2. O meu trabalho **exige do meu corpo...**

- Fazer gestos repetitivos e minuciosos

2ªParte da resposta

Em caso positivo. Isso me incomoda

Muito Um pouco Não me incomoda

Muito	Um pouco	Não me incomoda
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> Posturas cansativas (posições dolorosas, difíceis, desconfortáveis)			
<input type="checkbox"/> Esforços físicos intensos (manusear, transportar, puxar, empurrar, levantar cargas pesadas)			
<input type="checkbox"/> Permanecer muito tempo de pé na mesma posição			
<input type="checkbox"/> Permanecer muito tempo de pé em deslocamento			
<input type="checkbox"/> Permanecer muito tempo sentado			
<input type="checkbox"/> Permanecer muito tempo no mesmo local			
<input type="checkbox"/> Subir e descer com muita frequência			

INSTALAÇÕES

1ª Parte da resposta

3.3. No meu trabalho **tenho...**

- Vestiários e banheiros insuficientes e/ou inadequados
- Espaços inadequados para pausas, lanches ou repousos
- Espaço de trabalho inadequado para a tarefa que realizo
- Mobiliário inadequado (mesa, cadeiras, etc.)
- Equipamentos e ferramentas inadequadas

2ª Parte da resposta
Em caso positivo. Isso me incomoda

Muito	Um pouco	Não me incomoda

RITMO E INTENSIDADE DE TRABALHO

1ª Parte da resposta

3.4. No meu trabalho **estou exposto a situações de...**

- Influência do ritmo de uma máquina ou equipamento
- Ter que estar atento aos sinais/informações de uma máquina ou equipamento
- Ter que depender do trabalho dos colegas
- Ter que atuar a partir da demanda/necessidade dos clientes ou Usuários
- Cumprir normas de produção ou prazos rígidos (controle da qualidade, tempos curtos impostos, horários fixos)
- Ter que fazer várias coisas ao mesmo tempo
- Frequentes interrupções
- Ter que me apressar
- Ter que resolver situações ou problemas imprevistos sem ajuda
- Não poder desviar o olhar do trabalho
- Ter que suprimir ou encurtar uma refeição, ou nem realizar a pausa por causa do trabalho
- Ter que dormir em horários pouco usuais por causa do trabalho
- Não dormir a noite
- Ter que ultrapassar o horário normal de trabalho
- Não poder interromper minha tarefa até concluí-la
- Estar disponível permanentemente através da internet, celular, etc.
- Ter que lidar com muitas informações ao mesmo tempo

2ª Parte da resposta
Em caso positivo. Isso me incomoda

Muito	Um pouco	Não me incomoda

POSSIBILIDADE DE AGIR

3.5. No meu trabalho geralmente **tenho**...

- | | | |
|---|---------------------------------|---------------------------------|
| -possibilidade de alterar a ordem de realização das tarefas | Sim
<input type="checkbox"/> | Não
<input type="checkbox"/> |
| -liberdade para decidir como realizar as tarefas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possibilidade de influenciar o ritmo ou a velocidade de trabalho | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possibilidade de tomar decisões por mim mesmo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possibilidade de escolher os momentos de pausa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

RELAÇÕES NO TRABALHO

1ªParte da resposta

3.6. Realizo minhas atividades...

- Sozinho
 Com a colaboração de colegas
 Com a ajuda da chefia

2ªParte da resposta

Sempre	Às vezes	Nunca
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.7. No meu trabalho é...

- | | | |
|--|---------------------------------|---------------------------------|
| -freqüente a necessidade de ajuda entre os colegas | Sim
<input type="checkbox"/> | Não
<input type="checkbox"/> |
| -a minha opinião é considerada para o funcionamento do serviço | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possível expressar-me à vontade | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possível que a equipe discuta sobre o trabalho regularmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -possível que a equipe discuta sobre o trabalho informalmente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -importante atuarmos em equipe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -comum aprendermos uns com os outros | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

3.8. Eu e meus colegas trocamos experiências e alguns truques para realizar melhor as tarefas

- Freqüentemente Às vezes Nunca

3.9. No meu trabalho tenho contato com o público(clientes, fornecedores, outros profissionais)

- Sim Não

3.10. Este contato é

- direto indireto/virtual (telefone, internet, carta, etc.)

3.11. Neste contato é necessário...

- | | Sempre | Freqüente-mente | Às vezes | Raramente | Nunca |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -lidar com as exigências do público | <input type="checkbox"/> |
| -lidar com situações de tensão nas relações com o público | <input type="checkbox"/> |
| -suportar agressão verbal do público | <input type="checkbox"/> |
| -envolver-me emocionalmente com o público | <input type="checkbox"/> |
| -modificar ou adaptar o modo de trabalhar para atender as necessidades do público | <input type="checkbox"/> |

3.11. Esses contatos com o público são

	Sempre	Freqüente-mente	As vezes	Raramen-te	Nunca
-agradáveis	<input type="checkbox"/>				
-gratificantes	<input type="checkbox"/>				
-desgastantes	<input type="checkbox"/>				
-desagradáveis	<input type="checkbox"/>				

3.12. As exigências e/ou necessidades do público são

	Sempre	Freqüente-mente	As vezes	Raramen-te	Nunca
-imprevisíveis, sem cabimento ou difíceis de compreender	<input type="checkbox"/>				
-justas e claras	<input type="checkbox"/>				
-difíceis de atender por falta de recursos	<input type="checkbox"/>				
-atendidas somente com muito esforço ou através de soluções não previstas	<input type="checkbox"/>				
-difíceis de atender porque a solução não depende diretamente de mim	<input type="checkbox"/>				
-difíceis de atender porque a solução está além das minhas atribuições	<input type="checkbox"/>				

3.13. No meu trabalho **estou exposto ao risco de...**

	Sim	Não
-agressão verbal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-agressão física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-assédio sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-assédio moral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-intimidação (ameaçar, assustar, provocar medo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-discriminação sexual	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-discriminação ligada à idade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-discriminação relacionada à nacionalidade ou raça/etnia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-discriminação relacionada a uma deficiência física ou mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INSTRUMENTOS, RECURSOS E ORIENTAÇÕES

3.14. No meu trabalho...

	Sim	Não
-sou bem orientado quanto a forma de realizar as atividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-disponho de guias, protocolos ou manuais de orientação nos quais posso me basear	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- disponho dos recursos técnicos (materiais, instrumentos, equipamentos)necessários	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-é boa a proporção entre o número de trabalhadores e as tarefas a cumprir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.15. Os instrumentos e tecnologias utilizadas no meu trabalho mudam com freqüência

1ª Parte da resposta	2ª Parte da resposta Em caso positivo. Isso me incomoda...		
	Muito	Um pouco	Não me incomoda
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.16. A forma de organizar o trabalho muda com frequência

1ª Parte da resposta

- Sim
 Não

2ª Parte da resposta

Em caso positivo. Isso me incomoda...

Muito Um pouco Não me incomoda

--	--	--

RECONHECIMENTO E SATISFAÇÃO NO TRABALHO

3.17. O meu trabalho é um trabalho...

Reconhecido pelos colegas

Sempre	Às vezes	Nunca

Reconhecido pelo público

--	--	--

Valorizado pelas chefias

--	--	--

Valorizado pela sociedade

--	--	--

Com o qual estou satisfeito

--	--	--

Que é gratificante pelo resultado atingido

--	--	--

Onde me sinto entediado

--	--	--

No qual, de uma forma geral, me sinto explorado

--	--	--

3.18. O meu trabalho é um trabalho...

Onde se aprende coisas novas

Sempre	Às vezes	Nunca

Onde é possível criar coisas novas

--	--	--

3.19. Que terei condições de realizar quando tiver 60 anos (considerando o desgaste que tenho atualmente)

- Sim Não

3.20. Que gostaria que meus filhos realizassem, caso manifestem vontade

- Sim Não

IV- EDUCAÇÃO E TRABALHO

4.1. A formação específica para realizar esse trabalho é do tipo:

- Cursos de curta duração
 Técnica
 Graduação
 Pós-graduação (especialização, residência, mestrado, doutorado)
 Outra
 Não se aplica

4.2. O que eu aprendi nesse curso atende às minhas necessidades nesse trabalho

- Totalmente Parcialmente De forma insuficiente

4.3. A aprendizagem ocorrida diretamente no local de trabalho se deu

Através de treinamento oferecido pela instituição empregadora

Sim, principal-mente	Sim, parcial-mente	Não

Observando colegas de trabalho

--	--	--

Por orientação de colegas de trabalho

--	--	--

Sozinho

--	--	--

4.4. Tenho tido oportunidade de ampliar meus conhecimentos, através de cursos/seminários/etc

- Muito Mais ou menos Pouco Nada

V- VIDA FAMILIAR, TRABALHO DOMESTICO E LAZER

5.1. Estou

Solteiro(a)
 Casado(a), moro com companheiro(a)
 Separado(a), divorciado(a), desquitado(a), viúvo(a)

5.2. Além de mim, moram na minha casa

N° de pessoas Ninguém

5.3. Dentre essas pessoas algumas precisam de cuidados especiais (pela idade avançada, doença ou algum outro problema)

Sim Não

5.4. Tenho filhos e/ou enteados

Sim Não

5.5. A quantidade de filhos e/ou enteados que tenho, de acordo com a idade é

De 0 a 12 anos
 De 13 a 18 anos
 Maiores de 18 anos

5.6. Consigo conciliar o trabalho profissional com as atividades domésticas

Sim, com facilidade
 Sim, com dificuldade
 Sim, com muita dificuldade
 Não consigo dar conta de tudo
 Não realizo atividades domésticas

5.7. Geralmente, o tempo que gasto por dia em transporte (deslocamento casa-trabalho + trabalho casa) é:

Até 1 hora
 De 1 a 2 horas
 De 2 a 3 horas
 Mais de 3 horas

5.8. O meu tempo total de **trabalho** doméstico (cozinhar, limpar, cuidar de filhos ou de outras pessoas, fazer compras, etc.), por semana, é aproximadamente:

Até 5 horas
 De 5 a 10 horas
 De 10 a 20 horas
 Acima de 20 horas

5.9. As atividades domésticas me dão prazer

Sim Não

5.10. Em geral, quando estou em casa me sinto

Mais relaxado(a) que no local de trabalho
 Mais ocupado(a) que no local de trabalho

5.11. Normalmente durmo em torno de horas.

5.12. Considero que o meu tempo de repouso e sono é

1ª Parte da resposta

Suficiente
 Insuficiente

2ª Parte da resposta

Sempre	As vezes
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

5.13. O meu tempo total dedicado ao lazer (ler, cinema, teatro, TV, visitas familiares, etc.), em média, por semana, é:

Até 5 horas
 De 5 a 10 horas
 De 10 a 20 horas
 Acima de 20 horas

5.14. Realizo atividades físicas

Eventualmente
 Regularmente
 Nunca

5.15. O trabalho afeta minha vida familiar de forma

Positiva
 Negativa
 Às vezes positivamente, às vezes negativamente
 Não afeta

5.14. Mesmo quando estou em casa continuo a me preocupar com o trabalho ou mesmo a realizar alguma atividade profissional

Sempre | As vezes | Nunca

VI – A MINHA SAÚDE E O MEU TRABALHO

PROBLEMAS DE SAÚDE

Se você tem ou teve um ou mais problemas de saúde listados abaixo, responda também a 2ª parte da questão, à direita.

1ª parte

6.1. Tenho ou tive este(s) problema(s) de saúde

	1ª parte			2ª parte		
	Leve ou pouco frequente	Moderado ou eventual	Intenso ou muito frequente	Foi causado pelo trabalho	Foi agravado ou acelerado pelo meu trabalho	Não tem nenhuma relação com o meu trabalho
-Ferimentos por acidente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Doenças infecciosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas de visão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas de voz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas de audição	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas de pele (alergia, dermatose, dermatites, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas respiratórios (asma, falta de ar, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas musculares e das articulações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas digestivos ou hepáticos (má digestão, vômito, diarreia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas renais ou no trato-urinário	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas endócrinos(diabetes, tireóide, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas nutricionais(obesidade, anemia, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas associados ao sistema reprodutivo(menstruação ou problemas de próstata, problemas em engravidar ou na gravidez)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas cardíaco-vasculares ou circulatórios(hipertensão, infarto do miocárdio, angina, varizes, trombozes, hematomas, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas neurológicos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dores de cabeça	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Dores no estômago	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Adormecimento frequente dos membros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas da coluna vertebral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Neoplasias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Problemas ligados à violência	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Alcoolismo, tabagismo ou dependência química	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Problemas de sono(sonolência, insônia), desânimo, fadiga geral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Mudanças de humor ou alteração de comportamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Ansiedade e/ou irritabilidade	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Outros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.2. Considero que a minha saúde foi afetada devido ao trabalho que **realizei anteriormente**

<p>1ª Parte da resposta</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p>	<p>2ª Parte da resposta</p> <p>Em caso positivo, O problema de saúde gerado foi</p>	<p>O trabalho que realizei foi o seguinte</p>
---	---	---

6.3. Tenho os seguintes diagnósticos de doença confirmados:

6.4. Uso frequentemente medicamentos

Sim Não

6.5. Os medicamentos são...

Os motivos:

VII- ACIDENTE DE TRABALHO E PROTEÇÃO

7.1. Já tive acidente de trabalho ou doença do trabalho que é reconhecido por lei:

Sim Não

Em caso positivo:

7.2. Este acidente ou doença foi caracterizado da seguinte forma

Acidente típico	Acidente de trajeto. Ex.:no caminho de ida ou retorno do trabalho	Doença profissional
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificar

--

Em caso positivo:

7.3. Foi necessário licença para tratamento de saúde

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.4. Fiquei afastado(a) por dias meses anos

7.5. Fiquei com incapacidade reconhecida decorrente deste acidente ou desta doença

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Especificação

--

7.6. Foi necessário pedir readaptação

Sim	Não
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.7. Considero ter informação sobre os riscos ligados ao ambiente físico do meu trabalho (por ex. dos riscos associados aos equipamentos, à qualidade do ar, à acústica, aos produtos que utilizo.)

Suficiente	Insuficiente	Nenhuma
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

No meu local de trabalho tenho à disposição:

7.8. Proteção individual
(por ex. luvas, protetores auditivos, máscaras, calçado de proteção, óculos)

Sim	Não	Não se aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.9. Proteção coletiva

(por ex. silenciadores nas máquinas, painéis anti-ruídos, climatização adequada)

Sim	Não	Não se aplica
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

--

	Muito	Mais ou menos	Pouco	Nada
7.10. Considero que a utilização de equipamentos de proteção individual (EPI) é eficaz (protege e não interfere na realização da minha atividade)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.11. Conto com suporte de especialistas na área de saúde e trabalho	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Esse suporte é	<input type="text"/>			

VIII – DIREITOS E PARTICIPAÇÃO SOCIAL

	Sim	Não
8.1. No meu trabalho tenho acesso à alimentação saudável	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.2. Conto com serviço de transporte da empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.3. Tenho plano de saúde subsidiado pela empresa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.4. Tenho autorização para me ausentar do trabalho eventualmente, para cuidar de um familiar ou de minha própria saúde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.5. A empresa que trabalho dispõe de creche para todos os(as) trabalhadores(as) que necessitam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Para evitar que minha saúde seja afetada pelo trabalho tomo os seguintes cuidados...

Gostaria de fazer os seguintes comentários relativos às questões presentes nesse questionário e/ou sobre aspectos que não foram contemplados:

AGRADECEMOS A SUA PARTICIPAÇÃO!

*Adaptação do INSAT-Inquérito de Saúde e Trabalho, instrumento elaborado por: Carla Barros-Duarte, Lílíana Cunha e Marianne Lacomblez do Centro de Psicologia da Universidade do Porto (Unidade de Investigação da Fundação para Ciência e Tecnologia), para as atividades de serviço no Brasil realizado por Jussara Brito, Luciana Gomes e Simone Oliveira, da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da FIOCRUZ. Tendo a colaboração na versão de 2009 de Ana Maria Ramos Zambroni de Souza e Filipe Guterres e na versão de 2013 de Hebert de Oliveira Gomes e Élída Hennington.

ANEXO B: Roteiro da entrevista

ROTEIRO DA ENTREVISTA

Dados de Identificação

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: M () F () Cargo: _____

1. Conte-me um pouco sobre as tarefas realizadas cotidianamente por você neste serviço.
2. a) Em relação ao seu trabalho, que exigências são feitas pela direção da unidade?
b) E quais são feitas pelos pacientes e familiares?
c) E pelos seus colegas de trabalho?
3. Quais são as principais dificuldades e desafios encontrados no seu trabalho?
4. O que você faz para superar essas dificuldades e desafios? E o que faz a equipe de enfermagem?
5. Alguém da equipe de enfermagem já teve ou tem algum problema de saúde que poderia estar relacionado ao trabalho neste setor? Caso isso tenha ocorrido me dê alguns exemplos.
6. O que precisa ser mudado em seu trabalho? Por quais motivos você acha que isso ainda não foi modificado?
7. Em sua opinião, o que diferencia o trabalho da enfermagem em urgência e emergência do trabalho em outros serviços de saúde?
8. Nossa conversa está terminando. Gostaria de falar mais alguma coisa?

ANEXO C: Autorização da Unidade de Pronto Atendimento de Manguinhos



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1463

Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador Hebert de Oliveira Gomes, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro”, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde UPA Manguinhos como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 07/08\2013.

Assinatura do Pesquisador Responsável

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Daniela Tarta
Gerente Administrativa
UPA/MANGUINHOS
CRA 20-87137-7

ANEXO D: Autorização da Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Afonso Cavalcanti, 455 – sala 710 - Cidade Nova
Rio de Janeiro – RJ – CEP: 20.211-901
Tel: (21) 3971-1463

Comitê de Ética em Pesquisa/SMS-RJ

Termo de Autorização da Unidade

Autorizo o pesquisador Hebert de Oliveira Gomes, responsável pelo projeto de pesquisa intitulado “**Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro**”, e sua equipe a utilizarem a Unidade de Saúde UPA Manguinhos como possível campo de coleta de dados diretos e/ou indiretos. O referido projeto somente poderá ser iniciado nesta Unidade de Saúde mediante sua aprovação documental por este CEP/SMS-RJ.

Rio de Janeiro, 29/08 2013.

Assinatura do Pesquisador Responsável

X

Daniel Soranz
Matr. 57/253.544-1
Subsecretário de Atenção Primária,
Vigilância e Promoção da Saúde-SMS

Assinatura e Carimbo do Diretor Geral

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/comite-de-etica-em-pesquisa>

ANEXO E: Parecer de aprovação do CEP/ENSP/FIOCRUZ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro

Pesquisador: hebert de oliveira gomes

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 14104913.0.0000.5240

Instituição Proponente: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca - ENSP/FIOCRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 267.346

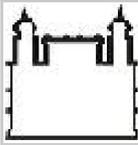
Data da Relatoria: 08/05/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de Mestrado Acadêmico do Programa de Saúde Pública da ENSP, de autoria de Hebert de Oliveira Gomes, orientado pela profa. Dra. Jussara Cruz de Brito e co-orientado pela profa. Luciana Gomes, qualificado em 18/12/2012. Tem como tema o trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro. Trata-se de uma pesquisa com abordagem qualitativa, de caráter descritivo, do tipo estudo de caso, que busca analisar as relações entre trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em uma sala vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro. Para isso pretende-se: caracterizar as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na referida unidade; identificar e discutir as normas antecedentes presentes na atividade de trabalho da enfermagem da unidade estudada; e investigar as renormatizações realizadas por esses trabalhadores de enfermagem e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado desses profissionais.

Serão entrevistados 40 profissionais que atuam na sala vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento da SMS de Rio de Janeiro.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



Continuação do Parecer: 267.346

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as relações entre trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em uma sala vermelha de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as condições de trabalho vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem na referida unidade.

- Identificar e discutir as normas antecedentes presentes na atividade de trabalho da enfermagem da unidade estudada.

- Investigar as renormatizações realizadas por esses trabalhadores de enfermagem e sua relação com o processo saúde-doença-cuidado desses profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo o autor, esta pesquisa tem como princípio não causar nenhum dano, seja ele físico, emocional, social ou econômico. No entanto ele admite e prevê a possibilidade do sujeito de pesquisa se sentir constrangido ou desconfortável durante a realização da pesquisa e garante a esse sujeito a possibilidade de abandonar a pesquisa a qualquer tempo.

Ainda segundo o autor, a contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação trabalho e saúde nesta unidade visando à melhoria das condições de saúde e trabalho dos profissionais em questão, podendo decorrer disso melhorias na assistência prestada neste serviço de saúde

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLE - adequado.

Cronograma - adequado.

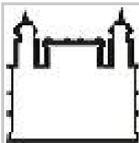
Roteiro de Entrevista - adequado

Carta de Anuência da Instituição - o pesquisador apresenta Termo de Compromisso assinado, comprometendo-se a apresentar ao CEP/ENSP, a Carta de Anuência da SMS do Rio de Janeiro quando a obtiver.

Recomendações:

Não há.

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE
PÚBLICA SÉRGIO AROUCA -
ENSP/ FIOCRUZ



Continuação do Parecer: 267.346

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aguardando Carta de Anuência da SMS do Rio de Janeiro.

RIO DE JANEIRO, 09 de Maio de 2013

Assinador por:
Ângela Fernandes Esher Moritz
(Coordenador)

Endereço: Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Térreo
Bairro: Manguinhos **CEP:** 21.041-210
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2598-2863 **Fax:** (21)2598-2863 **E-mail:** cep@ensp.fiocruz.br

ANEXO F: Parecer de aprovação do CEP/SMS-RJ

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro

Pesquisador: hebert de oliveira gomes

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 14104913.0.0000.5240

Instituição Proponente: FUNDACAO OSWALDO CRUZ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 451.362

Data da Relatoria: 11/10/2013

Apresentação do Projeto:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Objetivo da Pesquisa:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Recomendações:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DO RIO DE
JANEIRO/SMS/ RJ



Continuação do Parecer: 451.362

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Acompanho Parecer do CEP/ENSP

RIO DE JANEIRO, 08 de Novembro de 2013

Assinador por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Afonso Cavalcanti, 455, Sala 710
Bairro: Cidade Nova **CEP:** 20.211-901
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3971-1463 **Fax:** (21)2293-4826 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br

ANEXO G: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (INSATS-BR)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por Hebert de Oliveira Gomes, aluno do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dr.^a Jussara Brito e Dr.^a Luciana Gomes.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar as relações entre trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento serão realizados: visitas orientadas; observações no setor; levantamento documental; aplicação de questionário; e entrevistas diretas e indiretas com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) desta unidade.

Você foi selecionado (a) porque trabalha na equipe enfermagem da sala vermelha desta Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um inquérito ao pesquisador do projeto. O tempo de duração da aplicação do inquérito é de aproximadamente 45 minutos.

A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação trabalho e saúde nesta unidade visando à melhoria das condições de saúde e trabalho dos profissionais em questão, podendo decorrer disso melhorias na assistência prestada neste serviço de saúde. Portanto, a sua participação poderá contribuir muito para a execução da pesquisa.

Esta pesquisa tem como princípio não causar nenhum dano, seja ele físico, emocional, social ou econômico. No entanto, você poderá se sentir constrangido ou desconfortável durante a realização da pesquisa. Por isso, pedimos que, caso se sinta em

situação de risco (seja ele de qualquer tipo), avise ao pesquisador para que esse risco seja reduzido ou, em última instância, a pesquisa seja paralisada.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes e a privacidade das informações serão preservados em todas as suas formas de divulgação. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa.

Os inquéritos serão armazenados, mas somente terão acesso aos mesmos o pesquisador e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e orientações do CEP/ENSP.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato e o endereço institucional do pesquisador principal, além dos contatos do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Hebert de Oliveira Gomes

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (021) 8345-2106 E-mail: malungo31@gmail.com

Orientadora: Dr.^a Jussara Cruz de Brito

Tel: (021) 8746-7866

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (021) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: (021) 3971-1463

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Assinatura do participante

ANEXO H: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Entrevista)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por Hebert de Oliveira Gomes, aluno do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dr.^a Jussara Brito e Dr.^a Luciana Gomes.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar as relações entre trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento serão realizados: visitas orientadas; observações no setor; levantamento documental; aplicação de questionário; e entrevistas diretas e indiretas com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) desta unidade.

Você foi selecionado (a) porque trabalha na equipe enfermagem desta Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista/questionário ao pesquisador do projeto. A entrevista somente será gravada se houver autorização do (a) entrevistado (a). O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente 30 minutos.

A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação trabalho e saúde nesta unidade visando à melhoria das condições de saúde e trabalho dos profissionais em questão, podendo decorrer disso melhorias na assistência prestada neste serviço de saúde. Portanto, a sua participação poderá contribuir muito para a execução da pesquisa.

Esta pesquisa tem como princípio não causar nenhum dano, seja ele físico, emocional, social ou econômico. No entanto, você poderá se sentir constrangido ou desconfortável durante a realização da pesquisa. Por isso, pedimos que, caso se sinta em

situação de risco (seja ele de qualquer tipo), avise ao pesquisador para que esse risco seja reduzido ou, em última instância, a pesquisa seja paralisada.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes e a privacidade das informações serão preservados em todas as suas formas de divulgação. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa.

As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e orientações do CEP/ENSP.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato e o endereço institucional do pesquisador principal, além dos contatos do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Hebert de Oliveira Gomes

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (021) 8345-2106 E-mail: malungo31@gmail.com

Orientadora: Dr.^a Jussara Cruz de Brito

Tel: (021) 8746-7866

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (021) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: (021) 3971-1463

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Assinatura do participante

ANEXO I: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Instrução ao sócio)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa “**Trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem em urgência e emergência: estudo de caso em uma Unidade de Pronto Atendimento no Município do Rio de Janeiro**”, desenvolvida por Hebert de Oliveira Gomes, aluno do mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/FIOCRUZ), sob orientação das professoras Dr.^a Jussara Brito e Dr.^a Luciana Gomes.

Esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar as relações entre trabalho e saúde dos profissionais de enfermagem de uma Unidade de Pronto Atendimento do município do Rio de Janeiro.

Para seu desenvolvimento serão realizados: visitas orientadas; observações no setor; levantamento documental; aplicação de questionário; e entrevistas diretas e indiretas com profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) desta unidade.

Você foi selecionado (a) porque trabalha na equipe enfermagem da sala vermelha desta Unidade de Pronto Atendimento (UPA). Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

A sua participação consistirá em responder algumas perguntas sobre o seu trabalho para o pesquisador do projeto. O tempo de duração estimado é de aproximadamente 1 hora. Talvez seja necessário realizar mais de uma entrevista para conhecer melhor o seu trabalho, neste caso elas ocorrerão em um tempo menor e somente com a sua explícita permissão.

A contribuição desse estudo está na possibilidade de enriquecer as reflexões sobre a relação trabalho e saúde nesta unidade visando à melhoria das condições de saúde e trabalho dos profissionais em questão, podendo decorrer disso melhorias na assistência prestada neste serviço de saúde. Portanto, a sua participação poderá contribuir muito para a execução da pesquisa.

Esta pesquisa tem como princípio não causar nenhum dano, seja ele físico, emocional, social ou econômico. No entanto, você poderá se sentir constrangido ou desconfortável durante a realização da pesquisa. Por isso, pedimos que, caso se sinta em

situação de risco (seja ele de qualquer tipo), avise ao pesquisador para que esse risco seja reduzido ou, em última instância, a pesquisa seja paralisada.

Esclarecemos que os resultados desta pesquisa poderão ser publicados em congressos, revistas e livros científicos, mas o anonimato dos participantes e a privacidade das informações serão preservados em todas as suas formas de divulgação. Qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e o material armazenado em local seguro. Deste modo, você não estará submetido a qualquer risco ou prejuízo em seu local de trabalho e/ ou junto à instituição promotora e executora do estudo, em função da sua participação na pesquisa.

As informações coletadas serão armazenadas, mas somente terão acesso às mesmas o pesquisador e suas orientadoras. Ao final da pesquisa, todo material será mantido em arquivo, por pelo menos 5 (cinco) anos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e orientações do CEP/ENSP.

A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o contato e o endereço institucional do pesquisador principal, além dos contatos do CEP/ENSP, podendo tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Pesquisador: Hebert de Oliveira Gomes

ENSP - ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA SERGIO AROUCA

Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 - Tel: (021) 8345-2106 E-mail: malungo31@gmail.com

Orientadora: Dr.^a Jussara Cruz de Brito

Tel: (021) 8746-7866

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/ENSP

Rua Leopoldo Bulhões, 1480, Térreo – Manguinhos, Rio de Janeiro. CEP: 21041-210 – Tel: (021) 25982863

Comitê de Ética em Pesquisa

Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 710 – Cidade Nova

Telefone: (021) 3971-1463

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar:

Assinatura do participante