



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA**  
**DEPARTAMENTO DE SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA**

**PROCESSO DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA E SAÚDE DE**  
**TRABALHADORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DIRETA DO**  
**ESTADO DA BAHIA**

**FEIRA DE SANTANA – BA**

**2017**

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA

**PROCESSO DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA E SAÚDE DE  
TRABALHADORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DIRETA DO  
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**Área de Concentração:** Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

**Linha de Pesquisa:** Planejamento, Gestão e Práticas de Saúde.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho

FEIRA DE SANTANA – BA

2017

### **Ficha Catalográfica – Biblioteca Central Julieta Carteado**

Ferreira, Milla Pauline da Silva

F442p      Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de  
trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da  
Bahia. / Milla Pauline da Silva Ferreira. Feira de Santana, 2017.  
145f.

Orientadora: Thereza Christina Bahia Coelho

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Feira de  
Santana. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2017.

1.Processo de trabalho. 2.Trabalhadores de saúde. 3.Hospitais.  
I.Coelho, Thereza Christina Bahia, orient. II.Universidade Estadual de  
Feira de Santana. III.Título.

CDU: 616-057(814.2)

MILLA PAULINE DA SILVA FERREIRA

**PROCESSO DE TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NA VIDA E SAÚDE DE  
TRABALHADORES DE HOSPITAIS PÚBLICOS SOB GESTÃO DIRETA DO  
ESTADO DA BAHIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual de Feira de Santana para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovação em Feira de Santana-BA, 15/03/2017

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Thereza Christina Bahia Coelho  
Universidade Estadual de Feira de Santana

---

Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa  
Universidade Federal da Bahia

---

Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho  
Universidade Estadual de Feira de Santana

A Deus, meu refúgio e fortaleza.

A minha família, em especial a minha mãe  
Dinalva e meu pai Sidailton, por acreditarem  
em mim e por partilharem comigo todas as  
conquistas.

## AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e por ter me concedido sabedoria, saúde e força para enfrentar as dificuldades encontradas durante essa importante etapa que hoje chega ao fim, mas que, sem dúvida, dará início a tantas outras. No mestrado, o Senhor me deu a oportunidade de aprender, de crescer como pessoa e como profissional e de compreender que sou capaz de sempre ir mais longe. Neste momento, só tenho a agradecer, pois sei que sem ti, ó Pai, nada disso seria possível.

Aos meus pais, Dinalva e Sidailton, por me darem força, me incentivando a não desistir em tantos momentos que fraquejei. Vocês são pais maravilhosos, que a todo tempo abrem mão de tantas coisas para ajudar seus filhos. Serei eternamente grata por tamanho cuidado e dedicação.

Ao meu noivo Andrei, que muito me apoiou em toda essa jornada. Agradeço pelo amor, carinho e cuidado, sem falar no incentivo, sempre me dando dicas preciosas para ser uma boa escritora. Meu amor por você só aumenta a cada dia e hoje tenho a certeza que juntos somos mais fortes.

Aos meus irmãos, Alícia e Sávio, por compreenderem minhas ausências durante essa jornada e por nunca deixarem de estar ao meu lado quando precisei. Amo vocês.

À minha querida Universidade Estadual de Feira de Santana, por ter me proporcionado alcançar duas grandes conquistas na minha vida: ser enfermeira e mestre.

À minha orientadora Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Thereza Christina Coelho, principal motivadora para que esse trabalho se concretizasse, pela orientação mais que especial e pelo desejo de ajudar em todos os aspectos. Seu apoio, paciência, carinho, me encorajando sempre a dar o meu melhor foram muito importantes para mim. Obrigada por tudo!

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com sua equipe de docentes, onde tive a oportunidade de aprender com grandes mestres. À Goreth e Jorge, pela paciência e apoio, sem hesitar, em toda essa jornada.

À banca de qualificação formada pelas Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Tânia Maria de Araújo e Prof<sup>as</sup>. Dr<sup>as</sup>. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa pelas sugestões e indispensáveis contribuições para melhorar ainda mais este trabalho.

À banca de defesa composta pela Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloniza Oliveira Gonçalves Costa e Prof. Dr. Carlito Lopes Nascimento Sobrinho que pude ter a honra de contar para avaliar e contribuir com este estudo.

Aos colegas do Núcleo de Saúde Coletiva: Vinícius, Samantha, Cristian, Júlio, Guilherme, Andrei, Márcia, e em especial, Sidália e Jéssica por terem me ajudado na transcrição das entrevistas.

Aos colegas do mestrado: Fabiana, Rafaela, Amanda, Lívia, Cristian, Carol, Carolina, Ticy, Camila, Cris, Marcela, Cleide, Roberta, Angélica, Candisse, Alessandra, Ana Paula, Juli, Thyana e Luciana, pela amizade e por tornarem essa jornada mais leve.

Aos trabalhadores de saúde dos hospitais do Sistema Único de Saúde, sujeitos deste estudo, por cederem seu tempo para a realização das entrevistas, e por mais ainda, por possibilitarem a concretização desse trabalho.

À FAPESB por ter disponibilizado uma bolsa de estudos, viabilizando e incentivando os meus estudos na cidade de Feira de Santana.

Aos demais amigos e familiares que de alguma forma estiveram ali para me ajudar e apoiar na construção desse trabalho, minha gratidão e reconhecimento por me acompanharem nessa trajetória.

## RESUMO

No processo de trabalho em saúde há um encontro entre o agente e o objeto em um espaço bem definido, no qual o trabalhador de saúde, com suas ferramentas, busca a realização de um produto, que é o próprio cuidado à saúde. Tendo em vista que a saúde é imprescindível tanto para o usuário como também para os trabalhadores de saúde, este estudo teve como objetivo analisar o processo de trabalho em hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia, bem como identificar as repercussões do trabalho na vida e saúde dos trabalhadores, além de conhecer as estratégias desenvolvidas para evitar o sofrimento e o adoecimento. Estudo de abordagem qualitativa. A população investigada incluiu 15 trabalhadores de saúde de dois hospitais públicos sob gestão direta da Bahia. Utilizou-se a entrevista semiestruturada e a observação sistemática para a coleta dos dados, que foram analisados através da análise de conteúdo. Os resultados revelaram um processo de trabalho composto por sujeitos, em sua maioria, mulheres, a idade variou de 31 a 58 anos, predominando trabalhadores com maior tempo de atuação hospitalar e concursado. Os depoimentos evidenciaram que a finalidade do trabalho em saúde no hospital é ambígua, perpassando pela garantia de estabilidade financeira do trabalhador e prestar uma assistência de qualidade ao usuário. O objeto foi identificado como indivíduo, coletivo, agravo, doença e até instrumento ou causa do agravo. Os meios e instrumentos mais utilizados foram as tecnologias leve-duras e duras. Alguns materiais possuíam em pouca quantidade ou não eram de boa qualidade, apresentando falhas técnicas. Os fatores que dificultavam o resultado positivo do trabalho estiveram relacionados à grande demanda de pacientes, aliada a uma estrutura física inadequada. Os entrevistados chamaram atenção para a necessidade de uma gestão mais participativa nos hospitais públicos, que envolva os profissionais de saúde nas decisões, para facilitar o processo de trabalho. A satisfação com o trabalho esteve condicionada pelo reconhecimento, pelos elogios por parte dos colegas e pela valorização profissional, enquanto a insatisfação esteve atrelada à exposição e insegurança presentes no local de trabalho e à desvalorização. Por outro lado, ser lembrado pelo cuidado oferecido e ser servidor público foram destacados como geradores de prazer. Os sofrimentos vivenciados no trabalho estavam associados, de modo geral, à dificuldade de encaminhar o usuário para outros setores do hospital e para outros serviços da rede de atenção à saúde. Quanto às formas de adoecimento, os trabalhadores mencionaram: hipertensão arterial, gripe, infecção urinária, dores na coluna, nas pernas, dentre outros. Para enfrentar estas questões, os trabalhadores lançaram mão da atividade física, religião, música e até mesmo da fuga do trabalho. Diante do exposto, é notória a necessidade de uma reestruturação dos serviços hospitalares, através da melhoria das relações socioprofissionais, de uma política de valorização dos trabalhadores e, principalmente, de intervenções com vistas a melhorar e facilitar o processo de trabalho.

**Palavras-chave:** Processo de Trabalho; Trabalhadores de Saúde; Hospitais.



## ABSTRACT

In the health work process there is a meeting between the agent and the object in a well defined space, in which the health worker, with his tools, seeks the realization of a product, which is health care itself. Considering that health is essential for both the user and the health workers, this study aimed to analyze the work process in public hospitals under direct management of the state of Bahia, as well as to identify the repercussions of work in life and health of the workers, besides knowing the strategies developed to avoid suffering and illness. Qualitative approach study. The population investigated included 15 health workers from two public hospitals under direct management in Bahia. The semi-structured interview and the systematic observation were used to collect the data, which were analyzed through content analysis. The results revealed a work process composed of subjects, most of them women, ranging in age from 31 to 58 years old, predominantly workers with a longer hospital and bankruptcy. The lines evidenced that the purpose of health work in the hospital is ambiguous, permeating the guarantee of financial stability of the worker and providing a quality assistance to the user. The object was identified as individual, collective, grievance, illness and even instrument or cause of the grievance. The most commonly used media and instruments were light-hard and hard technologies. Some materials were small or not of good quality, presenting technical failures. The factors that hindered the positive outcome of the work were related to the great demand of patients, together with an inadequate physical structure. The interviewees drew attention to the need for more participatory management in public hospitals, involving health professionals in decisions, to facilitate the work process. Satisfaction with work was conditioned by recognition, praise from colleagues and professional appreciation, while dissatisfaction was linked to the exposure and insecurity present in the workplace and to devaluation. On the other hand, being remembered for the care offered and being a public servant were highlighted as generators of pleasure. The suffering experienced at work was associated, in general, with the difficulty of referring the user to other sectors of the hospital and to other services of the health care network. As for the forms of illness, the workers mentioned: hypertension, influenza, urinary infection, pains in the spine, in the legs, among others. To address these issues, workers relied on physical activity, religion, music, and even flight from work. In view of the above, the need for a restructuring of hospital services is evident, through the improvement of socio-professional relations, a policy of valorisation of workers and, above all, of interventions aimed at improving and facilitating the work process.

**Keywords:** Work Process; Health Workers; Hospitals.

## LISTA DE FIGURAS

|   |    |
|---|----|
| Figura 1 – Representação gráfica do objeto da pesquisa.....   | 41 |
| Figura 2 – Distribuição dos Distritos Sanitários do município de Salvador, 2013 .....                                 | 44 |
| Figura 3 – Mortalidade Proporcional por causas básicas, Salvador, de 2003 a 2012 .....                                | 45 |
| Figura 4 – Taxa de Mortalidade Infantil, Salvador, 2010 a 2014.....   | 45 |
| Figura 5 – Cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, Salvador, 2002 a 2013..... | 46 |

## **LISTA DE TABELAS**

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Distribuição dos leitos do Hospital A, em 2015 ..... | 48 |
| Tabela 2 – Distribuição dos leitos do Hospital B, em 2015. .... | 49 |

## LISTA DE QUADROS

|  |    |
|--|----|
| Quadro 1 – Distribuição dos hospitais públicos situados em Salvador segundo modelo de gestão e instituição gestora, em 2016..... | 47 |
| Quadro 2 – Identificação das categorias e subcategorias do estudo. ....  | 54 |

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

|                 |  |
|-----------------|--|
| ACS             | Agentes Comunitários de Saúde  |
| CAPS            | Centros de Atenção Psicossocial  |
| CEO             | Centro de Especialidades Odontológicas   |
| CEP             | Comitê de Ética em Pesquisa  |
| CNES            | Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde                                   |
| DORT            | Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho                              |
| ESF             | Estratégia de Saúde da Família   |
| HAS             | Hipertensão Arterial Sistêmica   |
| IBGE            | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística                                  |
| INTS<br>Pública | Instituto Nacional de Amparo a Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública |
| LER             | Lesões por Esforços Repetitivos  |
| NASF            | Núcleo de Apoio à Saúde da Família   |
| NUSC            | Núcleo de Saúde Coletiva   |
| OS              | Organização Social   |
| OSCIP           | Organização Social Civil de Interesse Público                                    |
| PDR             | Plano Diretor de Regionalização  |
| PIB             | Produto Interno Bruto  |
| PNHOSP          | Política Nacional de Atenção Hospitalar  |
| PPP             | Parceria Público-Privada   |
| SESAB           | Secretaria da Saúde do Estado da Bahia   |
| SMS             | Secretaria Municipal de Saúde  |
| SUS             | Sistema Único de Saúde   |
| TCLE            | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                       |
| TMRT            | Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho                                     |
| UEFS            | Universidade Estadual de Feira de Santana  |
| UPA             | Unidades de Pronto Atendimento   |
| UTI             | Unidades de Terapia Intensiva  |

## SUMÁRIO

|              |   |            |
|--------------|---|------------|
| <b>1</b>     | <b>INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>14</b>  |
| <b>2</b>     | <b>OBJETIVOS .....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>2.1</b>   | <b>Objetivo geral.....</b>  | <b>19</b>  |
| <b>2.2</b>   | <b>Objetivos específicos.....</b>   | <b>19</b>  |
| <b>3</b>     | <b>MARCO TEÓRICO.....</b>   | <b>20</b>  |
| <b>3.1</b>   | <b>Processo de trabalho em saúde: conceitos e práticas .....</b>                        | <b>20</b>  |
| <b>3.2</b>   | <b>Divisão do trabalho em saúde.....</b>  | <b>28</b>  |
| <b>3.3</b>   | <b>Instituições hospitalares sob gestão direta .....</b>                                | <b>33</b>  |
| <b>3.4</b>   | <b>Diferentes faces do trabalho na vida e saúde dos trabalhadores .....</b>             | <b>36</b>  |
| <b>4</b>     | <b>METODOLOGIA.....</b>   | <b>42</b>  |
| <b>4.1</b>   | <b>Tipo de estudo .....</b>   | <b>42</b>  |
| <b>4.2</b>   | <b>Campo de investigação .....</b>  | <b>43</b>  |
| <b>4.2.1</b> | <b>Considerações gerais do município de Salvador e rede assistencial de saúde .....</b> | <b>43</b>  |
| <b>4.2.2</b> | <b>As unidades hospitalares do estudo .....</b>   | <b>46</b>  |
| <b>4.3</b>   | <b>Sujeitos do estudo .....</b>   | <b>50</b>  |
| <b>4.4</b>   | <b>Coleta de dados .....</b>  | <b>51</b>  |
| <b>4.5</b>   | <b>Análise e interpretação dos dados.....</b>   | <b>52</b>  |
| <b>4.6</b>   | <b>Aspectos éticos.....</b>   | <b>55</b>  |
| <b>5</b>     | <b>RESULTADOS .....</b>   | <b>57</b>  |
| <b>5.1</b>   | <b>A singularidade do processo de trabalho no hospital.....</b>                         | <b>57</b>  |
| <b>5.2</b>   | <b>A organização do trabalho no hospital .....</b>                                      | <b>76</b>  |
| <b>5.3</b>   | <b>O significado do trabalho.....</b>   | <b>91</b>  |
| <b>5.4</b>   | <b>Prazer e danos do trabalho .....</b>   | <b>95</b>  |
| <b>5.5</b>   | <b>Estratégias de enfrentamento .....</b>   | <b>109</b> |
| <b>6</b>     | <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>116</b> |
|              | <b>REFERÊNCIAS.....</b>   | <b>120</b> |
|              | <b>ANEXOS.....</b>  | <b>131</b> |
|              | <b>ANEXO A – Roteiro para entrevista semiestruturada .....</b>                          | <b>132</b> |
|              | <b>ANEXO B – Roteiro de Observação Sombra .....</b>                                     | <b>135</b> |
|              | <b>ANEXO C – Roteiro de Observação Sala de Espera .....</b>                             | <b>138</b> |
|              | <b>ANEXO D – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-UEFS) .....</b>              | <b>139</b> |
|              | <b>ANEXO E – Anuência da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia .....</b>               | <b>143</b> |
|              | <b>APÊNDICE .....</b>   | <b>144</b> |
|              | <b>APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....</b>                    | <b>145</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

*O modo de produção da vida material condiciona o processo da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência que determina o ser. É o ser social que, inversamente, determina a sua consciência.*

*Karl Marx*

Em meio a um período de crise econômica e política conjuntural que ameaça o Sistema Único de Saúde (SUS) e a retomada do crescimento da mercantilização do setor saúde capitaneada pelos seguros de saúde privados e operadoras de serviços públicos, agravam-se as condições globais de trabalho e emprego dos profissionais de saúde que passam a sofrer com os problemas de organização e acesso às redes de atenção.

Diante deste cenário, é crescente a preocupação com o trabalhador de saúde, especialmente, no que se refere aos aspectos relacionados à precarização do trabalho, que diz respeito aos vínculos de trabalho no SUS sem a garantia dos direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, além disso, à desvalorização profissional, redução das equipes e, conseqüente sobrecarga que pode impactar na sua saúde, gerando distorções e problemas na assistência prestada à população (BRASIL, 2006).

Além do mais, a produção científica tem enfatizado bastante os problemas relacionados à deterioração das condições de trabalho, salários, longas jornadas, excessiva carga de atividades, condições inadequadas de trabalho com recursos técnicos, materiais e humanos insuficientes, exercício do trabalho hospitalar altamente ansiogênico, que podem causar sofrimento e adoecimento nos trabalhadores de saúde (MARZIALE, 2001; COTTA et al., 2006; LIMA JÚNIOR; ALCHIERI; MAIA, 2009; SANTOS; DAVID, 2011).

Estudos evidenciam que, nos hospitais, especialmente em setores críticos como a emergência, os trabalhadores de saúde se deparam com a falta de materiais básicos, como luvas de procedimentos e máscaras, carência de equipamentos de monitorização dos pacientes, espaço físico que não comporta a demanda a ser atendida e queixas relacionadas à organização e ao gerenciamento contraditórios em relação à finalidade do setor, aspectos inerentes ao processo de trabalho que, apesar de conhecidas as fragilidades, ainda não se

encontram na agenda de prioridades de intervenções por parte dos gestores (MACHADO; CORREA, 2002; BARBOSA et al., 2009; GARCIA et al., 2012).

Para Silva (1998), nas unidades hospitalares, os problemas vivenciados no dia a dia do atendimento aos pacientes e o desgaste dos trabalhadores estão associados, na maioria das vezes, ao modo de conformação adotado historicamente por essa instituição, e não apenas ao déficit de profissionais, ou mesmo aos baixos salários.

O hospital, até o início do século XVIII, era essencialmente uma instituição que prestava assistência aos pobres e excluídos da população, sendo um lugar marcado pelo sofrimento. Tinha a finalidade de recolher os doentes para evitar o contágio de doenças, contudo, não havia uma preocupação com a conformação desses espaços no sentido de proporcionar conforto para promover a cura das pessoas. Somente no final desse século é que o hospital passou a ser entendido como um instrumento de intervenção sobre a doença, sendo necessário transformar as condições do meio em que os doentes eram colocados, de forma que o ambiente hospitalar alcançasse a função terapêutica e, ao mesmo tempo, não prejudicasse a saúde daqueles que eram responsáveis pela assistência (FOUCAULT, 1979).

Embora a estrutura hospitalar tenha evoluído ao longo do tempo e passasse a ter normas para sua construção de maneira a constituir-se lugar de tratamento das pessoas, é inegável que nesse ambiente ainda se concentra maior variedade de riscos de doenças e acidentes de trabalho, em relação às demais instituições de saúde. Desse modo, o contato com os usuários dos serviços torna os sujeitos suscetíveis a uma série de riscos inerentes ao trabalho, quais sejam biológicos, físicos, químicos, ergonômicos e psicossociais (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010; SULZBACHER; FONTANA, 2013).

De acordo com Salvador e colaboradores (2012), os hospitais precisam ser um forte aliado no processo de cura dos pacientes, mas isso sem afetar, negativamente, o estado de saúde dos trabalhadores, sendo requisitos importantes: ter flexibilidade; proporcionar segurança; ser eficiente; possibilitar o incremento de novas tecnologias e equipamentos; além de constituir um espaço humanizado para o atendimento das demandas crescentes e diversas de pacientes. Os trabalhadores da saúde, entretanto, têm enfrentado continuamente uma série de adversidades no seu processo de trabalho, considerando-se tanto o acentuado volume de procedimentos, a indisponibilidade dos meios e instrumentos, os riscos conhecidos e desconhecidos, quanto ao mau estado de conservação das estruturas do ambiente de trabalho e incertezas provenientes da relação com o usuário (ELIAS; NAVARRO, 2006; OLIVEIRA; ALVES; MIRANDA, 2009).



Ademais, as origens das insatisfações dos diversos trabalhadores da saúde estão relacionadas ao atual parcelamento no processo de trabalho, com intenso individualismo e corporativismo, tanto entre profissionais de categorias diferentes, como também entre trabalhadores de uma mesma categoria, o que, sem dúvida, cria obstáculos ao bom atendimento, dificulta a comunicação e o trabalho em equipe, acentua as relações conflituosas de poder, além de dificultar o alcance da finalidade do trabalho do hospital, que é o cuidado à saúde de sua clientela (GAÍVA; SCOCHI, 2004; RIBEIRO; SHIMIZU, 2007; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Para Dejours (1992), o sofrimento e o adoecimento no trabalho são resultantes dessas situações adversas presentes na organização ou no modo como o trabalho é realizado, pois o homem, no enfrentamento das condições precárias do seu labor, põe em perigo sua vida mental e física. Faz-se imprescindível, portanto, buscar por intervenções voltadas para a organização do trabalho hospitalar, não somente no que se refere aos aspectos estruturais, visto que os sofrimentos vivenciados no trabalho extrapolam os limites espaço-temporais do hospital, mas no sentido de que se possa garantir intervenções no conjunto de situações que afetam os trabalhadores em si, entre si, e nas relações que desenvolvem com objetos e meios inerentes ao processo de trabalho. Intervenções estas que possam resultar em melhorias nas condições de trabalho e saúde dos trabalhadores (SILVA, 1998).

Em que pese o fato dos hospitais se constituírem importantes centros de tratamento, reabilitação e cura das pessoas, é necessário se aproximar da realidade desses locais onde vivem e adoecem os trabalhadores de saúde a fim de conhecer o processo de trabalho e entender seus efeitos na saúde dos mesmos. Vale ressaltar, todavia, que a maioria dos estudos atuais aborda esse tema com destaque para a mudança do modelo assistencial, com foco no trabalho da Atenção Básica (COTTA et al., 2006; SANTOS, 2010; SANTANA et al., 2013). Já, os estudos que articulam o sofrimento e adoecimento dos trabalhadores e sua relação com o processo de produção da saúde têm se concentrado em temas mais específicos, como o trabalho da enfermagem, o absenteísmo e o *burnout* (YAMAMOTO et al., 2009; COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010; SULZBACHER; FONTANA, 2013).

O trabalho desenvolvido pela equipe de saúde, especialmente, em unidades hospitalares tidas como críticas, a exemplo das Unidades de Terapia Intensiva (UTI), do Centro Cirúrgico e Pronto Socorro, possui como objeto, em sua maioria, indivíduos em condições clínicas de extrema gravidade ou que estão em risco de morte iminente, o que, sem

dúvida, pode gerar sentimentos contraditórios no trabalho: sofrimento, ao se deparar com a dor e a morte; e prazer, quando salvam vidas, ajudam e confortam.

Se o trabalho em unidades hospitalares publicizadas, nesse caso instituições que passaram a ser administradas pelo serviço público não estatal (PEREIRA, 1996), enfrenta problemas como a precarização e insegurança das relações de emprego, os processos de trabalho em saúde em serviços próprios sob gestão do Estado, deparam-se com exigências contínuas e crescentes colocadas por mudanças normativas do SUS, pressão decorrente de demanda por acesso, em um cenário de financiamento constrangido, muitos até em “estado de calamidade pública” e baixa remuneração salarial (PIRES, 2000; SOUZA, 2011; SILVA; CAETANO, 2014).

Cabe destacar que a legislação brasileira, desde a Lei Orgânica de Saúde 8.080/1990 que regulamenta o SUS, colocou em evidência a preocupação com a saúde do trabalhador propondo uma série de ações voltadas à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores. No entanto, pouco incorporou em suas concepções o papel do processo de trabalho na determinação da saúde-doença dos trabalhadores de saúde de um campo bastante complexo que é o ambiente hospitalar (OLIVEIRA; ALVES; MIRANDA, 2009).

O Pacto pela Saúde (BRASIL, 2006), por sua vez, aborda em suas diretrizes a importância da política de recursos humanos para a Gestão do Trabalho, propondo que é necessário valorizar o trabalhador, assim como solucionar os conflitos de maneira a humanizar os locais de trabalho (SCHUBERT, 2010). O Pacto traz ainda questões que dizem respeito aos Planos de Cargos e Carreira do SUS visando regular as relações de trabalho e obedecer às exigências legais de proteção dos direitos previdenciários dos trabalhadores de saúde, de modo a desenvolver ações que promovam a adequação e preservação dos vínculos de trabalho, onde for necessário (BRASIL, 2006). O fato é que essa legislação não trata das garantias de direitos e estabilidade para uma gama de trabalhadores de saúde, cujas situações de precariedades no local de trabalho ainda prevalecem.

A forma concreta como a vida e saúde destes trabalhadores é afetada, tanto pelas condições de precariedade e instabilidade laboral, quanto por condições de trabalho hostis, ainda precisa ser investigada, a despeito do grande contingente de trabalhos acadêmicos que investigam o prazer e o sofrimento gerados pelo processo de trabalho em saúde (LOURENÇO; BERTANI, 2007; MARTINS, 2012; VERDE; BERNARDO; BÜLL, 2013).

Assim, é válido salientar que esse estudo é resultado de um projeto multicêntrico, no qual foram estudados os efeitos do espaço laboral no trabalho, vida e saúde dos trabalhadores de saúde da Atenção Básica, e que, estende suas questões para o âmbito hospitalar, de modo a

compreender como se organizam todos os elementos desse processo no cotidiano dos trabalhadores que atuam em instituições públicas de saúde.

Diante do exposto, foram levantadas algumas questões para direcionar a análise desta pesquisa:

Como se organiza o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde que atuam em hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia?

Quais as repercussões do trabalho na vida, na saúde e as estratégias desenvolvidas por esses trabalhadores para enfrentamento do sofrimento e adoecimento no trabalho?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

Analisar o processo de trabalho de trabalhadores de saúde que atuam em hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Descrever o processo de trabalho em saúde em hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia;
- Identificar as repercussões do trabalho na vida e saúde desses trabalhadores;
- Discutir as estratégias de enfrentamento desenvolvidas por esses trabalhadores para evitar o sofrimento e o adoecimento.

### 3 MARCO TEÓRICO

*A emancipação dos trabalhadores será obra dos  
próprios trabalhadores.*

*Karl Marx*

Este marco teórico está composto por quatro seções cuja finalidade é provocar uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Tomando como referência os elementos que compõem o trabalho em saúde como todo integrado ou dissociado e suas especificidades no campo da saúde, a reflexão teórica aborda ainda aspectos da divisão do trabalho em saúde, a forma como se organiza no espaço das instituições públicas de saúde, especialmente, do campo hospitalar e as diferentes faces do trabalho na vida e saúde dos trabalhadores de saúde à luz da literatura contemporânea.

#### **3.1 Processo de trabalho em saúde: conceitos e práticas**

Nos últimos anos, a sociedade vivenciou uma transição tecnológica que ocorreu e vem ocorrendo nos processos de produção, indústrias e serviços de um modo geral, com a incorporação de tecnologias de ponta no interior das organizações, que, por conseguinte, levou a transformações nos modos de produção, nos processos de trabalho, nos procedimentos produtivos e no ciclo de acumulação de capital (MERHY, 2002).

Partindo desse pressuposto, para explicitar o desenvolvimento histórico do processo de trabalho, optou-se por construir um marco teórico tomando como base a teoria marxista que aborda o trabalho como início de qualquer forma social determinada, mas que se detém no contexto capitalista contemporâneo.

O processo de trabalho significa, grosso modo, a forma com que os trabalhadores desenvolvem suas atividades laborais. O trabalho, por sua vez, segundo Marx (1996, p. 37), “não é senão o emprego da força de trabalho, cujo conteúdo consiste nas aptidões físicas e intelectuais do operário”. Daí o caráter duplo do trabalho, sendo o primeiro caracterizado como trabalho concreto, que corresponde às qualidades físicas do objeto, e o segundo como trabalho abstrato, que é o gasto de energia humana ou a aplicação da força de trabalho propriamente dita.

O termo trabalho durante muito tempo, nas diversas sociedades, esteve associado à noção de algo pesado, sofrido, extremamente normativo, onde não se podia ter liberdade, tampouco criatividade (RIBEIRO; LÉDA, 2004). O termo vem do latim *tripalium*, que era um instrumento de tortura, assim, trabalhar significava, originalmente, “ser torturado” e bastante associado à noção de punição (MINAYO-GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1997; MARTINS; PINHEIRO, 2006; LHUILIER, 2013).

O trabalho, de acordo com Marx<sup>1</sup> (1996), é definido como sendo o processo em que a ação humana transforma um objeto, modificando sua própria natureza, por meio de instrumentos de trabalho, a partir de uma finalidade específica. No que diz respeito ao trabalho em saúde, este é diferenciado de qualquer outro tipo de trabalho, pois o objeto é o próprio ser humano, o indivíduo ou a comunidade, sadio ou doente, que necessita de ações curativas ou preventivas, em um determinado espaço (locus da ação de saúde), que irá requerer o auxílio de instrumentos, assim como condutas, tendo como resultado a assistência-cuidado em saúde (BARRA et al., 2006; YAMAMOTO et al., 2009)

Merhy (2002) destaca que a saúde é um produto que advém de um “processo de produção” sustentado nos vínculos produzidos entre as pessoas. Em primeiro lugar, os trabalhos em saúde produzem as ações que interveem nos “problemas de saúde” para a produção de um resultado: a satisfação das necessidades do usuário. Em segundo lugar, nem sempre esse processo produtivo é verdadeiro, no sentido de impactar em ganhos no grau de autonomia do usuário andar a sua vida, uma vez que a produção da saúde é bastante complexa. Ou seja, facilmente as ações realizadas nesta área relacionam-se com o tratamento da doença que acomete aquele indivíduo, confundindo o alívio de sintomas com qualidade de vida.

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), o processo de produção da saúde não é caracterizado apenas pela aplicação mecânica de forças, mas também por um processo integrado por meio das relações entre os sujeitos. Com efeito, o objeto da ação do trabalhador é consumidor e agente desse processo, ao mesmo tempo. Adicionalmente, o mesmo autor destaca ainda que o trabalho em saúde é uma atividade efetuada por um grupo de pessoas, por isso, não se deve fragmentá-lo entre aqueles que produzem e os que consomem.

Mendes-Gonçalves (1979) afirma que durante o trabalho há, explicitamente, uma separação dos momentos de concepção, que diz respeito ao projeto intelectual do que vai ser

---

<sup>1</sup> **Karl Marx:** Na obra “O Capital: crítica da economia política” (1996), o filósofo traz uma extensa análise da sociedade capitalista, trata dos aspectos do modo de produção capitalista, além de fazer uma crítica sobre a teoria do valor-trabalho de Adam Smith e de outros assuntos dos economistas clássicos.

produzido, e dos momentos de execução do trabalho que envolvem a utilização dos meios e instrumentos. No entanto, não há como dissociar esses momentos, embora existam, realmente, aspectos intelectuais e manuais do trabalho em períodos distintos do processo de trabalho. O mesmo autor ainda faz reflexão mais aprofundada desses aspectos: na medida em que o trabalho intelectual é o próprio projeto idealizado do produto, que se fixa na finalidade do trabalho propriamente dito, e que o trabalho manual emerge dessa participação intelectual, se materializando quando há o emprego dos instrumentos sobre o objeto de trabalho, logo, não há um trabalho que seja puramente físico, sendo a antecipação do produto uma característica inerente ao trabalho humano, conforme assinalou Marx (1996).

O trabalho humano, portanto, é o ato pelo qual a sociedade produz e reproduz sua existência, não apenas no nível material, mas também no plano da subjetividade. Além do mais, o trabalho é a aplicação da força de trabalho sobre elementos distintos, quais sejam físicos, naturais, intelectuais, a fim de transformá-los para, assim, satisfazer as necessidades da sociedade e mais ainda, a produção do homem enquanto homem (PEDUZZI, 1998).

Neste sentido, a partir do trabalho é possível constituir um produto que tem de representá-lo, normalmente, em valores de uso, ou seja, em algo que satisfaz as necessidades das pessoas de qualquer espécie. A produção de um bem é, portanto, determinada por sua finalidade, pelo modo de operar, pelo objeto e pelos meios empregados. Quando o resultado do trabalho, ou o próprio bem produzido, representa uma utilidade, possui, assim, um valor de uso, e, logo se caracteriza como trabalho útil (MARX, 1996).

O trabalho, criador de valores de uso, e como trabalho útil, é uma condição da existência humana. Para tanto, o homem necessita transformar a natureza para produzir mercadorias de caráter útil. Nesse processo, ele mesmo movimenta suas forças naturais, movimentando braços, pernas, cabeça e mãos, além dos esforços de cada órgão, para apropriar-se da matéria numa forma útil (MENDES-GONÇALVES, 1994). Dessa forma, certamente vão existir diversos tipos de processos de trabalho, e a partir desses elementos distinguem-se os trabalhos com seus processos técnicos e seus meios de produção distintos.

A finalidade, assim, é o ponto de partida para o trabalho, é o “algo antes” e está presente em todo o processo de trabalho, pois os objetivos do trabalho são as projeções dos resultados realizados previamente, de modo a estabelecer os parâmetros da realização de determinado trabalho. Pode-se dizer, portanto, que a finalidade do trabalho é produzir algo que visa satisfazer as necessidades humanas em uma dada organização social e em um dado momento histórico (FARIA et al., 2009). Desse modo, a finalidade do trabalho pode ser,

dentre outros aspectos, tanto a mera subsistência, quanto a acumulação de bens e riquezas, sendo este último o principal objetivo do trabalho na sociedade capitalista.

O trabalhador no seu labor “não apenas efetua uma transformação da forma da matéria natural; realiza, ao mesmo tempo, na matéria natural seu objetivo, que ele sabe que determina, como lei, a espécie e o modo de sua atividade e ao qual tem de subordinar a sua vontade” (MARX, 1996, p. 298). Marx chama atenção para a finalidade do trabalho atrelada a vontade de executá-lo. Entretanto, muitas vezes, essa vontade ou projeto idealizado do produto está subordinada ao mercado de trabalho, às condições de trabalho e à autoridade técnica, ou ainda à vontade do outro, de maneira que o trabalho como sociabilidade coloca a vontade do trabalhador sujeita, além de tudo, às normas sociais (PEDUZZI, 1998).

O processo de trabalho em saúde é regido por fins específicos, que se estabelece enquanto projeto idealizado pelo profissional durante o momento intelectual e reflexivo do trabalho, de modo a prevenir doenças e agravos, promover ou manter a saúde, ou, ainda, tratar e curar a condição de saúde de outro ser humano. Assim, torna-se necessário ressaltar a variação destas finalidades entre os diferentes trabalhadores e serviços de saúde (PEDUZZI, 1998; MACHADO; CORREA, 2002; GAÍVA; SCOCHI, 2004; FARIA et al., 2009).

O projeto do que vai ser produzido torna-se responsável por discriminar as qualidades técnicas do que, durante o processo de trabalho, será o objeto, e que tomará a forma de um objeto natural, isto é, uma determinada matéria-prima, por exemplo, com suas qualidades reais ao se unir com um projeto, permite sua objetualização (MENDES-GONÇALVES, 1992). O autor assinala que, como existem inúmeros materiais na natureza, assim também existirá a possibilidade de se constituir vários objetos suportados por infinitos projetos e infinitos sujeitos.

Marx (1996) afirma que toda matéria-prima pode ser considerada objeto, mas nem todo objeto de trabalho é uma matéria-prima. No processo de trabalho em saúde, por exemplo, existe a dificuldade de considerar o ser humano como objeto. Mas, o objeto, representa aquilo que de alguma forma vai ser transformado pela ação do trabalhador e pode apresentar-se em estado natural ou também como produto de outro trabalho, como elemento principal ou, ainda, como matéria acessória.

Nessa perspectiva, o objeto pode ser da natureza e natural. Isto quer dizer que o objeto quando está preso à natureza não pode ser considerado um objeto propriamente dito, mas ao passo que este é desprendido da natureza, fora de suas relações com o todo e adentra em um processo de trabalho, será considerado verdadeiramente como um objeto de trabalho. Assim sendo, um objeto de trabalho passa a existir somente quando o sujeito o delimita desta forma,



isto é, quando é inserido dentro de um projeto prévio de transformação, ainda que apenas esses dois elementos não sejam suficientes para desencadear a cadeia de transformação de objeto em produto (MENDES-GONÇALVES, 1992, ALMEIDA, 2012).

Nesse contexto, o objeto do processo de trabalho em saúde é o próprio ser humano, ou seja, a sua condição de saúde que passará por transformações. Para tanto, é necessário que o sujeito – o trabalhador – compreenda o “homem” em sua subjetividade e que a intervenção se dê por meio de relações interpessoais, mediadas por afetos, desejos, repulsas, ódios, trabalho e normatividade, sendo esta última mais flexível no trabalho em saúde do que nos demais processos de trabalho, pois requer sua adequação a cada caso em particular, respeitando-se as singularidades dos indivíduos (HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; ALMEIDA, 2012).

Os agentes, denominados de trabalhadores de saúde, para se diferenciarem dos demais trabalhadores e dentro também da lógica de divisão do trabalho, são os responsáveis por conduzir o processo de trabalho em saúde, seja de forma individual ou coletivamente (MENDES-GONÇALVES, 1992; GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Coelho (2002, p.127), busca compreender o sujeito-profissional-trabalhador na perspectiva da fragmentação da sua identidade e da fidelidade aos eventos que produz:

A noção de sujeito, entretanto, reconstitui em uma totalidade integrada os elementos das práticas sociais em saúde que fundamentam cada processo de trabalho específico. É no espaço histórico de cada instituição que sujeitos se relacionam e se recriam produzindo trajetórias de vida e de luta.

Esta noção de sujeito ao mesmo tempo em que busca apreender as determinações políticas e sociais mais amplas a que estão submetidos todos os trabalhadores, e as mais particulares que afetam os que atuam na saúde, no SUS, no hospital, em uma unidade de emergência, busca ainda situar este trabalhador naquilo que o faz único que é sua singularidade (CUNHA, 2007).

Por outro lado, para que o trabalho em saúde aconteça há um dispêndio de energia por parte do trabalhador de saúde, na medida em que este é o portador de conhecimentos e força e está livre para vendê-la na forma de trabalho. Nesse trabalho, há, portanto, com o advento do capitalismo, duas vertentes principais de atuação, quais sejam, a de controlar a ocorrência da doença, também tentando evitá-la e a de recuperar a força de trabalho, pois a doença incapacita o ser humano para trabalhar (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Os trabalhadores de saúde, no entanto, têm autonomia para decidir quais transformações irão fazer em seu objeto de trabalho (PIRES, 2000). Para Peduzzi (1998),

esses trabalhadores, em contato com os usuários, procedem a uma avaliação da demanda, com base numa preparação prévia, ou melhor, com base na sua formação técnico-científica, e a partir daí planejam e tomam a decisão quanto à intervenção mais adequada, com vistas a atender as necessidades de saúde daquele indivíduo.

Os sujeitos do processo de trabalho em saúde são aqueles que atuam direta ou indiretamente nesse processo, compondo uma hierarquia de sujeitos responsáveis pela saúde da população, sendo o agente do topo o institucional, que consiste no próprio sistema público de saúde brasileiro estruturado em três níveis: união, estados e municípios, seguido pelas equipes de saúde de Atenção Básica ou Atenção de Média e Alta Complexidade, além dos trabalhadores de saúde, considerados como sujeitos imediatos do processo de trabalho em saúde e os usuários e a sociedade como um todo, que também são os objetos de trabalho desse processo (MACHADO; CORREA, 2002; FARIA et al., 2009).

Para efetuar as modificações no objeto durante o processo de trabalho, o agente/sujeito utiliza meios específicos para cada condição particular (MARX, 1996). Peduzzi (1998) e Almeida (2012) chamam atenção para a existência de uma estreita relação entre os instrumentos e o objeto de trabalho, na medida em que um determina o outro. O objeto, com suas características distintas, demanda instrumentos e técnicas adequadas, caso contrário, o resultado esperado não será alcançado. Dessa forma, o instrumento de trabalho é que possibilita a transformação da natureza, pela presença do sujeito que, dotado de um projeto prévio, o utiliza.

Os instrumentos e os meios de trabalho não são somente equipamentos oriundos de matéria-prima da natureza, mas até mesmo os braços e mãos são considerados instrumentos, quando usados como atividade transformadora (MENDES-GONÇALVES, 1992). Os meios e instrumentos permitem, de certa forma, que sejam produzidas transformações no objeto de trabalho, ainda que na saúde, como em outras áreas, não se necessite apenas de instrumentos materiais, mas também de conhecimentos intelectuais adquiridos pelos profissionais ao longo de sua formação (ALMEIDA, 2012). Entretanto, para Faria e colaboradores (2009) a ausência de determinados equipamentos pode ser responsável, pelo menos em parte, pelo sucesso ou não de uma atividade, de um programa ou projeto terapêutico.

Fazem parte dos instrumentos e materiais de trabalho o conjunto de tecnologias que denotam uma função técnica nos processos produtivos. Entretanto, essas tecnologias só passam a existir quando estabelecem relações entre os homens e os objetos, durante o processo de produção. O fato é que o termo “tecnologia” tem sido utilizado erroneamente como ideia de desenvolvimento tecnológico, que representa algo novo ou material novo

incorporado ao processo de trabalho a fim de potencializá-lo. No entanto, a tecnologia, novidade ou não, “refere-se aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho entre a atividade operante e os objetos de trabalho, através dos instrumentos” (MENDES-GONÇALVES, 1994, p. 18).

Segundo Merhy (2002), em todo processo de produção há o uso de tecnologias. Assim, caracteriza as tecnologias envolvidas no processo de trabalho em saúde como: leves, que são as tecnologias das relações e vínculo; leve-duras, como os saberes que operam no processo de trabalho, a exemplo da clínica médica e a anatomia, entre outras; e duras, como os equipamentos tecnológicos do tipo máquinas e equipamentos. Para esse autor, é indispensável, no modo de produção do setor saúde, a construção de um compromisso dos trabalhadores de saúde com as necessidades de saúde da população, de modo a satisfazê-las a partir do uso exaustivo de tecnologias em saúde, como uma nova forma de operar a gestão do cuidado em saúde.

Faria e colaboradores (2009) apontam que os instrumentos não se restringem a ferramentas e estruturas físicas do trabalho. Além desses, têm-se os conhecimentos e as habilidades que, embora sejam intangíveis, também são utilizados durante o processo de trabalho. E, por último, são considerados meios, as próprias estruturas sociais que determinam, entre outros aspectos, as relações de poder no cotidiano do trabalho e viabilizam a remuneração do trabalhador.

Em um processo de trabalho, incorpora-se, no objeto, o trabalho que vai sendo materializado e, assim, o produto desse processo toma a forma de algo que, por apresentar alguma função, se adéqua às necessidades humanas. Logo, o processo de trabalho se extingue no produto, momento em que o trabalho se uniu ao seu objetivo. O produto do trabalho pode ser não somente o resultado, mas também as condições para que o processo de trabalho aconteça (MARX, 1996).

Apesar de não resultar em uma mercadoria, o produto do trabalho em saúde é bem definido, pois ao interferir nos estados sociais, psíquicos ou biológicos dos indivíduos, grupos de pessoas ou comunidades, resulta, na maioria das vezes, em impactos positivos sobre a saúde dos mesmos (MENDES-GONÇALVES, 1992; MACHADO; CORREA, 2002; GAÍVA; SCOCHI, 2004; FARIA et al., 2009). Segundo Fortuna e colaboradores (2005), nos serviços de saúde o que é produzido não é algo material, tampouco concreto que se pode guardar nas prateleiras, mas o resultado desse trabalho é sentido pelo objeto, interferindo decisivamente no modo de vida das pessoas.

Quando um trabalhador de saúde se encontra com o usuário durante o seu processo de trabalho para realizar o cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros em ato. Isto é, o cuidado se dá imediatamente no momento da atenção ao usuário (MERHY, 2002). Daí ser questionável o fato do processo de trabalho em saúde separar o produto do trabalho propriamente dito (MENDES-GONÇALVES, 1992), já que a base conceitual do processo de trabalho explorada anteriormente à luz de Karl Marx implica a produção de bens materiais. Entretanto, no campo da saúde o produto é consumido no momento em que é produzido. É válido ressaltar ainda, que na conjuntura atual de uma sociedade neoliberal, até os serviços de saúde estão sendo considerados mercadorias (SOUZA, 2011), não no sentido concreto, mas, na medida em que crescem os planos e seguros de saúde privados, a saúde é vista como um produto gerador de muitos lucros.

Vale lembrar que o trabalho acontece em um determinado ambiente/espço que em tese deve ser adequado às características particulares do processo de trabalho. Coelho (2002, p. 123) incorporou em seu estudo o local de trabalho, ou seja, o espaço físico de produção da saúde como um dos elementos do processo de trabalho, já que os espaços devem ser compatíveis com as atividades realizadas. O objeto de trabalho da saúde, para essa autora, assume algumas características “a depender do lugar de onde fala, e onde enuncia seu pedido ou queixa”, pois se o indivíduo é atendido em uma unidade particular ou do SUS, poderes contratuais distintos lhe serão atribuídos, do mesmo modo as condições de conforto variam de um serviço ao outro. Os trabalhadores de saúde, sem dúvida, também se diferenciam quanto ao poder exercido a depender se é funcionário público ou não, e as condições de trabalho certamente não são as mesmas.

Assim, Peduzzi (1998, p. 23) caracteriza o encadeamento do processo de trabalho:

como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas. E essa transformação se dá mediante a atividade do trabalho, realizada com o consumo produtivo da força de trabalho e a intermediação de instrumentos que o agente insere entre ele próprio e o objeto, para dirigir sua atividade a uma dada finalidade.

Com efeito, o processo de trabalho só acontece quando todos os seus elementos interagem harmonicamente entre si, partindo primeiramente de uma dada finalidade, que se constitui como o projeto idealizado pelo sujeito da ação (trabalhador), seguido pela incorporação do objeto de trabalho, seja ele uma matéria-prima direta da natureza ou previamente transformada por processos de trabalhos anteriores, que será transformada por meio de instrumentos materiais e saberes, culminando com a produção de um determinado

resultado. Desse modo, surgem os diversos tipos de processos de trabalho – visto que um trabalho não ocorre isoladamente – pois, se relacionam para alcançar uma dada finalidade: satisfazer as necessidades humanas.

No processo de trabalho em saúde, portanto, há um encontro entre o agente produtor em um espaço bem definido, no qual o trabalhador de saúde com suas ferramentas, incluindo conhecimentos, equipamentos, tecnologias de modo geral, com o agente consumidor, que se constitui também objeto da ação daquele produtor, no seu interior, busca a realização de um produto/finalidade, que é o próprio cuidado à saúde. Saúde, que por sua vez, é algo imprescindível para o usuário, pois sabendo que a possui, sente-se útil e apto para viver (MERHY, 2002).

### **3.2 Divisão do trabalho em saúde**

Para Marx (1996), os variados tipos de valores de uso ou as variadas mercadorias levam a uma divisão social do trabalho, já que essas possuem gênero, família, subespécie, variedade, de diferentes trabalhos úteis. Segundo esse mesmo autor, o trabalho muitas vezes precisa ser dividido, dada as características dos resultados esperados, não para que muitas mercadorias sejam produzidas, mas pela peculiaridade de determinado trabalho.

Peduzzi (1998) afirma que a divisão manufatureira do trabalho pode se originar de duas maneiras, por um lado, o parcelamento do trabalho, no qual as atividades são divididas entre diferentes trabalhadores para produzir um único produto, e, por outro, a divisão do trabalho de modo que cada pessoa produza um produto em sua totalidade num processo de trabalho constituído por diversos trabalhadores com o mesmo ofício.

A divisão técnica do trabalho, por seu turno, ocorre quando, na divisão do trabalho, nenhum trabalhador parcial produz uma mercadoria por completo, pois ela é produzida de modo que cada especialidade é responsável por uma parte da produção, e assim já não se tem mais um trabalho individual, mas um processo coletivo. Neste sentido, aspectos como a complementaridade e a interdependência entre os trabalhos especializados emergem nos diversos tipos de processos de trabalho. Dessa forma, torna-se imprescindível compreender tanto a divisão técnica quanto a social do trabalho, já que em toda divisão técnica há em seu interior diferentes relações políticas e, sobretudo, ideológicas resultantes das desigualdades sociais entre os sujeitos (PEDUZZI, 2001).

O trabalho em saúde implica um diálogo com as questões técnicas e também de gênero, uma vez que a estruturação do trabalho no interior dos serviços de saúde em torno das

práticas de tratamento e de cuidado orientou a divisão sexual do trabalho, dividindo-o em mundos feminino e masculino no setor (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). O termo gênero, segundo Guedes (1995), apresenta inúmeros significados, podendo ser entendido como qualquer agrupamento de pessoas, objetos, ideias, que possuem características comuns. Assim, as questões que tratam do gênero pressupõem uma organização social e todo um sistema de relações entre os sexos feminino e masculino, mas que não são diretamente determinadas pelo sexo.

No hospital, as práticas de tratamento geralmente constituem o mundo masculino e as práticas de cuidado, o mundo feminino. Segundo Araújo e Rotenberg (2011), existe um predomínio do sexo masculino na medicina, mesmo diante da crescente incorporação de mulheres nessa área nos últimos anos. Já na enfermagem, por exemplo, é notória a predominância de mulheres, e a incorporação de homens na profissão continua lenta e estável.

A institucionalização de práticas femininas relacionadas ao cuidado, diz respeito às práticas do âmbito doméstico, de cuidado com os filhos e com a casa e que foram levadas para o mundo do trabalho. Assim, a base do que se tem hoje evoca a história de sua construção e estruturação, pois nos primeiros hospitais o cuidado era essencialmente caritativo, religioso e realizado por mulheres. Ao passo que o hospital transformou-se em lugar privilegiado de cura, insere-se a figura do médico, cujas funções eram tratar e curar os doentes (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

Com as mudanças decorrentes do modo de produção capitalista de uma forma geral, e na saúde em particular, com a conseqüente remuneração pelos serviços prestados, ocorre a profissionalização do cuidado, com isso as mulheres passaram a adentrar o mercado de trabalho, não só na saúde, como também em empresas multinacionais, indústrias, dentre outros. Observa-se a tendência de acirramento da diversidade e heterogeneidade das situações de trabalho dos homens e mulheres, apesar do trabalho feminino sofrer maior vulnerabilidade frente à precarização do trabalho (BRITO, 2000).

No contexto atual, a divisão sexual no trabalho relaciona-se com a valorização/desvalorização profissional, a medida que condições de subordinação e exploração relacionadas ao sexo acabam por construir a identidade profissional (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011). O fato é que com a divisão técnica, social e sexual do trabalho na saúde, cada área profissional acaba se individualizando no interior de suas práticas, conduzindo um processo próprio. Entretanto, o que se quer alcançar se mantém no campo da saúde.

Assim, conforme Merhy (2002), o trabalho na saúde exige uma gama de profissionais especificamente formados na área, como também de profissionais de áreas externas à saúde, compostos por homens e mulheres. No processo de trabalho desse setor tem-se o médico como figura central, pois é quem decide sobre o diagnóstico e tratamento, além do uso das tecnologias, permitindo, assim, a continuidade do cuidado pelas demais profissões. No entanto, a assistência à saúde acaba sendo fragmentada, haja vista que o trabalho acontece de modo parcelado, cada um tratando o seu “pedaço”, ao mesmo tempo em que guarda estreita relação com o trabalho artesanal.

O surgimento do hospital no final do século XVIII, sem dúvida, levou ao aparecimento de toda uma coleção de trabalhadores, sem os quais essa instituição não poderia funcionar (FOUCAULT, 1979). O médico permaneceu como dominante e determinante do processo de trabalho em saúde (PIRES, 2000), porém passou a trabalhar coletivamente, estendendo algumas de suas atribuições à outra profissão, como é o caso do enfermeiro, que ficou encarregado das funções mais manuais e também complementares do processo terapêutico, essenciais ao processo de trabalho como um todo. Entretanto, o trabalho da enfermagem, com o passar do tempo também se dividiu, ficando a cargo do enfermeiro, profissão com formação de nível superior, o trabalho intelectual, e a cargo dos técnicos e auxiliares, de nível médio e técnico, o trabalho mais manual e, conseqüentemente, menos intelectual (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A divisão do trabalho no setor saúde, embora pensada de forma complementar, mantém estreita relação com o trabalho individualizado, certamente pela tendência histórica de atuação cada vez mais especializada das profissões, onde os trabalhos são divididos tecnicamente pelos saberes próprios e singulares, tornando o trabalho mais manual e extremamente parcelado. Além do mais, a delegação de tarefas e responsabilidades tem crescido no setor saúde (PIRES, 2000). Isso não aconteceu somente com a enfermagem, como citado anteriormente, mas com a nutrição, com a odontologia, com a biomedicina, além dos inúmeros profissionais de nível médio sem necessariamente serem da área da saúde, que são recrutados e treinados para atuar no serviço. Nesse processo de divisão do trabalho, não há apenas uma divisão técnica, mas também territorial e de valorização social desigual do trabalho, além de resultar em diferentes remunerações entre os trabalhadores de um mesmo serviço.

Vale ressaltar que a intensa repartição do trabalho em saúde culminou também em novos objetos de trabalho, pois não será mais o corpo humano em todas as suas necessidades

de saúde, mas sim a parte do corpo a qual o trabalhador se especializou (PIRES, 2000; HAUSMANN; PEDUZZI, 2009; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Nas instituições de saúde há uma elitização do trabalho do médico em relação aos demais trabalhadores da saúde, em que ao primeiro é atribuído um maior valor social. O médico se consolida como trabalho intelectual e normatizador de todo o trabalho em saúde pela hegemonia conquistada ao longo do tempo, se solidificando como campo de prática pela inserção social dos agentes detentores de um conhecimento acerca do sofrimento humano e do processo saúde-doença, que exige uma formação prolongada (SCHRAIBER, 1995).

No decorrer da história da saúde pública, no Brasil, inicialmente no modelo sanitarista-campanhista, os profissionais de saúde eram os médicos e enfermeiros, além dos delegados de saúde, os guardas sanitários, os inspetores de saúde e os fiscais. Enquanto o médico atuava individualmente em seus consultórios particulares, os demais exerciam as práticas sanitárias nos domicílios e em Santas Casas. Para tratar das questões sociais, existia a enfermeira encarregada pelos serviços de assistência social, chamadas “enfermeiras visitadoras de saúde pública”. Contudo, a partir da criação do Departamento de Assistência Social do Estado, no ano de 1935, emerge a necessidade de se incorporar à saúde novos trabalhadores de saúde especializados, surgindo então o assistente social (PEDUZZI, 1998).

Nesse contexto, a crescente incorporação de novos trabalhadores no trabalho em saúde foi essencial para a implementação de ações capazes de garantir a integralidade e a qualidade da assistência prestada aos usuários. Porém, esse conjunto de diferentes profissões atualmente tem reproduzido a lógica do trabalho parcelado e extremamente especializado, que além de fragmentar o cuidado, gera diferenças técnicas no trabalho e, sobretudo, uma hierarquização entre os trabalhadores de saúde quanto ao seu valor social.

Nessa perspectiva, tem sido intensamente discutida a proposta do trabalho em equipe, justamente para superar o processo de especialização na área da saúde. Araújo e Rocha (2007) afirmam que a importância do trabalho em equipe nas instituições de saúde, especialmente no âmbito da Atenção Básica, estimulada pelas políticas de saúde, visa atender os indivíduos de forma integral, assim como foi definido pela Constituição Federal de 1988 para consolidação do novo modelo de atenção à saúde então vigente no Brasil.

Trabalhar em equipe significa trabalhar em grupo num processo de relações entre profissionais diferentes, ou seja, a interdisciplinaridade. Na saúde, o trabalho em equipe se dá em um processo constituído por relações entre pessoas, relações de poderes, saberes e interesses, que nem sempre serão harmônicas entre todos os envolvidos nesse processo, pois



passa por dificuldades, satisfação, paralisação, mas há o relacionamento tanto dos profissionais entre si, como também com os usuários (FORTUNA, 2005).

O processo de trabalho no hospital é claramente permeado por processos de dominação historicamente instituídos (LAMY, 2000). Gaíva e Scochi (2004) chamam a atenção para a hegemonia do poder médico em relação às demais categorias profissionais, pois é o responsável por definir como será conduzido o assistir em saúde e é quem dá, muitas vezes, a última palavra em muitas situações. Essas relações de poder geram tensões que, por conseguinte, dificultam a comunicação e o trabalho em equipe na instituição hospitalar, que por vezes anulam a noção de trabalho multiprofissional.

Diante das relações de poder existentes entre o médico e os demais trabalhadores de saúde, muitos profissionais buscam exercer sua autonomia no trabalho coletivo à medida que estabelecem seus próprios critérios de organização e execução de suas atividades, não dependendo diretamente do trabalho médico. Cabe destacar que a busca pela ampliação da autonomia e melhor comunicação entre os profissionais perpassa pelo reconhecimento de que cada um tem o seu saber, suas competências e que podem interferir nas decisões terapêuticas, não se subordinando à outras categorias, já que estão inseridos em um processo de trabalho coletivo (GAÍVA; SCOCHI, 2004; FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

Habermas (1989) assinala que no trabalho em equipe há uma relação recíproca entre trabalho e interação, sendo a última caracterizada pelo agir comunicativo entre pelo menos dois sujeitos. É por meio do agir comunicativo no trabalho cotidiano que os profissionais de saúde interagem e discutem, chegando a um acordo para atender as necessidades dos usuários.

Conforme Campos e Domitti (2007, p. 404), o trabalho interdisciplinar requer dos trabalhadores maturidade para lidar com as incertezas, com a subjetividade, inclusive com as críticas, para que possam tomar as decisões de forma compartilhada. Para esse autor “é mister reconhecer que não é esse o padrão de subjetividade dominante em ambientes de concorrência exacerbada, modo predominante de funcionamento das instituições contemporâneas”, visto que as pessoas tendem a viver no trabalho em constante competição, ficando, de certo modo, restrito ao seu núcleo de especialidade sem querer interagir nos espaços interdisciplinares, o que dificulta a realização do trabalho em equipe.

Uma equipe é mais do que apenas conviver com outras pessoas no local de trabalho. Ela precisa ser construída cotidianamente, a partir da comunicação e das inter-relações no processo de trabalho, que no caso da saúde é muito complexo e dinâmico, o que exige

cooperação entre os diversos profissionais de saúde, cada um contribuindo com seu saber próprio, recompondo-se, desse modo, os trabalhos predominantemente especializados.

### **3.3 Instituições hospitalares sob gestão direta**

As mudanças operadas nas instituições hospitalares até meados de século XIX visavam apenas aperfeiçoar as técnicas e instrumentais de vigilância do enfermo e de certas condições ambientais que pudessem facilitar a circulação do ar, controlar a temperatura do meio e a água ingerida, de forma que o ambiente hospitalar alcançasse a função terapêutica. Cabe sinalizar, contudo, que esses primeiros hospitais eram voltados basicamente para a prestação de serviços de saúde sem efetivo gerenciamento de sua estrutura (COELHO, 2008).

Paulatinamente, os hospitais foram se modificando e se tornando mais parecidos com o que se conhece hoje. Durante muito tempo a lógica de gestão era religiosa ou militar. Com a laicização da gestão, o hospital passa a obedecer a uma lógica mais científica e incorporar um padrão empresarial, tornando-se instituições centradas na racionalidade econômica, na autonomização e na intensa especialização do trabalho. Além disso, os modelos tradicionais incorporados pelo hospital, até os dias atuais, enfatizam a fragmentação do trabalho, a hierarquização e a centralização da gestão, ocasionando o descontentamento dos membros da equipe de saúde e, até mesmo, a desmotivação para o trabalho (ARTMANN; RIVERA, 2003; BERNARDES, 2007; VENDEMIATTI et al., 2010).

Neste sentido, cabe aqui mencionar sobre os tipos de administração da rede hospitalar do SUS a fim de compreender características específicas dos distintos modelos de gestão na medida em que estes interferem diretamente no trabalho realizado pelos trabalhadores de saúde e no resultado esperado do serviço oferecido por essa instituição.

A primeira forma de distinção das organizações é se ela é pública ou privada, e essa diferenciação se dá basicamente pelos objetivos de cada uma dessas organizações, relacionados ao cuidado dos bens, propriedades, relações de trabalho e emprego. As instituições de iniciativa privada defendem interesses muito particulares, de um grupo específico, e objetiva, na maioria dos casos, o lucro, enquanto que o setor público visa o bem público e o bem-estar social, devendo se adequar a disponibilidade de verbas e aos projetos do governo (IBÁÑEZ; VECINA NETO, 2007).

Outra forma de entender as diferentes organizações é através do conhecimento acerca do tipo de regime jurídico que atuam, podendo ser regime jurídico de direito público ou regime jurídico de direito privado. O regime jurídico de direito público se distingue entre duas

formas de administração: a administração direta, que é constituída por organizações das três esferas de governo e é efetuada por órgãos e servidores públicos do próprio governo; e a administração indireta, que é uma forma de descentralização da gestão que é composta por personalidade jurídica própria, podendo ser autarquias, fundação de direito público, consórcio público, dentre outros (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; CARVALHO-FILHO, 2012).

O regime jurídico de direito privado, por sua vez, não está submetido aos princípios jurídicos da administração pública. Estão incluídas nesse tipo de regime a Organização Social (OS), a Organização Social Civil de Interesse Público (OSCIP), e outras instituições regidas pelo mercado, como a Empresa Pública, a Sociedade Anônima, o Serviço Social Autônomo, dentre outras (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; CARVALHO-FILHO, 2012; VIGNOLI NETO, 2013).

As instituições hospitalares, independentemente do tipo de regime jurídico, apresentam um nível de complexidade elevado no que diz respeito aos procedimentos realizados, bem como no que se refere à gestão desses serviços. (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008). É considerado como principal elemento do sistema público de saúde, pois tem a função de prestar uma assistência completa a população, que varia desde a prevenção de doenças até a cura e tratamento das pessoas, além de constituir-se em um grande centro de formação de profissionais da área (SILVA, 1998; SOUZA et al., 2009).

Entretanto, alguns estudos chamam atenção para problemas no que tange a gestão hospitalar pública de administração direta, instituições que possuem gestão centralizada sob ação direta do Estado, refletida na sua baixa capacidade de incorporação tecnológica, modernização administrativa incipiente, falta de gestão capaz, eficiente, moderna e democrática que, por sua vez, contribui para o descontentamento dos membros da equipe de saúde e desmotivação para o trabalho (IBAÑEZ; VECINA NETO, 2007; SANTOS, 2006; MELO, 2014).

Por esse motivo, cabe destacar a reforma de Estado proposta por Bresser Pereira, em que para superar a administração burocrática, baseada na racionalidade e na hierarquização, e possibilitar maior autonomia e flexibilização aos hospitais públicos seria necessário terceirizar a prestação de serviços para entidades não estatais, mas isso sem se eximir de suas responsabilidades, a fim de que os recursos fossem aplicados com maior eficiência, já que há uma maior flexibilização administrativa nas instituições geridas pelas OS (PEREIRA, 1996).

No entanto, estudo realizado no estado de São Paulo a fim de apontar diferenças entre dois distintos modelos de gestão pública em hospitais, demonstrou que os hospitais sob administração por OS apresentaram estrutura semelhante aos hospitais de administração

direta, quando se tratava de equipamentos e recursos humanos. Algumas diferenças foram encontradas em relação ao quadro de pessoal dos hospitais de administração direta que apresentou um maior número de recursos humanos por leito se comparado às OS. Por outro lado, a flexibilização nas compras foi um fator importante encontrado nos hospitais administrados por OS, o que tornou o poder de dar resposta mais rápida às necessidades de saúde dos usuários (TIBÉRIO 2008).

Alguns autores, todavia, questionam essas formas de transferências de responsabilidades do Estado para outras entidades como formas “mascaradas” de privatização dos serviços públicos de saúde, haja vista que, em alguns casos, levam as organizações hospitalares a serem influenciadas pela administração lucrativa, centrada na racionalização dos custos e produção do trabalho, fazendo referência as teorias clássicas da administração, que tratam simplesmente de administrar recursos e pessoas, sem incorporar as ideias criativas dos trabalhadores (PINTO, 2000; MELO, 2014).

Outro fator que gera inquietação é no que diz respeito à participação efetiva da sociedade civil nas decisões, que sem dúvida acontece nos hospitais de administração direta, mesmo que, por vezes de forma incipiente ou na forma de grande pressão por mais e melhores serviços de saúde, e que não se sabe se a mesma ocorre nas instituições publicizadas (TIBÉRIO 2008). Ferreira Jr. (2003), afirma que, por outro lado, quando se fala em transparência das informações, já que os hospitais gerenciados por OS disponibilizam as informações referentes ao faturamento, custos e produção através do Diário oficial, é possível considerar que a gestão indireta tem sido mais transparente.

Além disso, existe um pressuposto difundido pela ideologia neoliberal – expresso no discurso de dirigentes da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) de conjunturas anteriores, como a encontrada por Coelho (2001, p. 164) –, de que o Estado é incompetente e que a única forma de não terceirizar serviços seria capacitar técnicos e gestores o que “traria benefícios para o Estado, pois modernizaria a estrutura de pessoal tornando, supostamente, mais eficiente o desempenho das instituições públicas que assim passariam a ‘competir’ com a rede privada no mercado de serviços”. Na conjuntura analisada, a política de “Recursos Humanos” estadual seguia a política nacional da gestão Fernando Henrique Cardoso, com “congelamento de salários, desmonte das carreiras dos servidores públicos e redução dos quadros através do incentivo à demissão voluntária e à aposentadoria” (p. 148), situação similar à que tem ocorrido a partir do *impeachment* da presidente Dilma Rousseff.

Outras questões permeiam ainda a atenção hospitalar. Apesar das políticas de estímulo à Atenção Primária à Saúde, a ênfase no atendimento hospitalar persiste de modo a

encarecer a atenção e incentivar uma corrida por procedimentos médico-assistenciais melhor remunerados, como exames de radioimagem, por parte dos prestadores de serviços tanto do SUS, quanto não SUS. Desse modo, o incentivo para a oferta de serviços de alta densidade tecnológica e custo elevado somado à uma situação crônica de entranhamento da política partidária nas decisões relativas à gestão hospitalar têm tornado este um campo repleto de problemas e desafios, mas negligenciado. No caso dos hospitais de grande porte, a missão seria “hercúlea” (COELHO, 2001).

Para Ibañez e Vecina Neto (2007), o Estado brasileiro estaria defasado, quando se trata de usar instrumentos e ferramentas gerenciais que aumentem a sua eficiência no campo da prestação de serviços de saúde, e que o hospital, por ser uma instituição complexa e que presta serviços especializados e bem específicos, demanda uma gestão que possua uma série de recursos tecnológicos que possibilitem a redução de custos, a melhoria da qualidade da assistência oferecida à população, o exercício do controle social, a integração entre os profissionais, dentre outros. É por meio dessas ferramentas que as organizações também devem analisar o desempenho da gestão na consecução das atividades, para planejar as ações futuras visando sempre o aperfeiçoamento dos serviços.

Nesse contexto, importa assinalar a necessidade de um modelo de gestão das instituições de saúde baseado na cogestão dos processos decisórios, sem poder de dominação absoluto, mas centrado no protagonismo e autonomia de todos os atores envolvidos no processo de trabalho (MELO, 2014). Ou seja, trata-se de um modelo democrático, com espaços deliberativos em que as decisões são compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários dos serviços de saúde.

Os estudos ressaltaram que para uma gestão eficiente e diferente dos modelos antigos é fundamental uma combinação ótima dos recursos humanos, tecnológicos e financeiros, e também é necessária uma profissionalização dos gestores como articuladores entre o setor interno – médicos, equipe de enfermagem, equipe administrativa e demais profissionais – e setor externo (comunidade, políticos e outros serviços de saúde) a fim de garantir para a população o cumprimento dos objetivos da organização (BERNARDES, 2007; ABBAS, 2001).

### **3.4 Diferentes faces do trabalho na vida e saúde dos trabalhadores**

O cotidiano do trabalho revela, muitas vezes, certos sofrimentos que, na verdade, o trabalhador no enfrentamento com sua tarefa põe em perigo sua vida mental e física

(DEJOURS, 1992). Segundo Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), o modo como o trabalho em saúde é estruturado pode influenciar, por um lado, a qualidade de vida, a satisfação e o comportamento dos trabalhadores e, por outro lado, impactar na qualidade da assistência prestada aos pacientes.

O trabalho é algo que é idealizado por todos, sendo, portanto, importante para o crescimento e realização pessoal ou para a aquisição de bens ou, até mesmo, apenas para a subsistência. Embora seja organizador da vida social, o trabalho pode levar ainda o trabalhador a ser dominado pelo capital, pois à medida que o trabalho dignifica o homem e lhe confere status, esse mesmo trabalho pode ser a fonte de doença, infelicidade e frustração (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009). Dessa forma, Dejours (1992) afirma que o trabalho nunca pode ser compreendido como neutro em relação à saúde dos envolvidos nesse processo, uma vez que favorece tanto a doença, quanto a saúde.

Mendes (1995) destaca que grande parte das pessoas só trabalha sob pressão da necessidade, e diante desta aversão ao trabalho é desencadeada uma série de problemas de ordem psicossocial. Para Dejours (2015), o sofrimento mental é resultante da organização do trabalho nas instituições, quando o rearranjo deste não é mais possível ou quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada. A energia pulsional não acha descarga no exercício do trabalho e acaba se acumulando no aparelho psíquico, caracterizando um sentimento de desprazer e tensão.

Dejours (1992) classifica o sofrimento dos trabalhadores em sua vivência no labor organizados atrás de dois sintomas: a insatisfação e a ansiedade. O mesmo autor afirma que:

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação. Quando um trabalhador usou de tudo de que dispunha de saber e de poder na organização do trabalho e quando ele não pode mais mudar de tarefa: isto é, quando foram esgotados os meios de defesa contra a exigência física. Não são tanto as exigências mentais ou psíquicas do trabalho que fazem surgir o sofrimento. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento.

Com efeito, observa-se que a insatisfação no trabalho está associada à estrutura normativa das instituições, ao conteúdo significativo da tarefa e à divisão do trabalho, que são geradores de sofrimento, antes de tudo, mental e não apenas decorrente do conteúdo ergonômico do trabalho. A ansiedade, por sua vez, se expressa pela tensão sentida pelos

trabalhadores, uma vez que, no ambiente de trabalho, são muitos os riscos de acidentes, o que acaba gerando também medo no trabalho.

Por outro lado, o prazer está fundamentado na hipótese de que as aspirações e desejos idealizados de forma prolongada produzam um sentimento de contentamento, ou seja, a satisfação das necessidades reprimidas é capaz de propiciar, em sentido amplo, a felicidade. Dessa forma, a quantidade de excitação do aparelho mental se mantém baixa ou constante, caracterizando o princípio do prazer (FREUD, 1920).

Para Almeida (2012), o prazer do trabalhador é resultado da descarga de energia psíquica produzida pela atividade realizada. No entanto, quando há sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades ou quando o trabalho se opõe à livre atividade do aparelho psíquico, ocorre o sofrimento. Neste sentido, o trabalhador satisfeito com sua profissão, com sua ocupação e com seu processo de trabalho experimenta, sem dúvida, mais a sensação de prazer.

O adoecimento físico, por sua vez, é consequência do modo como o trabalho é realizado e das condições de trabalho. Nas instituições de saúde, as condições de trabalho que podem comprometer a integridade da saúde do trabalhador estão relacionadas ao ambiente físico (temperatura, barulho, vibração, entre outros), químico (produtos manipulados e gases tóxicos), biológico (vírus, bactérias, fungos, parasitas), além das condições de higiene e de segurança. Os elementos da organização do trabalho, por seu turno, que impactam na saúde dos profissionais são: a divisão do trabalho; o conteúdo da tarefa; as relações de poder; o sistema hierárquico; entre outros (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Disso podemos deduzir que, intervenções na organização do trabalho podem diminuir o sofrimento mental do trabalhador e, até gerar prazer, o que é fator protetor, enquanto as modificações produzidas nas condições de trabalho refletem na saúde física dos trabalhadores a elas submetidos. Como a separação entre o físico e o mental é relativa, essa divisão entre os efeitos das condições organizacionais e de trabalho também têm que ser relativizadas.

Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006) afirmam que o hospital deve ser um lugar humanizado, ou seja, um ambiente em que sua estrutura física, tecnológica, humana e administrativa, valorizem e, sobretudo, respeitem a dignidade da pessoa humana, não só dos pacientes e familiares, mas de modo especial o próprio profissional que nele atua, para que possa prestar um atendimento digno. Para tanto, faz-se imprescindível que os profissionais de saúde se coloquem de forma crítica, analisando as condições e organização do seu processo de trabalho, de modo a transformar o ambiente hospitalar em um lugar mais aconchegante e

acolhedor, já que, muitas vezes, esses trabalhadores passam mais tempo no próprio trabalho do que em casa.

Entretanto, o trabalho dos profissionais de saúde em unidades hospitalares – onde o objeto é o paciente com patologias graves, com risco de morte iminente, além da estrutura político-administrativa pouco flexível que dificulta a autonomia dos trabalhadores – pode vir a ser fonte de sofrimento. Por outro lado, a possibilidade de aliviar a dor, de salvar vidas, de sentir-se útil, de trabalho coletivo, entre outros fatores, constitui fonte também de prazer e principalmente de satisfação, contribuindo, assim para o equilíbrio psíquico dos trabalhadores (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009; MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Mendes (1995) considera que durante o processo de trabalho há uma busca constante pelo prazer no trabalho e, contudo, a fuga do desprazer constitui um desejo permanente para o trabalhador diante das exigências contidas nesse processo, nas relações e na forma de organização do trabalho. O fato é que, na maioria das vezes, o trabalho acaba gerando desprazer, já que oferece mais condições contrárias a satisfação dos sujeitos, como vivências de sofrimento, o que de certa forma transforma o trabalho em mera fonte de sobrevivência.

Tomasi e colaboradores (2007) destacam vários fatores que têm sido relacionados ao sofrimento, adoecimento e estresse ocupacional nos profissionais de saúde, com destaque para o trabalho noturno ou em vários turnos no mesmo dia, a sobrecarga tanto quantitativa quanto qualitativa de trabalho, a falta de controle sobre as atividades, a remuneração abaixo do esperado, a responsabilidade excessiva, a exposição a situações de risco, o trabalho repetitivo, a falta de segurança e a instabilidade no emprego.

A reestruturação produtiva ocorrida nos outros setores da produção e o contexto atual de crise econômica tem gerado efeitos no modo de produção do trabalho em saúde. Pois prevalece a precarização do trabalho e do emprego, ocasionada pela possibilidade de contratação de trabalhadores sem as garantias mínimas da legislação do trabalho, além do emprego por tempo limitado ou temporário, devido à restrição de custos das empresas (OLIVEIRA, ALVES, MIRANDA, 2009). Dessa forma, as vivências ocupacionais objetivas e subjetivas podem ter estreita relação com a saúde dos sujeitos trabalhadores, bem como com o cuidado prestado aos pacientes, visto que são condicionadas pelas condições e a organização do trabalho.

Essas transformações no processo produtivo vêm acompanhadas de condições desfavoráveis no ambiente laboral, que por sua vez levam a uma maior intensificação do trabalho, resultando em uma maior prevalência das doenças relacionadas ao trabalho, como as Lesões por Esforços Repetitivos (LER) que integram os Distúrbios Osteomusculares



Relacionados ao Trabalho (DORT), os Transtornos Mentais Relacionados ao Trabalho (TMRT), os cânceres e demais formas de adoecimento, além de outras expressões de sobrecarga e sofrimento relacionadas ao trabalho, como o estresse, a fadiga física e mental (MERLO et al., 2003; ASSUNÇÃO; LIMA, 2012).

Na busca por compensar o sofrimento e o adoecimento vivenciado no local de trabalho, os trabalhadores de saúde lançam mão de posturas defensivas tornando-se indiferentes ao processo laboral ou até optando pela fuga ao trabalho, o absenteísmo, que pode ocorrer por meio de licenças médicas, atestados ou por faltas injustificadas, que acabam comprometendo o resultado positivo do trabalho de toda equipe (COSTA; VIEIRA; SENA, 2009).

Para que o trabalho seja fonte de saúde, segundo Merlo e colaboradores (2003), é fundamental que o profissional seja reconhecido, ouvido, lembrado e valorizado pelos gestores, pela administração e pela população, pois é através deste reconhecimento que o trabalhador pode dar sentido ao seu trabalho e mobilizar estratégias para lidar com as pressões e exigências no cotidiano laboral, e assim conseguir transformar o sofrimento em prazer.

Neste sentido, a Figura 1 ilustra o objeto da pesquisa apresentando o processo de trabalho em saúde no hospital sob gestão direta, que com sua especificidade vai delineando esse processo, envolvendo sujeitos/agentes, finalidade, objeto, meios, produtos, espaço/ambiente e a própria organização e divisão do trabalho, e que pode gerar sentimentos distintos, como satisfação, insatisfação, prazer, sofrimento e, até mesmo, levar ao adoecimento do trabalhador. Em consequência desse processo, o trabalhador precisa buscar estratégias de enfrentamento para superar as adversidades do trabalho e, sobretudo, para manter-se motivado a trabalhar.



**Figura 1** – Representação gráfica do objeto da pesquisa.  
 Fonte: Elaboração própria.

## 4 METODOLOGIA

*O homem movido pelo espírito científico deseja  
saber, mas para, imediatamente, melhor  
questionar.  
Gaston Bachelard*

A pesquisa é parte da atividade básica do ser humano em sua indagação com a realidade que, embora se constitua como prática teórica, leva à realização de ações para possíveis transformações dessa realidade. A metodologia, por sua vez, é entendida como caminho do pensamento, devendo portar o instrumental necessário para a abordagem do real, além de incorporar concepções teóricas para a efetiva articulação entre conteúdos, pensamentos e existência (MINAYO, 1999).

Nesse contexto, o método é visto como parte central das teorias sociais, pois aborda a visão social de mundo veiculada na teoria. Em outras palavras, a metodologia envolve o próprio processo de desenvolvimento das coisas. Dessa forma, é apresentado a seguir o percurso metodológico para o alcance dos objetivos da pesquisa *Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia*.

### 4.1 Tipo de estudo

Este estudo tem caráter especificamente qualitativo e exploratório por responder a questões muito particulares. Para Minayo (1999), o objeto das ciências sociais é essencialmente qualitativo, dado que a realidade social é bastante dinâmica e, sem dúvida, traz consigo uma riqueza de significados que não podem ser quantificados. A pesquisa qualitativa, portanto, é aquela que adentra o mundo dos significados, das ações e relações humanas, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

No campo das ciências sociais, a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de técnicas interpretativas com a finalidade de descrever, como também decodificar os elementos que compõem o universo complexo de significados. Esse tipo de pesquisa expressa os sentidos dos fenômenos sociais. Dessa forma, o pesquisador, ao se aproximar do objeto de

estudo, pode de algum modo empregar a lógica do empirismo científico ou a perspectiva fenomenológica (NEVES, 1996).

Neste sentido, ao pesquisar o processo de trabalho em saúde de trabalhadores da rede hospitalar de gestão direta da Bahia, entende-se que a realização das entrevistas tem a fala dos participantes do estudo como reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, acerca dos elementos do seu processo de trabalho, bem como da organização e condições do trabalho, além dos sentimentos nele vivenciados – prazer, sofrimento e adoecimento. Ao mesmo tempo, as falas tem a capacidade de transmitir representações de grupos específicos em condições históricas, sócio-econômicas e culturais, essenciais para a análise das questões desta pesquisa (MINAYO; SANCHES, 1993).

## **4.2 Campo de investigação**

O campo de investigação deste estudo foi composto pela Rede Hospitalar da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB) do município de Salvador, capital do estado, que integra hospitais públicos sob gestão direta, sendo priorizadas as unidades cujo produto final seja a saúde e não um produto intermediário, de modo que, foram escolhidos serviços que apresentassem processos de “núcleo duro” do trabalho em saúde e as condições consideradas mais desgastantes para os sujeitos envolvidos. A condição jurídica de gestão direta implica que os trabalhadores são, em sua maioria, servidores públicos, com estabilidade de emprego. Assim, foram investigados os processos de trabalho em serviços de: 1) Urgência-Emergência ou Pronto Atendimento; 2) Unidades Cirúrgicas e; 3) Unidade de Terapia Intensiva.

As unidades foram escolhidas atendendo aos critério de ser hospital do tipo geral, possuir complexidade suficiente para abrigar os referidos serviços em funcionamento, com equipes completas, além de se constituírem de unidades de grande relevância regional, sujeitos a grande pressão de demanda espontânea e regulada. Desse modo, foram escolhidas duas instituições hospitalares da capital que atenderam a todos os critérios.

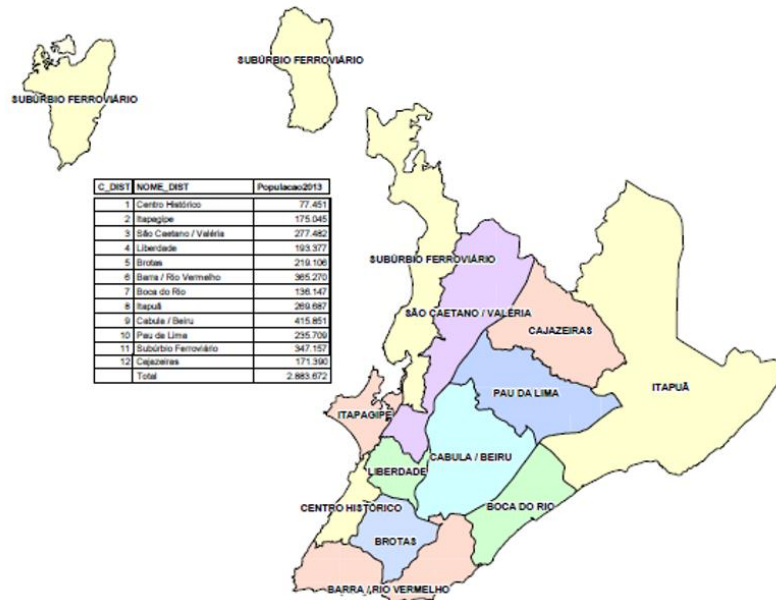
### **4.2.1 Considerações gerais do município de Salvador e rede assistencial de saúde**

O município de Salvador, capital do estado da Bahia, está situado na Região Nordeste do Brasil, localizado na Mesorregião Metropolitana de Salvador e Região de Saúde de Salvador. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) a população estimada do ano 2016 foi de 2.938.092 habitantes, sendo a maior parte vivendo na

zona urbana (2.674.923 habitantes) e menor na zona rural (733). É a cidade mais populosa do Nordeste e a terceira mais populosa do Brasil. Apresenta uma área da unidade territorial de 692.819 km<sup>2</sup> e densidade demográfica de 3.859,44 hab/km<sup>2</sup>. O Produto Interno Bruto (PIB) do município de Salvador em 2014 era de R\$ 56.624.041 e o PIB per capita de R\$ 19.505,84 (IBGE, 2017).

O município de integra a Região Metropolitana de Salvador ao lado dos municípios de Camaçari, Candeias, Dias d'Ávila, Itaparica, Lauro de Freitas, Madre de Deus, Mata de São João, Pojuca, Salvador, São Francisco do Conde, São Sebastião do Passé, Simões Filho e Vera Cruz (SALVADOR, 2017).

Conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR), Salvador é o polo da Macrorregião Leste da Bahia, que é composta por 48 municípios distribuídos em quatro regiões de saúde, a saber, Camaçari, Cruz das Almas, Salvador e Santo Antônio de Jesus. A Região de Saúde de Salvador abrange 10 municípios. No município de Salvador está localizado o Núcleo Regional de Saúde Leste. A organização político-administrativa do município compreende 12 Distritos Sanitários, como mostra a Figura 2.

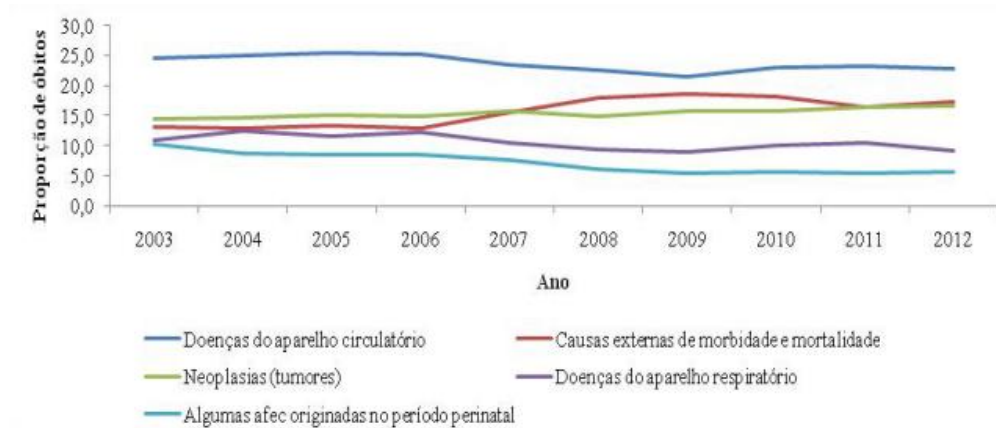


**Figura 2** – Distribuição dos Distritos Sanitários do município de Salvador, 2013.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017 (2017).

No que diz respeito ao perfil epidemiológico do município de Salvador, observa-se que a mortalidade por doenças cardiovasculares, apesar de ter sido a primeira causa de morte, diminuiu no período de 2003 a 2012, em seguida tem-se os óbitos por causas externas, as

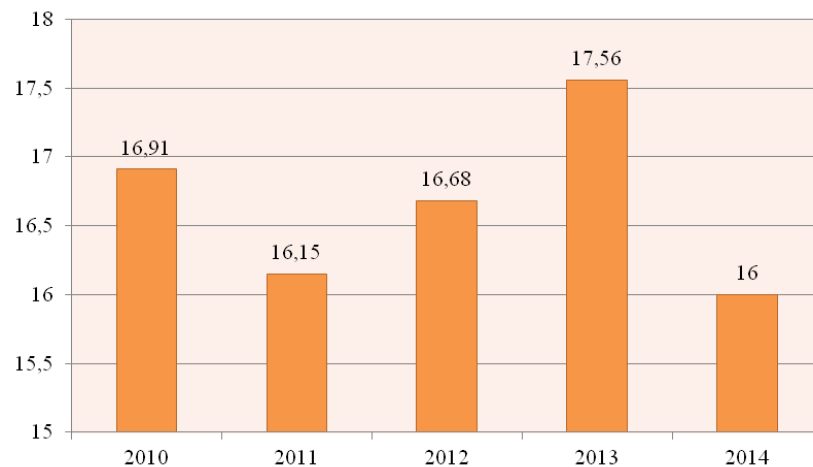
neoplasias, as doenças do aparelho respiratório e, por último, as afecções no período perinatal, conforme evidenciado na Figura 3.



**Figura 3** – Mortalidade Proporcional por causas básicas, Salvador, de 2003 a 2012.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017 (2017).

A taxa de mortalidade infantil do município de Salvador também vem diminuindo ao longo dos anos, como é possível observar na Figura 4. Em 2010, a taxa de mortalidade infantil era de 16,91 a cada 1.000 nascidos vivos, em 2011 reduziu para 16,15, e voltou a subir em 2012 e 2013, com 16,68 e 17,56, respectivamente. Entretanto, em 2014 houve novamente uma redução na taxa de mortalidade infantil, caindo para 16 a cada 1.000 nascidos vivos.



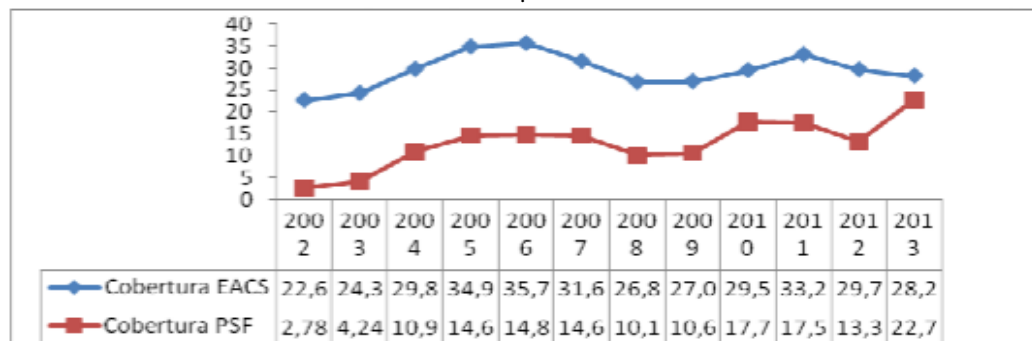
**Figura 4** – Taxa de Mortalidade Infantil, Salvador, 2010 a 2014.

Fonte: IBGE, 2017.

A rede de serviços de saúde de Salvador é composta por 2.971 estabelecimentos de saúde cadastrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O município

possui 19 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), sendo dois CAPS I, 11 CAPS II, um CAPS III, dois CAPSi, dois CAPS AD e um CAPS AD 24h, 112 Unidades Básicas de Saúde (UBS), seis Centro de Especialidades Odontológicas (CEO), 10 Unidades de Pronto Atendimento (UPA), 16 Farmácias Popular do Brasil, 31 Hospitais Especializados, 29 Hospitais Gerais, 50 Hospitais Dia, 197 Policlínicas, dentre outros estabelecimentos (DATASUS, 2017).

Em relação à rede básica de saúde, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2002, para reorganização dos serviços de Atenção Básica. Do período de 2002 a 2013, conforme apresentado na Figura 5, a cobertura populacional da ESF passou de 3% (20 equipes de ESF) para 23% (179 equipes de ESF), alcançando 31,4% de cobertura de Atenção Básica. O município possui ainda uma cobertura de 28,3% de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), dispõe de 1.334 ACS distribuídos na rede básica de saúde.



**Figura 5** – Cobertura da Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde e de Saúde da Família, Salvador, 2002 a 2013.

Fonte: Plano Municipal de Saúde de Salvador 2014-2017 (2017).

#### 4.2.2 As unidades hospitalares do estudo

A rede hospitalar da SESAB era composta, em 2013, por 41 hospitais, estando 24 sob regime de gestão direta, 11 sob gestão de Organizações Sociais, cinco terceirizados e um sob gestão Parceria Público-Privada. Deste contingente hospitalar, 15 unidades se encontram sediadas na capital, 17 no interior, e quatro são maternidades, sendo que três destas últimas se encontram em Salvador. Os hospitais que estão situados na capital do estado da Bahia estão expostos no Quadro 1.

**Quadro 1** – Distribuição dos hospitais públicos situados em Salvador segundo modelo de gestão e instituição gestora, em 2016.

| Hospital                                  | Modelo de Gestão         | Instituição gestora Gestor          |
|---|--------------------------|-------------------------------------|
| Hospital Geral Roberto Santos             | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Geral do Estado                  | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital do Subúrbio                      | Parceria Público-Privada | Prodal Saúde                        |
| Hospital Professor Carvalho Luz           | Indireta                 | SM - Gestão Hospitalar              |
| Hospital Couto Maia                       | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Eládio Lassére                   | Indireta                 | SM – Gestão Hospitalar              |
| Hospital Manoel Victorino                 | Indireta                 | Instituto Fernando Filgueiras – IFF |
| Hospital Especializado Octávio Mangabeira | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Psiquiátrico Juliano Moreira     | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital São Jorge (UPA de Roma)          | Indireta                 | Associação Obras Sociais Irmã Dulce |
| Hospital Especializado Mário Leal         | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Geral João Batista Caribé        | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Geral Ernesto Simões Filho       | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Geral Menandro de Faria          | Direta                   | SESAB                               |
| Hospital Ana Nery                         | Direta                   | SESAB                               |

Fonte: Elaborado pelos autores a partir de dados da SESAB (2016).

Dos hospitais públicos situados na capital Salvador, 10 são sob gestão direta da SESAB, quatro são sob gestão indireta e um gestão por Parceria Público-Privada (PPP). Deste quadro foram campo de investigação da presente pesquisa dois hospitais públicos sob gestão direta da SESAB, que aqui serão referidos como Hospital A e Hospital B, a fim de preservar a identidade das instituições e dos sujeitos pesquisados.

O Hospital A está localizado no município de Salvador, capital da Bahia. Foi fundado em 10 de abril de 1990 e é o maior hospital especializado em trauma da Bahia, além de ser referência nacional no tratamento de queimados, por possuir um Centro de Tratamento de Queimados. Possui atualmente 266 leitos (excluindo os leitos complementares) descritos a seguir na Tabela 1 (CNES, 2015a).



**Tabela 1.** Distribuição dos leitos do Hospital A, em 2015.

| <b>Especialidade</b>                            | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
|---|--------------------------|-------------------|
| Neurocirurgia                                   | 28                       | 28                |
| Cirurgia geral                                  | 26                       | 26                |
| Buco maxilo facial                              | 5                        | 5                 |
| Ortopediatraumatologia                          | 84                       | 84                |
| Plástica  | 40                       | 40                |
| Clínica geral                                   | 52                       | 52                |
| UTI adulto - tipo II                            | 32                       | 32                |
| UTI de queimados                                | 4                        | 4                 |
| Pediatria cirúrgica                             | 20                       | 20                |
| Pediatria clínica                               | 6                        | 6                 |
| Hospital dia: Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico | 5                        | 5                 |
| <b>Total geral menos complementar</b>           | <b>266</b>               | <b>266</b>        |

Fonte: CNES, 2015a.

O Hospital A é um hospital referência de alta complexidade do estado da Bahia e apresenta as seguintes habilitações: cuidados prolongados - enfermidades neurológicas; cuidados prolongados - enfermidades osteomuscular e do tecido conjuntivo; cuidados prolongados - enfermidades devido a causas externas; internação domiciliar; serviço de atenção domiciliar; unidade de assistência de alta complexidade em neurologia/neurocirurgia; centro de referencia em assistência a queimados - media complexidade; centro de referencia em assistência a queimados - alta complexidade; unidade de assistência de alta complexidade em terapia nutricional; enteral e parenteral; unidade de assistência de alta complexidade em traumato-ortopedia; UTI II adulto; UTI queimados; hospital tipo III em urgência (CNES, 2015b).

O Hospital B, por sua vez, também localizado no município de Salvador, foi inaugurado em 1979 e atualmente conta com 546 leitos (excluindo leitos complementares), sendo considerado um hospital de grande porte e de alta complexidade, que também é uma unidade auxiliar de ensino, possuindo, dessa forma, certificado pelos Ministérios da Saúde e da Educação. É referência nos serviços de emergência, hemorragia digestiva, nefrologia, pediatria, clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, neurocirurgia, cirurgia pediátrica e neonatal, maternidade de alto risco, entre outras especialidades médicas (CNES, 2015c). A Tabela 2 apresenta a distribuição dos leitos do Hospital B conforme a especialidade.

**Tabela 2.** Distribuição dos leitos do Hospital B, em 2015.

| <b>Especialidade</b>                                     | <b>Leitos Existentes</b> | <b>Leitos SUS</b> |
|--|--------------------------|-------------------|
| Cirurgia geral   | 100                      | 100               |
| Nefrologiaurologia                                       | 12                       | 12                |
| Cardiologia  | 10                       | 10                |
| Oncologia  | 12                       | 12                |
| Neurocirurgia  | 21                       | 21                |
| Ortopediatraumatologia                                   | 15                       | 15                |
| Ginecologia  | 9                        | 9                 |
| Buco-maxilo-facial                                       | 5                        | 5                 |
| Neonatologia   | 10                       | 10                |
| Neurologia   | 26                       | 26                |
| Cardiologia  | 12                       | 12                |
| AIDS   | 16                       | 16                |
| Nefrologia   | 31                       | 31                |
| Clinica geral  | 128                      | 128               |
| Unidade de cuidados intermediarios neonatal canguru      | 10                       | 5                 |
| Unidade de cuidados intermediarios neonatal convencional | 23                       | 23                |
| UTI adulto - tipo II                                     | 56                       | 56                |
| UTI pediátrica - tipo II                                 | 16                       | 16                |
| UTI neonatal - tipo II                                   | 25                       | 25                |
| Unidade de cuidados intermediários adulto                | 14                       | 14                |
| Obstetrícia cirúrgica                                    | 32                       | 32                |
| Obstetrícia clínica                                      | 32                       | 32                |
| Pediatria cirúrgica                                      | 20                       | 20                |
| Pediatria clínica  | 45                       | 45                |
| Crônicos   | 5                        | 5                 |
| Hospital dia: Cirúrgico/diagnóstico/terapêutico          | 5                        | 5                 |
| <b>Total Geral Menos Complementar</b>                    | <b>546</b>               | <b>546</b>        |

Fonte: CNES, 2015c.

O Hospital B atende diariamente 850 pacientes no ambulatório de múltiplas especialidades, sendo que realiza, mensalmente, cerca de 120 mil procedimentos ambulatoriais e 1,3 mil internamentos, além de 3500 partos por ano. Atualmente a média de atendimentos nas emergências obstétrica, pediátrica e de adulto é de 560 pacientes por dia.

A entrada em campo foi precedida pela submissão do projeto aos comitês de ética dos hospitais em estudo em julho de 2015, e somente após a liberação, em setembro do mesmo ano, os pesquisadores iniciaram a coleta de dados.

### 4.3 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram trabalhadores de saúde da rede hospitalar da SESAB. Foram entrevistados 15 trabalhadores, das seguintes profissões: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e assistente social. Os critérios de escolha destas categorias profissionais buscaram contemplar a investigação de processos de trabalho dos trabalhadores de saúde mais antigos e estruturados com *lócus* nas instituições hospitalares, que se consolidaram há mais tempo em relação às outras categorias (PEDUZZI, 1998).

A coleta de dados, entrevistas e observação sistemática foram realizadas entre outubro de 2015 e abril de 2016. Este trabalho faz interface com dois projetos de pesquisa em andamento no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC) da Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS): “Condições de trabalho, condições de emprego e saúde dos trabalhadores de saúde na Bahia. Subprojeto 3: Processo de trabalho em saúde na atenção básica” e “Capacidade de gestão e cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS”.

A identificação dos sujeitos da pesquisa, portanto, foi feita com o auxílio de um informante-chave da unidade hospitalar.

Quanto à inclusão das instituições, utilizou-se os seguintes critérios:

**a) Espacial:** Busca uma distribuição espacial afinada para comparar os processos de trabalho nas modalidades de gestão direta em hospitais da capital do estado;

**b) Porte hospitalar:** Foram privilegiados hospitais de grande porte, sob gestão direta e tempo de implantação maior que dois anos;

Quanto aos sujeitos da pesquisa, esses deveriam, além de estarem atuando nas unidades hospitalares definidas, atender às seguintes condições:

**a) Profissional:** Completude e diversidade de categorias profissionais dentro de uma mesma equipe, levando-se em conta a participação destes profissionais no corpo técnico do hospital, além de constituírem profissionais que estavam há mais tempo na equipe de saúde;

**b) Temporal:** Profissional deveria estar trabalhando há, no mínimo, seis meses ininterruptos na mesma unidade hospitalar. Foram privilegiados profissionais com mais tempo na instituição.

#### 4.4 Coleta de dados

As técnicas e o instrumento de coleta de dados deste estudo operaram com a análise de textos produzidos pela coleta de fontes primárias que foram originadas através da realização de: Entrevistas Semiestruturadas, que foram feitas mediante roteiro (Anexo A) testado e aprovado pelo CEP/UEFS para a pesquisa em unidades de Atenção Básica, adaptado às unidades hospitalares; e Observação Sistemática, utilizando-se o roteiro de observação (Anexo B e C) e o diário do pesquisador como instrumento de registro das observações realizadas durante a realização de entrevistas.

O roteiro de entrevista conta com os seguintes blocos:

**BLOCO I.** Identificação e trajetória profissional do (a) entrevistado (a) (quem é o sujeito entrevistado?)

**BLOCO II.** O processo de trabalho dos profissionais da saúde (como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?)

**BLOCO III.** Resultados projetados e alcançados (Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?)

**BLOCO IV.** Circunstâncias de sofrimento, adoecimento e superação (Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?)

**BLOCO V.** Determinantes políticos e ideológicos do campo (Quais as relações de poder entre os trabalhadores e demais atores do campo? Quais os discursos mais frequentes sobre o próprio trabalho? Quais as ideologias identificadas nos discursos? Quais os comportamentos que constituem *habitus* neste campo (em cada profissão ou instituição)?)

A entrevista semiestruturada é o procedimento mais usual no trabalho de campo pois, por meio dela o pesquisador obtém informações diretamente dos participantes do estudo. É uma conversa com propósitos bem definidos (MINAYO, 1994). Esse tipo de técnica permite um certo direcionamento das respostas para os objetivos da pesquisa e facilita o entendimento dos objetivos de comunicação pelos entrevistados e a análise dos conteúdos das respostas dadas às indagações do pesquisador.

A realização das entrevistas foi precedida da apresentação da pesquisadora aos sujeitos participantes, do esclarecimento sobre os objetivos do estudo, os benefícios, da técnica de coleta de dados e das garantias éticas da pesquisa. Somente após a concordância dos sujeitos, a coleta de dados foi iniciada. As entrevistas foram gravadas em gravador, mediante a autorização do (a) entrevistado (a) através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A), que poderá ter acesso ao seu conteúdo na integralidade, se assim o desejar, e, posteriormente foram transcritas na íntegra e armazenadas no banco de dados do NUSC/UEFS. A transcrição e organização dos dados foram realizadas no período de maio a julho de 2016.

A técnica de observação sistemática também fez parte da pesquisa de campo qualitativa para uma melhor compreensão da realidade. O observador está em relação face a face com os observados, no seu cenário cultural, colhe dados (MINAYO, 1994). Dessa forma, no presente estudo o pesquisador esteve presente na situação social observando como acontecia o processo de trabalho dos profissionais de saúde da UTI, do Centro Cirúrgico e da Emergência, quais instrumentos utilizavam, os espaços que desenvolviam suas atividades, as condições do trabalho, como era a divisão de tarefas e o trabalho em equipe, a fim de compreender situações ou fenômenos que não foram captados durante a entrevista. As observações foram realizadas tanto no turno da manhã quanto da tarde.

Cabe sinalizar que as observações foram registradas no diário de campo da pesquisadora enquanto acompanhava os trabalhadores no seu cotidiano de trabalho nos dois hospitais do estudo, de modo a evitar perdas dos aspectos observados.

#### **4.5 Análise e interpretação dos dados**

Os dados coletados foram organizados por fontes, por natureza e por categorias de análise do estudo. A categoria analítica principal é a produção da saúde que pode ser apreendida por meio do processo de trabalho que se desdobra em: sujeito, objeto, meios, finalidade, divisão do trabalho (organização), tempo, espaço, resultados do trabalho, prazer, sofrimento, adoecimento e superação. As categorias empíricas foram expressas nas perguntas formuladas e também captadas nas falas dos entrevistados.

Em seguida, os textos das entrevistas, após leitura exaustiva, foram tratados com o auxílio do método de análise de conteúdo que compõe um conjunto de técnicas de análise das comunicações, a fim de obter indicadores, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.

O interesse da análise de conteúdo de Bardin (1979) não é a descrição dos conteúdos das falas, propriamente, mas no que estes poderão ensinar posteriormente ao tratamento desses dados, por classificação, por exemplo. A análise de conteúdo visa produzir inferência de conhecimentos relativos às condições de produção, que por sua vez podem responder a dois tipos de questões: às causas da mensagem ou às consequências. Desse modo, esse método pretende encontrar respostas para as questões da pesquisa, a fim de confirmar, ou não, as afirmações estabelecidas antes da investigação, já que o texto é a forma com que o sujeito se expressa. O pesquisador, desse modo, busca categorizar as palavras ou frases que se repetem, deduzindo uma expressão que as representem (GOMES, 1994; CAREGNATO; MUTTI, 2006).

Quanto à organização da análise de conteúdo das mensagens do estudo em questão, esta se constituiu, segundo Bardin (1979), em três etapas que foram seguidas cronologicamente:

### **Pré-análise**

Fase de organização dos dados que envolveram a escolha das entrevistas a serem submetidas à análise, a formulação de hipóteses e a elaboração de indicadores. Inicialmente as entrevistas foram transcritas (na íntegra) e as gravações armazenadas, em seguida foi realizada uma leitura dos textos transcritos das entrevistas a fim de conhecer os textos e definir as categorias de análise para após serem recortadas as respostas de acordo com a categoria que se encaixasse melhor.

### **A exploração do material**

Nesta fase ocorreu a administração sistemática, ou seja, foram aplicados os procedimentos manualmente para codificar ou enumerar os dados em função de regras previamente estabelecidas. A codificação aconteceu por recortes, de modo a agregar os textos de acordo com a representação do conteúdo ou de sua expressão, e classificadas a partir das categorias do processo de trabalho: categorias empíricas e operacionais.

As categorias operacionais decompõem o processo e captam suas modulações não percebidas enquanto totalidade e as categorias empíricas procuram identificar os efeitos do processo na vida e saúde do sujeito daquele processo em estudo de forma a evidenciar as relações entre os elementos estruturantes, o processo em si e os resultados indesejados.

Desse modo, após exploração do material, emergiram categorias e subcategorias, a partir da definição dos núcleos de sentido contidos nas falas dos entrevistados e nos registros das observações realizadas.

O Quadro 2 mostra as categorias e subcategorias elucidadas a partir da exploração do material empírico.

**Quadro 2** – Identificação das categorias e subcategorias do estudo.

| <b>Categorias</b>                                   | <b>Subcategorias</b>  |
|---|---|
| A singularidade do processo de trabalho no hospital | Sujeito/trabalhadores de saúde dos hospitais públicos sob gestão direta da SESAB<br><br>Finalidade do trabalho<br><br>Objeto do trabalho<br><br>Meios de trabalho<br><br>Produto do trabalho<br><br>Espaço/ambiente de trabalho |
| A organização do trabalho no hospital               | Dia típico de trabalho no hospital<br><br>Organização por processo, divisão do trabalho e atividades<br><br>Relações interpessoais, poder e autonomia no trabalho   |
| O significado do trabalho                           | –   |
| Prazer e danos do trabalho                          | –   |
| Estratégias de enfrentamento                        | –   |

Fonte: Elaboração própria.

### **Tratamento dos resultados obtidos e interpretação**

Nesta etapa, o pesquisador produziu inferências e interpretações a propósito dos objetivos definidos no estudo. Do mesmo modo, os resultados foram primeiramente sintetizados em cada categoria já citada anteriormente, e depois foram confrontados com todo

o material e também com a literatura já publicada sobre a temática e o tipo de inferência alcançada, para utilizar os resultados de análise com fins teóricos ou pragmáticos.

Destaca-se que, durante a apresentação dos resultados, foram utilizados códigos para ilustrar aspectos da dinâmica das falas. São eles: "[...]" para significar que um fragmento/parte da fala foi excluído; "... " para ilustrar as pausas que ocorreram durante as falas. Para manter o anonimato dos sujeitos, os nomes foram substituídos por E1, E2, E3, e assim sucessivamente, acompanhados da função/categoria profissional desempenhada: Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem e Assistente Social.

Na apresentação dos resultados, os elementos que constituem o processo estão tratados separadamente em função da análise empreendida, mas é possível observar que a linguagem captura o entrelaçamento dinâmico e resiste à fragmentação imposta pelo método sob pena de perda de sentido. A questão que não pode ser deixada de lado é que cada processo tem um sujeito que é um trabalhador, mas cada trabalhador pode ser um sujeito diferente a cada ação, a cada processo. Desse modo, o processo empírico descrito nas diversas falas é submetido à fragmentação da análise e reconstituído em um mais plano abstrato, ainda que se refira a estudo de casos.

#### **4.6 Aspectos éticos**

Esta pesquisa faz parte do projeto “Capacidade de gestão e cuidado à saúde em uma Rede Hospitalar do SUS”, o qual foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UEFS, parecer: 864.183; CAAE: 34392314.1.0000.0053. Cabe ressaltar que a SESAB autorizou a realização da pesquisa, conforme se apresenta no Anexo E.

O estudo pretende trazer benefícios, pois possibilitou conhecer e se aproximar do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, a fim de propor melhorias nas condições de trabalho, reduzindo os efeitos negativos à saúde desses profissionais.

A autorização para participação na pesquisa foi obtida com a assinatura do TCLE, atendendo à Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), que trata dos aspectos éticos nos estudos no campo da saúde e apresenta as diretrizes e normas que regulamentam as pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução, por sua vez, incorpora os princípios da autonomia; o de beneficência e não maleficência e o de justiça, e abaixo está descrito como foram respeitados estes princípios nessa pesquisa:

- Autonomia: os participantes do estudo tiveram total liberdade para escolher participar da pesquisa, e autorizar ou não a utilização dos dados.



- Beneficência: o presente teve como propósito despertar a comunidade acadêmica a pensar em seu processo de trabalho, bem como nos elementos do mesmo que podem causar danos à sua saúde como futuros profissionais, apresentar a situação das condições de trabalho e saúde de profissionais de saúde e oferecer, através da parceria estabelecida entre o NUSC e a Secretaria Municipal de Saúde do município de Salvador, respaldo às ações de saúde para estes trabalhadores, o que consiste um benefício social.

- Não-Maleficência: para não causar prejuízo aos sujeitos, foi garantido o anonimato dos nomes presentes nos dados, uma vez que foram identificados pela letra E de entrevistado e o número correspondente à ordem crescente de organização dos dados, por exemplo, E1, E2; os dados não foram utilizados para o uso pessoal ou divulgações que não estivessem vinculadas a produções científicas em parceria com o núcleo; não foram feitos comentários destrutivos baseados em juízo de valor para não expor o núcleo e principalmente os sujeitos que originaram os dados.

- Justiça: será garantido o direito de acesso a todos os envolvidos na pesquisa, através de uma cópia do trabalho que ficará no NUSC, no Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, localizados na Universidade Estadual de Feira de Santana e outra na Secretaria Municipal de Saúde do cada município do estudo.

## 5 RESULTADOS

*Mais importante do que interpretar o mundo, é  
contribuir para transformá-lo.  
Karl Marx*

### 5.1 A singularidade do processo de trabalho no hospital

O trabalho em saúde é um trabalho sempre coletivo. Nenhum trabalhador de saúde sozinho consegue atender todas as necessidades requeridas pelos usuários. Todos os trabalhadores, sejam eles de formação em nível superior, técnico e auxiliar, são igualmente importantes e responsáveis pelo objeto do trabalho em saúde. O trabalho de um dá sentido, como também continuidade ao do outro em direção à finalidade do trabalho em saúde, que é cuidar do usuário e da sua família. O processo de trabalho então é desvelado, através de pactuações, articulações dos profissionais entre si, de forma que a consequente correlação de forças dê origem à produção da saúde (MERHY, 2002).

O processo de trabalho em saúde diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde, representando a prática propriamente dita dos trabalhadores de saúde no dia-a-dia da produção e consumo de serviços de saúde. Na prática hospitalar, os elementos do processo de trabalho em saúde estão inter-relacionados. Os sujeitos-trabalhadores realizam as modificações no objeto, que são as necessidades humanas em saúde, a partir de uma intencionalidade, utilizando tecnologias, a fim de produzir o resultado mentalmente idealizado (LITTIKE; SODRÉ, 2015).

Na observação de campo na emergência, UTI e centro cirúrgico dos hospitais do estudo, percebeu-se que o processo de trabalho se dá a partir de encontros entre trabalhadores e desses com os usuários. A produção de cuidados se dá por meio do trabalho coletivo, em que as ações são realizadas por diversas categorias profissionais, mas em alguns casos isoladamente, em outros em cooperação entre agentes da mesma área, ou ainda, em complementaridade entre agentes das diferentes áreas. A seguir será apresentada a análise dos elementos que constituem o processo de trabalho nos hospitais.

## **Sujeitos/trabalhadores de saúde dos hospitais públicos sob gestão direta da SESAB**

Conhecer os sujeitos-trabalhadores diretamente envolvidos com o processo de trabalho em estudo é de suma importância para compreender quem é que fala e reflete sobre as circunstâncias em que o trabalho é realizado.

Dos 15 trabalhadores entrevistados, oito atuavam no Hospital A e sete no Hospital B. A maioria era formada por mulheres (11), sendo quatro enfermeiras, quatro técnicas de enfermagem e três assistentes sociais, enquanto quatro eram homens (três médicos e um assistente social). A idade variou de 31 a 58 anos, evidenciando uma predominância de trabalhadores mais maduros no grupo que forneceu entrevistas. No que diz respeito ao estado civil, nove eram casados, cinco solteiros e um divorciado. A maioria possuía filhos, sendo distribuídos da seguinte forma: quatro trabalhadores tinham somente um filho, cinco tinham dois, um tinha quatro filhos, quatro não tinham filhos e uma estava gestante.

Em relação à formação dos trabalhadores, quatro eram técnicas de enfermagem, sendo que duas delas possuíam também formação em nível superior; quatro eram assistentes sociais, e um deles tinha outra formação na área da educação; três com formação em medicina, entre eles um possuía também formação em fisioterapia; e quatro eram enfermeiras. O menor tempo de formação foi de dois anos e o maior 33 anos, evidenciando que apesar de haver um predomínio de trabalhadores com maior tempo de experiência nos hospitais, encontrou-se também casos de profissionais recém-formados atuando nessa área.

Observou-se que todos os profissionais de nível superior possuíam pós-graduação, dentre estas UTI, Gestão, Clínica Médica, Cirurgia Geral, Urgência e Emergência, Educação, Políticas Públicas, Saúde da Família e Saúde do Trabalhador. Oito profissionais possuíam mais de uma pós-graduação, que indica, em certa medida, a busca dos trabalhadores por mais conhecimento além do adquirido na graduação. Entretanto, apesar da especialização em determinada área, em alguns casos o trabalhador atuava, no momento da entrevista, em outra área.

A grande maioria dos trabalhadores do estudo teve trabalhos anteriores ao dos hospitais em estudo, incluindo outros hospitais públicos, privados, unidade de saúde da família, ótica, e outros trabalhos em áreas alheias à saúde, como escolas e empresas, e apenas um trabalhador não teve outros trabalhos. Dois trabalhadores atuavam em unidades diferentes das áreas em que possuíam especialização. Os demais atuavam na mesma área em que se especializaram.

O tempo de experiência em unidade hospitalar variou de um ano e quatro meses a 30 anos. Já o tempo na função atual no hospital foi de um ano e três meses a 25 anos. A maioria dos sujeitos (10) estava a mais de três anos no trabalho atual, sendo que nove possuíam entre sete e 30 anos de atuação em instituição hospitalar. Observou-se que no hospital o tempo de atuação geralmente é maior do que em outras unidades, como, por exemplo, na ESF, que no estudo de Almeida (2012), o tempo de atuação variou de dois a oito anos. Esses resultados devem-se, provavelmente, a diferença do tipo de vínculo empregatício que no referido estudo todos eram cooperados, enquanto que nesta pesquisa a maioria era concursada, possuindo, portanto, vínculos mais estáveis.

No que se refere à forma de contratação, dos 15 trabalhadores entrevistados, 11 eram concursados, três contratados e um terceirizado. A carga-horária dos profissionais era dada de forma diferente a depender da categoria profissional, nos dois hospitais, sendo a dos técnicos, por exemplo, expressa de forma mensal (240 horas mensais), a dos enfermeiros era 40 horas semanais, os assistentes sociais 30 horas, e os médicos 12 horas semanais e 72 horas. Todos possuíam folga, que por conta da peculiaridade do hospital de funcionar 24 horas por dia, todos os dias da semana, nem sempre era no final de semana, como nos ambulatórios, por exemplo. Segundo Osório (2011), no Brasil, os plantões dos profissionais de saúde da unidade hospitalar são comumente de 12 horas fixos, seja diurno ou noturno, seguidos de um dia de folga, diferentemente do trabalho experimentado pela maioria da sociedade, em termos de sequência entre os dias de trabalho e de folga, o que implica a necessidade de organização no cotidiano em família para dar conta de outras demandas que seguem os horários tidos como normais.

Apenas seis trabalhavam somente em um local e nove mantinham dupla e até tripla jornada de trabalho, com a seguinte distribuição: um também era professor universitário; um trabalhava também em empresa; dois atuavam também na saúde da família; cinco trabalhavam em outros hospitais, sendo que um deles tinha ainda consultório particular. Estudos apontam que é muito comum entre os trabalhadores que atuam em hospitais a possibilidade de conjugar mais de um vínculo profissional, pela própria carga-horária em regime de plantões e motivada, na maioria das vezes, pelo problema da má remuneração, que se traduz em jornadas de trabalho extremamente longas e, certamente, mais desgastantes (SILVA et al., 2006; KESSLER; KRUG, 2012; FERNANDES et al., 2013).

## Finalidade do trabalho

A finalidade do trabalho é produzir algo que visa satisfazer as necessidades humanas em uma dada organização social e em um dado momento histórico (FARIA et al., 2009). Dessa forma, cabe sinalizar que no processo de trabalho em saúde vai existir uma variação destas finalidades entre os diferentes trabalhadores e serviços de saúde (PEDUZZI, 1998; MACHADO; CORREA, 2002; GAÍVA; SCOCHI, 2004).

As falas dos trabalhadores revelaram que a finalidade do trabalho em saúde no hospital é ambígua, ora perpassa pela garantia do dinheiro proveniente do seu esforço, ora o objetivo é prestar uma assistência de qualidade ao usuário. Em relação à finalidade do trabalho como forma de sustento próprio, foram relatados objetivos como a realização pessoal, estabilidade profissional, obter uma melhor qualidade de vida e ganhar dinheiro.

A minha finalidade **hoje**, que **só tenho um vínculo**, é a minha **realização**, onde eu possa ter uma **melhor qualidade de vida** nesse contexto. (E1-Enfermeira).

Minha finalidade é o que? Todo mundo busca estabilidade profissional, hoje **eu já me considero uma pessoa estabilizada, porque eu tenho dois vínculos públicos** então assim, construir família, ter mais lazer, viajar, e ter **qualidade de vida** (E11-Enfermeira).

Essa concepção do trabalho restrita ao sustento próprio do trabalhador, centrada nos seus planos de obter uma “estabilidade profissional” assume a característica do processo de produção capitalista, que nesse caso, a finalidade de sua produção seria a multiplicação da riqueza, o que torna o trabalhador, de certa forma, um “apêndice da máquina”, ou seja, trabalhando sem interagir de fato com seu objeto, passando a enxergar a finalidade não para satisfazer a necessidade do outro, mas suas próprias necessidades de consumo (MARX, 1996).

Já a finalidade no que se refere ao usuário, foi mencionado dar suporte ao paciente, orientá-lo, resgatar a autoestima, atender com qualidade e rapidez, sinalizar as queixas dos pacientes, diagnosticar patologias e restabelecer a saúde daqueles com intercorrências clínicas e traumáticas.

A enfermagem é **o cuidado com o paciente, na verdade é o complemento da recuperação do paciente**, né? Sem a enfermagem dificilmente um hospitalar vai funcionar, porque a enfermagem é quem **sinaliza sinais vitais do paciente, alguma anormalidade, alguma intercorrência**, sempre tá observando o prontuário né? Observa o paciente, entrevista o paciente e é através do nosso dia a dia atendendo eles que a gente vai descobrindo até outras patologias (E8-Técnica de Enfermagem).

**Dar o suporte ao paciente**, [...] então **a gente orienta**, diz direitinho como é que funciona, o que pode e o que não pode (E3-Assistente Social).

Mas, a **finalidade é contribuir com o bem estar de todos, na recuperação dos nossos pacientes aqui** [...] porque nossos pacientes são normalmente **vítimas de violência ou violência no trânsito ou violência por crimes, por brigas**. Enfim, é contribuir para restabelecer na medida do possível a saúde dessa população sofrida (E4-Médico).

O meu objetivo e que eu vejo como eu fiz como enfermagem, eu acho que é **estar dando um retorno àquela pessoa que chega acometida de uma enfermidade** [...] e o que a gente possa estar fazendo pra **resgatar essa autoestima** (E1-Enfermeira).

Gaíva e Scochi (2004) encontraram que em unidades como a UTI, a finalidade maior é a produção de diagnóstico e a intervenção terapêutica. Em estudo realizado por Osório e colaboradores (2011) com enfermeiras de um hospital público da Bahia, a finalidade do trabalho no hospital foi referida como o tratamento do paciente até que ele esteja em condições de voltar para casa. Entretanto, percebe-se, principalmente entre os médicos e equipe de enfermagem, uma finalidade voltada para o cuidado biomédico, para a cura, restrita às concepções antigas do hospital como local de cura e tratamento das pessoas, onde as ações de promoção da saúde são pouco valorizadas.

Em contrapartida, pesquisa realizada com enfermeiros da saúde da família de Feira de Santana (ALMEIDA, 2012) e com enfermeiros do município de Santo Antônio de Jesus (TELES, 2012), a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e a assistência integral de forma humanizada foram destacadas como finalidades do trabalho. Entretanto, ambos autores constataram que alguns profissionais mostravam-se, ainda, “presos” a práticas assistencialistas.

Faria e colaboradores (2009) e Yamamoto e colaboradores (2009), complementam que os objetivos vão variar a depender do nível de atenção que o sujeito busque para atender às suas expectativas, como por exemplo, no nível primário a finalidade do trabalho é a prevenção de doenças a partir da vacinação, realização de exames preventivos, acompanhamento de pré-natal, de hipertensos, de diabéticos, entre outros, e no nível secundário e terciário as finalidades estão voltadas à recuperação da saúde e ao alívio do sofrimento por meio de cirurgias, curativos, soroterapia e medicação, fisioterapia, verificação das condições hemodinâmicas, oxigenoterapia, dentre outras finalidades a depender do profissional que realiza a assistência.

Adicionalmente, alguns trabalhadores definiram a finalidade do trabalho como a união entre a necessidade do dinheiro e o cuidado do outro:

Eu consigo unir a necessidade ao prazer. Hoje tem sido desgastante, muito desgastante, mas, assim, eu sempre gostei de trabalhar com gente, independente do que seja [...]. Então, eu consigo alinhar. É pra ganhar dinheiro? Sim! Porque se a gente não fosse ganhar dinheiro a gente não fazia concurso, fazia trabalho voluntário. A gente precisa é uma coisa que é necessária, mas por um lado é trabalhar com gente e você fazer algo que te dá resultado, de certa forma. A melhor coisa que tem da gente é a gente ver um paciente que chegou mal, paciente que entubou e você ver esse paciente sair andando. Para mim, **o objetivo é esse, você unir sua necessidade com aquilo que você gosta de fazer, então pra mim o objetivo é o prazer dos dois lados, tanto de você suprir sua necessidade de trabalhar realmente, de você saber que você faz algo que é importante** (E2-Técnica de Enfermagem).

Os objetivos do trabalho em saúde, conforme as falas, não se restringem ao aspecto do cuidado ou da prestação do serviço para melhorar a condição de saúde dos indivíduos, mas também perpassa por objetivos profissionais e existenciais dos próprios trabalhadores, ao passo que trabalham para garantir sua sobrevivência, para satisfazer suas necessidades e ainda para conquistar reconhecimento profissional (MARX, 1996).

Para Nunes e colaboradores (2010), o trabalho se distingue em duas finalidades: uma delas é a de garantir a **reprodução social do sujeito**, e a outra é a possibilidade de **criar condições para que os sujeitos se constituam**. Assim, o trabalho não é meramente uma forma de assegurar o sustento material, mas, também, contribui para a consolidação da identidade pessoal e das suas relações no contexto das organizações, equipes e grupos.

Os sujeitos atuantes no hospital revelaram a finalidade do seu trabalho em concordância aos objetivos do processo de trabalho em saúde, à medida que reproduziram a fala do cuidar, de recuperar o estado de saúde do outro, consolidando uma identidade do trabalhador voltada para o outro, um trabalho pautado nas relações com o outro, ou seja, que produz valor de uso para satisfazer as necessidades de outras pessoas. Entretanto, ao colocarem o trabalho para atender seus próprios desejos, materializados pelo salário, produzem valor de uso para si. Assim, observa-se que a finalidade do trabalho no hospital contempla as necessidades do agente (trabalhador) e do objeto (usuário).

### **Objeto do trabalho**

O objeto representa aquilo que de alguma forma vai ser transformado pela ação do trabalhador, sendo, dessa forma, a matéria-prima que pode apresentar-se em estado natural ou também como produto de outro trabalho, como elemento principal ou, ainda, como matéria acessória na formação de um determinado produto (MARX, 1996). O objeto só passa a existir

quando inserido em um contexto, sobre o qual se executa determinada atividade a partir de uma finalidade específica.

O objeto do processo de trabalho em saúde, segundo Mendes-Gonçalves (1992), é o próprio ser humano, ou seja, a sua condição de saúde, que passará por transformações. O objeto suscita no ambiente hospitalar diversos entendimentos e, com eles, a multiplicidade do seu real significado. O objeto foi compreendido como um indivíduo (paciente, idoso), um coletivo (o público), um agravo (entorse, ferimento, infarto, erisipela), ou o instrumento ou causa do agravo (arma de fogo, tiro):

O **público** em geral que chega na unidade de emergência, pode ser uma coisa simples como um **entorse do tornozelo**, mesmo sendo cirurgião, mas a gente aqui recebe esse **paciente**, desde um **tiro, ferimento por arma de fogo**, por **arma branca** que a gente tem que operar (E5-Médico).

Então, eu recebo muitos pacientes **idosos, pacientes sequelados de AVC, que tiveram infarto, ou que estão com erisipela** (E1-Enfermeira).

Em estudo realizado com o objetivo de analisar o processo de trabalho em uma UTI neonatal de um hospital universitário de Cuiabá (MT), os profissionais entrevistados apontaram como objeto do seu trabalho o neonato em estado clínico grave, fazendo referência ao estado de saúde-doença como objeto central de sua assistência (GAÍVA; SCOCHI, 2004). Coelho (1996) encontrou que o objeto do trabalho para os psiquiatras de um hospital público do estado da Bahia é o doente ou a doença mental, suas queixas, diagnóstico e até um número, embora se falasse tanto em saúde mental, a ênfase, durante a prática, era dada ao corpo do doente, e mais especificamente, a mente perturbada.

Tais características mostram uma visão mais estritamente biológica, colocando o corpo, os órgãos e as doenças como objeto central das ações dos profissionais de saúde, apesar das mudanças ocorridas na percepção do usuário como ser social historicamente determinado.

Por outro lado, no âmbito da Atenção Básica, segundo Almeida (2012), o objeto de intervenção é visto de uma forma mais ampla, não fazendo referência às patologias como os trabalhadores da rede hospitalar, mas reconhecendo os indivíduos que buscam por atendimento em seu universo cultural próprio, as suas famílias e a comunidade como objeto maior.

Observou-se ainda em alguns enunciados, a percepção do objeto relacionada a uma condição social de vulnerabilidade, dado que os hospitais públicos de grande porte da capital



do estado recebem, em sua maioria, pessoas com baixo poder aquisitivo, humildes, carentes de informação e atenção, e definem seu objeto como “população usuária do SUS”.

Eu trabalho com pacientes do SUS, são as **pessoas carentes**, pessoas que precisam de **atenção**, de **informações**, que tem pessoas que **não tem nenhuma formação**, às vezes eles nem sabem por que estão aqui (E8-Técnica de Enfermagem).

Para a **população usuária do SUS** (E9-Assistente Social).

De forma mais abrangente eu tenho um público, digamos assim, **excluído do poder econômico**, esse público é o que demanda uma **observação maior**, porque é um público carente de seus **direitos** é mais carente de **orientação** (E12-Assistente Social).

Observa-se que prevalece uma visão reducionista do objeto de trabalho, caracterizando a grande maioria da população que busca por atendimento no hospital público como pessoas de baixo poder aquisitivo. Esse achado corrobora com o estudo de Coelho (1996) que observou características distintas entre os usuários atendidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira de pacientes atendidos em clínicas particulares, uma vez que no ambulatório predominava pessoas de classe social mais baixa e pequeno poder contratual.

Constatou-se ainda que alguns profissionais percebiam as necessidades trazidas pelos pacientes de classe social mais baixa e, desse forma, se esforçavam para proporcionar esse algo a mais, como maior observação, mais atenção e informação sobre seu estado de saúde e seus direitos, para tentar recompensar essas questões sociais que interferem no processo de saúde-doença do indivíduo. Enquanto isso, outros trabalhadores sentiam-se impotentes diante dessas questões, muitas vezes, por achar que não era sua função oferecer esse algo mais, por achar que seu salário não cobre isso ou mesmo por não gostar de realizar ações que não são estritamente técnicas ou médico-assistenciais, prevalecendo, conforme Coelho (1996), um atendimento inespecífico, com ênfase no biológico e que desconhece o contexto sociocultural e a história pessoal dos usuários.

Os relatos evidenciam uma tendência de desvalorizar o SUS por ser gratuito e afirmando que quem o utiliza são pessoas socioeconomicamente desfavorecidas. Essa hipótese é confirmada nos resultados de Coelho e colaboradores (2015) que verificaram nas falas dos trabalhadores da ESF a presença de um discurso da ideologia biomédica privatista, que caracteriza o SUS como um serviço do governo e alternativo para quem não pode pagar um serviço privado.

Sob outra perspectiva, em algumas entrevistas o objeto não se restringiu apenas ao usuário e seus agravos, doenças e diagnósticos, mas tiveram trabalhadores que apresentaram

uma visão ampliada sobre o objeto, mencionando a família e os próprios colegas de trabalho como público-alvo de sua assistência.

Os **próprios pacientes, seus familiares** e de certa forma **também pra própria equipe** aqui do hospital porque nós trabalhamos em parceira. (E3-Assistente Social).

Considerando a complexidade do trabalho em saúde no ambiente hospitalar e a gravidade dos usuários que são atendidos, envolver os acompanhantes e os familiares no processo de cuidar e reconhecê-los como parte do seu objeto é imprescindível para o alcance da finalidade terapêutica. Além do mais, reconhecer a importância do trabalho coletivo e em equipe multiprofissional e a presença dos familiares como coautores do cuidado, permite a articulação entre os diversos saberes e intervenções para a construção conjunta de um projeto assistencial comum que vise, sobretudo, o bem-estar de todos os participantes do processo de trabalho.

### **Meios de trabalho**

Os meios e instrumentos permitem que sejam produzidas transformações no objeto de trabalho. Essas transformações não dependem, de certo modo, somente de instrumentos materiais, mas também de conhecimentos intelectuais adquiridos pelos profissionais ao longo de sua formação, além dos próprios membros do corpo humano, à medida que utilizam a força física para executar as atividades.

O setor saúde encontra-se em um processo de reestruturação produtiva, uma vez que é necessária uma captura do trabalho vivo em ato dos trabalhadores de saúde em geral, não centrado no trabalho morto, com predomínio de objetos materiais. A transição tecnológica no setor saúde atualmente pretende promover a troca de um serviço de saúde, centrado em procedimentos, por um outro, ordenado a partir das relações cuidadoras que utilizam diferentes tecnologias (MERHY, 2002).

Os meios e instrumentos utilizados no contexto da prática assistencial hospitalar citados pelos trabalhadores mostram basicamente dois tipos de instrumentos: materiais e não materiais. Dentre os instrumentos materiais, destacaram-se os mais corriqueiros, como seringas, jelicos, bisturi, gazes, kit de curativos, pinças, medicamentos, compressas e fraldas. Além desses, identificou-se nas falas, materiais predominantes em unidades que precisam de tecnologia avançada para manutenção da vida, como os respiradores automáticos e os monitores para monitorização do paciente.

Bisturi, seringa, agulha, jelco de 16, 18 ou 14, intima, os monitores, eletrodos, gel pra eletrodo, a gente usa alguns curativos especiais, [...] usa muito gazes, ataduras, compressa e fralda, fralda pra gente é coringa (E2-Técnica de Enfermagem).

Eu utilizo mais o kit de curativos, o kit de suturas, que é justamente pra fazer curativo ou tá tentando debridar. [...] (E1-Enfermeira).

A gente utiliza tudo que dispõe, eu trabalho em uma unidade de alta tecnologia que é uma UTI, então a gente lida com antibióticos de última geração, equipamentos de manutenção da vida como respiradores, respiradores automáticos, computadorizados [...] (E4-Médico).

Teles (2012), ao analisar o processo de trabalho de enfermeiros da ESF de Feira de Santana, observou que os meios e instrumentos utilizados pelos trabalhadores no âmbito da atenção básica foram o Pinard, fita métrica, balança, espéculo, espátula, escovinha e outros insumos mais simples e de menor complexidade.

Os entrevistados ressaltaram ainda os instrumentos não materiais, como os conhecimentos adquiridos durante a graduação, especialização, residência e cursos de atualização, também os adquiridos com a prática cotidiana de trabalho, além da relação de vínculo entre profissional e paciente.

[...] É um misto de todas as disciplinas, porque eu preciso saber um pouco de farmacologia, de anatomia, de patologia, tem que saber um pouco de psicologia (E1-Enfermeira).

O medico [...] ele pode ser um bom cirurgião, ter um **adestramento** cirúrgico muito bom, mas ele tem que ter também essa **relação médico/paciente**, ele tem que ter um bom relacionamento com o paciente (E5-Médico).

Com certeza que a gente utiliza tudo isso, todo **conhecimento técnico** que a gente aprendeu [...] mas a **experiência** conta muito, a vivência, isso é muito importante (E4-Médico).

O saber profissional relacionado à minha função técnica, legislações sociais, eu tenho que me familiarizar, principalmente relacionada aos direitos do SUS, aos direitos do paciente (E9-Assistente Social).

Conforme Merhy (2002), no processo de trabalho em saúde há o uso de tecnologias leves, leve-duras e duras. No presente estudo, percebeu-se uma maior referência à utilização de tecnologias leve-duras, que são os saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho, e as tecnologias duras, que dizem respeito aos equipamentos tecnológicos e estruturas organizacionais. Poucos trabalhadores mencionaram as tecnologias leves, que são as relações, vínculo e acolhimento.

Rocha e Felli (2004) destacaram como meios e instrumentos do trabalho no hospital o saber dos trabalhadores sobre saúde e o saber gerencial, os equipamentos de diagnóstico e

terapêutica, além da própria força de trabalho dos trabalhadores. Em estudo realizado por Almeida (2012), os meios revelaram uma predominância de tecnologias leve-dura e dura, desenvolvidas em múltiplas atividades na própria unidade, domicílios e espaços comunitários.

No estudo de Coelho (1996), no processo de trabalho dos médicos de uma hospital psiquiátrico havia a articulação dos meios próprios, com ênfase nos saberes sobre o objeto, sobre as doenças e o saber fazer, que envolve toda a manipulação dos recursos de apoio, e dos outros meios, como recursos humanos, medicamentos, apoio diagnóstico. Os instrumentos específicos da medicina e da psiquiatria foram classificados como saberes, que é seu instrumental diagnóstico, classificatório e terapêutico, e sua arte, que são as estratégias que utiliza para poder driblar dificuldades durante a prática médica.

No que se refere à qualidade e disponibilidade dos materiais usados no hospital, os materiais de uso contínuo, como sondas, seringas, agulhas, gases, luvas e tensiômetro possuíam em pequena quantidade ou eram de baixa qualidade, apresentando falhas técnicas. Medicamentos mais caros ou recém-lançados às vezes faltavam no serviço público, conforme evidenciado nas falas, mas os profissionais se esforçavam para utilizar um fármaco substituto a fim de não deixar o usuário sem a assistência requerida.

As coisas básicas a gente tem, não nos falta entendeu. Às vezes um **medicamento** ou outro, uma coisa específica, mas com um pouquinho de boa vontade a gente consegue substituir por outras coisas (E4-Médico).

Tem todos os materiais básicos, glicosímetro, tensiômetro não falta, não tem muitos, mas tem. [...] Se a gente identifica um equipo macrogotas ruins, um polifix ruim, a sonda nasoenteral, por exemplo, eu fui ver, tava horrível pra tirar, tive que colocar água mineral porque se não, não saía, quebrava uma partezinha que tinha em cima, fez notificação também, então **o material assim, às vezes vem sem qualidade** (E7-Enfermeira).

A questão levantada pelo E7 traz à tona as repercussões no cuidado causadas por um problema que atinge todo o setor público que é a relação com os fornecedores e as dificuldades relacionadas às licitações. Ainda que os hospitais possuam alguma autonomia para comprar sem licitar, ainda assim fica à mercê de fornecedores inescrupulosos. Ou seja, o processo de trabalho é dependente da produção industrial dos equipamentos e materiais de saúde e dos processos mercantis a eles relacionados, uma vez que o sistema de vigilância sanitária não tem sido capaz de responder, até porque faltam investimentos suficientes nesse sentido, às necessidades do setor.

Por outro lado, durante a observação, percebeu-se que em algumas unidades não havia disponíveis tensiômetro e estetoscópio, e em alguns casos havia, mas estavam quebrados,

necessitando o trabalhador comprar com recurso do próprio bolso ou utilizar os aparelhos trazidos de casa. A falta de materiais é confirmada no estudo de Barbosa e colaboradores (2009), em que enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do setor de uma emergência do estado do Ceará, chamaram atenção para a falta constante de materiais básicos, como luvas de procedimento, máscaras, óculos, dentre outros, o que implica um risco potencial a saúde do trabalhador. Além disso, perceberam a carência de equipamentos para auxiliar na monitorização do paciente grave, que quando disponíveis apresentavam defeitos por serem obsoletos, prejudicando assim o atendimento do paciente.

Dessa maneira, é interessante destacar que no modo de produção capitalista existe a separação entre o agente do processo de trabalho e a propriedade dos meios de produção, pois mesmo fazendo parte do processo e do cotidiano dos trabalhadores, os meios e instrumentos são de propriedade do “patrão empregador”, nesse caso o Estado, que utiliza e, muitas vezes, explora a força de trabalho que se dispõe ao assalariamento, e nem mesmo meios de produção não recebem inteiramente dos patrões (MARX, 1996).

Assim, vale ressaltar que para que os profissionais de saúde estabeleçam um contato efetivo com os usuários eles necessitam dispor de condições básicas tanto materiais como também de um espaço mais humanizado e adequado para desenvolver as suas atividades, de forma digna e justa (BACKES; LUNARDI FILHO; LUNARDI, 2006).

### **Produto do trabalho**

O trabalho de diversas naturezas é considerado invisível. Ou melhor, os esforços individuais e coletivos, os conhecimentos, as alegrias e os sofrimentos que estão envolvidos no trabalho não podem ser vistos, ainda que a estética da obra possa ser apreciada pelos olhos humanos. Certos trabalhos, como é caso da educação e da saúde, são ainda mais invisíveis, pois os produtos não se concretizam em objetos palpáveis (MOLINIER, 2008).

Nos serviços de saúde o que é produzido não é algo material, tampouco concreto que se pode guardar nas prateleiras, mas é sentido pelo usuário quando tem sua saúde restabelecida (FORTUNA et al., 2005). O produto é, em geral, a materialização da finalidade. Dito de outro modo, o resultado final do trabalho deve representar em alguma medida o projeto anterior à aplicação da força de trabalho.

O reconhecimento da assistência prestada e ver que o esforço do trabalho resultou em melhora do quadro do paciente foram os principais produtos do trabalho mencionados pelos entrevistados.

O **reconhecimento** e a qualidade da assistência, o ser reconhecido na verdade, não pela instância maior, pelo próprio paciente, entendeu? Acho que isso é o produto e você ver que aquele paciente está em uma parada e você conseguir vários ciclos, investir, vamos, vamos! E aí você ter aquele retorno que **o paciente voltou** que teve empenho da equipe, que teve **interação** de todo mundo, eu acho que isso é o produto (E11-Enfermeira).

Eu acho que tem um resultado bom, eu tento, eu me esforço, **apesar de ficar toda quebrada** (E13-Técnica de Enfermagem).

Assim, existe uma dificuldade muito grande em você poder enumerar o trabalho do assistente social, **a gente trabalha de forma muito subjetiva**, contudo os atendimentos que são feitos ele atinge algo relevante, os resultados pontuais da emergência são relevantes (E12-Assistente Social).

Corroborando com Almeida (2012), a redução de complicações de algumas patologias e cura de outras, foi trazida pelos entrevistados que atuavam em unidades de saúde da família como produtos do trabalho em saúde. Além disso, o reconhecimento pelo cuidado ofertado foi colocado como um reflexo dos resultados alcançados no trabalho.

Para que o produto seja alcançado é necessário, muitas vezes, um enorme empenho por parte do trabalhador, tanto físico como mental. Osório e colaboradores (2011) afirmam que o ritmo de trabalho nos hospitais é frenético, muito intenso, exigindo mais dos profissionais que precisam, mesmo diante da grande demanda e do cansaço físico, alcançar a finalidade do seu trabalho, podendo, por vezes, levar a consequências catastróficas.

Alcançar o produto desejável não é tão simples. Os principais fatores que dificultam o resultado positivo do trabalho nos hospitais elencados pelos trabalhadores de saúde, assim como no estudo de Barbosa e colaboradores (2009), estiveram relacionados à grande demanda de pacientes que os hospitais gerais de grande porte absorvem, aliada a uma estrutura física que não comporta a quantidade de pacientes, ao trabalho isolado dos profissionais, distante do trabalho interdisciplinar e à dependência do trabalho do colega para dar continuidade às atividades.

Na verdade o que dificulta tudo “pra” gente é a **demandas que é muito grande**, o hospital é **um hospital de referência**, então [...] vai chegando os pacientes e vai absorvendo (E4-Médico).

A questão da demanda abordada pelo E4 expressa a dificuldade de transformação do modelo de gestão e atenção no SUS. De fato, Salvador é a segunda capital com menor taxa de implantação da ESF (SAGE, 2017), além de receber não apenas a demanda do seu próprio sistema e da população flutuante (turistas, dentre outros), recebe também as demandas por

serviços que só na capital são ofertados e àquelas resultantes da ineficiência ou insuficiência dos sistemas dos demais municípios do estado (PEIXOTO; COELHO; PEIXOTO, 2016).

A questão da grande demanda é um problema antigo e que ainda persiste nos hospitais públicos baianos. Os resultados encontrados por Araújo (1999) ressaltam que, em muitos casos, o número de atendimentos excede à capacidade do hospital, em termos de espaço, recursos materiais e humanos, gerando dificuldades em várias esferas. Nesse sentido, surgem os infundáveis “corredores”, onde se aglomeram os pacientes absorvidos além da capacidade do hospital.

Observa-se, por outro lado, que quando ocorre interação profissional, no sentido de equipe, que resulta em benefício para o paciente (objeto) e cumprimento da finalidade (volta à vida), o produto se evidencia. A falta de interação, onde “cada um fica na sua casinha”, por outro lado, é vista como obstáculo ao alcance da finalidade-produto.

Principalmente porque a gente vivencia um modelo muito hierarquizado ainda na saúde e isso **não facilita um atendimento interdisciplinar. Cada um fica na sua casinha**, cada um resolve do jeito que acha que “tá” certo, você intervém pontualmente [...]. Então a gente às vezes não tem como mexer por depender de outros profissionais de outras categorias (E9-Assistente Social).

O trabalho em equipe também foi apontado como facilitador do resultado positivo dos trabalhadores de saúde no hospital. Para Backes, Lunardi Filho e Lunardi (2006), ter boas relações de trabalho, uma comunicação que flui entre os profissionais e o reconhecimento efetivo do papel de cada um dos integrantes na própria equipe, contribui ainda para a humanização do ambiente de trabalho e, conseqüentemente, torna o atendimento mais humanizado também para o paciente.

Quando a equipe é boa já é uma facilidade, tem equipe que você chega você já sabe que o plantão vai fluir bem (E7-Enfermeiro).

Eu gosto assim do vínculo que você já cria com algumas pessoas, então você já chega aqui... você solicita alguma coisa e as pessoas estão prestativas para fazer, eu gosto muito disso aqui (E6-Assistente Social).

Para facilitar o alcance dos resultados, os sujeitos deste estudo elencaram a ampliação do hospital no que concerne ao espaço físico, número de leitos e quantitativo de profissionais, somado a uma gestão mais participativa e descentralizada.

É trabalhar de fato como preconiza o ministério da saúde, com plano terapêutico singular é com atendimento interdisciplinar, de fato, né? Uma **gestão participativa**, não uma gestão de gabinete que nunca desce pra assistência pra saber o que está acontecendo (E9-Assistente Social).

Eu acho que **a facilidade seria uma questão técnica administrativa**, seria a questão né? De ampliação do hospital, ampliação com leito e o aumento do quantitativo de profissionais porque aumenta os pacientes, mas os profissionais não aumentam (E14-Técnica de Enfermagem).

A fala apresentada pelo E9 destaca a necessidade de uma gestão mais participativa nos hospitais públicos, que saia da “gestão de gabinete”, distante da realidade do serviço e que envolva os profissionais de saúde nas decisões, já que são eles que vivenciam cotidianamente os dramas da assistência nas unidades do SUS. Corroborando com Coelho (2008) e Escrivão Junior (2007), ainda existe uma grande dificuldade de apropriação de novas técnicas e ferramentas de gestão que garantam o envolvimento não somente dos líderes, mas de todos os envolvidos nesse processo – trabalhadores, usuários e comunidade – nas instituições hospitalares.

Não obstante, uma pesquisa realizada com enfermeiros de uma unidade hospitalar pública do Rio de Janeiro constatou uma centralização exercida pela chefia em uma instituição que afirmava adotar um modelo descentralizado e comunicativo de gestão. Os autores perceberam que os gerentes e coordenadores mantinham práticas autoritárias e também não permitiam que as decisões fossem tomadas em conjunto (BERNARDES, 2007). Essa situação além de favorecer a ocorrência de conflitos, dificulta o alcance dos objetivos propostos pela instituição, uma vez que àqueles que estão na prática diariamente não têm seus anseios, suas queixas ou sugestões ouvidas pela gestão.

Pereira (2016) comprovou, através de sua pesquisa com gestores de hospitais públicos do estado da Bahia, que apesar dos avanços alcançados para uma gestão horizontalizada e participativa, ainda prevalece, em alguns casos, um modelo de administração hospitalar centralizador, burocrático, autocrático e limitante da autonomia dos sujeitos.

A melhoria constante das condições de trabalho e a implantação de novas tecnologias, como o prontuário eletrônico também foram mencionados como facilitadores do processo de trabalho.

Que a melhora nas **condições de trabalho** sejam constante né? (E4-Médico).

Uma das coisas que facilitaria é **um sistema online de prontuário**, isso aí é algo que facilitaria bastante, tá? (E12-Assistente Social).

Cabe destacar que trabalhadores dos dois hospitais pesquisados levantaram o prontuário eletrônico como um instrumento para facilitar o alcance da finalidade do trabalho em saúde, o que demonstra, de certa forma, dificuldade de incorporação tecnológica nos



serviços públicos de saúde. Embora disponha de tecnologias sofisticadas de apoio diagnóstico e terapêutico, a disponibilização de computadores com software para preenchimento eletrônico do prontuário, apesar de parecer mais simples, não têm sido uma preocupação dos hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia.

Estudo realizado em dois hospitais públicos do interior da Bahia sobre a relação entre tecnologia e humanização na saúde encontrou que existe um grau de relevância atribuído à tecnologia pelos trabalhadores de saúde, ao passo que ela permite maior agilidade e precisão nos diagnósticos e terapêuticas, oportuniza um melhor direcionamento na rotina do cuidado, prestação e segurança, melhorando assim as condições de saúde dos enfermos. Contudo, os profissionais queixaram-se da falta de aparatos tecnológicos nesses hospitais, como a indisponibilidade de computadores com softwares específicos para direcionar o cuidado e ausência de aparelho de raios-X digital, chamando atenção para a necessidade de maior incorporação tecnológica nas instituições prestadoras de serviços do SUS (SILVA, 2016).

Assim, observa-se que as condições de trabalho, bem como a disponibilidade de materiais e tecnologias e o modelo de gestão e organização adotado pela instituição afetam, em maior ou menor grau, o alcance da finalidade e, substancialmente, do produto do trabalho.

### **Espaço/ambiente de trabalho**

Sobressaem, neste tópico, as queixas e inquietações dos trabalhadores de saúde sobre os riscos e as condições do ambiente em que atuam. Quanto à estrutura física do hospital, os relatos caracterizaram como um lugar insalubre, onde os espaços são pequenos, inadequados, que não garantem a privacidade, nem o sigilo. A distância entre os leitos inviabilizam o trânsito e os cuidados ao paciente, favorecendo a disseminação de doenças. Foi citada ainda a iluminação e refrigeração precárias, devido à falta de limpeza no sistema de ar condicionado, a carência de conforto nas unidades e os barulhos constantes dos alarmes.

**São espaços inadequados**, são espaços que não garantem o sigilo, são espaços que não dão conforto, segurança (E12-Assistente Social).

Então, **são muitas macas, umas próximas às outras**, às vezes uma com um tipo de isolamento que o outro está do lado e você não tem como fazer, implementar um isolamento (E1-Enfermeira).

**Conforto é zero**, no corredor você não tem onde sentar aí você anda o tempo todo (E2-Técnica de Enfermagem).

Então, **é um ambiente estressante no sentido, por exemplo, dos barulhos, os sistemas de alarme**, então o respirador tem um alarme, as bombas de infusão têm

alarme e a porta tem alarme, o telefone toca frequentemente então nesse aspecto é extremamente estressante (E4-Médico).

Eu acho que, de forma geral, a emergência **é um lugar insalubre** porque é o contato direto com o paciente ao qual você ainda não sabe a doença, então você sim está exposto a um risco [...] tem um sistema de ar condicionado as vezes que não é limpo com frequência (E10-Médico).

Durante a observação, principalmente nas emergências dos hospitais em estudo, foram encontrados espaços pequenos, com banheiros para os pacientes em condições precárias, com porta quebrada, falta de manutenção nos chuveiros, copa que abrigava materiais de uso dos profissionais, como balança e inaladores, além disso, em uma das enfermarias homens e mulheres compartilhavam o mesmo espaço, uns de frente para os outros, com total falta de privacidade.

Nas unidades de saúde da família a realidade dos espaços físicos não é diferente. Teles (2012) observou que os enfermeiros enfrentavam empecilhos para desempenhar suas ações em todos os ambientes de trabalho. Dentro das unidades havia uma evidência de um local mal-ventilado, com espaço mal aproveitado, ausência de banheiro nas salas e fora das unidades, nas escolas, creches e igrejas, quando não apresentavam uma estrutura precária, eram de difícil acesso.

Outra queixa bastante presente nos relatos refere-se à exposição aos riscos em unidades críticas do hospital, como o risco de queda, de acidente com perfurocortantes, risco biológico, psíquico, de agressão física por parte dos pacientes ou acompanhantes e, até mesmo, o risco de acidente no trajeto para o trabalho.

Então, essa questão do conforto não existe praticamente, e **a questão do risco de você escorregar no corredor**, uma cera que joga no chão (E2-Técnica de Enfermagem).

Eu acho que a **gente já corre o risco desde a hora que a gente sai de casa**, que é o acidente de percurso, que também faz parte dos acidentes de trabalho. Eu acho que todos nós estamos expostos, principalmente, por ser uma porta de entrada, **a gente “tá” exposto a agressão física, por parte do usuário do serviço**, eu acho que às vezes a gente “tá” exposto por algumas limitações a nível de materiais de proteção, de equipamentos, então a gente também tem esses riscos (E1-Enfermeira).

Tem o **risco biológico** também, que não deixa de ter, porque é uma porta aberta o centro, mas tem que ter cuidado, tem as caixas né? sinalizadas, de perfuro, a gente tem que ter cuidado, mas assim, é muito prontuário que fica sujo de sangue (E7-Enfermeira).

Almeida (2012) e Teles (2012) também encontraram nas unidades de saúde da família referência ao risco de violência por parte de alguns usuários, posto que na área de abrangência das unidades havia alto consumo de álcool e outras drogas, que além de prejudicar a saúde do próprio indivíduo, ameaçava causar danos também ao sujeito trabalhador de enfermagem.

Brand e Fontana (2014) apontam que a rotina de trabalho em estabelecimentos de saúde exige que o trabalhador esteja atento às normas de biossegurança para garantir a proteção da sua saúde, pois, principalmente nos hospitais, estão sujeitos a adquirir doenças infectocontagiosas graves e às agressões dos pacientes e acompanhantes, que, por sua vez, podem causar consequências catastróficas na vida pessoal e social do indivíduo.

Esses riscos predominantes nos hospitais podem comprometer a saúde do homem, do meio ambiente ou a qualidade do trabalho desenvolvido. Neste sentido, cabe destacar a importância das medidas de biossegurança, que abrange um conjunto de ações destinadas à prevenção, minimização ou eliminação de riscos intrínsecos à prestação de serviços que se relacionam com a saúde (BRAND; FONTANA, 2014).

Em um dos espaços de trabalho dos trabalhadores entrevistados a posição do posto/balcão de enfermagem fazia com que eles ficassem de costas para os pacientes e acompanhantes, o que não favorecia a observação do quadro clínico dos pacientes internados, além de expor os profissionais às incertezas dos acompanhantes e dos próprios usuários dos serviços.

Eu acho que em algumas situações sim, a gente tá muito exposta, acompanhante, na sala amarela mesmo, **o balcão de enfermagem a gente fica de costa** entendeu? a gente não tem uma visão do todo, a gente fica sentada na salinha, no balcão de enfermagem, tem o computador, tem as cadeiras, a gente ta de costa, então assim, a gente ta exposto entendeu? a qualquer situação (E11-Enfermeira).

Barbosa e colaboradores (2009) destacam a importância dos elementos arquitetônicos fixos ou semifixos do ambiente de trabalho na rapidez e precisão durante a assistência prestada, que vinculadas ao conhecimento técnico-científico e às tecnologias, influenciam positiva ou negativamente na eficácia do serviço.

Observou-se que os trabalhadores com mais tempo de trabalho no mesmo hospital não mais percebiam as inadequações e os riscos. Ademais, foram encontrados relatos de conformismo em relação aos espaços dos serviços públicos de saúde, onde as precárias condições eram tidas como “normais”.

[...] **Não sei se é porque já me acostumei, mas não vejo muito problema não** (E7-Enfermeira).

**Para um hospital público é um espaço normal**, eu não tenho nada contra o espaço daqui não (E13-Técnica de Enfermagem).

A pesquisa de Almeida (2012), embora tenha sido realizada em unidade de saúde da família, encontrou relatos semelhantes. Uma das unidades foi considerada adequada e confortável para os trabalhadores, porém durante a observação a pesquisadora encontrou problemas na estrutura, como a presença de colônias de fungos em várias salas, necessitando, portanto, de manutenção, apesar do profissional por estar acostumado com aquele ambiente, não ter percebido os riscos a sua saúde e dos usuários.

Uma situação encontrada em um dos hospitais foi o fato de, no momento da pesquisa, estar havendo uma obra de ampliação do hospital onde iria funcionar uma nova unidade de emergência. Entretanto, não estavam ocorrendo reparos, reformas e nem melhorias no espaço físico de trabalho, já que os investimentos estavam sendo direcionados para a construção do novo espaço, permanecendo o “antigo”, com uma estrutura defasada.

[...] **Eles com essa possível reforma do “Hospital A-2” não querem mais fazer nada na emergência**, porque vai tirar a gente daqui, vai mudar e aí já até falei com a coordenação já tem alguns meses que eles tiraram o balcão que a gente guardava essas coisas e aí está pelo chão, está dentro de umas caixas no chão, aparadeiras, almotolias, colar cervical, tudo dentro de caixas plásticas no chão, não é o lugar adequado, o que eu acho pior é isso [...] (E7-Enfermeira).

Essa realidade foi agravada quando o trabalhador afirmou que os materiais de uso dos pacientes, como aparadeiras, almotolias, colar cervical, dentre outros, estavam sendo colocados em caixas no chão, por falta de manutenção na estrutura, diante da premissa de que a emergência iria mudar de local, o que acabava interferindo no trabalho desenvolvido, e, do mesmo modo, na satisfação do trabalhador de saúde.

É importante ressaltar que o Hospital A inaugurou uma nova unidade em setembro de 2016, cinco meses após a realização das entrevistas e passou a ser gerida por uma OS, Instituto Nacional de Amparo a Pesquisa, Tecnologia e Inovação na Gestão Pública (INTS) com foco de atuação no setor público (INTS, 2017).

Reis (2015), ao estudar três hospitais estaduais sob gestão indireta, na Bahia, observou fortes indícios de nucleação de empresas a partir de outras terceirizadas para se adequar à nova política da SESAB, alternância de cargos diretivos bem remunerados entre estas empresas, opacidade nas relações de gestão com mecanismos de controle social praticamente inexistentes e formulações vazias da missão própria, indicando muito mais um uso “de

fachada”. A autora destacou a necessidade de estudos avaliativos independentes que comprovem a superioridade gerencial destas entidades sobre as gestões diretas por entender tratar-se a gestão indireta de um processo de privatização disfarçada dos bens públicos.

A construção do Hospital A- 2, portanto, está a indicar a continuidade desse processo de privatização com investimento público em novas unidades e desinvestimento nas antigas, com passagem gradual de serviços de modo a minimizar reações tanto dos servidores públicos, quanto da sociedade em geral.

Sendo assim, de um modo geral, os trabalhadores de saúde têm enfrentado continuamente diversas dificuldades no seu cotidiano laboral agravadas por uma conjuntura política e econômica desfavorável ao SUS. Algumas inerentes à própria atividade em saúde, quais sejam o grande volume de procedimentos, a indisponibilidade de meios, riscos conhecidos; outras derivadas do mau estado de conservação das estruturas do ambiente de trabalho, do desinvestimento da gestão central nas unidades próprias; além das incertezas provenientes da relação com o usuário, como situações de violência contra o trabalhador no serviço.

## **5.2 A organização do trabalho no hospital**

A organização do trabalho em saúde pode ser melhor apreendida por meio da descrição do seu cotidiano. O termo cotidiano vem do latim *cotidie* ou *cotidianus*, que significa todos os dias, o diário, o dia-a-dia, o comum, o habitual (GUIMARÃES, 2002). Neste sentido, o cotidiano para Heller é formado por um conjunto de atividades nas quais o homem reproduz a si mesmo em sua singularidade, com suas habilidades e competências adquiridas ao longo de outros cotidianos (HELLER, 1972). Dentro desse mesmo referencial, o cotidiano diz respeito às ações que fazem parte de determinada rotina, a tudo que se realiza empiricamente no dia-a-dia.

### **Dia típico de trabalho no hospital**

O dia típico de trabalho no hospital se inicia com a assinatura do ponto por volta das 7:00 da manhã. Em algumas unidades há a passagem de plantão entre os profissionais que estão saindo e que estão chegando ao serviço, além disso, o trabalhador checa os livros de registros, os prontuários, o mapa diário de pacientes, a escala de funcionários, a fim de verificar as pendências quanto às medicações, cirurgias, jejuns, curativos, banhos, falta de

alguém da equipe, dentre outros. Uma das atividades do dia típico de trabalho realizada por todos os trabalhadores entrevistados é a **visita**, considerada como um momento do trabalho intelectual para verificar os problemas e as necessidades do paciente, antes de começar a assistência propriamente dita.

De um modo geral, o cotidiano de trabalho é caracterizado por um dia corrido, de muitas atividades, estressante e mais “movimentado” pelo turno da manhã. Conforme as falas:

Chegando aqui assino o ponto e desço para o **meu setor** procuro saber se houve alguma coisa para passar né? [...] porque assim não tem uma **passagem de plantão** fidedigna [...] então não temos, então eu pergunto a alguém lá do setor se houve alguma coisa [...] primeiro eu checo a **escala de serviço**, se a equipe que eu vou trabalhar já chegou ou se houve alguma falta, depois eu vou **checo** o carro de emergência para ver se tá tudo ok, para ver se teve algum **exame, cirurgia** logo no primeiro horário, **em jejum**, essas questões especiais, depois parto para a visita [...] e assim é basicamente isso (E1-Enfermeira).

É o dia inteiro trabalhando, estresse, lidar com emergência ou unidade terapia intensiva. [...] A gente chega pega o plantão, é ver os pacientes [...]. Então eu tenho que dar uma geral para saber o quê que eles têm, o que que eu tenho que fazer, quais as pendências. Em seguida, tem a visita [...]. Após isso, é a tarde é mais “light”, do que durante pela manhã, o movimento em UTI é muito grande, é muita coisa pra fazer, mas à tarde, geralmente, já é mais tranquilo (E4-Médico).

Normalmente, eu chego no horário que dá pra assinar o ponto que é até 7:15 e como sou assistente social do centro cirúrgico primeira coisa que eu faço ao chegar no plantão é pegar o livro de registro pra ver todos as anotações feitas pelas minhas colegas nos plantões anteriores. Então eu também passo um a um, converso, busco o que estão precisando (E6-Assistente Social).

É interessante destacar que a maioria dos profissionais entrevistados (nove) possuía dupla e até tripla jornada de trabalho.

Acordo muito cedo todos os dias, né? Porque assim como eu tenho outro vínculo, além daqui, então assim, eu tenho que “tá” 7 horas no primeiro vínculo né? De trabalho empresa, aí atuo até 13 horas depois venho pra aqui, chego aqui, dou conta das minhas atividades aqui no hospital (E3-Assistente Social).

Meus dias variam porque quando estou de plantão, eu estou o dia inteiro de 07:00 até as 19:00. Eu saio do hospital após as 19:00 horas. Quando eu estou aqui no HGE nas quintas feiras a cada duas semanas eu fico 24 horas. Então só saio daqui amanhã de manhã, na sexta-feira pela manhã. Quando eu tô, vamos dizer que eu não estou de plantão, eu faço consultório na segunda e na quarta, pela manhã (E4-Médico).

No final do dia, segundo os relatos, alguns trabalhadores, mesmo chegando tarde em casa, necessitavam ainda fazer atividades, como limpar a casa, lavar roupas, passá-las, fazer comida e se preparar para o dia seguinte de trabalho, tendo, dessa forma, poucas horas de descanso. Essa multiplicidade de responsabilidades gera uma carga que vai somar às demais provenientes do próprio esforço do trabalho no hospital.

Chego em casa, tento descansar, vou tomar banho, mas ainda tem **atividades em casa**, botar **roupa pra lavar**, **firar roupa do varal**, **faço alguma coisa pra comer**, me preocupo com a **comida que eu vou levar pro outro dia**, “tô” gestante então tenho que ficar mais atenta a minha alimentação (E9-Assistente Social).

Se eu for de ônibus eu chego em casa às 21:00. Quando chego em casa é **arrumar** alguma coisa, fazer algumas **coisinhas rápidas pra jantar** e hoje mesmo eu vou ter que **passar uma roupa**, a farda que tava lavada e vou passar pra vim trabalhar amanhã (E2-Técnica de Enfermagem).

Corroborando com o estudo de Elias e Navarro (2006), o dia de trabalho raramente se encerra após a jornada no hospital. Quando chegam em casa, principalmente as mulheres, tem início a rotina do trabalho doméstico, a do cuidado com os filhos e os “deveres de esposa”. Por outro lado, nas falas dos homens, quando voltavam para casa era momento de descansar, praticar alguma atividade física ou sair com os amigos.

Fico nessa continuidade até umas 19 horas e acabo o plantão, faço a passagem de plantão, e vou **descansar** (E5-Médico).

Eu retorno de 19:40 a 20:00 da noite. Quando chego em casa, segunda, quarta e sexta, **boxe** (E10- Médico).

Observa-se que mesmo em face da crescente inserção das mulheres no mercado de trabalho, as atribuições historicamente construídas do cuidado da casa e dos filhos, ainda permanecem majoritária ou exclusivamente como responsabilidades femininas. Estudo realizado em um hospital público de Salvador encontrou que a participação dos homens nas tarefas domésticas era inexpressiva e apenas 6,9% dos maridos dividiam as atividades domésticas com as esposas. Assim, o tempo médio de trabalho no hospital somado ao trabalho doméstico realizado pelas mulheres extrapolava a jornada de trabalho semanal de 40 horas, ampliando, dessa forma, a exposição das mulheres às cargas de trabalho (ARAÚJO; ROTENBERG, 2011).

As questões de gênero e trabalho observadas trazem à tona reflexões sobre a dominação masculina culturalmente desenvolvida, que de acordo com Araújo e Rotenberg (2011), tem estreita relação com os estudos de Pierre Bourdieu, que discutem as condutas agressivas e competitivas dos homens estimuladas ao longo do tempo e os comportamentos submissos das mulheres, como de aceitação e tolerância. Segundo os autores, essa concepção acaba por naturalizar as responsabilidades femininas, fazendo com que as mulheres utilizem o seu tempo livre, depois que volta do trabalho, para a realização das tarefas domésticas em detrimento do descanso e do cuidado de si.

### **Organização por processo, divisão do trabalho e atividades**

A organização do trabalho, na perspectiva do materialismo histórico-dialético, envolve tanto as dimensões macro, como microsociais no desenvolvimento das ações e serviços dos trabalhadores. Isso significa que a organização do trabalho não se refere apenas ao modo como o trabalho é dividido, ordenado ou hierarquizado, mas também a macropolítica existente na sociedade, e na própria instituição, como a inserção histórica do modo de produção, o modelo de gestão adotado ou a cultura organizacional (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

O hospital enquanto organização social tradicional e complexa ocupa lugar de extrema importância na prestação de serviços de saúde, sendo um lugar instituído por coletivo institucional, que agrega profissionais, saberes, tecnologias e infraestrutura diversificados. É caracterizado por uma divisão do trabalho peculiar, com numerosos trabalhadores distribuídos por hierarquias de funções e tarefas, forte concentração de poder decisório no topo da estrutura e grande número de níveis hierárquicos, o que acaba dificultando a comunicação e interação (CAMELO, 2011).

Segundo Camelo (2011), os hospitais ainda estão caminhando para uma gestão mais participativa, com a superação dos modelos verticais, para organogramas mais horizontais, que é imprescindível para reunir os profissionais em prol do objetivo final do trabalho: o cuidado em saúde. Nesses ambientes, é realizada uma gama de atividades que necessitam estar em perfeita harmonia para a conquista dos resultados projetados, caso contrário, a atenção aos pacientes será prejudicada.

Outros autores argumentam, por outro lado, que o modelo de organização e gestão dos hospitais mantém um enfoque tradicional, isto é, centrado no modelo biomédico, hierarquizado e autoritário, a despeito da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) estar voltada para a integralidade, descentralização, participação democrática, interdisciplinaridade e corresponsabilização, cabendo a todos os profissionais atuarem nesse processo de reorganização e reestruturação (BARBOSA et al., 2009; BRASIL, 2013; LORENZETTI et al., 2014).

As formas de organização e divisão do trabalho são evidenciadas pelos relatos em relação ao funcionamento da unidade e à proporcionalidade de tarefas que cada profissional é responsável.



Nas unidades pesquisadas, as equipes fixas eram compostas basicamente pelo médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social. Na organização e divisão do trabalho na instituição hospitalar, corroborando com Rocha e Felli (2004), o processo de trabalho médico acabava por determinar os processos de trabalho dos demais componentes da equipe de saúde, pois o médico é quem legalmente faz o diagnóstico das doenças, institui a terapêutica medicamentosa e é responsável pelo manuseio dos equipamentos de maior complexidade.

**Aqui é dividido: médicos, enfermeiros e técnicos.** Então, o enfermeiro é quem faz as visitas, que faz o acompanhamento. Aqui cada um tem a sua função, já é dividido, até onde um técnico pode chegar, até onde o enfermeiro pode chegar, até chegar um médico, entendeu? (E13-Técnica de Enfermagem).

Bom, existe uma coordenação, existem dois diaristas, existem os plantonistas, então no plantão eu sou o responsável pela minha equipe pelo que “tá” acontecendo no meu plantão. Tem a equipe de enfermagem, a fisioterapia também, mas o grau de discussão de interação que existe é excelente então, não temos dificuldade (E4-Médico).

Você tem o diretor superintendente, você tem os diretores médicos, você tem os coordenadores do plantão, você tem os médicos chefes de plantão, chefe de equipe e você tem as especialidades mais variadas, né? Cirurgião, ortopedista, neurocirurgião, pediatra e todas as especialidades, nós temos aqui, oftalmologia, otorrino, é... Então a gente trabalha nesse sistema com vários profissionais, que eu chamo de uma equipe multidisciplinar (E5-Médico).

Observa-se, nesses relatos, que o trabalho médico no hospital é bastante fragmentado, dividido por especialidades, além de obedecer a uma hierarquia que vai dos coordenadores até os médicos envolvidos diretamente com a assistência. O trabalho, portanto, é multidisciplinar, mas nem sempre se poderá falar em trabalho de equipe.

Segundo Oliveira, Benatti e Alexandre (2006), o trabalho do médico vem sofrendo modificações ao longo dos anos, assim como outras categorias profissionais do campo da saúde. Problemas como as super-especializações, a tecnologização do cuidado, os baixos salários e as excessivas jornadas de trabalho, têm provocado consequências diretas na relação médico-paciente, tornando-a cada vez mais centrada nos sintomas e, consequentemente, com menor resolutividade.

Os enfermeiros, por sua vez, que integram juntamente com os técnicos de enfermagem a equipe de enfermagem, atuam, segundo as falas, na avaliação das úlceras, nos curativos especiais, nos procedimentos privativos do enfermeiro, na supervisão dos técnicos e no gerenciamento da unidade. O estudo de Hausmann e Peduzzi (2009) identificou que os enfermeiros desenvolvem a articulação entre as dimensões gerencial e assistencial na prática

hospitalar, sendo o cuidado, muitas vezes, caracterizado pela clínica especializada e pela execução de procedimentos, o que é compreensível para uma unidade de internação onde ainda prevalece a visão biologicista do cuidado e existe uma maior densidade tecnológica.

Tem uma escala diária e essa escala diária tem uma equipe de técnico, a equipe do auxiliar, tem a secretária da unidade e o enfermeiro. Então, geralmente o enfermeiro faz essa parte do aprazamento, da visita, avaliação das úlceras, os curativos especiais que demandam uma avaliação maior [...]. E procedimentos próprios do enfermeiro, como a passagem de uma **sonda nasoenteral**, a passagem de uma **sonda vesical**, toda essa questão, e os técnicos também é um trabalho muito conjunto, porque às vezes a gente não consegue dar conta de tudo, então eles estão sempre em conjunto com a gente, às vezes eu tô avaliando um curativo, fazendo um e eles estão fazendo o que "olha enfa aquele paciente tá assim, assim, eu vou usar o que? Dê uma olhadinha ali pra ver" então é isso, pode agilizar, então é muito da equipe dessa relação (E1-Enfermeira).

A organização do trabalho da enfermagem e de sua equipe compreende, dessa forma: a) a divisão de tarefas; b) as relações de poder; c) o sistema hierárquico e de comando; d) o conteúdo do trabalho; e) as relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores da enfermagem, com os usuários e demais profissionais de saúde e da instituição; f) o modelo de gestão da enfermagem e da instituição; g) as relações com outras instituições do sistema de saúde; e h) facilidades e dificuldades impostas pela estrutura institucional (DEJOURS, 1992; PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Neste sentido, para assegurar um cuidado seguro e de qualidade nas situações de saúde e doença, a dimensão da gestão na enfermagem engloba, além da organização, a gerência de processos assistenciais e administrativos que se constituem no trabalho nuclear do enfermeiro (LORENZETTI et al., 2014).

Em relação ao trabalho dos técnicos de enfermagem, observou-se que para eles cabem obter acesso venoso, realizar curativos, administrar medicamentos, realizar higiene dos pacientes e assistir aos enfermeiros em procedimentos mais complexos. São atividades que exigem atenção, concentração, manuseio de materiais perfurocortantes, contato com secreções, mas também força física, em geral a cargo do sujeito de nível técnico em acordo com a divisão entre trabalho braçal e intelectual.

[...] Técnicos de enfermagem recebe paciente, admite paciente, faz acesso, testa as vias, ver se tá tudo permeável, higiene do paciente quando ele não pode, às vezes, a gente faz o papel do psicólogo do paciente, psiquiatria e acompanhante além de servir de "posso ajudar" do paciente (E2-Técnica de Enfermagem).

Corroborando com Garanhani e colaboradores (2008), os técnicos executam, principalmente na unidade hospitalar, as atividades consideradas mais pesadas, cansativas e indispensáveis à assistência dos pacientes, como as referidas pelos relatos dos sujeitos desse estudo: higiene; alimentação; terapêutica medicamentosa; realização de curativos; entre outras atividades consideradas como essencialmente manuais. Essas atribuições referem-se ao trabalho repetitivo, que se parece com a linha de produção e o trabalho por peças, extremamente manual (DEJOURS, 1992).

Nas instituições de saúde o enfermeiro comumente assume as atividades de gerenciamento e supervisão das atividades, enquanto a grande parcela dos cuidados diretos ao paciente é realizada pelos técnicos de enfermagem. Nota-se que além das atividades inerentes a sua função, os técnicos ainda desempenham outros papéis, como de psicólogo, psiquiatra, acompanhante, dentre outros. A grande quantidade de atividades, somada ao fato dos técnicos de enfermagem ser a categoria de trabalhadores que passa mais tempo com os pacientes, faz com que ele seja reconhecido como o “faz tudo” da unidade. Dessa forma, fica evidente que no trabalho em saúde, os processos de trabalho dos diferentes membros da equipe se entrelaçam, pois muitos possuem atribuições comuns e para os pacientes, muitas vezes por desconhecimento, é mais difícil compreender a limitação de cada trabalhador.

Os assistentes sociais, conforme evidenciado pelas entrevistas, são responsáveis pela orientação e instrumentalização da população quanto à garantia dos direitos trabalhistas, auxílio doença, dentre outros benefícios sociais, realizam também escuta qualificada do paciente e da família, buscam conhecer as redes sócio-assistenciais para orientar sobre o acesso para cada caso.

O trabalho nosso ele é organizado evidentemente pra atender a população então a gente inicia o plantão lendo o livro de ocorrências pra gente identificar o que foi que aconteceu no dia anterior [...]. Nem sempre a gente atende o paciente, porque o paciente muitas vezes ele não tá lúcido, mas temos que atender 100% da família então a gente vê quem são os pacientes novos pra fazer entrevista social e a partir daí **identificar as demandas sociais que a gente possa orientar** (E9-Assistente Social).

Bom, nós temos uma coordenadora, uma supervisora técnica, nós temos um grupo de quarenta e poucas assistentes sociais né? Somos divididas em quatro grupos, vamos dizer assim, que é o grupo da enfermagem, são as meninas que trabalham na enfermagem, o grupo da emergência que somos nós, só que a emergência se divide em duas, a emergência diurna e a noturna que é um outro grupo e temos o grupo das pessoas que trabalham final de semana, **então essa divisão, isso também me deixa muito triste, é um grupo muito fragmentado, ele é setorizado**, então assim, as relações, as coisas, os acordos, os critérios ficam muito assim por grupo (E6-Assistente Social).

Concordando com Costa (1998), o assistente social se insere no processo de trabalho em saúde como um agente de interação ou ligação entre os diversos níveis do SUS e entre este e as demais políticas sociais setoriais, de forma a atingir o seu principal produto: a integralidade da atenção. Desse modo, o assistente social desenvolve atividades predominantemente de natureza educativa e de apoio à mobilização social da comunidade, assegurando a interação entre os diversos níveis de concretização da cooperação horizontal e vertical.

Observou-se na fala de um dos entrevistados que o trabalho entre as pessoas da mesma categoria profissional é fragmentado e dividido por setores, apesar de todos fazerem parte da equipe de assistentes sociais do hospital, não atuam de forma conjunta, integrada, uma vez que o modo de produção e as decisões são definidos por cada setor em separado, o que gera sentimento de tristeza para o trabalhador.

O trabalho do serviço social é visto pelos próprios profissionais da categoria como de “apagar fogo”. Esses trabalhadores elencaram atividades que não eram atribuições dos assistentes sociais, tais como o aviso de óbito do paciente para a família, que nos dois hospitais era delegado a esses trabalhadores, e questões administrativas, como informar a família em que enfermaria está a pessoa internada. Mesmo não sendo obrigações dos assistentes sociais, aos poucos foram sendo delegadas para estes profissionais, que convivem com a luta diária para que essas funções sejam repassadas para quem, verdadeiramente seria responsável.

Eu entro, eu visito todos, aqueles que estão falando eu converso, procuro saber o que aconteceu, procuro saber se o acidente foi acidente de trabalho ou não, se tem carteira assinada, garantias, né? [...] Eu oriento sobre os benefícios, dou um pouco do apoio, né? No sentido da gente dar todo um apoio, também emocional, dizer que os seus familiares estão aí fora, se quer que eu dê algum recado para eles [...]. **A gente faz coisas que não são nossa função, você viu aí, aviso de óbito**, quem dá é o assistente social, e a gente tem lutado nesse hospital há muitos anos e não consegue tirar esse óbito da mão da gente (E6-Assistente Social).

Aqui no serviço social da emergência nós costumamos dizer que **estamos aqui pra apagar fogo** [risos] por que apagar fogo? Porque assim, a maioria das demandas que chegam pra gente não são demandas do serviço social. [...] **Os usuários procuram muito a gente “pra” saber onde está o paciente dele, porque o hospital é tão desorganizado que não tem uma rede informatizada para dizer onde o paciente está** [...] (E9-Assistente Social).

Essa premissa é confirmada por Peduzzi (1998, p. 127, grifo do autor) ao observar que no hospital pediátrico cabia ao assistente social, assim como ao psicólogo, o trabalho de “descascar abacaxis”, “apagar incêndios” e/ou “despejo”. Ou seja, o que os outros

profissionais não conseguiam ou não queriam resolver por considerarem um recurso periférico era encaminhado para os assistentes sociais e psicólogos da unidade.

Por outro lado, a relevância do trabalho do serviço social é expressa pelo fato dessa categoria ser, na maioria das vezes, a “porta de entrada” aos usuários quando chegam ao hospital. São esses profissionais que ouvem os usuários e seus familiares sobre as queixas da própria instituição, são a eles que os usuários recorrem para buscar orientação acerca da rede de serviços ou mesmo intrainstitucionais (SODRÉ, 2010). Em verdade, essas funções podem ser definidas como de acolhimento, de maneira que o acolhimento se constitui como uma atividade isolada e delegada a um profissional que não atuava na área da saúde até 1999<sup>2</sup>, embora a saúde seja uma das suas áreas prioritárias de sua atuação, sendo que, na Atenção Básica, o assistente social atua no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), enquanto no hospital suas funções estão bem estabelecidas desde a década de 40 (SILVA; SILVA, 2013).

Um dos entrevistados abordou a organização do trabalho enfatizando a divisão em diferentes categorias, mas ressaltou a importância de cada um dos trabalhadores que fazem parte da equipe multiprofissional para o sucesso do cuidado oferecido aos pacientes:

Tem o enfermeiro que ele faz a parte dele de enfermagem e nós temos, e tem os técnicos que fazem também a sua função, são funções diferentes, porém a gente trabalha todo mundo sincronizado, todo mundo unido porque para que o trabalho do medico dê certo a gente precisa que o trabalho da higienização, do pessoal que faz a coleta, a gente precisa do trabalho da nutrição, a gente precisa do trabalho do assistente social, do nutricionista, do técnico, do enfermeiro e do medico pra poder dar tudo certo porque não adianta um desses profissionais falhar porque geralmente o trabalho não dá continuidade ao andamento. **Então a gente precisa tá em sintonia e pra se tá em sintonia um dependendo do outro, nós temos que estar interligados** (E14-Técnica de Enfermagem).

Conforme destacado pelo trabalhador, o trabalho em saúde no hospital necessita que os profissionais atuem em sintonia, de forma complementar, na medida em que todos são importantes e, por isso, os seus saberes devem ser valorizados. Essa integração permite a continuidade do cuidado, assim como a prestação de uma assistência humanizada e integral.

---

<sup>2</sup> A implantação da primeira escola de Serviço Social no Brasil foi em São Paulo (1936), o qual o contexto social era de emersão de diversas problemáticas sociais causadas pelo êxodo rural, como desemprego, pobreza, doenças entre outros, permitindo uma aproximação ainda maior, do profissional de Serviço Social com a sociedade e seus problemas sociais, inclusive nos aspectos relacionados à saúde. Em 1997, a Resolução nº 218 de 6/03/1997 do Conselho Nacional de Saúde reconheceu a categoria de assistentes sociais como profissionais de saúde, enquanto esse reconhecimento legal pelo Conselho Federal de Serviço Social só foi possível em 1999, através da Resolução do CFESS do nº 383 de 29/03/1999 (SODRÉ, 2010).

Quando questionados acerca das atividades que gastam mais tempo durante a jornada de trabalho, muitos trabalhadores destacaram a **visita aos pacientes internados** como a que demandava mais tempo, uma vez que se constitui em um momento primordial para o profissional de saúde conhecer a história clínica, o diagnóstico, as terapêuticas, os exames e o estado geral do paciente, direcionada para o seu campo de atuação. Assim, a partir da visita, cada trabalhador define as ações que serão executadas ao longo da jornada de trabalho.

Eu gasto mais tempo na visita, em visitar o paciente, porque dali eu procuro, eu dou uma passada de olho na minha passagem de plantão e já vou pra minha visita procurando extrair o máximo porque às vezes eles têm de informação e às vezes a gente não encontra registrado em prontuário (E1-Enfermeira).

No relato abaixo, por exemplo, o médico cirurgião destacou que apesar de existirem **cirurgias de longa duração**, ele também pode gastar mais tempo atendendo os **pacientes da emergência**, demonstrando que o dia-a-dia é variável, e vai depender da gravidade dos pacientes.

Gastar mais tempo isso é muito variado, eu posso gastar muito tempo na sala de sutura atendendo vários pacientes né?? Sem precisar operar, como também posso entrar numa cirurgia passar duas, três horas operando, ou uma hora, isso é muito variado, mas é **sempre intenso** (E5-Médico).

A questão do tempo se mostra, portanto, como uma qualidade não apenas relacionada à duração, mas à intensidade de atos contidos em um mesmo lapso de tempo, indicando atividades que implicam agilidade, rapidez de movimentos, pouco espaço entre as ações e tensão.

Os profissionais de nível superior ressaltaram a admissão, a escuta, a assistência aos pacientes graves, a realização dos encaminhamentos, assim como as anotações nos prontuários, como atividades que também demandavam mais tempo, enquanto os de nível técnico, consensualmente, destacaram o banho no leito, a realização de curativos e a administração de medicamentos.

Gasto mais tempo nesses pacientes que ficam, pacientes graves que eu tenho que fazer essas rotinas todas... e a maior parte é na admissão do paciente né? ver o que ele precisa ali, exame, laboratório, regulação, encaminhar pro centro (E7-Enfermeira).

**Pela manhã eu gasto mais tempo no banho e a tarde é medicação**, recepção, punção, é o que a gente leva mais tempo (E2-Técnica de Enfermagem).

Eu acho que funciona muito pela demanda a gente dispende energia e gasta o tempo, por exemplo, na **visualização** dos pacientes, na **observação** dos pacientes, nas **anotações dos prontuários**, isso é uma coisa que leva muito tempo [...] **evolução desses pacientes**, como é que eles percorreram o dia, o que é que aconteceu de intercorrência, o que melhorou, o que piorou, tudo isso tem que ficar anotado então essa demanda "**mixativa**" que eu chamo, toma muito tempo, na realidade é o que toma mais tempo, porque ver o paciente, sentir o paciente, examinar, isso pra quem tem muita estrada é fácil, agora a **anotação da papelada** é que é a parte mais chata mais difícil (E4-Médico).

As anotações e evoluções nos prontuários dos pacientes foram referidas como uma das atividades que o profissional gasta mais tempo, mas no sentido de “demanda mixativa”, termo que é comumente utilizado pelos médicos quando consideram algo como pequeno, chato, tedioso ou sem valor. Em contrapartida, no caso de E4 existe o reconhecimento da necessidade das anotações em prontuário para permitir a continuidade da assistência.

O registro na instituição hospitalar, segundo Bragas (2015), é de extrema relevância, pois visa, acima de tudo, demonstrar a evolução da pessoa assistida e direcionar o melhor procedimento terapêutico, além de assinalar todas as medidas associadas e a ampla variabilidade de cuidados preventivos adotados pelos profissionais de saúde. As anotações têm ainda a finalidade de estabelecer efetiva comunicação escrita entre os profissionais envolvidos no processo de trabalho em saúde.

A respeito das atividades que mais trazem desgaste para os trabalhadores, encontrou-se que o desgaste é variável e depende de cada plantão, e **atividades burocráticas, questões administrativas, orientação aos pacientes e lidar com os acompanhantes** foram mais referidas como desgastantes pelos entrevistados do que as atividades assistenciais.

A atividade mais desgastante eu acredito assim, às vezes, é um pouco **os acompanhantes com toda cobrança**. As cobranças não são ruins porque eles estão cobrando em benefícios dos pacientes, mas os acompanhantes tende a... **eles sugam, porque eles querem melhoria o tempo todo**, eles querem informação, eles querem que os pacientes dele tenham prioridades então os acompanhantes aqui da emergência e essa questão da falta de vaga, falta de leito, espaço pequeno, uma sala que é pra comportar três pacientes às vezes tem seis pacientes, então isso aí é complicado (E15-Enfermeira).

O que estressa mais é **a gente responder por coisas que não são nossas**, é o que mais impacta aqui, na minha opinião, a maioria das coisas que a gente recebe não é nossa e quando a gente encaminha pra quem é de direito às vezes não recebe bem, aí manda pra cá de novo (E3-Assistente Social).

Segundo Mendes-Gonçalves (1994), existe uma aproximação do trabalhador de saúde com o seu “núcleo duro” e, com isso, a resistência em realizar outras atividades fora desse núcleo. O perfil biomédico é o núcleo duro da formação e da prática das áreas profissionais

incluídas nessa categoria, pois a clínica refere-se a um campo de prática e saber cujo objeto do trabalho constitui o corpo anatomopatológico.

Estudo realizado por Peduzzi (1998) com diferentes categorias profissionais da área da saúde que atuavam em serviços públicos de saúde da zona Oeste de São Paulo, assinala a dificuldade, principalmente dos médicos, de realizar atividades que não envolvem a clínica e a assistência médica individual.

A cobrança por parte dos acompanhantes por informações e cuidados aos pacientes acaba desgastando o profissional pelo excesso de pressão, gerando sobrecarga de trabalho, uma vez que as demandas são muitas e com a cobrança por mais e melhores cuidados de saúde, os trabalhadores se desgastam ainda mais. Por outro lado, os pacientes e acompanhantes têm o direito de reivindicar do serviço atenção e informações sobre o estado de saúde, o problema é que às vezes eles cobram mais dos profissionais que têm mais acesso, que passam mais tempo com eles, como é o caso dos técnicos de enfermagem.

O relato abaixo evidencia que atividades que parecem ser mais simples, como acompanhar o paciente para realização de exames de imagem, por serem pouco produtivas, onde o profissional precisa deixar de prestar assistência aos demais para acompanhar um a um, acabam sendo mais desgastantes. Isto porque é necessário desconectar o paciente de vários equipamentos ou arrumá-los para levá-los conjuntamente e, depois, no retorno a unidade de internamento, recolocá-los todos novamente.

A desgastante pra mim, a mais desagradável, que eu posso considerar, **vou traduzir esse desgastante para desagradável, é acompanhamento do paciente para exame de imagem**, essa é a mais chata, que a gente sai da unidade, é pouco produtiva, é só pra acompanhar o paciente e retornar, quer dizer é muito tumultuado principalmente pra equipe de enfermagem, que o paciente geralmente tá conectado a múltiplos equipamentos, cateteres, sondas e a gente tem que desfazer tudo isso levar e depois trazer de volta. Se a gente tivesse um tomógrafo, ultrassom e tomógrafo que viesse ao leito seria maravilhoso, mas isso aí é coisa de ponta, já existe em algumas UTI de ponta (E4-Médico).

Neste sentido, o trabalhador chama a atenção para a presença de equipamentos, como o tomógrafo, na UTI, para facilitar o cotidiano de trabalho, bem como aumentar a eficiência e eficácia do atendimento prestado. Outros entrevistados (enfermeiros e técnicos de enfermagem) também se queixaram do fato de ter que deixar a unidade para o acompanhamento dos pacientes para realização de exames, caracterizando-os como momentos “não proveitosos”, já que o profissional perde muito tempo que poderia ser aproveitado cuidando de outros pacientes.



Essa é uma queixa interessante, porque traz implícito um conceito do que seja produtivo para os trabalhadores de saúde, sujeitos de processos muito tecnicizados e procedimento-centrado, com ênfase no seu “núcleo duro”. Acompanhar paciente deve parecer algo que exige pouco, ou que exige tecnologias relacionais para as quais os profissionais não se encontram capacitados ou afinados.

### **Relações interpessoais, poder e autonomia no trabalho**

O hospital, assim como as demais instituições de saúde, está permeado por processos de dominação, em que o saber e a competência de cada profissional outorgam-lhe um poder correspondente, configurando relações, estando, portanto, presente no processo de trabalho (OLIVEIRA; COLLET, 2000; GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Segundo Foucault (1979), o poder é definido como uma relação de forças, ou melhor, toda relação de forças é uma relação de poder. As relações de poder, por sua vez, se estabelecem entre os profissionais a partir da configuração de diferentes saberes, posto que o próprio poder produz saber e não há relação de poder se não houver saberes distintos. Identificar quem detém o poder não é o mais importante, mas em quem se implantam e produzem seus efeitos reais. Ou seja, para este autor o que interessa de fato são os efeitos de verdade que o poder produz e como ele se legitima nas relações, criando discursos que funcionam como norma.

Desse modo, qualquer agrupamento humano estará sempre permeado por relações de poder, uma vez que o pressuposto básico para a manifestação do poder são as relações inerentes à vida social. O poder influencia a comunicação entre os profissionais, a autonomia para a realização do trabalho e as negociações, acordos para que o melhor caminho seja traçado para o desenvolvimento da organização (GAÍVA; SCOCHI, 2004; FERREIRA; GARCIA; VIEIRA, 2010).

No processo de trabalho hospitalar, onde ainda predomina o modelo clínico-biomédico, médicos e enfermeiros controlam a produção de cuidados, sendo assegurado aos primeiros instituir o processo diagnóstico e terapêutico e, aos últimos, a administração dos cuidados terapêuticos e a constante informação sobre o cotidiano do doente. Todos os outros profissionais e seus saberes nesse ambiente – bioquímico, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, fonoaudiólogo e outros – entram em cena a partir de um indicativo médico. É este que ocupa o poder central no processo de trabalho em saúde no hospital, dando início a todo o

processo de restabelecimento da saúde ao corpo biológico doente (OLIVEIRA; COLLET, 2000).

Entretanto, observa-se na literatura que à medida que cada profissional executa parte das ações assistenciais, sem a interdependência direta do trabalho médico, é estabelecida a autonomia no trabalho, visto que o modo como cada trabalhador organiza e executa o seu trabalho, depende mais do seu exercício profissional definido legalmente do que do diagnóstico médico (LEOPARDI, 1998; OLIVEIRA; COLLET, 2000; GAÍVA; SCOCHI, 2004).

Quando perguntado sobre “quem manda no seu serviço”, os trabalhadores de saúde dos hospitais em estudo afirmaram de um modo geral duas respostas: o coordenador da unidade, diretor e gestor do hospital; e o próprio trabalhador, a partir de seu saber técnico-científico adquirido durante a formação.

Alguns trabalhadores elencaram que a realização do seu serviço vinha de uma demanda mais superior, seguindo uma organização hierarquizada, como a secretaria municipal de saúde, o diretor do hospital até a coordenação de sua categoria profissional.

São vários né? Tem a secretaria de saúde, tem o coordenador, direção do hospital, depois vem o diretor de enfermagem, depois vem a coordenação de enfermagem, depois vem o supervisor, ainda vem o enfermeiro, é uma sequência (E13-Técnica de Enfermagem).

**Quem manda é a normatização do hospital, ela vem de uma hierarquia...** eu tenho umas normas, umas rotinas que são do serviço, que são fiscalizadas pelas coordenações né? (E6-Assistente Social).

Nota-se, nesses relatos, que o trabalho realizado depende de normas e rotinas definidas pela instituição e que os profissionais seguem as recomendações impostas pelos coordenadores. Em contrapartida, outros trabalhadores afirmaram que quem manda no seu serviço é ele mesmo, apesar das determinações do hospital, o modo como é realizado o trabalho é o próprio trabalhador quem define, de acordo com sua formação acadêmica e autonomia conquistada.

**Sou eu, eu tenho uma formação que eu determino o que fazer,** eu tenho determinações da instituição, mas quem manda no meu serviço sou eu. Agora, o hospital tem a hierarquia do superintendente, dos diretores, mas da minha prática, indicações das cirurgias, sou eu que mando, sou eu que determino o que vou fazer pra aquele paciente, de acordo com minha formação cirúrgica (E5-Médico).

É interessante observar que no relato do médico é ressaltada a hegemonia do poder médico para decidir como realizar o trabalho quando afirma que “sou eu, eu tenho uma formação que eu determino o que fazer”, levando em consideração seus conhecimentos e experiências do núcleo duro de atuação (examinar, diagnosticar e tratar). No entanto, em função do saber que detém para se apropriar do objeto do trabalho e conduzir a produção do assistir, historicamente conquistado, alterando algumas vezes as condutas de forma individual, sem a participação da equipe multiprofissional, muitas vezes, o médico prejudica a comunicação entre os outros profissionais, dificultando o trabalho cooperativo.

Alguns trabalhadores afirmaram que, apesar de existir uma coordenação, uma rotina pré-determinada, o profissional é livre para determinar como prestar sua assistência trazendo uma “sensação de liberdade” e de autonomia no ambiente do trabalho coletivo.

Aqui no caso tem uma coordenação e que tem determinados compromissos, mas, no entanto, existe uma certa liberdade, como eu trabalho na emergência faço um atendimento direcionado, específico, talvez seja essa coisa que permite essa **sensação de liberdade** (E12-Assistente Social).

Outros profissionais relataram que em alguns momentos eles não possuíam autonomia para decidir como realizar o trabalho, principalmente quando o trabalhador queria criar ou inovar no trabalho:

Parcialmente, as atividades do cotidiano ninguém interfere, mas **se eu for criar alguma coisa, não tenho autonomia** (E9- Assistente Social).

O meu trabalho eu tenho, às vezes quem não conhece muito a logística... Hoje mesmo, atualmente, **a gente está sendo coordenado por pessoas que não são do nosso setor**, porque está sendo colocado que **as pessoas que estão no setor ficam viciadas com as coisas que tem de errado e acostuma**, e acha que aquilo ali é o correto, e não tem aquela visão do diferente, então sempre nós estamos sendo sempre coordenados por pessoas que estão vindo de outras unidades e, às vezes, tem pessoas que chegam com humildade e que sabe estar ouvindo, e sabe como chegar. Então, às vezes têm pessoas que chegam e dizem assim: “eu cheguei e quero mudança, eu quero isso...”. [...] É outra pessoa que chega com outro olhar e às vezes não ouve um pouquinho aquele que tá ali (E1-Enfermeira).

Percebe-se que a depender do profissional que coordena a unidade, o grau de liberdade e autonomia do serviço realizado pelo trabalhador vai ser variável. Nesse caso, uma das entrevistadas conta que alguns coordenadores escutam os anseios dos trabalhadores, deixando-os livres para atuar da forma que acham melhor, enquanto outros chegam e já querem impor mudanças radicais no processo de trabalho da unidade, interferindo na autonomia dos sujeitos.

Poucos trabalhadores afirmaram possuir autonomia ampliada no trabalho. No caso do E6, por exemplo, apesar das normas e rotinas bem definidas do hospital, ele tinha liberdade para definir até mesmo o horário de iniciar as suas atividades.

Por exemplo, eu tenho o centro cirúrgico, que eu tenho a normatização do centro cirúrgico, foram coisas acordadas em conjunto, então eu não fujo da normatização, agora, eu tenho autonomia de utilizar um instrumento que eu quiser utilizar, eu tenho autonomia de atender... **Eu tenho autonomia de entrar as 9:00, mas eu que faço desse horário um horário legal**, porque é depois que os médicos já passaram, horário que eu vou ver o que eles encaminharam, se foi alta ou não, que os pacientes já tomaram banho, mas eu tenho autonomia pra entrar na hora que eu quiser... Eu me sinto autônoma (E6- Assistente Social).

Durante a observação constatou-se que os profissionais de nível superior detêm certa hegemonia e possuem maior autonomia durante o trabalho, com destaque para a categoria médica, que exerce maior poder; os demais profissionais executam atividades complementares ao ato médico e dispõem de autonomia relativa. Por outro lado, notou-se que os outros profissionais buscam frequentemente mais valorização profissional e autonomia, resistindo ao poder médico, a partir da melhor definição de papéis e, com isso, percebeu-se que existem, nesses hospitais, espaços de negociação entre os diferentes trabalhadores.

### 5.3 O significado do trabalho

O trabalho no hospital foi considerado pelos entrevistados como uma realização pessoal e profissional, sendo caracterizado como um espaço de aprendizado e um motivo de orgulho e alegria. Além disso, foi referido como um “tesouro” diante da escassez de concursos públicos e, ainda, “tudo” ou a maior parte da vida dos trabalhadores, conforme se observa nas falas:

Hoje o meu trabalho toma boa parte da minha vida, são 240 horas, eu vivo quase 15 dias, metade do meu mês, minha vida acaba girando boa parte em volta do meu trabalho, então a importância de 50% da minha vida está no trabalho porque é também ali, você não pode jogar pra cima porque você precisa, tem que ganhar dinheiro, hoje um concurso público é quase um tesouro, quase nota de 100 porque é difícil de achar, porque eles não são fazendo mesmo (E2-Técnica de Enfermagem).

Eu acho que é metade da vida dele tá ali ou mais, eu faço força pra que ele não tome mais da metade, mas é sua realização pessoal, é sua realização profissional, é sua realização como ser humano, socialmente útil, socialmente interagindo (E4-Médico).

**Tudo.** Eu amo serviço social, fiz vestibular por amar a profissão, por gostar, não foi por segunda opção, não foi porque queria outra coisa e acabei passando pra serviço

social não, foi algo que eu quis, que eu busquei e sou feliz com a minha profissão [...] (E3-Assistente Social).

O estudo de Almeida (2012) encontrou resultados semelhantes, ao passo que os enfermeiros enfatizaram o trabalho além de uma forma de sustento e realização pessoal, mas como um sustento da alma, de amparo às satisfações simbólicas, espaço onde o trabalhador passa a maior parte do dia, e nele cria e recria seus desejos e motivações.

Algumas reflexões efetuadas no momento da entrevista relacionaram o trabalho ao ser útil para as pessoas, de poder contribuir para a recuperação dos usuários que estão internados no hospital e a possibilidade de obter uma independência financeira, assim como foi encontrado na pesquisa de Teles (2012).

Uma satisfação pessoal, **um prazer de ser útil**, de poder sobreviver, **minha independência**, eu sou uma pessoa que trabalho desde os 16 anos para não depender de pai, de mãe, de marido, de ninguém (E6-Assistente Social).

O trabalho ele significa **uma forma de ajudar as pessoas**, uma forma de eu me manter financeiramente, e uma forma de crescimento pessoal (E10-Médico).

É um trabalho desgastante, é um trabalho que demanda muita boa vontade... mas é gratificante, é bom você saber que você contribuiu, o que dependeu de você aquilo ali você fez (E7-Enfermeira).

O significado do trabalho se misturou com a satisfação, que aparece estreitamente associado ao alcance da finalidade do trabalho. No entanto, o trabalho também esteve associado a algo negativo, atividade que com o passar do tempo se tornou repetitiva, desgastante e que desmotiva o profissional, além de não estimular a participação criativa nas decisões da instituição.

Eu gostaria que significasse algo mais, **mas hoje é muito pragmático, sem graça, repetitivo, desgastante porque é repetitivo você não tem capacidade de criar, de inovar**, porque são tantas forças difíceis dentro da instituição pra fazer com que as coisas aconteçam que você se desmotiva até mesmo pra poder pensar, isso pra mim é desgastante (E9-Assistente Social).

De acordo com a fala de E9 a relação do homem com o trabalho pode tornar-se, algumas vezes, indesejada, ou mesmo pode perder o sentido e não o desfiar mais, principalmente, quando o trabalho passa a ser mecanicista, controlado por excesso de normas e rotinas, que não estimulam os trabalhadores nem lhes dão autonomia, características estas do modo de produção capitalista industrial, que acaba distanciando o trabalhador do seu processo de trabalho, tornando-o desgastante e exaustivo.

Por outro lado, o trabalho pode, também, ser percebido como algo que impulsiona as pessoas a fazerem algo, a dar o seu melhor para que bons resultados sejam alcançados, como ter reconhecimento e progresso na organização (NUNES et al., 2010).

O trabalho, como se percebeu ao longo do estudo, ocupa um lugar central na vida das pessoas. Por isso, a depender das circunstâncias em que esteja organizado e executado, pode gerar satisfação ou insatisfação no trabalhador (BACHA, et al., 2015). Nessa categoria, após análise dos depoimentos dos participantes, emergiu que a satisfação com o trabalho está condicionada pelo reconhecimento, pelos elogios por parte dos colegas e pela valorização profissional. O salário compatível com as atividades realizadas e uma gestão pautada em uma boa liderança seriam também condições para a satisfação no trabalho.

Eu me sinto satisfeita porque eu me dou no meu trabalho, então o resultado que eu busco eu tenho encontrado né, existe também os **elogios**, eu tenho recebido, então isso pra mim favorece. **Financeiramente** a gente já não diz, porque o valor financeiro que a gente ganha não corresponde ao trabalho que a gente tem aqui (E15-Enfermeira).

Assim essa parte de **motivação e valorização** acho que isso gratificaria melhor porque é **ser humano** né? Então **se você elogia, você motiva**, tem uma liderança boa, dá mais satisfação, se você der um conforto de enfermagem melhor, uma chefia que valoriza isso, eu acho que já deixa o servidor mais feliz de trabalhar e isso não tem, acho que **não é só o salário entendeu? Nem só as condições de trabalho**, mas isso também é importante (E7-Enfermeira).

Importa ressaltar que a insatisfação no trabalho hospitalar, ou seja, os aspectos que inviabilizam o atendimento das necessidades e expectativas que os trabalhadores de saúde têm em relação ao seu desempenho pessoal e profissional, ocorrem quando a atividade exercida causa danos à saúde do trabalhador, quando a profissão é desvalorizada por parte dos outros profissionais da equipe e pela exposição e insegurança presentes no local de trabalho.

**Hoje eu não posso dizer que estou completamente satisfeita com meu trabalho porque hoje já doe o meu punho, meu ombro, meu cotovelo, minha coluna. Fora que também tem muita perda salarial e a desvalorização. A questão que me deixa mais insatisfeita hoje é você não ser reconhecida por quem tá com você e isso pra mim é pior** (E2-Técnica de Enfermagem).

Não, pelas condições a qual eu sou exposto, não é nem que são disponibilizadas, é a minha exposição às condições, isso dificulta e lógico, você não consegue fazer um trabalho com eficácia maior (E12-Assistente Social).

As condições em que o trabalho é realizado e também o grau de satisfação do profissional com o seu trabalho, sem dúvida, exercem influência direta na qualidade da

assistência prestada (NUNES et al., 2010). Ocorre que, por serem hospitais públicos de grande porte, em que o objeto é o paciente com patologias graves, com risco de morte iminente, a demanda de usuários é grande, ao contrário da quantidade de profissionais, além da estrutura político-administrativa pouco flexível, acabam favorecendo a insatisfação dos trabalhadores de saúde (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010).

Identificou-se ainda que para uma pessoa sentir-se satisfeita no cotidiano do trabalho é preciso considerar o seu mundo pessoal. Os participantes retrataram a importância da escolha profissional no sentido de fazer o que se gosta, apesar das dificuldades enfrentadas no dia-a-dia do labor.

Estou satisfeita, até porque eu gosto muito do que eu faço (E6-Assistente Social).

**Eu amo meu trabalho.** Amo trabalhar na emergência e amo trabalhar no Hospital A, por mais dificuldade que tenha em trabalhar no Hospital A, eu ainda consigo desenvolver o meu trabalho (E8-Técnica de Enfermagem).

Esses resultados são semelhantes a outras pesquisas que demonstram que a remuneração e o incentivo pela instituição, o reconhecimento pelo trabalho realizado, o trabalho em instituição pública, o trabalho em equipe, a autonomia, a participação na tomada de decisões e o cuidar do paciente, são importantes fatores para que as pessoas vivenciem sentimentos de satisfação no trabalho (NUNES et al., 2010; BACHA, et al., 2015; MORAIS et al., 2016).

Outro ponto digno de realce diz respeito ao efeito identitário de pertencimento a uma dada organização. Mário Testa, ao estudar a Fiocruz, falava da “alma institucional”, como elemento abstrato que une os sujeitos em um mesmo propósito, ou poderíamos dizer, ao redor de um mesmo significante: Hospital A. O hospital se personaliza e atua como um substituto familiar, como um referente de valorização social, de reconhecimento de si como pertencente a um coletivo que se admira.

Tal premissa foi constatada por Pereira (2016), que ao investigar gestores de hospitais públicos na Bahia observou que alguns diretores acabavam se apropriando de uma identidade mítica em relação à organização estatal em que atuavam, como resultante do caminho trilhado, conferindo assim, suas perspectivas pessoais às organizações.

A satisfação ou insatisfação no trabalho, portanto, é capaz de produzir prazer ou gerar sofrimentos que, de maneira continuada, levam a danos à saúde, às vezes, irreparáveis.

#### 5.4 Prazer e danos do trabalho

O trabalho é uma atividade antiga e faz parte do cotidiano das pessoas e compreende a subjetividade do sujeito, onde ele amadurece, sente-se útil e se realiza socialmente (KESSLER; KRUG, 2012). Nesse contexto, o trabalho não pode ser visto como neutro em relação à saúde dos trabalhadores, posto que pode ser fonte de sofrimento e/ou adoecimento para uns e de prazer para outros, ou até mesmo, coexistirem ambos os sentimentos.

Todo tipo de trabalho, por estar relacionado com a vida das pessoas não somente como forma de sobrevivência, mas também para realização pessoal e profissional, repercute na saúde mental e física dos trabalhadores (MARTINS; ROBAZZI; BOBROFF, 2010; SANTOS et al., 2013). Com as transformações ocorridas nos modos de produção influenciados pelo capitalismo, é exigido que os trabalhadores produzam cada vez mais, embora em condições de trabalho nem sempre adequadas, que em maior ou menor grau, podem trazer prejuízos à saúde e causar acidentes de trabalho.

O trabalho em saúde já é normalmente desgastante, e, em unidades críticas como emergência, UTI e centro cirúrgico de hospital terciário, existem uma série de fatores que favorecem o sofrimento e o desgaste emocional, já que o ambiente é agitado e as atividades são intensas e difíceis para todos os trabalhadores inseridos nesse meio. Entretanto, o processo de trabalho dos trabalhadores de saúde no hospital não é somente sinônimo de sofrimento, existem também situações de prazer para o profissional, quando há o reconhecimento e satisfação em cuidar do outro, tornando o trabalho uma atividade prazerosa e lúdica (GARCIA et al., 2012; SANTOS et al., 2013).

A psicodinâmica do trabalho na ótica dejouriana destaca a relevância das formas de organização do processo de trabalho e das relações humanas na geração de vivências de prazer, sofrimento, desgaste, satisfação e no adoecimento das pessoas. Para Dejours (1992), os trabalhadores ao conhecer as situações que lhes causam sofrimento no labor, podem buscar estratégias para se proteger, bem como alternativas para reconstruir o processo de trabalho, de modo a oportunizar mais momentos de prazer, em vez de sofrimento.

Sentir prazer em trabalhar relaciona-se com a autonomia e liberdade do trabalhador em poder participar criativamente, possibilitando se expressar e fortalecer a sua identidade pessoal. Essas experiências promovem satisfação, ao passo que o trabalhador sente-se valorizado pelo seu importante papel na organização que trabalha, assim como para a sociedade que está inserido, equipe, usuários, família e demais grupos (GARCIA et al., 2012; SANTOS et al., 2013).



O sofrimento, por sua vez, ocorre quando há sensações desagradáveis provenientes da não satisfação de necessidades, ou seja, quando há uma falha entre as expectativas do trabalhador e a realidade imposta pela organização. O sofrimento no trabalho se manifesta através de cansaço, falta de motivação, estresse, desgaste emocional, dentre outros (SANTOS et al., 2013).

Vários sentimentos positivos emergiram durante as entrevistas, demonstrando que há prazer no cotidiano de trabalho dos trabalhadores de saúde dos hospitais de gestão direta da SESAB. O prazer no trabalho referiu-se a possibilidade de cuidar, amenizar o sofrimento do paciente e contribuir para a melhoria do seu quadro de saúde. Além disso, ser reconhecido como profissional e ser lembrado pelo cuidado oferecido, por meio de manifestações verbais e de outras formas de gratidão por parte dos pacientes, também foi destacado como gerador de prazer na atividade laboral.

[...] Você conseguir assistir o paciente e no outro dia você encontrar e ser lembrada, “ahhh, eu tive com você no ‘Hospital B’, você atendeu minha irmã” então eu acho que isso é mais **gratificante** que qualquer outra situação [...] É um **reconhecimento** como profissional, o paciente lhe reconhecer não a instância maior [...] (E11-Enfermeira).

O que me dá prazer é quando o paciente ta de alta e chega no outro dia vem uma ambulância do interior trazer alguém do município para o HEMOBA ou para o SICAN ai chega aqui: “Oh! Trouxe pra vocês aqui, que eu fiquei aqui internado dois meses aguardando a ressonância, aqui oh pra dona “E1”, pra os meninos que cuidaram de mim do PA” (E1-Enfermeira).

Observou-se, que apesar destes trabalhadores conviverem constantemente com situações de dor e sofrimento, existem também momentos de sucesso e reconhecimento, que se tornam gratificantes e promovem sensação de felicidade no trabalho.

De modo similar, pesquisas realizadas com trabalhadores de enfermagem em hospitais públicos constataram que um dos principais fatores capaz de gerar prazer é quando recebem retorno positivo do seu trabalho, seja pelo reconhecimento por parte dos colegas, da chefia e, especialmente, por parte dos pacientes (MOLINIER, 2008; KESSLER, KRUG, 2012; MORAIS et al., 2016).

Estudo sobre prazer e sofrimento no trabalho do enfermeiro da ESF também encontrou resultados semelhantes que relacionavam o prazer à possibilidade de proporcionar conforto, ajudar e satisfazer o outro, além do *feedback* positivo dos usuários e reconhecimento pelo trabalho que faz. Assim sendo, a utilização dos meios e instrumentos leves, leve-duros e duros aliada à força de trabalho, quando desencadeiam uma resposta satisfatória, potencializam o prazer do profissional (ALMEIDA, 2012).

Emergem sentimentos prazerosos quando o próprio trabalhador consegue reconhecer o resultado do seu trabalho e que seu objetivo foi alcançado durante o processo, o que é ratificado também em outros estudos (GARCIA et al., 2012; KESSLER, KRUG, 2012; SANTOS et al., 2013).

O que dá prazer no trabalho de um médico né? Seja ele clínico, seja cirurgião, digamos, atender o paciente e resolver o problema do paciente, a satisfação nossa é essa (E5-Médico).

É constatar que aquele paciente melhorou porque eu ajudei, que aquele paciente deu um sorriso porque eu conversei com ele, aquela dor daquele paciente aliviou porque eu fui lá, administrei aquela medicação, ajudei no banho, isso pra mim é gratificante (E13-Técnica de Enfermagem).

É ter alguma resolutividade dentro daquilo que você faz, perceber que você conseguiu ajudar aquela família, aquela pessoa que sai bem orientada, que sai daqui com a perspectiva de que já sabe aonde buscar o seu direito [...] (E3-Assistente Social).

Visualiza-se, no grupo entrevistado, que o reconhecimento de utilidade e de dedicação profissional contribui para manter os trabalhadores ainda mais motivados para dar continuidade ao seu trabalho. Para Dejours (1992), os resultados alcançados pelo trabalho quando vistos e reconhecidos, tornam-se elementos essenciais para a transformação do sofrimento em prazer. De novo, a questão da finalidade alcançada (produto), aparece como propiciadora de satisfação com o trabalho, gerando sensações que são reconhecidas como prazer.

O reconhecimento, segundo assinala Dejours (1992), constitui-se em um processo de retribuição simbólica assentado em julgamentos sobre o fazer das pessoas no trabalho. Esses julgamentos podem se dá pelas vias da utilidade e da estética. O primeiro diz respeito à contribuição do sujeito na organização em que trabalha, atendendo ao desejo de ser útil e pode emanar de diferentes pessoas com as quais este se relaciona, como chefes, subordinados e clientes. O segundo, o julgamento estético, está relacionado à beleza, ou seja, à capacidade de um trabalhador produzir um trabalho belo, bonito e original, que é julgada com base em critérios estéticos.

Assim, o reconhecimento representa o elemento-chave da relação do sujeito com o trabalho e a organização, capaz de interferir diretamente nos processos motivacionais e nas percepções de valorização do trabalhador. O reconhecimento também está associado às expectativas de retribuição pela contribuição dada pelo empregado à organização, não sendo representada apenas por materiais, como o salário, por exemplo, mas, sobretudo, reconhecer

por meio da escuta, gratidão, respeito, valorização e participação nas decisões (BENDASSOLLI, 2012).

Como o ser humano é movido por desejos, a possibilidade de satisfazê-los sempre lhe causa prazer. À medida que o trabalhador constrói uma identidade social no trabalho, que, certamente, o distingue das outras pessoas, tornando-o importante e reconhecido pelos colegas, família e sociedade, o trabalho é visto como fonte de prazer (BARROS; HONÓRIO, 2015).

Freud (1920) afirma que o curso tomado pela mente humana está intrinsecamente regulado pelo princípio do prazer, à medida que o curso desses eventos mentais é automaticamente colocado em movimento a partir de situações que geram uma tensão desagradável e que toma uma direção a fim de que o resultado final seja a redução dessa tensão, através da evitação do desprazer ou da produção do prazer. O sentimento de prazer vincula-se, dessa forma, a redução da excitação, enquanto que o desprazer associa-se ao aumento.

Identificou-se nas falas que o fato de trabalhar em uma equipe coesa, com boa interação, baseada no vínculo e ajuda mútua entre os colegas, traz vivências de prazer para os trabalhadores do hospital.

O que me dá prazer aqui são as colegas boas que eu tenho, graças a Deus no setor que eu trabalho são colegas ótimas [...] (E7-Enfermeira).

[...] O que dá prazer hoje é ter colega com que se possa contar e eu sei que “to” ali viu me cubra aí. Graças a deus a gente tem uma equipe razoável (E2-Técnica de Enfermagem).

Justamente conseguir resolver tudo, ter uma boa interação, ter uma equipe boa, uma equipe coesa [...] (E11-Enfermeira).

O prazer, desse modo, surge de uma dada organização do trabalho, aquela que permite a interação e fortalece o sentimento de equipe, de união, já abordada anteriormente.

Os estudos destacam que o trabalho em equipe e o relacionamento interpessoal, quando firmados em bons relacionamentos e amizade entre os profissionais, são fatores que, sem dúvida, contribuem para a motivação e prazer no trabalho (UCHÔA et al., 2012; GARCIA et al., 2012; KESSLER, KRUG, 2012). As relações no trabalho, dos profissionais entre si, com os coordenadores e com os usuários, são essenciais para o alcance dos resultados em instituições complexas como o hospital, por isso a necessidade de manter estas conexões de forma positiva e saudável, para que contribua para a qualidade de vida no trabalho.

Ressaltou-se ainda a importância de morar perto do trabalho como fonte de prazer para os trabalhadores, que facilita o seu dia-a-dia, evitando desgastes com locomoção.

O prazer maior de trabalhar aqui é que eu moro perto não vou mentir pra você (risos) só de saber que eu não vou ter que acordar 4 horas da manhã pra vir pro trabalho (risos) é bom saber que aqui também é organizado embora seja hospital geral [...] (E7-Enfermeira).

Além do mais, a sensação de prazer também esteve relacionada ao fato de ser servidor público e a possibilidade de atuar em um hospital de grande porte que já era um desejo enquanto estudante.

São várias situações que me fazem sentir bem nesse hospital, por que **eu sempre desejei na minha profissão um dia trabalhar no “Hospital A”** (E8-Técnica de Enfermagem).

[...] **Me dá prazer ser servidor público também viu?** É um vínculo que tá escasso, a gente tá vendo que tem tanta crise aí agora, barraram os concursos [...] então é um vínculo bom, não posso me queixar (E7-Enfermeira).

Novamente, a questão do pertencimento e da identidade institucional aparece, agora relacionada ao prazer. Essa premissa é comprovada por Moraes e colaboradores (2016) quando afirmam que atuar em uma instituição de prestígio, de grande importância para a comunidade e a valorização do servidor público, confere status profissional, além de permitir vivências de sentimentos gratificantes e prazerosos com o próprio trabalho. Nesse sentido, é importante perceber que mesmo em tempo de liberalização econômica, diminuição e desvalorização do Estado, a função de pertencer aos quadros do serviço público, por oferecer maior estabilidade e segurança, ainda se reveste de valor social.

A oportunidade de participar das decisões da organização durante as reuniões, possuir liberdade ao desenvolver o processo de trabalho, diminui a carga psíquica e torna o ambiente de trabalho mais saudável para o profissional, conforme se observa na fala abaixo:

**Criar, fazer atividade em grupo, ter autonomia, participar de reuniões construtivas** que de fato tragam resultados para a instituição com pessoas que desejem também essas mudanças, acho que é isso que é prazeroso pra mim (E9-Assistente Social).

Molinier (2008) afirma que o trabalho não pode ser avaliado sem levar em consideração a autonomia e a inteligência daqueles que o operam. A subjetividade também precisa ser valorizada, uma vez que os trabalhadores de saúde sentem-se mais motivados quando os seus anseios são ouvidos pelas chefias e quando podem opinar e participar das

mudanças propostas para a instituição. Ademais, quando o trabalhador possui liberdade no trabalho, sem esforço para se adaptar, sem precisar reagir ao que lhe é imposto, com oportunidade de criar, interagir, ao contrário do sofrimento, ele experimenta o prazer (BARROS; HONÓRIO, 2015).

Em contrapartida, mesmo existindo vivências de prazer, satisfação e gratificação por meio do trabalho, são visíveis, no hospital, situações que causam sofrimento no trabalhador. Segundo Dejours (1992), a organização do trabalho, que envolve a divisão de tarefas, o ritmo das atividades, as relações hierárquicas e, sobretudo, as determinações impostas ao trabalhador, quando não considera os projetos, esperanças e desejos de seus trabalhadores, desencadeia a insatisfação com o trabalho e o sofrimento.

A respeito do sofrimento no trabalho, os entrevistados relataram a insuficiência e a baixa capacidade dos hospitais para atender a grande demanda diária de pacientes, que acaba dificultando a continuidade da assistência e a fluidez do serviço. A demora em conseguir encaminhar o usuário para outros setores do hospital ou até mesmo para outros serviços da rede de atenção à saúde, a lentidão para execução de exames, cirurgias, consultas especializadas, são situações que geram sentimentos de tristeza, impotência e sofrimento no trabalhador. O trabalhador sofre com o sofrimento do outro sujeito, seu objeto de trabalho, aquele a quem deve restituir a saúde e o bem-estar.

Quando eu vejo **peessoas morrerem**, perderem a vida **porque não teve uma UTI**, porque **não pôde fazer a cirurgia** porque **o centro estava travado**, me deixa **arrasada**, isso **me deixa muito sofrida** [...] (E6-Assistente Social).

Aquela sensação de você não conseguir fazer o máximo né? Porque às vezes a instituição não oferece subsídio para que você possa atender o seu paciente de maneira adequada, às vezes você quer fazer, mas não pode. Paciente que ficam aguardando regulação, **pacientes que ficam meses internado aguardando oito, quinze dias pra uma cirurgia, quando chega no dia da cirurgia eles ficam em jejum, preparar todo o pré-operatório às vezes quando chega alguém avisa que o paciente não vai fazer a cirurgia hoje**, o paciente não vai fazer procedimento hoje, aí a gente fica triste porque a gente já viu o sofrimento (E14-Técnica de Enfermagem).

Corroborando com Almeida (2012), a insuficiência e a dificuldade de acesso à rede de serviços de saúde para realização de exames e consultas com especialistas, ocasionam sofrimento, visto que os encaminhamentos, muitas vezes, ficam sem respostas, comprometendo o produto do trabalho em saúde.

O problema da regulação na rede de atenção à saúde na Bahia também foi evidenciado pelos gestores dos hospitais, conforme se observa na pesquisa de Pereira (2016). Os gestores

afirmaram manter as portas dos hospitais pesquisados sempre abertas à população da capital e do interior do estado. No entanto, quando se trata da necessidade de referenciar os usuários para outros pontos da rede, um grande entrave se forma, dada a fragilidade e desarticulação da rede.

Assim, a lentidão no fluxo do serviço ocasionada, muitas vezes, por falhas na estrutura, ou mesmo pelo excesso de exigências burocráticas nas solicitações e encaminhamentos, além das desigualdades no acesso e na utilização dos serviços de saúde pelos usuários são fatores que levam ao sofrimento no trabalho e, por isso, destaca-se a necessidade de repensar a estrutura dos atendimentos, principalmente o fluxo do usuário na instituição hospitalar e na rede de atenção à saúde (KESSLER; KRUG, 2012).

A superlotação dos hospitais, principalmente nas emergências, aliada a grande quantidade de atividades realizadas pelos trabalhadores de saúde e a falta de leitos para absorver a demanda de usuários, foi apontada pelos entrevistados como fonte de cansaço, desgaste e esgotamento físico.

A gente percebe que o hospital está sempre **superlotado**, nunca em plantão algum você entra nessa unidade de emergência e você percebe que ela tá vazia, então isso é ruim porque a superlotação faz você o quê? **Trabalhar cansada**, vai dar assistência, vai, mas sabe o **esgotamento físico**, então seria essa questão, a superlotação e a pouca oferta que a gente tem em termo de vaga, de leitos [...] (E15-Enfermeira).

Confirmando esse relato, um estudo realizado na emergência de um hospital de grande porte de Fortaleza salientou que a grande quantidade de pacientes para cada profissional além de ser cansativa, é desumana, tanto para o trabalhador, que precisa atender mesmo cansado e sobrecarregado, quanto para o paciente, uma vez que fica comprometido por uma atenção superficial, ao mesmo tempo em que se sente descontente com a qualidade dos cuidados recebidos (BARBOSA et al., 2009).

Salomé, Martins e Espósito (2009) constataram que os trabalhadores sentem-se **impotentes** e **desgastados** perante uma demanda de trabalho superior às capacidades de resposta da equipe. Muitas vezes, o profissional sente-se tão esgotado que se torna irritável, amargo e pouco generoso, sente-se triste em não poder ajudar ou orientar por falta de tempo, devido à sobrecarga de trabalho.

Essa situação pode ser verificada na seguinte fala:

Seja você passar por um paciente e ele lhe pedir ajuda e você não poder ajudar, aí é muito doloroso. Quer entrar e você não ter aquele recurso e você não vai entrar porque não tem vaga, isso aí é que me choca (E13-Técnica de Enfermagem).

A partir desse ponto, pode ocorrer uma **despersonalização** nesse profissional, caracterizada pelo **distanciamento emocional e indiferença diante do sofrimento do outro**, com perda da capacidade de empatia, fazendo com que o indivíduo seja tratado como um objeto (no sentido de coisa) e não como um ser humano que precisa de atenção e ter sua saúde restabelecida.

Trabalhar diariamente em um local inadequado, que não permite a privacidade do paciente foi apontado como gerador de sofrimento e de impotência diante da dificuldade em mudar tal realidade.

A impotência aqui pra mim é estar diante de uma situação, ter toda estrutura pra você fazer algo, mas as condições as quais você está exposto não permite que você faça. Então, por exemplo, eu vou fazer uma abordagem com uma família, principalmente... [ruídos] aí tá vendo? Condição de trabalho inadequada... [risos], por exemplo, vou fazer uma abordagem com uma família e tem um membro da família vítima de violência, a semana passada, por exemplo, fizemos uma abordagem de violência familiar, foi um caos, como que você consegue fazer com que a pessoa se sinta confortável pra tá falando de uma violência contra ela em um ambiente desse? (E12-Assistente Social).

As falas dos assistentes sociais foram semelhantes nesse ponto. Todos se queixaram em algum momento da entrevista sobre a **falta de um espaço** para que pudessem ouvir e orientar o paciente sem interferência de outras pessoas, **ou seja, garantindo a privacidade requerida pela intervenção**. O problema é que com o passar do tempo, a permanência dessas condições aumentam o sofrimento no sentido do profissional achar que o seu trabalho não está sendo executado adequadamente conforme manda a profissão.

A falta de profissionais no trabalho, gerando maior sobrecarga para os que estão presentes, também foi mencionada pelos entrevistados como fator que potencializa o sofrimento no hospital.

Quando falta enfermeiro, aqui a gente não tem costume de dobrar, e a gente fica muito sobrecarregada, o que mais causa é isso, os pacientes não vão deixar de chegar, o trabalho não vai desistir, e se você for responsável como eu sou, você vai querer fazer e de noite é uma pessoa morta, mas a gente faz... Mas isso é **o que mais estressa, é a falta dos profissionais** (E7-Enfermeira).

Diferentemente do que foi encontrado nesse estudo, a pesquisa de Elias e Navarro (2006) em um hospital escola de Uberlândia (MG), evidenciou que a maioria dos profissionais desse hospital não costumava faltar ao trabalho. A falta ao trabalho foi encarada

como irresponsabilidade e como falta de consideração com os colegas e com os próprios pacientes, pois causa estresse e dificulta o andamento do plantão, não devendo ser, portanto, uma rotina.

Em outros depoimentos foi demonstrado o sofrimento decorrente do próprio trabalho em saúde em instituição hospitalar, pois ao vivenciar o sofrimento do outro o trabalhador também sofre. O fato de prestar atendimento a pessoas que estão sofrendo como, por exemplo, crianças em situação de vulnerabilidade ou dor intensa, pacientes com risco de vida e dar notícia de óbito aos familiares são fatores de difícil convivência enfrentados na atividade laboral.

**Dar notícia de óbito é muito triste**, isso é uma ação concreta, que pra ninguém, pra nenhum profissional é algo fácil né? Porque você tá levando uma informação que vai causar dor né? A alguém ou a uma família inteira enfim e isso me incomoda. Claro que a gente enquanto profissional tenta manter, usar a impassibilidade e tudo, mas somos seres humanos né? E quer queira quer não a gente acaba se tocando com essas questões (E3-Assistente Social).

**As agressões às crianças**, quando eu vejo crianças maltratadas, estupradas, queimadas, né? Traz muito sofrimento [...] (E6-Assistente Social).

Cabe ressaltar que é neste cenário que os trabalhadores de saúde do hospital vivem diariamente, ou seja, lutam pela vida e contra a morte a todo o momento, tomam para si a responsabilidade de salvar, curar ou mesmo aliviar a dor, já que **a morte, na maioria das vezes, é vista como um fracasso, sendo, portanto, de difícil aceitação**. Assim, mesmo quando consciente de que tentou de tudo para preservar a vida, mas foi vencido pela morte, inevitavelmente o sofrimento é sentido pelo profissional.

Nas condições eventuais de falta em que a gente não consegue agir por mais boa vontade que tenha, nas condições que são inerentes ao paciente, ou seja, o médico tem que encarar a limitação, ele tem que encarar a imperfeição, ele não pode tudo, ele não pode fazer tudo, ele não pode salvar todas as vidas, ele precisa entender que ele é um ser humano como outro qualquer (E4-Médico).

O envolvimento com os pacientes, por um lado, pode ser fonte de desgaste emocional, sendo as perdas por morte consideradas pontos negativos no trabalho. Nesse contexto, Elias e Navarro (2006) sinalizam que em todo hospital a morte ora é negada, ora é silenciada. Assim, uma das estratégias dos profissionais que lidam diariamente com a morte é tentar constantemente se fortalecer para não absorver totalmente o sofrimento alheio.

Um dos entrevistados suscitou a ideia de sofrimento quando relatou o medo sentido a partir dos casos dos pacientes que cuidava no seu cotidiano de trabalho.



[...] Eu tento não absorver, embora, eu já fiquei muito medrosa depois que entrei aqui, essa questão de sair à noite, por exemplo, fiquei mais medrosa, por conta das coisas que eu vejo, de assalto, de violência, de agressão física, aí eu fiquei mais medrosa. Acidente com criança pequena, por exemplo, eu tenho muito mais medo agora, depois que eu passo alguns dias na pediatria, não muito, mas no mês eu vou umas duas vezes lá, eu já tenho mais medo assim, ainda mais que eu tenho criança pequena [...] (E7-Enfermeira).

Isso significa que os problemas e os sentimentos transpassam as barreiras do local de trabalho e são levados para o contexto pessoal e familiar do profissional. Segundo Almeida (2012), a história de não levar problema do trabalho para casa acaba sendo, muitas vezes, não incorporada pelos profissionais, uma vez que dentro do seu universo simbólico, possui valores e sentimentos que o acompanha onde quer que esteja.

Outro aspecto mencionado sobre situações que trazem sofrimento se refere aos **conflitos com os colegas** que compõem a equipe de trabalho. Durante a etapa de observação foi presenciado um momento de tristeza, expressa através do choro de um trabalhador que estava indignado com as atitudes de seu colega.

Traz sofrimento quando eu percebo na equipe das colegas **uma querer derrubar a outra**, isso me deixa muito triste (E6-Assistente Social).

As relações entre os colegas encontradas nos depoimentos e durante a observação foram ambíguas. Evidenciaram-se disputas internas entre os trabalhadores de uma mesma categoria profissional e também entre categorias distintas, sentimentos de rivalidade e diferenças de tratamento.

Esses conflitos, por sua vez, potencializam os problemas vividos no ambiente de trabalho, o que gera, muitas vezes, aumento da tensão e exaustão emocional para esses trabalhadores (ALMEIDA, 2012; ZANELLI; SILVA, 2008).

Apesar de o trabalho conferir caráter construtor à vida do homem, se realizado em condições precárias, como os aspectos já mencionados nas sessões anteriores, pode ser prejudicial à saúde dos trabalhadores (BARROS; HONÓRIO, 2015; ARAUJO, 2005). O hospital, por ser, sabidamente, um ambiente de contato com pessoas doentes, como lugar onde o homem pode ser obrigado a conviver com parasitas, e como lugar onde se necessita desenvolver ações que exigem do corpo e da mente esforços que debilitam, lesionam, desgastam, fica fácil compreender que este espaço destinado à cura, ao diagnóstico, ao tratamento, à prevenção e à promoção pode causar efeitos adversos aos responsáveis pela saúde.

Alguns trabalhadores mencionaram problemas de saúde, na perspectiva do adoecimento físico, que estavam presentes até o momento da entrevista, decorrentes do trabalho realizado no hospital:

Às vezes que eu tô com **infecção urinária recorrente, cistite** que eu não bebo água suficiente, eu trago minha garrafa, mas não é suficiente, isso é uma das coisas que mais me incomoda (E9-Assistente Social).

Já né, eu estou aqui **gripada**, porque eu tenho ali vários idosos e muitas vezes precisa aspirar, às vezes estão por ITE, a gente usa o EPI, mas a gente tá num ambiente que é uma sala, se você olhar ali tem 22 pacientes, então por mais que você use você sabe que está tudo ali confinado [...]. Já **augmentei o peso, quando eu tinha dois vínculos** eu tinha 83 quilos e agora que estou com um vínculo só estou com 72 kg, no outro eu era SN fixo, então era noite fixa no Aliança, noite sim, noite não, e aqui eu era do dia, então eu dava sempre ou 24 ou 36 horas então nesse processo aí eu fiquei com 83 kg, eu tinha cansaço [...] (E1-Enfermeira).

Hoje a minha **coluna e ombro** (E2-Técnica de Enfermagem).

Observou-se a presença de infecção urinária e cistite pela falta de água disponível para o trabalhador no local de trabalho, apesar dele levar sua garrafa, a mesma não é suficiente e nem recomendável para um dia inteiro de labor. Apesar de ser vital para o ser humano, esse ambiente hospitalar não disponibilizava de água na sala dessa entrevistada, contribuindo para o descuido da trabalhadora com suas próprias necessidades básicas e, conseqüentemente, prejudicando sua saúde.

Essa mesma situação foi encontrada em estudo similar com trabalhadores da ESF de Feira de Santana, quando uma enfermeira referiu infecção urinária de repetição por falta de água no local de trabalho (ALMEIDA, 2012).

O fato de estar gripada devido à exposição aos agentes biológicos do local de trabalho, também foi referido por uma entrevistada. Além disso, o aumento do peso devido à dupla de jornada foi um problema de saúde relatado. Percebe-se que na busca por atender as necessidades dos usuários e da instituição, esses trabalhadores esquecem-se de se preocupar com a própria saúde, e não somente aqueles que atuam em hospitais, mas também na ESF, corroborando com outros estudos (ALMEIDA, 2012; ELIAS; NAVARRO, 2004).

Ainda em relação às doenças físicas foram identificados casos de **Hipertensão Arterial Sistêmica** (HAS) desenvolvidos a partir das situações vivenciadas no trabalho, conforme as falas:

Difícilmente quem trabalhou na emergência não desenvolveu uma **hipertensão**, até **emocional** que foi o caso da minha. Foi emocional, mas é algo que eu tenho que tá observando. Eu controlo, afiro todos os dias, já fiz os exames, quando é preciso

tomo medicações. A pressão sobe de estresse ou felicidade, a ansiedade é pior né? Porque a gente quer correr pra adiantar o serviço, **o paciente tem uma parada tem que correr, quando você vê nem percebe já tá com a pressão alta** (E8-Técnica de Enfermagem).

**Hipertensão**, já tô com **desgaste na cartilagem**, o meu joelho já tá pedindo pra aguentar em algumas situações, **justamente pela rotina em si** (E11-Enfermeira).

A HAS depende da interação entre os fatores genéticos, neuro-humorais, comportamentais e, sobretudo, ambientais. Foram encontrados no presente estudo três casos de HAS adquiridos no trabalho. A elevação dos níveis pressóricos em trabalhadores de saúde de unidades hospitalares também está associada ao fato desses profissionais, por trabalharem em regime de plantão, o sono ser frequentemente interrompido para o atendimento das emergências, além das pressões e estresse constantes nesses ambientes.

Um estudo realizado com profissionais da área da saúde que atuavam nos serviços de atendimento pré-hospitalar da cidade de São Paulo identificou uma prevalência de HAS através da medida casual da pressão arterial de 33%, estando relacionada à especificidade desse tipo de trabalho, em que os profissionais permanecem geralmente 24 horas de “prontidão”, em condição permanente de estado de alerta e estão submetidos a ruídos constantes de sirenes e acionamento das viaturas (CAVAGIONI; PIERIN, 2011).

Osório e colaboradores (2011), encontraram, entre os trabalhadores de enfermagem de um hospital público da Bahia, situações de comprometimento da coluna, pressão alta, problemas no estômago e outras doenças desenvolvidas a partir das cargas físicas do trabalho, somadas ao estresse, cobrança e tensões características das tarefas que executam.

Outros entrevistados referiram não apresentar doença física ou psicológica, apesar de citarem o frequente cansaço e dores nas pernas decorrentes da rotina de trabalho e a impossibilidade frequente de descanso:

Não, adoecimento não, **só cansaço mesmo, dor nas pernas**, aquela coisa que a gente que fica em pé o dia todo, 12 horas, claro a gente senta uns cinco minutos aqui, mas quando você senta já tem que levantar, você ficar em pé cansa, dói as pernas, **vai desgastando** entendeu? (E13-Técnica de Enfermagem).

Não, só **cansaço físico porque a gente não para**, não senta nem nada é 24 ou 12 horas pra lá e pra cá, a gente só senta na hora das refeições e olhe lá (E14- Técnica de Enfermagem).

O trabalho no hospital é característico de um lugar que não se pode sentar, pois quando o profissional se vê diante de um grande volume de procedimentos e responsabilidades, sente que se sentar para um momento de descanso, mesmo que mínimo, não irá dar conta do serviço. Percebe-se, nos relatos, que durante todo o plantão o trabalhador

se mantém em pé, ou seja, 12 ou, até mesmo, 24 horas trabalhando, não reservando tempo para descanso nem mesmo durante os intervalos das refeições, como afirma um entrevistado “**a gente só senta na hora das refeições e olhe lá**”.

Essa premissa é afirmada também por Osório e colaboradores (2011) que observaram poucos momentos de pausa durante o dia de trabalho no hospital, constatando que não estão previstas pausas, com exceção para o almoço, cuja duração, mesmo sendo regulamentada e fixada, é curta, já que é esperado que o trabalhador retorne rapidamente ao trabalho para que o colega possa também almoçar. As pausas e descansos só foram verificados nos horários de visita, no final do plantão ou com as fugas ocasionais para outros setores do hospital.

O ritmo e as altas exigências de trabalho, além de tornar o trabalho mais desgastante, impedem do trabalhador reservar tempo para o próprio descanso. Tal fato se observou durante a pesquisa de campo pela dificuldade de muitos profissionais encontrarem tempo para conceder a entrevista, pois tinham muitas atividades para executar no seu plantão.

Evidenciou-se também situação de comprometimento à saúde mental do trabalhador:

Já, já causou, mas já fiz alguns investimentos... Porque eu cheguei aqui recém-formada, queria mudar o mundo, eu queria trazer essa instituição e construir essa instituição da forma como eu acredito, de forma participativa, construtiva e aí você vai vendo, se esbarrando, se esbarrando de que as pessoas e nem gestores estão empenhadas com esse mesmo propósito e isso me adoeceu muito... eu tive que fazer alguns investimentos pra poder suportar isso, hoje eu suporte através do meu silêncio, da minha atividade cotidiana sem pensar muito, sem criar muito, só tocando o barco, assim que eu consegui sobreviver. **Irritabilidade extrema, falta de paciência, a ponto de me irritar muito e chegar em casa e não conseguir dormir direito**, ficar pensando de forma repetitiva, isso foi um período bem difícil pra mim, isso foi longo e isso tem uns dois anos mais ou menos que melhorou (E9-Assistente Social).

Nesse relato é possível observar que o profissional adoece pelo simples fato de querer contribuir para a melhoria da organização e seus anseios não serem correspondidos. Durante essa entrevista, a trabalhadora referiu que precisou fazer tratamento psicológico, pois como chegou recém-formada na instituição, assim como todo profissional que sai da universidade cheio de energia e ideias, colocou-se à disposição para melhorar a gestão e a dinâmica dos serviços, entretanto, deparou-se com a resistência dos colegas e, principalmente, dos gestores, o que levou ao seu adoecimento.

Assim, percebe-se que quando o trabalho não corresponde àquilo que é idealizado pelo profissional durante sua formação, ele adoece psicologicamente, e como se pode observar no relato, essa vivência trouxe repercussões psíquicas negativas, como a perda do sono, por pensar constantemente nos problemas do trabalho, a irritabilidade e a falta de paciência.

Dejours (1992) ressalta as seguintes implicações da organização do trabalho sobre o homem: 1) a presença do cansaço constante limita a versatilidade mental; 2) o sistema frustração-agressividade reativa faz com que a energia pulsional seja bloqueada; 3) as imposições da organização do trabalho, independentemente da vontade do trabalhador, causam inibição da sublimação. Dessa forma, esses são os componentes responsáveis pelo surgimento de descompensações neuróticas.

Outro trabalhador referiu ainda não ter de fato adoecido, apesar de já ter tido **tendinite** pela complexidade que envolvia a unidade em que trabalhava. Observou-se que o trabalhador, mesmo sendo jovem, já apresentava medo de adoecer, demonstrando ter consciência das cargas de trabalho que estava exposto.

**Ainda não**, sou muito jovem pra isso, **mas tenho medo**, [risos] mas por isso que eu saí da UTI também. Quando eu vim pra cá, eu queria ir pra UTI, embora a UTI daqui seja muito invasiva, porque não tem aparelhos ainda pra ter PRISMA, que é a diálise que a enfermeira faz... PAM, não é muito invasiva... Depois, me acostumei com a emergência e não quis mais UTI, mas dizem que a UTI daqui não tem essas invasões todas não, mas era mais pesada, até que eu fiquei com uma certa dorzinha, que falam que é tendinite, mas eu contrai na UTI, por conta da mudança de decúbito, aquelas bolsas de diálise pesada né? (E7-Enfermeira).

Alguns entrevistados relataram já ter adoecido quando se dedicavam demais ao trabalho, sem destinar tempo para cuidar da própria saúde, o que, corroborando com outros estudos, é muito comum entre os profissionais de saúde (ELIAS; NAVARRO, 2006; ALMEIDA, 2012).

Hoje não, mas no passado sim. **Estresse, pneumonia, insônia, muita insônia, cansaço excessivo por noites perdidas [...] algumas infecções tipo gripes, infecções respiratórias** eu já peguei assim **por estresse e por cansaço** [...] Há algum tempo atrás, nesse período que eu tive essa questão, eu andei com a pressão um tanto elevada e eu nunca fui hipertenso então me apareceu a **hipertensão**. Eu cheguei a usar algum medicamento, mas depois eu fiz algumas mudanças e essa pressão voltou ao normal [...] (E4-Médico).

Eu acho que já me causou mais, hoje causa menos, mas olhe bem... Mas me preocupa acontecer de novo... Por exemplo, eu sofria de uma **gastrite esofágica de alto grau, era grau 3, uma hérnia de hiato que eu tinha dores horróricas de estômago**, e eu claro, entra a alimentação, que também não era muito correta... Muito pelo que eu vivi de estresse, eu tinha essa consciência e os médicos me diziam, e o que que acontece, você procura umas estratégias pra você não adoecer, e eu **fui montando as minhas estratégias pessoais**. E eu fui fazer agora meu exame com a gastro e minha surpresa, **minha gastrite, esofagite, hérnia de hiato diminuiriam** (E6-Assistente Social).

Observou-se que os profissionais já haviam apresentado estresse, insônia, cansaço, hipertensão, até contraído doenças como pneumonia, gripes, infecções respiratórias, gastrite

esofágica, que somente após mudanças de hábitos e adoção de estratégias os sintomas minimizaram, e alguns desapareceram.

Na pesquisa de Elias e Navarro (2006), os trabalhadores de enfermagem de um hospital público de Uberlândia apesar de adoecidos e com elevada carga de estresse, alegaram que não faziam seus tratamentos de saúde de forma sistematizada, por falta de tempo ou falta de recursos financeiros, e por isso a saúde acabava sendo deixada de lado. Os autores observaram também uma manifestação generalizada de descontentamento com a instituição de saúde em que trabalhavam por não prover o cuidado à saúde a seus empregados, que cuidam da saúde dos outros.

Logo, o local de trabalho não deve ser um ambiente que favoreça o adoecimento, capaz de causar medo e insegurança aos trabalhadores como evidenciado nas falas dos sujeitos, mas sim um espaço fonte de satisfação e realização pessoal, de *status*, e que, acima de tudo, proporcione segurança aos profissionais (CAMELO; ANGERAMI, 2007; OMS, 2010).

### **5.5 Estratégias de enfrentamento**

As estratégias de enfrentamento, segundo Dejours (1992), assumem papel indispensável na evitação da desestabilização psíquica, de modo que o indivíduo possa equilibrar a relação subjetiva que estabelece com a organização do trabalho e, conseqüentemente, reduzir a possibilidade do adoecimento. É importante que o trabalhador perceba que mesmo trabalhando em situações adversas, eles são capazes de se proteger, de encontrar uma saída, de mudar a realidade a ponto de ressignificar o próprio trabalho, transformando o sofrimento em prazer.

O trabalho não pode corresponder a todos os investimentos do indivíduo, por isso a importância de se dedicar a outras dimensões de sua vida, para minimizar as dores do trabalho, e ao mesmo tempo, conseguir manter-se motivado e apto a trabalhar. É evidente o desafio para os trabalhadores desenvolverem estratégias defensivas no trabalho, principalmente quando se trata do trabalho em instituições hospitalares, onde precisa conviver diariamente com a dor, o sofrimento e a morte, e, sobretudo, onde estão expostos a diversos riscos à sua saúde.

No momento em que o trabalhador utiliza estratégias de defesa para driblar o sofrimento está buscando uma adaptação para confrontar o que o faz sofrer. Assim, cabe ressaltar a influência da organização do trabalho na adoção de estratégias distintas entre os

trabalhadores, pois a depender dos desejos e realidade encontrada, cada um busca ocultar o sofrimento no trabalho através de mecanismos de defesa na cena ou fora dela (GLANZNER; OLSCHOWSKY, 2014).

Neste sentido, Almeida (2012) reforça a necessidade de estimular os trabalhadores de saúde a elevar seu limiar de resistência a partir da adoção de estratégias eficientes contra o risco de desequilíbrio psíquico e somático. Essas medidas são necessárias para que os sofrimentos do trabalho não sejam ainda mais evidenciados e para que o trabalhador não adoça.

Os trabalhadores de saúde pesquisados elencaram diferentes estratégias para a superação dos problemas do trabalho, com predomínio das estratégias individuais, ou seja, não foram elucidadas estratégias coletivas de defesa, somente táticas individuais pensadas pelo próprio trabalhador, não havendo, portanto, por parte da organização estímulos para a distração e minimização das dores no trabalho.

Alguns profissionais tentam superar as situações de sofrimento no trabalho através da oração, da busca divina, a partir da religião da qual fazem parte:

Eu utilizo muito **a oração, eu sou católica e sou espiritualista** eu admiro bastante algumas questões do catolicismo que eu acho muito paradigmáticas, que eu encontro algumas respostas hoje, mais assim, convincentes no espiritismo então **eu procuro estar sempre me fortalecendo com essa parte** (E1-Enfermeira).

Minha melhor estratégia, tem 22 anos, que é ter conhecido Jesus. Você se **cercar de Deus e buscar a palavra de Deus é a melhor estratégia**, eu parei de caminhar por causa do joelho, mas era bom também. **Fazer o bem fora daqui também, se você pode ajudar seu irmão, ajude seu irmão**, com certeza você vai ter um lugar melhor ainda lá no céu (E2-Técnica de Enfermagem).

Nota-se que a religião, a oração e a fé em Deus são estratégias utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar as questões conflitantes do labor, e do mesmo modo se fortalecerem para os outros dias de trabalho.

Corroborando com os estudos de Martins e Robazzi (2009) e Almeida (2012), essas são, sem dúvida, importantes estratégias para confrontar com o estresse do dia-a-dia de trabalho no hospital e buscar o equilíbrio mental e espiritual. A presença das crenças e religiões, segundo Salimena e colaboradores (2013), muitas vezes auxiliam os profissionais a aceitarem a morte e amenizarem o sofrimento comum no trabalho em hospitais. Entretanto, não deve ser considerada como única estratégia, pois pode levar o indivíduo à alienação e banalizar o sofrimento.

Outros trabalhadores tentam se desvincular das angústias do trabalho se dedicando a áreas alheias a profissão propriamente dita, como escrever livros de ficção e não da área médica. Tocar violino, violão e cantar, também foram estratégias utilizadas para se distrair fora do ambiente de trabalho.

Eu tenho algumas coisas que gosto de fazer e que me preenchem a alma muito e compensa um pouquinho também às vezes a angustia que o trabalho da medicina me provoca. Por exemplo, **eu sou escritor**, então eu sou ficcionista, **o que eu não posso viajar na medicina eu viajo na minha escrita**, então eu já tenho alguns livros publicados, eu tenho alguns prêmios na área literária, eu tenho muitos contatos na área literária, uma outra coisa que pra mim serve muito é **tocar violino**, eu gosto muito quando eu tenho a oportunidade de tocar, então isso pra mim **satisfaz a minha alma imensamente** (E4-Médico).

[...] E sou adepto da música, **eu gosto de tocar violão**, eu toco desde pequeno e **gosto de cantar**, e tenho um arsenal de... a gente já teve uma banda de médicos, eu era o cantor [risos] (E5-Médico).

Apesar de compreenderem os sofrimentos vivenciados no trabalho, os entrevistados buscam alternativas como a música para não internalizá-los e para relaxar depois de um dia intenso de trabalho. A música, mencionada nesses relatos, indubitavelmente, constitui-se em um meio não só de distração, mas também tem efeito terapêutico datado desde a antiguidade, sendo utilizada até mesmo em tratamento de doenças, por produzir relaxamento, alegria, prazer e até redução da dor e outros sintomas (CÔRTE; LODOVICI NETO, 2009).

A prática de atividade física, como corrida, caminhada e outras atividades de lazer, como passeios, também foram citados como forma de prevenir o adoecimento e o sofrimento decorrentes do trabalho.

Quando eu saio do hospital, eu procuro abstrair tudo que eu vivenciei ainda que no emocional nem sempre você trabalha, então tem situações que são gritantes e você mantém aquilo, mas as minhas estratégias é: **eu tô sempre caminhando na praia, eu to sempre fazendo outras atividades de lazer**, estudo, pra justamente abstrair (E12-Assistente Social).

Mas eu sou um ser humano que eu sei que tenho que enfrentar essas situações que vocês estão vendo que eu já falei aqui, agora eu sempre fiz um trabalho preventivo, desde os 17 anos que eu **pratico atividade física**, eu sou um atleta amador, **eu faço corridas**, eu corro 10 km, eu corro 21 km, eu corro 42 km, eu vou correr domingo uma meia maratona que sai do farol de Itapuã até o farol da barra, eu faço 21, eu sou um atleta amador que eu pratico atividade física regular, mesmo com esse corre corre do trabalho, mas eu sempre encontro tempo pra fazer isso [...] (E5-Médico).

Eu sou uma pessoa que **pensa sempre positivamente**, penso sempre no melhor, não fico naquele negativismo de achar que nada vai dar certo, **procuro também me trabalhar enquanto profissional**, enquanto pessoa, faço minha **atividade física** fora daqui, eu procuro também **outras fontes de prazer lá fora** [...] (E3-Assistente Social).



No estudo de Martins e Robazzi (2009), a realização de caminhadas e a prática de atividade física na academia também foram apontadas como importantes estratégias para a redução do estresse por conta do trabalho. Carvalho e Felli (2006) encontraram que as atividades de lazer, na forma de encontro com amigos e familiares em ambientes externos ao local de trabalho e passeios são bastante utilizados para enfrentar as situações de desprazer provenientes do labor.

Segundo Almeida (2012), a prática de atividade física, além de contribuir para a qualidade de vida, traz benefícios como a redução da ansiedade e do estresse e, a longo prazo, contribui positivamente para a manutenção do humor e autoestima, prevenindo, inclusive as doenças de ordem psicossomáticas.

No estudo de Luz e colaboradores (2016), os enfermeiros que trabalhavam em unidades de internação oncológica relataram as atividades de lazer como forma de tirar o foco do trabalho e manter uma vida saudável. Além disso, destacaram a necessidade de interação com outras pessoas em outros ambientes, ultrapassando os limites da instituição hospitalar, a fim de favorecer o enfrentamento das situações que causam sofrimento.

Os trabalhadores de saúde utilizam, na maioria das vezes, o distanciamento, a fuga e o desligamento dos aspectos do trabalho que podem favorecer o adoecimento. Tentam se defender fugindo quando sabem que algo pode gerar estresse e sofrimento, saindo daquele espaço. Buscam ainda de alguma forma não internalizar e não absorver os problemas, procurando, quando voltar para casa, se “desligar 100%” das questões do trabalho.

E eu comecei a usar umas estratégias, tipo, **a situação tá aqui dentro começando a ficar pesada, briga, eu me retiro**, aquilo que eu acho que eu vou conseguir resolver ou que eu posso contribuir eu entro, o que eu não posso eu não entro mais, **de vez em quando eu saio aqui dentro, vou ali fora, ando um pouquinho sabe? faço muito isso, para sair do ambiente pesado**, das situações pesadas, então a gente vai criando estratégias para não adoecer mais (E6-Assistente Social).

**Eu tento não internalizar muito porque a gente vai absorver e a gente pode até mesmo provocar uma doença pra gente**, mas a gente como ser humano não tem pra onde correr, enquanto você ver sofrimento e você não pode ajudar, você internaliza e também sofre com aquilo, aí eu tento dentro da minha carga horária, eu tô com aquele problema ali, daquele sofrimento daquela mãe, de um paciente do que seja, **mas quando eu saio daqui eu tento me desligar 100%** (E15-Enfermeira).

Almeida (2012) também encontrou a fuga e o esquecimento como estratégias para tentar se desvincular do trabalho, por parte dos enfermeiros da ESF de Feira de Santana. A autora pontuou, entretanto, que as atividades físicas e de lazer e a fuga, a despeito de facilitarem a recuperação do desgaste físico e psíquico, não produziam um enfrentamento no

sentido da modificação do processo de trabalho, das condições sociais de sua produção e do sujeito. Eram estratégias individuais que não conseguiam alcançar o nível de determinação dos problemas, mas apenas amenizavam ou até impediam (em parte) suas consequências.

Almeida (2012) encontrou ainda que apesar de terem afirmado se envolver com as questões do trabalho apenas profissionalmente, em outros momentos da entrevista um entrevistado relatou que uma dada situação no trabalho permaneceu em sua lembrança durante todo o final de semana. Dessa forma, percebe-se que, embora os trabalhadores da área da saúde tentem continuamente não absorver os problemas do trabalho como forma de defesa, essa tática, não garante, por si só, a total desvinculação das questões do trabalho.

O trabalhador busca o individualismo e o isolamento como mecanismos para driblar as adversidades do trabalho por medo de se expor, da pressão exercida pela organização ou da falta de confiança nos colegas. Cabe ressaltar que é importante que os trabalhadores assumam o cuidado de si no âmbito pessoal e profissional, refletindo que a vida não pode se reduzir ao trabalho, para que assim eles possam ter uma melhor qualidade de vida (BARROS; HONÓRIO, 2015).

Salimena e colaboradores (2013) afirmam que o não envolvimento e o distanciamento dos pacientes contribuem para que a patologia não influencie no estado psicoemocional do trabalhador. O afastamento é uma maneira de evitar o sofrimento decorrente da perda do outro e de outras incertezas presentes no ambiente hospitalar, como as relações com a equipe, coordenadores e gestores. Desvincular a prática laboral da vida pessoal, na tentativa de diminuir o demasiado envolvimento, apesar de nem sempre ser alcançado é reconhecido por todos, em que o convívio familiar ou com amigos fora do hospital coloca-se como compensador à carga pesada de trabalho.

Já outro entrevistado procurou como estratégia para lidar com os sofrimentos e angústias do trabalho a ajuda de um psicoterapeuta e um homeopata. Assim, além de optar pelo lazer, atividade física, oração ou fuga, a única alternativa encontrada por esse trabalhador foi fazer tratamento e acompanhamento psicológico. Isso significa que as dores vivenciadas no trabalho são capazes de afetar o indivíduo de tal modo que ele sozinho não consiga mais enfrentá-las, tendo como única estratégia buscar ajuda de outros profissionais.

Eu procurei ajuda mesmo, fiz psicoterapia, **hoje faço acompanhamento com o homeopata pra trabalhar essas questões da minha emoção** e melhorou bastante, **então eu tento estar no meio sem fazer esforço pra não me contaminar**, isso há um tempo era praticamente impossível, hoje eu sobrevivo, toco meu barco, faço o que eu posso fazer, e vou tocando até não sei...(E9-Assistente Social).

Este trabalhador passou por situações tão conflitantes no local de trabalho que para superá-las foi preciso fazer acompanhamento médico, conforme se evidencia na sua fala. A partir daí a estratégia desenvolvida para não sofrer e adoecer novamente foi fazer o seu trabalho sem se esforçar, sem participar das decisões da instituição, sem se envolver e “tocar o barco” para não se “contaminar”.

O fato é que trabalhar em um local onde o profissional está constantemente exposto ao sofrimento, onde não pode nem se esforçar e se envolver para não sofrer mais, pode fazer com que ele descarregue seus medos e frustrações no seu próprio lar como forma de desabafar, fazendo dos pais, filhos e parceiros válvulas de escape para o sofrimento vivenciado (SALIMENA et al., 2013).

Assim, estratégias voltadas para a transformação no modo como o trabalho é realizado são mais eficazes a longo prazo, uma vez que estratégias individuais tendem ao efeito contrário, fazendo com que o sofrimento acentue em virtude da passividade (ALMEIDA, 2012).

Um dos entrevistados revelou que a melhor estratégia é trabalhar com limites, pois trabalhar em excesso e exigir demais da capacidade física e mental, além de levar ao desgaste, geram sofrimento e adoecimento no trabalhador.

**Trabalhar dentro do nosso limite**, quando você chega em um patamar que você está em um nível de estresse alto, **você dá uma freada** (E10-Médico).

O trabalho no hospital é intenso e desgastante, exigindo um certo devotamento dos profissionais que nele atuam. Muitas horas de plantão, às vezes até seguidos, sem descanso, privados de liberdade, leva ao trabalhador a esquecer de si mesmo, abrindo mão da própria saúde para cuidar da saúde dos outros. Daí a importância de perceber até onde ir, para o trabalho não causar sofrimento, e de criar estratégias de defesa contra as dores frequentemente presenciadas.

Ainda na perspectiva de alternativa dentro da própria instituição foram mencionados o apoio da equipe e as amizades formadas na unidade:

Por que o que ajudou aqui **eu fui bem recebida, me apoiaram, me ensinaram, foram mãe pra mim**, tanto que assim, se chegar na porta do Hospital A e perguntar por mim as maqueiras, porteiras e enfermeira, **tenho uma boa relação com todas elas [...]** (E8-Técnica de Enfermagem).

Observa-se que o vínculo entre os colegas da equipe de trabalho, através de um bom relacionamento, baseado na confiança, laços de amizade e ajuda mútua, favorece o alívio das tensões e permite que os indivíduos possam dar o seu melhor no trabalho.

A busca de apoio na equipe de saúde, conforme Almeida (2012), também foi uma das táticas utilizadas pelos enfermeiros do PSF na tentativa de enfrentar as precariedades do trabalho. Um bom relacionamento entre si faz com que os indivíduos sintam-se mais fortalecidos, dispostos a trabalhar mesmo diante das dificuldades, transformando, dessa forma, o sofrimento em prazer. Além disso, os trabalhadores quando possuem um relacionamento saudável no trabalho, percebem-se mais valorizados e respeitados em seu saber e compreendem que o trabalho fica mais criativo (SALIMENA et al., 2013).

Como afirma Luz e colaboradores (2016), as estratégias de enfrentamento pautadas na coletividade, entre equipes e multidisciplinar, evidenciam que a interação e a formação de grupos no local de trabalho propicia ao trabalhador a construção da sua identidade e historização dos sujeitos.

Por outro lado, uma equipe desarmoniosa, onde existem conflitos constantes entre os profissionais das mesmas categorias ou de categorias distintas, dificultam a adoção de estratégias coletivas para enfrentamento das questões negativas do trabalho. Ademais, a ausência de espaços para diálogo e interação entre os trabalhadores, ao invés de ser utilizada como alternativa aos problemas pode gerar ainda mais angústia.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde nos dois hospitais públicos sob gestão direta pesquisados permitiu uma maior aproximação com os elementos que envolvem a realização do trabalho – sujeitos/trabalhadores, finalidade, objeto, meios e instrumentos, produtos, espaço/ambiente – no nível de atenção de alta complexidade em saúde. As características desse processo foram similares e complementares nesses hospitais, ambos geridos pela SESAB, de modo que foi possível fazer uma análise integrada dos dados.

Apesar de a assistência hospitalar ter passado por importantes transformações nos últimos anos, na perspectiva da incorporação tecnológica, do trabalho em equipe multiprofissional e da ênfase na humanização do atendimento, constatou-se que nos hospitais públicos estudados ainda persiste a imagem de um trabalho marcado por uma visão reducionista do objeto de trabalho, limitando-se às doenças, aos traumas e às pessoas carentes e de classe socioeconômica mais baixa, caracterizando o modelo biologicista de cuidar. Assim, nota-se a necessidade de transformações nesse processo de trabalho com vistas a ampliar o objeto de ação, por meio da compreensão do indivíduo de forma integral, além da inserção da família como objeto do trabalho, rumo à construção de um novo modelo assistencial.

Verificou-se certa ambiguidade em relação à finalidade do trabalho, que esteve relacionada tanto a uma forma de adquirir estabilidade profissional e ganhar dinheiro, quanto prestar uma assistência de qualidade ao usuário. Ou seja, a finalidade ora caminhou para os interesses do trabalhador ora em função do usuário.

Os trabalhadores de saúde em seu processo de trabalho destacaram o uso de tecnologias do tipo leves, leve-duras e duras na prática assistencial hospitalar. Entretanto, queixaram-se da baixa disponibilidade e qualidade de alguns materiais e da falta de medicamentos mais caros e de tecnologia de ponta nas unidades. Outra queixa bastante recorrente nas falas foi em relação aos fatores que dificultavam o resultado positivo do trabalho, como a grande demanda de pacientes, aliado a uma estrutura física que não comportava a quantidade de usuários atendidos diariamente, ao trabalho isolado dos profissionais e à dependência do trabalho do colega para dar continuidade às atividades. A necessidade de uma gestão mais participativa também dificulta o trabalho, constituindo-se ainda como um desafio nas instituições públicas de saúde. Por outro lado, trabalhar em uma equipe harmônica e integrada foi apontado como facilitador do resultado positivo dos trabalhadores de saúde nos hospitais.

No que diz respeito às condições dos espaços físicos onde eram desenvolvidas as atividades laborais, percebeu-se que os trabalhadores de saúde estão expostos aos riscos decorrentes da estrutura física precária do hospital, com espaços pequenos, inadequados, iluminação e refrigeração defasada, além da carência de camas e cadeiras para o descanso dos trabalhadores. Encontrou-se ainda o risco de queda, de acidente com pérfurocortantes, biológico, psíquico, de agressão física por parte dos pacientes ou acompanhantes, e, até mesmo, o risco de acidente no trajeto para o trabalho.

Verificou-se que alguns trabalhadores por já estar há muito tempo trabalhando no mesmo hospital acabam se acostumando com as condições de trabalho e não mais percebem as inadequações e os riscos. Em outros casos, nos espaços dos serviços públicos de saúde, por serem unidades do SUS, já são esperadas condições precárias até mesmo pelos próprios trabalhadores.

Neste sentido, a construção e conformação dos espaços destinados à prestação de serviços de saúde constituem-se ainda um grande desafio. Esses espaços precisam ser edificadas adequando-se à realidade local, ao quantitativo de usuários atendidos, de acordo com a complexidade e especificidade do serviço prestado, com enfermarias amplas, bem ventiladas que, acima de tudo, proporcionem conforto a todos os envolvidos no processo de trabalho.

O trabalho em saúde nos hospitais estudados se mostrou complexo, de alta responsabilidade e de ritmo acelerado. A sobrecarga de trabalho relacionou-se, sobretudo, à precarização das relações de emprego e às subcondições de trabalho, e a organização do trabalho configurou-se de tal modo a afetar negativamente a saúde e gerar insatisfação para os seus trabalhadores.

São inúmeros os problemas para a gestão do cuidado no SUS. Muita ênfase é colocada no produto das ações de saúde, que é resultado de uma ação humana, do próprio trabalho, ou seja, é técnica, é social, é política, ideológica, carregada de significados às vezes pouco compreendidos e inteiramente dependentes das disposições estruturais e conjunturais que subjugam e desafiam os agentes.

O trabalho, de uma forma geral, ocupa uma centralidade na vida dos trabalhadores de saúde. É no trabalho que passam a maior parte do dia, chegando a significar “tudo” na vida do trabalhador. Assim, o trabalho no hospital público foi considerado motivo de orgulho e alegria, grandiosidade diante da escassez de concursos públicos, realização pessoal e profissional, além da oportunidade de aprendizado e de poder ser útil para as pessoas. Contudo, o trabalho também teve um significado negativo para alguns trabalhadores, visto

como atividade repetitiva, mecanicista, desgastante, que desmotiva o profissional, além de não estimular a participação criativa nas decisões da instituição.

Apesar dos trabalhadores entrevistados valorizarem o trabalho e o buscarem como fonte de prazer, satisfação e realização, nas condições em que ele é executado, esses sentimentos parecem difíceis de ser alcançados por quem trabalha no hospital. A insatisfação, de acordo com os depoimentos, é frequente, e está condicionada, em alguns casos, mais pela desvalorização da profissão, não reconhecimento, salários incompatíveis com as atividades realizadas do que pela própria exposição e insegurança presentes no ambiente de trabalho.

O setor saúde é chamado a responder a uma gama de necessidades, sendo exigido da população cada vez mais e melhores serviços. No entanto, as necessidades dos sujeitos responsáveis pela produção da saúde, isto é, os trabalhadores de saúde, não são atendidas, apesar de muitas vezes identificadas. Na verdade parecem pouco tematizadas no cotidiano e o trabalhador, por sua vez, acaba visto como um instrumento que produz ações de saúde, apenas.

Por outro lado, sentimentos positivos, manifestação de prazer e felicidade também emergiram entre os trabalhadores de saúde dos hospitais. A possibilidade de cuidar, amenizar o sofrimento do paciente contribuindo para a melhoria do seu quadro de saúde, receber o *feedback* positivo dos usuários pelo cuidado oferecido, tornam o trabalho gratificante e potencializa o prazer. A sensação de dever cumprido, ou seja, de contribuir para a manutenção de vidas, se contrapõe à dura realidade do trabalho no hospital, onde o convívio com a dor e a morte, as exigências por parte dos acompanhantes e usuários, a pressão dos colegas da equipe, exigem cada vez mais dos trabalhadores o desenvolvimento de estratégias de enfrentamento para não adoecer no trabalho.

Outro fator digno de nota refere-se às situações que geram desgaste e sofrimento. A demora em conseguir encaminhar o usuário para outros setores do hospital ou para outros serviços da rede de atenção à saúde, além de uma demanda de trabalho superior às capacidades de resposta da equipe foram destacados como causadores de desprazer, sentimentos de tristeza e impotência no trabalhador, que, sem dúvida, transformam o trabalho em mera fonte de sobrevivência.

Os sofrimentos vivenciados no trabalho, aliados à sobrecarga de atividades e ao ritmo acelerado dos hospitais, trazem impactos para a saúde física e mental dos trabalhadores de saúde. Passar o plantão todo em pé, com poucos momentos de descanso, privados de sono, sem destinar tempo para cuidar da própria saúde e para o lazer, foram os principais aspectos

relacionados ao adoecimento no trabalho. Por isso, é necessário que haja uma maior atenção à saúde desses trabalhadores, uma vez que afeta também a qualidade dos serviços prestados.

Para os trabalhadores, o que os faz continuar motivados para o trabalho no hospital são as estratégias de enfrentamento. A maioria das estratégias, no entanto, não acarretou em mudanças efetivas na organização e no processo de trabalho, mas se constituiu como formas de buscar o equilíbrio físico, mental e espiritual do próprio trabalhador. É importante destacar as estratégias de enfrentamento nos espaços internos do trabalho, como o distanciamento, a fuga e o desligamento dos aspectos do trabalho, e nos espaços externos os trabalhadores buscaram praticar atividade física, tocar instrumentos musicais, ir à igreja, à praia e outras atividades de lazer.

A segurança, saúde e bem-estar dos trabalhadores devem ser preocupações vitais da instituição e também dos próprios trabalhadores, posto que é uma questão que se estende para além dos indivíduos e suas famílias, sendo de suprema importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das organizações e comunidades.

O hospital por sua natureza é uma instituição complexa e, quando se trata de hospitais geridos pelo estado, os desafios que se apresentam, em relação à desvalorização do trabalhador e à gestão burocrática, são ainda mais significativos. Neste sentido, é preciso enfatizar a necessidade de uma atenção maior para a saúde daqueles que cuidam da saúde dos outros, uma vez que os trabalhadores passam a maior parte da vida no trabalho, dedicando-se, privando-se de lazer e liberdade, e, inevitavelmente, com o passar dos anos, são acometidos pelo sofrimento e adoecimento.

De todo modo, os achados aqui expostos propõem uma reflexão sobre o trabalho nos hospitais no sentido da reestruturação dos serviços, através da melhoria das relações socioprofissionais, do processo de trabalho e de uma política de valorização dos trabalhadores, contribuindo para o enfrentamento das situações geradoras de sofrimento e adoecimento, tendo em vista que os recursos humanos em saúde são parte essencial para caminhar em direção à missão de uma instituição.



## REFERÊNCIAS

- ABBAS, K. **Gestão de custos em organizações hospitalares**. Dissertação (Mestrado)– Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina Santa Catarina, 2001.
- ALMEIDA, T. S. C. **Repercussões do processo de trabalho na saúde do enfermeiro no programa saúde da família: prazer e sofrimento**. 2012. 168 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual de Feira de Santana, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Feira de Santana, 2012.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, v.12, n. 2, 2007.
- ARAÚJO, T. M. **Trabalho e distúrbios psíquicos em mulheres trabalhadoras**. 1999. Tese (Doutorado)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.
- ARAÚJO, T. M. et al. Mal-estar docente: avaliação de condições de trabalho e saúde em uma instituição de ensino superior. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 29 n. 1, p. 6-21, jan/jun. 2005.
- ARAÚJO, T. M.; ROTENBERG, L. Relações de gênero no trabalho em saúde: a divisão sexual do trabalho e a saúde dos trabalhadores. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 131-150.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. A démarche stratégique (gestão estratégica hospitalar): um instrumento de coordenação da prática hospitalar baseado nos custos de oportunidade e na solidariedade. **Ciênc. saúde colet.**, v. 8, n. 2, p. 479-499, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. Á.; LIMA, C. R. **Gestão das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde: caderno de textos**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, 2012. 82p.
- BACHA, A. M. et al. Satisfação no trabalho da equipe de enfermagem em um hospital universitário. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n. 6, p. 1130-8, nov./dez. 2015.
- BACKES, D. S.; LUNARDI FILHO, W. D., LUNARDI, V. L. O processo de humanização do ambiente hospitalar centrado no trabalhador. **Rev Esc Enferm USP**, v. 40, n. 2, p. 221-7, 2006.
- BARBOSA, K. P. et al. Processo de trabalho em setor de emergência de hospital de grande porte: a visão dos trabalhadores de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 10, n. 4, p. 70-76, out./dez. 2009.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.
- BARRA, D. C. C.; et al. Evolução histórica e impacto da tecnologia na área da saúde e da enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 08, n. 03, p. 422-430, 2006.

BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de médicos e enfermeiros em um hospital regional mato-grossense. **Revista de Gestão**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 21-39, jan./mar. 2015.

BENDASSOLLI, P. F. Reconhecimento no trabalho: perspectivas e questões contemporâneas. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 37-46, jan./mar. 2012.

BERNARDES, A. Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciênc. saúde colet.**, v. 12, n. 4, p. 861-870, 2007.

BORBA, G. S.; KLIEMANN NETO, F. J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, p.44-60, 2008.

BRAGAS, L. Z. T. **A importância da qualidade dos registros de enfermagem para gestão em saúde: estudo em hospital na Região Noroeste do RS**. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

BRAND, C. I.; FONTANA, R. T. Biossegurança na perspectiva da equipe de enfermagem de Unidades de Tratamento Intensivo. **Rev Bras Enferm.**, v. 67, n. 1, p. 78-84, jan./fev. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM, de 22 fevereiro de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 23 fev 2006. Seção 1, p.43-51.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Seção 1, Página 54-56.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 de junho de 2013, Seção 1, Página 59. Disponível em: <<http://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Jun/13/cns-resolucao-no-466-de-12-de-dezembro-de-2012>>. Acesso em: 08 out 2014.

BRESSER PEREIRA, L. C. Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, ano 47, v. 121, n. 1, jan./abr. 1996. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/papers/1996/95.AdmPublicaBurocraticaAGerencial.pdf>>. Acesso em: 20 jul 2015.

BRITO, J. C. Enfoque de gênero e relação saúde/trabalho no contexto de reestruturação produtiva e precarização do trabalho. **Cad. Saúde Pública**, v. 16, n. 1, p. 195-204, jan./mar. 2000.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE - CNES. Hospital Geral do Estado. **Leitos**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Hospitalar.asp?VCo\\_Unidade=2927400004294](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Hospitalar.asp?VCo_Unidade=2927400004294)>. Acesso em: 28 jul 2015a.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE – CNES. Hospital Geral do Estado. **Habilitação**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Sipac.asp?VCo\\_Unidade=2927400004294](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Sipac.asp?VCo_Unidade=2927400004294)>. Acesso em: 28 jul 2015b.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE – CNES. Hospital Geral Roberto Santos. **Atendimento**. Disponível em: <[http://cnes.datasus.gov.br/Mod\\_Bas\\_Atendimento.asp?VCo\\_Unidade=2927400004294](http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Bas_Atendimento.asp?VCo_Unidade=2927400004294)>. Acesso em: 28 jul 2015c.

CAMELO, S. H. H. O trabalho em equipe na instituição hospitalar: uma revisão integrativa. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 734-40, out./dez. 2011.

CAMELO, S. H. H.; ANGERAMI, E. L. S. Riscos Psicossociais Relacionados ao Trabalho das Equipes de Saúde da Família: percepções dos profissionais. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 4, p. 502-7, out./dez. 2007.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 2, p. 399-407, 2007.

CAREGNATO, R. C. A; MUTTI, R. Pesquisa Qualitativa: análise de discurso *versus* análise de conteúdo. **Revista Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 679-84, 2006.

CARVALHO, M. B.; FELLI, V. E. A. O trabalho de enfermagem psiquiátrica e os problemas de saúde dos trabalhadores. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 61-9, jan./fev 2006.

CARVALHO-FILHO, J. S. **Manual de Direito Administrativo**. São Paulo: Editora Atlas, 2012.

CAVAGIONI, L. C.; PIERIN, A. M. G. Hipertensão arterial em profissionais que atuam em serviços de atendimento pré-hospitalar. **Texto Contexto Enferm**, v. 20, n. 3, p. 435-44, jul./set. 2011.

COELHO, T. C. B. **A prática psiquiátrica em ambulatório de uma instituição pública: o caso do Juliano Moreira**. Dissertação (Mestrado)–Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1996.

COELHO, T. C. B. **O processo político de gestão em uma instituição hipercomplexa do Sistema Único de Saúde**. Tese (Doutorado)– Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

COELHO, T. C. B. Processo de Trabalho em Saúde. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 1, n. 1, p. 121-127, 2002.

COELHO, C. D. **A gestão em saúde e as ferramentas gerenciais: a experiência com o SISPLAN do Instituto Nacional de Câncer**. 2008. Tese (Doutorado)–Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

COELHO, T. C. B. et al. Discursos de trabalhadores da estratégia saúde da família sobre o SUS. **Rev. Saúde Col. UEFS**, v. 5, n. 1, p. 1-8 Dez. 2015.

CÔRTE, B.; LODOVICI NETO, P. A musicoterapia na doença de Parkinson. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2295-2304, 2009.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. Absenteísmo relacionado à doenças entre membros da equipe de enfermagem de um hospital escola. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

COSTA, M. D. H. **Os elos invisíveis do processo de trabalho em saúde**: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais nos serviços públicos de saúde nos anos 90 em Natal (RN). Dissertação (Mestrado)–Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998.

COTTA, R. M. M. et al. Organização do trabalho e perfil dos profissionais do Programa Saúde da Família: um desafio na reestruturação da atenção básica em saúde. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 15, n. 3, 2006.

CUNHA, A. G. **Dicionário etimológico da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Lexikon Editora Digital, 2007.

DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª Ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992.

DEJOURS, C. A carga psíquica do trabalho. In: DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. (Orgs.). **Psicodinâmica do trabalho, contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho**. 1. ed. 16. Reimp. São Paulo: Atlas, 2015.

DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA DO SUS – DATASUS. **Informações de Saúde**. Departamento de Informática do SUS. 2016 Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabba.def>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

ELIAS, M. A.; NAVARRO, V. L. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 14, n. 4, p. 517-25, 2006.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciênc. saúde colet.**, v. 12, n. 3, p. 655-666, 2007.

FARIA, H. et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2ª ed. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FERNANDES, J. C. et al. Jornada de trabalho e comportamentos de saúde entre enfermeiros de hospitais públicos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 21, n. 5, p. 08 telas, set./out. 2013.

FERREIRA, L. C. M; GARCIA, F. C.; VIEIRA, A. Relações de poder e decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Rev. Adm. Mackenzie**, v. 11, n. 6, Edição Especial, p. 31-54, nov./dez. 2010.

FERREIRA, W. C. JR. Gerenciamento de Hospitais Estaduais Paulistas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 243-64, mar./abr. 2003.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007.

FORTUNA, C. M. O trabalho de equipe no Programa de Saúde da Família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 2, p. 262-8, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FREUD, S. **Além do princípio do prazer** (1920). Rio de Janeiro: Imago, 1976. (Col.Standard, v. XVIII)

GAÍVA, M. A. M.; SCOCHI, C. G. S. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai./jun. 2004.

GARANHANI, M. L. et al. O trabalho de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva: significados para técnicos de enfermagem. **Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas**, v. 4, n. 2, p. 1-15, 2008.

GARCIA, A. B. et al. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 2, p. 153-159, jun. 2012.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A. Enfrentamento do sofrimento no trabalho em um centro de atenção psicossocial: um estudo avaliativo. **Prâksis - Revista do ICHLA**, v. 1, 2014.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. DE S.. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994, p. 67-79.

GUEDES, M. E. F. Gênero, o que é isso? **Psicol. cienc. prof.**, v. 15, n. 1-3, p. 4-11, 1995.

GUIMARÃES, G. T. D. O não-cotidiano do cotidiano. In: GUIMARÃES, G. T. D. (Org.). **Aspectos da teoria do cotidiano: Agnes Heller em perspectiva**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002. p. 11-25.

HABERMAS, J. **Consciência moral e agir comunicativo**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1989.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto Contexto Enferm**, v. 18, n. 2, p. 258-65 abr./jun. 2009.

HELLER, A. **O cotidiano e a história**. São Paulo: Paz e Terra, 1972.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G. Modelos de gestão e o SUS. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. Sup., p. 1831-1840, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Cidades@**. Salvador. Disponível em: <<http://cidades.ibge.gov.br/v3/cidades/municipio/2927408>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE AMPARO A PESQUISA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO NA GESTÃO PÚBLICA – INTS. **Notícias**. Com HGE 2, complexo se tornará ‘autossuficiente’, afirma diretor médico. Disponível em: <<http://www.intsbrasil.com.br/ints/home/noticias/com-hge-2-complexo-se-tornara-autossuficiente-afirma-diretor-medico/>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

KESSLER, A. I.; KRUG, S. B. F. Do prazer ao sofrimento no trabalho da enfermagem: o discurso dos trabalhadores. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 1, p. 49-55, mar. 2012.

LAMY, Z. C. **Unidade neonatal: um espaço de conflitos e negociações**. Tese (Doutorado)– Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2000.

LEOPARDI, M. T. Instrumentos de trabalho em saúde: razão e subjetividade. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). **O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis (SC): Papa-livros; 1999. p. 71-81.

LHUILIER, D. Trabalho. **Psicologia & Sociedade**, v. 25, n. 3, p. 483-492, 2013.

LIMA JÚNIOR, J.; ALCHIERI, J. C.; MAIA, E. M. C. Avaliação das condições de trabalho em Hospitais de Natal, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v. 43, n. 3, p. 670-6, 2009.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 10; p. 3051-3062, 2015.

LORENZETTI, J. Organização do trabalho da enfermagem hospitalar: abordagens na literatura. **Texto Contexto Enferm**, v. 23, n. 4, p. 1104-12. out./dez. 2014.

LOURENÇO, E. A. S.; BERTANI, Í. F. Saúde do trabalhador no SUS: desafios e perspectivas frente à precarização do trabalho. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 32, n. 115, p. 121-134, 2007.

LUZ, K. R. et al. Estratégias de enfrentamento por enfermeiros da oncologia na alta complexidade. **Rev Bras Enferm**, v. 69, n. 1, p. 67-71. Jan./fev. 2016.

MACHADO, J. M. H.; CORREA, M. V. Conceito de vida no trabalho na análise das relações entre processo de trabalho e saúde no hospital. **Inf. Epidemiol. SUS**, v. 11, n. 3, p. 159-166, 2002.

MARTINS, A. F. **Precarização e violência no trabalho: um olhar sobre as relações de trabalho em instituições públicas de saúde do Rio de Janeiro**. 2012. 102 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública)–Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

MARTINS, J. C. O.; PINHEIRO, A. A. G. Sofrimento psíquico nas relações de trabalho. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v. 7, n. 1, p. 79-85, 2006.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C. O. O trabalho do enfermeiro em unidade de terapia intensiva: sentimentos de sofrimento. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 17, n. 1, jan./fev. 2009.

MARTINS, J. T.; ROBAZZI, M. L. C. C.; BOBROFF, M. C. C. Prazer e sofrimento no trabalho da equipe de enfermagem: Reflexão à luz da psicodinâmica Dejouriana. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 4, p. 1107-1111, 2010.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política. São Paulo: Editora Nova Cultura Ltda, 1996.

MARZIALE, M. H. P. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 1, 2001.

MELO, R. C. **Gestão colegiada e a organização do trabalho em saúde em uma instituição hospitalar**. 2014. Monografia (Especialização) – Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde, Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Porto Alegre, 2014.

MENDES, A. M. B. Aspectos psicodinâmicos da relação homem-trabalho: as contribuições de C. Dejours. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 15, n. 3, p. 34-38, 1995.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Medicina e História**: raízes sociais do trabalho médico. 1979. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

MENDES-GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MENDES-GOLÇALVES, R. B. **Tecnologia e Organização das Práticas de Saúde**: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC, 1994.

MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MERLO, Á. R. C; et al. O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. **Psicologia & Sociedade**, v. 15, n. 1, p. 117-136, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 6ª ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 19ª ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou Complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S. M. F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Pública**, v. 13, supl.2, 1997.

MOLINIER, P. A dimensão do cuidar no trabalho hospitalar: abordagem psicodinâmica do trabalho de enfermagem e dos serviços de manutenção. **Rev. bras. Saúde ocup.**, v. 33, n. 118, p. 06-16, 2008.

MORAIS, M. P. et al. Satisfação no trabalho de enfermeiros em um hospital universitário. **Rev Enferm UFSM.**, v. 6, n. 1, p. 1-9, jan./mar. 2016.

NEVES, J. Pesquisa qualitativa: características, usos e possibilidades. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NUNES, C. M. et al. Satisfação e insatisfação no trabalho na percepção de enfermeiros de um hospital universitário. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 12, n. 2, p. 252-7, 2010.

OLIVEIRA, A. P. B. M; BENATTI, M. C. C.; ALEXANDRE, N. M. C. Condições de vida e trabalho de médicos em um hospital universitário. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 27, n. 1, p. 53-9, mar. 2006.

OLIVEIRA, B. R. G.; COLLET, N. Relações de poderes (inter)profissionais e (inter)institucionais no hospital. **Rev Bras Enferm**, v. 53, n.2, p. 295-300, abr./jun. 2000.

OLIVEIRA, J. D. de S.; ALVES, M. do S. da C. F.; MIRANDA, F. A. N. de. Riscos ocupacionais no contexto hospitalar: desafio para a saúde do trabalhador. **Revista de Salud Pública**, v. 11, n. 6, p. 909-917, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Ambientes de trabalho saudáveis: um modelo para ação**: para empregadores, trabalhadores, formuladores de política e profissionais. Brasília: OMS/SESI/DN, 2010. 26 p.

OSÓRIO, C. et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, A. A.; BRITO, J. (Orgs.). **Trabalhar na saúde**: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. p. 83-107.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. Tese (Doutorado)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, 1998.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, v. 35, n. 1, p. 103-9, fev. 2001.

PEIXOTO, L. T.; COELHO, T. C. B.; PEIXOTO, M. T. Acesso à média complexidade: retrato de uma Programação Pactuada Integrada. In: COELHO, T. C. B. (Org.).



**Regionalização, articulação e regulação no SUS:** valorizando os aportes locais. Feira de Santana: UEFS Editora, 2016. p. 235-264.

PEREIRA, S. S. C. **Modelos de gestão de hospitais estaduais do SUS sob administração direta.** 2016. 145 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

PINTO, E. G. Organizações Sociais e Reforma do Estado no Brasil: riscos e desafios nesta forma de institucionalizar a parceria Estado-Sociedade organizada. In: **XIV Concurso de Ensayos del CLAD “Administración Pública y Ciudadanía”.** Caracas, Venezuela, 47 – 81. 2000. Disponível em:<<http://www.clad.org.ve/fulltext/0041205.pdf>>. Acesso em: 23 mai 2016.

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

PIRES, D. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 53, n.2, p. 251-263, 2000.

REIS, M. C. Capacidade de gestão de hospitais públicos: o caso das publicizações no estado da Bahia. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, BA, 2015.

RIBEIRO, C. V. S.; LÉDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, ano 4, n. 2, p. 76-83, 2004.

RIBEIRO, E. J. G; SHIMIZU, H. E. Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. **Rev Bras Enferm**, v. 60, n. 5, p. 535-40, 2007.

ROCHA, A. M.; FELLI, V. E. A. A saúde do trabalhador de enfermagem sob a ótica da gerência. **Rev Bras Enferm**, v. 57, n. 4, p. 453-8, jul./ago. 2004.

SALA DE APOIO À GESTÃO ESTRATÉGICA – SAGE. Redes e Programas. **Saúde Mais Perto de Você – Atenção Básica.** Equipe de Saúde da Família. Disponível em: <<http://sage.saude.gov.br/#>>. Acesso em: 05 fev. 2017.

SALIMENA, A. M. O. et al. Estratégias de enfrentamento usadas por enfermeiros ao cuidar de pacientes oncológicos. **Rev Enferm UFSM**, v. 3, n. 1, p. 8-16. jan./abr. 2013.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 6, p. 856-62, 2009.

SALVADOR, P. T. C. O.; et al. Tecnologia e inovação para o cuidado em Enfermagem. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-7, 2012.

SALVADOR. **Plano Municipal de Saúde 2014-2017.** Salvador, 2014. Disponível em: <[http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms\\_2014\\_2017\\_versao\\_preliminar.pdf](http://www.saude.salvador.ba.gov.br/arquivos/astec/pms_2014_2017_versao_preliminar.pdf)>. Acesso em: 03 jan 2017.

SANTANA, A. M. B.; et al. Processo do trabalho em saúde na atenção primária: um passeio pela literatura. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, v. 11, n. 2, p. 3-10, 2013.

SANTOS, F. P. A. **Família na produção do cuidado aos usuários com hipertensão arterial**. 2010. 169f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem e Saúde)–Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde. Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia, Jequié, Bahia, 2010.

SANTOS, J. L. G. et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Esc Anna Nery**, v. 17, n. 1, p. 97-103, jan./mar. 2013.

SANTOS, L. **Da reforma do estado à reforma da gestão hospitalar federal**: algumas considerações. 2006. Disponível em: <<http://www.fundacaoestatal.com.br/020.pdf>>. Acesso em: 20 mai 2016.

SANTOS, L. F. B.; DAVID, H. M. S. L. Percepções do estresse no trabalho pelos agentes comunitários de saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 19, n. 1, p. 52-7, 2011.

SCHRAIBER, L B. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. **Cad. Saúde Públ.**, v. 11, n. 1, p. 57-64, 1995.

SCHUBERT, L. P. **Gestão de Pessoas: a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde**. 2010. 69 f. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola de Saúde Pública Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, Florianópolis, 2010.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA – SESAB. **Unidades de Saúde e NRS**. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9459%3Aunidades-de-saude-e-dires&catid=27%3Arede-de-atendimento-sesab&Itemid=19](http://www.saude.ba.gov.br/novoportal/index.php?option=com_content&view=article&id=9459%3Aunidades-de-saude-e-dires&catid=27%3Arede-de-atendimento-sesab&Itemid=19)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, B. M. et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto contexto – enferm.**, v. 15, n. 3, Jul./Set. 2006.

SILVA, C. O. da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**, v.18, n.2, p. 26-33, 1998.

SILVA, M. V. S. **Humanização e incorporação tecnológica em saúde**: a realidade em dois hospitais do cenário baiano. 2016. 94 f. Dissertação (Mestrado)–Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2016.

SILVA, R. M.; CAETANO, R. Gastos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil, com medicamentos: uma análise do período 2002-2011. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 6, 2014.

SILVA, T. S.; SILVA, C. A. B. A atuação do assistente social em âmbito hospitalar. **Interdisciplinar: Revista Eletrônica da Univar**, v. 2, n. 10, p. 36-40, ago. 2013.

SODRÉ, F. Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos. **Serv. Soc. Soc.**, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010.

SOUZA, A. A. et al. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, v. 16, n. 3, p. 15-29, jul./set. 2009.

SOUZA, M. A. S. L. Trabalho em saúde: as (re)configurações do processo de desregulamentação do trabalho. In: DAVI, J.; MARTINIANO, C.; PATRIOTA, LM., (Orgs). **Seguridade social e saúde: tendências e desafios** [online]. 2nd ed. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 147-174.

SULZBACHER, E.; FONTANA, R. T. Concepções da equipe de enfermagem sobre a exposição a riscos físicos e químicos no ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 25-30, 2013.

TELES, A. S. **Organização do trabalho do enfermeiro na atenção primária de saúde**. 2012. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)–Departamento de Saúde, Universidade Estadual de Feira de Santana, 2012.

TIBÉRIO, A. A. **Hospitais gerenciados por Organizações Sociais de Saúde e Administração Direta: um estudo comparativo**. Monografia (Graduação)– Bacharelado em Gestão de Políticas Públicas, Escola de Artes, Ciências e Humanidades, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev. Bras. Epidemiol.**, v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.

UCHÔA, A. C. et al. Trabalho em equipe no contexto da reabilitação infantil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, 385-400, 2012.

VENDEMIATTI, M. et al. Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. supl. 1, p. 1301-1314, 2010.

VERDE, F. F.; BERNARDO, M. H.; BÜLL, S. Trabalho e precarização na saúde pública. **Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v.3, n. 1, 2013.

VIGNOLI NETO, O. A flexibilização do regime jurídico de direito público na prestação de serviços públicos: estudo sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). **Revista do CAAP**, v. XIX, n. 1, p. 111-130, 2013.

YAMAMOTO, D. M. et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em Unidades de Alojamento Conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto contexto e enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 224-232, 2009.

ZANELLI, J. C.; SILVA, N. **Interação humana e gestão: a construção psicossocial das organizações de trabalho**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008. 128p.

**ANEXOS**

**ANEXO A - ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA****ROTEIRO PARA ENTREVISTA****ENTREVISTA:**

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

Início: \_\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_\_

Código do entrevistado: \_\_\_\_\_

Entrevistador: \_\_\_\_\_

**BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A)****ENSTREVISTADO (A)** (Quem é o sujeito entrevistado?)

1. Idade: \_\_\_\_ anos
2. Sexo: Masculino ( ) Feminino ( )
3. Estado Civil:
4. Filhos: Quantos?
5. Formação: \_\_\_\_\_
6. Qual seu tempo de formação:
7. Pós-graduação: Sim ( ) Não ( ) Qual? \_\_\_\_\_
8. Trabalhos anteriores:
9. Função atual aqui no hospital:
10. Tempo de experiência em unidade hospitalar:
11. Tempo de atuação nesta unidade hospitalar:
12. Tempo na função atual:
13. Qual seu regime de trabalho (Servidor, CLT, Cooperado, outro)? É concursado?
14. Carga Horária:
15. Folga?
16. Trabalha em outros lugares? Onde? Como?

**BLOCO II – O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE**

(Como se dá o processo de trabalho dos profissionais de saúde e quais as especificidades dos elementos que o constitui: sujeito, objeto, meios, espaço e finalidade?)

| PERGUNTAS   | INSTRUÇÃO / O QUE EU DEVO SABER   |
|---|---|
| 2) Descreva um dia típico de trabalho, desde a hora que você acorda até a hora em que vai dormir. | Qual a sua rotina de trabalho incluindo desde o acordar até o dormir? Atentar para o tempo e forma de deslocamento. |
| 2) Qual a finalidade de seu trabalho?   | Promoção, prevenção, reparação, manutenção, coordenação, troca de conhecimentos,                                    |

|  |   |
|--|---|
|  | pesquisar.  |
| 3) Com o quê você trabalha? Para quem você dirige seu trabalho?  | Qual é o objeto do trabalho? Devemos investigar qual é o público para quem ele trabalha, demandas mais frequentes e características do público. |
| 4) Que conhecimentos, técnicas, materiais e instrumentos você mais utiliza no cotidiano?                 | Quais são seus instrumentos de trabalho? Técnica, arte. conhecimentos, habilidades, tecnologia leve; leve-dura.                                 |
| 5) Como funciona o trabalho aqui ou como é organizado o trabalho aqui? Quem faz o quê?                   | Saber como o trabalho se organiza, divisão de tarefas.  |
| 6) Em quais espaços você desenvolve o seu trabalho?  | Saber os espaços: unidade, comunidade, território, serviços, SMS, casa.   |
| 7) Como você descreveria esses espaços? E você acha que neles você corre algum risco?                    | Se é adequado, limpo, grande, pequeno, etc.   |
| 8) Como você divide o seu tempo ao longo de sua jornada de trabalho? Em que atividades gasta mais tempo? | Quero conhecer o ritmo do trabalho para cada atividade.   |
| 9) É qual a atividade mais desgastante?  | Saber àquela que mais traz cansaço e desgaste.  |

### **BLOCO III – RESULTADOS PROJETADOS E ALCANÇADOS**

(Como são as relações entre os elementos constitutivos do processo, o trabalho em si, e os resultados projetados e alcançados a partir da percepção dos sujeitos da práxis em saúde?)

|  |  |
|--|--|
| 1) Existem situações que dificultam o resultado positivo do seu trabalho? Quais? | Percepção de resultados ou das dificuldades enfrentadas na execução do trabalho. |
| 3) O que facilita ou facilitaria o alcance dos resultados?                       | Fatores que facilitam a realização das atividades.                               |
| 2) Que resultados você tem tido com seu trabalho? Corresponde ao planejado?      | Quer saber o produto do trabalho<br>Relação trabalho e resultado projetado.      |

### **BLOCO IV – CIRCUNSTÂNCIAS DE SOFRIMENTO, ADOECIMENTO E SUPERAÇÃO**

(Quais são as situações de adoecimento, sofrimento e superação, relativas tanto ao sujeito-trabalhador, são vivenciadas e significadas, cotidianamente?)

|   |   |
|---|---|
| 1) O que seu trabalho significa para você?  | Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento  |
| 2) Você está satisfeito com o seu trabalho?   | Percepção de prazer, sofrimento, adoecimento  |
| 3) O que te dá prazer no trabalho?  | Percepção de sofrimento, adoecimento  |
| 4) O que você está considerando que seja prazer, sofrimento e/ou estresse? O que significa exatamente isto no trabalho? | Significado de prazer e sofrimento no trabalho  |
| 5) Que situações lhe causam maior sofrimento? Exemplificar.   | Percepção de sofrimento, adoecimento<br>Obs: caso negue, indagar: Não tem nenhuma situação? |
| 6) O seu trabalho lhe causa (ou causou) algum tipo de adoecimento?  | Se necessário aprofundar com a seguinte pergunta: vc associa algum sintoma ao trabalho?     |
| 7) Como você enfrenta esta questão no seu   | Superação   |

|   |  |
|---|--|
| trabalho (Que estratégias utiliza?)   |  |
| 8) O que seu trabalho lhe proporciona em termos concretos (em termos de benefícios e ganhos)? | Prazer no trabalho<br>Analisaremos aqui as significações concretas (sustento, férias, aquisição de bens) e abstratas (realização pessoal, profissional, sonhos, fantasias, projetos) |

### **BLOCO V– DETERMINANTES POLÍTICOS E IDEOLÓGICOS DO CAMPO**

(Quais as relações de poder entre os trabalhadores e demais atores do campo? Quais os discursos mais frequentes sobre o próprio trabalho? Quais as ideologias identificadas nos discursos? Quais os comportamentos que constituem *habitus* neste campo (em cada profissão ou instituição)?

|   |  |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Quem manda no seu serviço?</li> <li>2. Você tem liberdade, autonomia para decidir como realizar o seu trabalho?</li> <li>3. Existem pessoas no trabalho que você se sinta mais próximo, ou que tem mais afinidade?</li> <li>4. E pessoas que você não se dá bem?</li> <li>5. Como são as relações de vocês da equipe com a coordenação hospitalar ou com o gestor do hospital?</li> </ol> | <p>Poder</p> <p>OBS: O entrevistado não precisa dizer o nome das pessoas envolvidas nas situações.</p> |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>5. O que é o SUS para você?</li> <li>6. Você tem plano de saúde?</li> <li>7. O que vc acha do setor privado?</li> <li>8. Vc acha que lá se trabalha melhor do que no SUS? Gosta ou gostaria de estar trabalhando lá?</li> </ol>  | Ideologia  |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>10. Fale um pouco sobre você. Quem é você?</li> <li>11. Quem você gostaria de ser? Que profissional você gostaria de ser?</li> </ol>   | Identidade   |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>12. Como você se diverte?</li> <li>13. Com quem sai?</li> <li>14. Pertence a alguma associação? Grupo?</li> </ol>  | Habitus/campo  |

## ANEXO B - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SOMBRA

### ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SOMBRA

Nº Observação \_\_\_\_\_ DATA: / / UNIDADE: \_\_\_\_\_

#### **Orientação Geral – O que deve ser Observado**

- a) A dinâmica da unidade e alguns elementos do processo de trabalho, como as atividades desenvolvidas, instrumentos de trabalho utilizados, os espaços em que são realizados o trabalho, bem como a divisão do tempo para a execução das atividades, estrutura física, trabalho em equipe, relações interpessoais, controle gerencial da unidade, absenteísmo;
- b) Manifestações verbais e os aspectos do comportamento global, em particular, a comunicação não verbal, principalmente expressões faciais, gesticulações, mudanças na postura física, mudanças no timbre e volume da voz, riso, sorriso, choro, movimentação/isolamento do profissional na unidade, bem como a dinâmica da unidade de trabalho;
- c) Estratégias defensivas utilizadas pelo profissional para lidar com as pressões no trabalho e o suposto sofrimento.

O roteiro deve ser memorizado antes e só deve ser olhado quando se tiver dúvidas. Tudo que for observado deve ser registrado no **Diário de campo**.

No diário registramos a sequência dos fatos, o nome das pessoas, tudo que nos pareça relevante em termos de informação e as impressões da entrevista, nossos sentimentos, as idéias que vieram, trechos de conversas que escutamos no corredor.

Na observação do tipo sombra, devemos seguir o profissional desde a chegada e saída do trabalho. Descrever passo a passo o que faz, mas sem constranger o profissional, como se fosse um estagiário. O profissional precisa se sentir à vontade, como se o observador nem estivesse presente. O observado precisa esquecer do observador, e agir com naturalidade. Não é proibido interagir, porém no início, pode ser dito a ele que “faça de conta que você não está ali” e que “fique à vontade para fazer tudo normalmente como sempre faz”.

A seguir são colocadas as informações que gostaríamos de obter via observação. Primeiro dividimos os momentos da observação e depois os dados com base nas categorias de análise da pesquisa.

#### **MOMENTO 1: CHEGADA.**

HORA:

Como Chega? Vestimenta, Postura Geral ( agitado, feliz, triste, preocupado...), meio de locomoção (a pé, de ônibus, de carro, bicicleta).



MOMENTO 2: INTERMEZZO

\_ O que faz entre a chegada e o início das atividades?  
 Guarda objeto pessoais? Assinatura livro de frequência?  
 Se comunicação com equipe e/ou usuários?  
 Arruma coisas? (Organização do setor antes da atividade)

MOMENTO 3: TRABALHO/ ATIVIDADEMOMENTO 4: DESCANSO, ALMOÇOMOMENTO 5: FIM DO DIA (DE TRABALHO)**CATEGORIAS DE ANÁLISE**

**SUJEITO:** O sujeito é o mesmo em todos os momentos? Como se apresenta este sujeito? Que riscos corre? Como vivencia seu trabalho?

Profissão: \_\_\_\_\_ ;

RAÇA COR ( ) Preto ( ) Pardo ( ) Branco ( ) Amarelo ( ) Indígena

**Objeto** – O que ele faz?

Quem é outro a quem dirige o trabalho (usuário, familiares, colega de trabalho), ou relatórios, ou profissionais (gestão das pessoas ou do ambiente, ou coordenação hospitalar).

**Meios**- Com que faz?

- 1) Técnica (atividade, conteúdo do trabalho, exposição a risco (biológico, químico, físico e ergonômico), vulnerabilidade ( exposição a acidentes), segurança ( estar protegido e ter conhecimento técnico);
- 2) Arte ( IMPROVISO) : EXPOSIÇÃO a riscos
- 3) Instrumentos
  - Qualidade, funcionalidade, manutenção.
  - Adequado para função (improviso, adaptação)
  - Presença de Vibração, peso, pega (em formato de pinça, conforto, mobilidade do membro).
  - Equipamentos de proteção (EPI) como luvas, máscaras, gorro, jaleco, roupa privativa.
  - Equipamentos perfuro-cortantes (risco de acidentes e contágio).
  - Conhecimentos científico e popular; bases teóricas de administração, recursos ensino aprendizagem, diálogo.
  - Segurança: presença de pessoas ou equipamentos de proteção.

**Espaço**- Como é o lugar ONDE o sujeito trabalha?

Do ponto de vista geográfico:

- 1) Organização do local de trabalho (mesa, impressos, ambiente)

- 2) Layout do espaço ( janelas, portas, forro teto, pia, porta sabão e porta papel toalha, mobiliário, piso, andar,escada)
- 3) Ventilação, ruído ( irritação, dificuldade de comunicação), temperatura (sudorese, arrepios, contração muscular, umidade (infiltração, espirros), e unidade.
- 4) Privacidade (com o paciente e com os colegas)

Relacional: harmonioso, ríspido, mutualidade, conflituoso, individualista.

Organizacional: exigência de produtividade, jornada de trabalho excessiva, ritmo intenso),

**Finalidade-** O que realmente objetiva cada momento do trabalho?

Cura? Alívio do sofrimento? Recuperação da saúde perdida, ou sua promoção? Atender a demanda dos pacientes ou suas necessidades, ou a prevenção de agravos, ou a diminuição de riscos, educação e saúde, treinar recursos humanos?

**Tempo-** Como o profissional observado divide seu tempo entre as tarefas? Onde gasta mais tempo? O tempo é corrido ou folgado? Tem intervalos?

- 1) Período em que realiza cada atividade (consulta, cuidados, gerência, atividade educativa (realiza?)..)

**ANEXO C - ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO SALA DE ESPERA****ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO  
SALA DE ESPERA**

Nº Observação \_\_\_\_\_ DATA: / / UNIDADE: \_\_\_\_\_

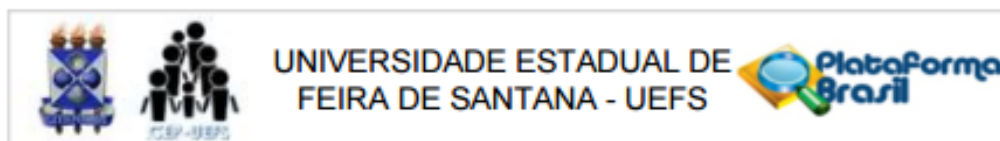
**Orientação Geral – O que deve ser Observado**

- a) Observar a dinâmica dos serviços e a relação entre profissionais e usuários. Nos momentos de mais tranquilidade pode haver interação com pacientes e profissionais. Quais as horas de pique? Dentre os membros da equipe, quem chega primeiro? Como se mostram a cada momento atendentes, acompanhantes e pacientes? O profissional fica em sala específica ou vem nesta sala? Como é o trabalho na recepção? Existem momentos de tensão? Quais são observados? Porque acontece? Qual sua interpretação para o observado?

O roteiro deve ser memorizado antes e só deve ser olhado quando se tiver dúvidas. Tudo que for observado deve ser registrado no **Diário de campo**.

No diário registramos a sequência dos fatos, o nome das pessoas, tudo que nos pareça relevante em termos de informação e as impressões da entrevista, nossos sentimentos, as idéias que vieram, trechos de conversas que escutamos no corredor.

## ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-UEFS)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS

**Pesquisador:** Thereza Christina Bahia Coelho

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 34392314.1.0000.0053

**Instituição Proponente:** Universidade Estadual de Feira de Santana

**Patrocinador Principal:** MINISTERIO DA EDUCACAO  
Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado da Bahia - FAPESB  
Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

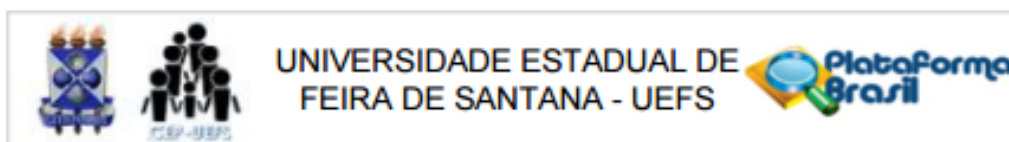
**Número do Parecer:** 864.183

**Data da Relatoria:** 10/11/2014

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de Pesquisa que agrega cinco subprojetos dos quais 03 serão desenvolvidos por estudantes do mestrado de Saúde Coletiva, Manoela Cerqueira Reis (FAPESB), Samantha Souza da Costa Pereira (CAPES) e Marcos Vinicius Santos Silva. De acordo com os autores, "o primeiro projeto faz uma ampla caracterização de toda uma rede hospitalar da SESAB e fornecerá informações para os demais. Os subprojetos 2, 3 e 4, são projetos de dissertação de mestrado que analisam e avaliam modelos de gestão e práticas utilizando-se de recortes teóricos e metodologias diferenciadas (...). O quinto e último projeto aproveita os desenvolvimentos teóricos-metodológicos de pesquisa anterior, sobre as condições de trabalho, emprego e saúde dos trabalhadores de saúde na Atenção Básica (...) e os utiliza na Atenção hospitalar do SUS no estado da Bahia" (Formulário Plataforma Brasil). Quanto à metodologia a ser utilizada, os autores esclarecem que: "No Subprojeto 1, a caracterização parte de uma descrição de atributos que qualificam certo objeto, no caso os hospitais, principalmente, em seus aspectos estruturais, que incluem informações sobre: a localização geográfica do hospital e população alvo; o tempo de funcionamento; os Contratos de Gestão firmados com seus PRAZOS DE DURAÇÃO E METAS. As principais características sobre a operadora ou entidade gestora também serão buscadas. As fontes de

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

dados serão primárias e secundárias. Como fontes primárias, serão utilizados documentos como os Relatórios de Gestão, Contratos de Gestão e outros documentos que compõem os indicadores de estrutura e que devem ser disponibilizados nas unidades, ou na Vigilância Sanitária do Estado da Bahia, e que poderão auxiliar na complementação de dados. A principal fonte secundária a ser usada será o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). O subprojeto 2, partindo da caracterização do projeto 1 elegerá 3 hospitais sob gestão indireta cuja capacidade de gestão será avaliada por meio de análise qualitativa das entrevistas realizadas e documentos analisados, com identificação das diferenças nos modelos de gestão adotados e discussão da congruência desses modelos e as diretrizes do SUS. Os subprojetos 2 (sob gestão direta) e 3 também utilizam dados

qualitativos oriundos de entrevistas semi-estruturadas com gestores e profissionais de unidades hospitalares de Feira de Santana e observação participante, focando o primeiro no modelo de gestão burocrático ainda presente nas unidades enquanto o segundo direciona sua análise para os efeitos da incorporação tecnológica no processo de trabalho dos profissionais de saúde. O subprojeto 5 aprofunda a análise dos processos de trabalho destes profissionais enfatizando as repercussões dos processos na saúde e vida destes profissionais. Os dados quantitativos serão tabulados e agrupados com o intuito de construir indicadores para a contextualização da rede hospitalar. Já os dados qualitativos serão tratados por meio de análise de texto e análise de discurso utilizando categorias operacionais e analíticas próprias para os objetivos de cada subprojeto (Formulário Plataforma Brasil). Orçamento no valor de R\$ 83.000,00 e posteriormente refeito e apresentando o valor de R\$ 89.880,00, pleiteia financiamento do CNPq e conta com contrapartida da UEFS.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

\*Geral:

Analisar o desempenho da gestão e atenção de hospitais que compõem a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) no período 2014-2015.

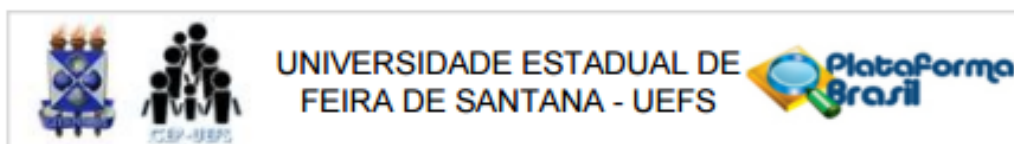
Específicos:

Sub-projeto 1. Caracterizar a Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB);

Sub-projeto 2. Avaliar a capacidade de gestão de três organizações hospitalares, que compõem a Rede Própria da SESAB, sob gestão indireta;

Sub-projeto 3. Analisar os modelos de gestão adotados em hospitais da Rede Hospitalar Própria (RHP) da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia (SESAB), sob gestão direta;

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8057 E-mail: cep@uefs.br



Continuação do Parecer: 864.183

Subprojeto 4. Analisar a incorporação tecnológica e seus efeitos na humanização da gestão e da atenção hospitalar.

Subprojeto 4 (sic). Analisar o processo de trabalho de profissionais e gestores que atuam em unidades hospitalares da rede própria da SESAB\*.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCOS:** "Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos." (TCLE)

**Benefícios:**

"[...] este estudo será importante, pois poderá contribuir para melhoria da gestão dos hospitais do SUS e, conseqüentemente, da saúde da população baiana." (TCLE)

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O projeto é detalhado e bibliograficamente fundamentado, possui metodologia exposta de maneira que facilitou o entendimento e a delimitação dos projetos e subprojetos. O projeto é viável do ponto de vista ético, tem relevância social e científica.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Protocolo contém os documentos de apresentação obrigatória.

**Recomendações:**

Embora já tenha apresentado a autorização da SESAB para a realização da pesquisa, sugiro que encaminhe aos Hospitais onde serão realizadas as coletas de dados um ofício informando sobre a pesquisa e a autorização da SESAB.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Após o atendimento das pendências, o Projeto está aprovado para execução, pois atende aos princípios bioéticos para pesquisa envolvendo seres humanos, conforme a Resolução nº 466/12 (CNS).

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS  
 Bairro: Módulo I, MA 17 CEP: 44.031-460  
 UF: BA Município: FEIRA DE SANTANA  
 Telefone: (75)3161-8067 E-mail: cep@uefs.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
FEIRA DE SANTANA - UEFS



Continuação do Parecer: 864.183

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Tenho muita satisfação em informa-lhe que o seu Projeto de Pesquisa satisfaz às exigências da Res. 466/12. Assim, seu projeto foi Aprovado, podendo ser iniciada a coleta de dados com os participantes da pesquisa conforme orienta o Cap. IX.3, alínea 5a - Res. 466/12.

Relembro que conforme institui a Res. 466/12, Vossa Senhoria deverá enviar a este CEP relatórios anuais de atividades pertinentes ao referido projeto e um relatório final tão logo a pesquisa seja concluída. O não cumprimento poderá implicar no impedimento de apreciação de novos projetos do pesquisador.

Em nome dos membros CEP/UEFS, desejo-lhe pleno sucesso no desenvolvimento dos trabalhos e, em tempo oportuno, um ano, este CEP aguardará o recebimento dos referidos relatórios.

FEIRA DE SANTANA, 10 de Novembro de 2014

Assinado por:

**ANDRÉA SILENE ALVES FERREIRA MELO**  
(Coordenador)

Endereço: Avenida Transnordestina, s/n - Novo Horizonte, UEFS

Bairro: Módulo I, MA 17

CEP: 44.031-460

UF: BA

Município: FEIRA DE SANTANA

Telefone: (75)3161-8067

E-mail: cep@uefs.br



**ANEXO E – ANUÊNCIA DA SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA**

GOVERNO DO ESTADO DA BAHIA  
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia  
Superintendência de Atenção Integral à Saúde - SAIS

**DECLARAÇÃO**

Declaro, em nome da Superintendência de Atenção Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, em consonância com a Lei nº 8.080/90, Artigo 5º, inciso X, a anuência para a realização da pesquisa intitulada "Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS" em unidades hospitalares da Rede Própria da SESAB sob gestão direta e indireta, a qual pretende contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de gestão em hospitais da rede SUS, sob a Coordenação da Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, Pesquisador Responsável, Docente Permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Profa. Titular do Departamento de Saúde da UEFS.

Salvador, 22 de julho de 2014.

  
Gisela Santana Souza  
Superintendente



**APÊNDICE**

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE FEIRA DE SANTANA  
DEPARTAMENTO DE SAÚDE  
Av. Universitária, s/n - Km 03 da BR 116, Campus Universitário. CEP: 44031-460. Feira de Santana – BA

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### TÍTULO DA PESQUISA: **Processo de trabalho e suas repercussões na vida e saúde de trabalhadores de hospitais públicos sob gestão direta do estado da Bahia**

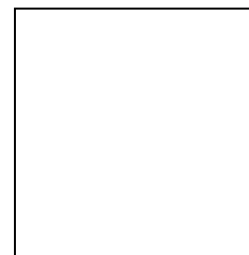
Estamos convidando a Senhora ou o Senhor para participar desta pesquisa que objetiva analisar o processo de trabalho de trabalhadores de saúde que atuam em hospitais sob gestão direta no estado da Bahia, bem como, identificar as repercussões do trabalho na vida e saúde desses trabalhadores. Este estudo está sob responsabilidade da Mestranda Milla Pauline da Silva Ferreira e está vinculado ao projeto “Capacidade de Gestão e Cuidado à Saúde em uma Rede Hospitalar do SUS” coordenado pela Dra. Thereza Christina Bahia Coelho, desenvolvido no Núcleo de Saúde Coletiva (NUSC). Este estudo será importante, pois possibilitará conhecer e se aproximar do processo de trabalho dos trabalhadores de saúde, a fim de propor melhorias nas condições de trabalho, reduzindo os efeitos negativos à saúde desses profissionais. Para isso a Senhora ou o Senhor precisará responder a um formulário, que será gravado após sua autorização. Caso se sinta incomodada (o) com alguma pergunta, não precisará respondê-la, assim como deve ficar a vontade para desistir de participar a qualquer momento da entrevista, sem nenhum problema. Asseguraremos o seu anonimato nas informações prevenindo riscos à sua integridade. Os riscos que esta pesquisa poderá apresentar referem-se à possibilidade de que alguma pergunta venha lhe fazer recordar situações desagradáveis ou causar-lhe constrangimentos. Caso haja algum dano decorrente desta participação, a pesquisadora se responsabilizará por encaminhá-la ao serviço de atendimento de referência. Os dados serão encaminhados à Secretaria de Saúde e poderão ser utilizados em artigos, livros, revistas, publicações e congressos. No momento em que houver necessidade de esclarecimentos de quaisquer dúvidas sobre sua participação na pesquisa durante e após responder ao formulário, a Senhora ou o Senhor poderá entrar em contato com as pesquisadoras, diretamente na UEFS no endereço e telefone abaixo explicitado. Diante disso, se a Senhora ou o Senhor concordar em participar desta pesquisa, deverá assinar este termo que segue as normas da Resolução nº466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde, em duas vias, ficando uma cópia do mesmo com a Senhora ou o Senhor.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Milla Pauline da Silva Ferreira  
Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_  
Profª Thereza Christina Bahia Coelho  
Coordenadora Geral da Pesquisa



Impressão dactiloscópica