

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALDENAN LIMA RIBEIRO CORRÊA DA COSTA

As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor
de emergência e urgência clínica em um hospital público

Ribeirão Preto
2005

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

ALDENAN LIMA RIBEIRO CORRÊA DA COSTA

As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor
de emergência e urgência clínica em um hospital público

Tese patrocinada pela CAPES, através do
programa Interinstitucional para Capacitação
de Docentes da Universidade Federal de Mato
Grosso (PICDT/UFMT).

Ribeirão Preto
2005

ALDENAN LIMA RIBEIRO CORRÊA DA COSTA

As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público

Tese apresentada à banca examinadora da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo como requisito para obtenção do título de Doutor, pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: Saúde do Trabalhador
Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Helena Palucci Marziale

Ribeirão Preto
2005.

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTES TRABALHOS, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Costa, Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da

As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público . Ribeirão Preto, 2005.

268 p.

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem Fundamental.

Orientadora: Marziale, Maria Helena Palucci.

1. Trabalho 2. violência laboral 3. Enfermagem 4. emergência e urgência.

?

FOLHA DE APROVAÇÃO

Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa

As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutor pelo programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de Pesquisa: Saúde do Trabalhador

Aprovado em: ____/____/2005

Banca Examinadora

Prof.: Dra.. Maria Helena Palucci Marziale

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Prof.: Dra. Maria Lúcia do Carmo Cruz Robazzi

Instituição: EERP-USP Assinatura: _____

Prof.: Dra. Wilza Rocha Pereira

Instituição: FAEN-UFMT Assinatura: _____

Prof.: Dra. Vera Lúcia Navarro

Instituição: FFCL-USP Assinatura: _____

Prof.: Dra. Flávia Regina de Souza Ramos

Instituição: UFSC Assinatura: _____

Dedico este trabalho

A todas(os) as(os) trabalhadoras(es) do setor de emergência e urgência clínica do Hospital Público palco desta pesquisa, atores competentes, dedicados, solidários e afetuosos no acolhimento e cuidado cotidiano aos usuários do SUS.

Ao Antônio Pedro, meu amor, meu amigo e meu companheiro de todas as horas. Esse trabalho é também uma vitória sua!

Aos meus filhos, Diogo Luiz e Lorena, meus estímulos perenes, meus parceiros e meus sentidos de eternidade.

Ao sobrinho Lucimar e a Michele Sue, minhas mais recentes riquezas de carinho, afeto e gratidão.

A minha mãe, razão da minha vida e do meu equilíbrio humano e profissional.

MEUS AGRADECIMENTOS

À Prof^a. Dra. Maria Helena Palucci Marziale, por aceitar o desafio de orientar este trabalho e também pela confiança, amizade, apoio e incentivo no transcurso do mesmo.

À Prof^a. Dra. Sônia Ayako, “minha irmã”, pelo estímulo e apoio em todas as etapas deste estudo. Sua companhia me fortaleceu e enriqueceu.

À Prof^a. Dra. Annelita, pelo companheirismo, amizade, suporte emocional, solidificação dos laços de afeto e compartilhamento prazeroso da primeira etapa do desenvolvimento deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Neide Tiemi, pela atenção, carinho e colaboração neste estudo. Também pelo afeto e pelos laços de amizade estabelecidos no decorrer da realização do mesmo.

À Prof^a. Dra. Wilza, pela generosidade nas sugestões e apoio de suportes bibliográficos pessoais. Também pela demonstração de afeto e tolerância nas minhas dificuldades.

À Prof^a. Mestre Laura, pela atenção, afeto e valiosas contribuições na definição do objeto de estudo, pelas sugestões e trocas de idéias enriquecedoras, no transcorrer da realização deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Flávia Regina, pela generosidade, segurança, apoio, estímulo e confiança. Também pela certeza de poder contar com a sua sabedoria e afeto.

A Lorena, pelo afeto, carinho, atenção e compartilhamento de minhas idéias com correções necessárias à clareza do texto e também pelas traduções de inglês.

Ao Diogo Luiz, pela presença afetuosa ao meu lado nos primeiros trechos deste estudo me confortando e confiando no meu sucesso.

A arquiteta Michele Sue pela valiosa colaboração traçando a planta física do local desta investigação e pela presença sempre terna e afetuosa como apoio constante.

A Felícia, pelo carinho, solidariedade e atenção com a minha casa e minha família durante a realização deste estudo. Você facilitou a minha vida, liberando minha mente das preocupações domésticas, permitindo a serenidade necessária ao meu pensar e ao meu sentir.

À tia Sônia e demais familiares que se empenharam em facilitar a minha vida nos quatro anos da realização deste estudo.

Ao meu sobrinho Thiago pela companhia e pelos suportes de informática necessários à finalização deste trabalho.

À Prof^a. Dra. Alice Bottaro pela generosidade em ceder seu apartamento para os primeiros trechos do percurso deste estudo. Também pelo suporte de material bibliográfico.

Às Prof^{as}. Mestres Anna Lucia, Elizete, Dra. Roseney e demais Colegas do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Faculdade de Enfermagem da

Universidade Federal de Mato Grosso, pela liberação que possibilitou a realização deste trabalho.

À Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso e CAPES pelo incentivo institucional à viabilização da Pós-Graduação e à realização desta pesquisa.

À prof^a. Dra. Margarida, pela revisão de português, pelo estímulo e pelas sugestões.

RESUMO

Costa, A. L. R. C. da. As múltiplas formas de violência no trabalho de enfermagem: o cotidiano de trabalho no setor de emergência e urgência clínica em um hospital público 2005. 227p. Tese (DOUTORADO) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

O estudo teve como objetivo apreender e analisar as formas de violência operantes no mundo do trabalho de enfermagem em um serviço de emergência e urgência clínica de uma instituição hospitalar pública de Mato Grosso com 1200 trabalhadores, dos quais 400 são de enfermagem e desses, 42 são escalados nos 03 turnos de trabalho do setor pesquisado. Trata-se de uma pesquisa do tipo qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio de observação participante, entrevista e análise documental, no período de 23 de março a 23 de outubro de 2003, sendo realizados registros diários em cada turno de trabalho, entrevistados 10 enfermeiras (os), 3 técnicas(os), e 3 auxiliares de enfermagem. Durante a realização da coleta de dados, o setor investigado atendeu 45.318 pessoas, das quais 646 (2%) eram doentes graves e destes 336 (52%) morreram. A média diária de atendimentos foi de 249 pessoas, sendo que, aproximadamente, 3 a 4 pessoas exigiram ressuscitação cardíaca e cuidados intensivos. A análise dos dados foi organizada tematicamente conforme orientação de Bardin (1977) e respaldada teoricamente por autores da corrente de estudos marxistas, da psicopatologia do trabalho, da filosofia, da sociologia e da enfermagem. A análise dos dados revelou quatro grandes temas: a organização do trabalho, das palavras aos atos técnicos – as racionalidades operantes, o espaço/lugar do trabalho na dinâmica da violência e o tempo no trabalho. O estudo possibilitou constatar que a violência no contexto de trabalho de enfermagem em emergência e urgência clínica opera por duas vias distintas: estrutural/institucional e comportamental/relacional que se explicitam em quatro tipos de violência conforme definição de Galtung (1981): Violência estrutural, manifesta na imposição de sobrecarga física e mental aos trabalhadores; violência repressiva, evidenciada na negação do direito de exercer com segurança as atividades assistenciais e a um ambiente de trabalho seguro; violência alienação, explicitada pela obstaculização aos trabalhadores de usufruir o prazer de uma realização profissional competente, eficaz e de ser valorizados socialmente junto aos usuários e a sociedade; e violência clássica, revelada nas agressões físicas e verbais de membros da equipe de saúde e de usuários. Estes quatro tipos de violência desencadeiam e perpetuam “violências menores”: práticas profissionais traumatizantes, omissões,

negligências, imperícias, atendimento fragmentado, informações parciais ou negadas, indiferença ao sofrimento e a dor, baixa auto-estima, dentre outras. As “pequenas violências” cotidianamente praticadas, por sua vez apóiam e fortificam as grandes violências estruturais e comportamentais, numa circularidade viciosa, que impõe o entendimento de seus modos operatórios para os necessários enfrentamentos com a finalidade de romper o processo e favorecer a auto-realização profissional e humana dos trabalhadores de enfermagem e da saúde.

PALAVRAS-CHAVES: violência – enfermagem, urgência e emergência – violência no local de trabalho.

ABSTRACT

Costa, A. L. R. C. da. The various types of violence in the nursing work: the quotidian of work in the clinical emergency and urgency sector in a public hospital. 2005. 227p. Thesis (DOCTORATE) Nursing school of Ribeirão Preto, University of São Paulo, 2005.

The study aimed apprehending and analyzing the forms of violence suffered by nursing workers at a clinical emergency and urgency sector of a public hospital institution of Mato Grosso with 1200 workers, among which 400 are nursing workers and within these, 42 are designated in the 03 shifts of work in the researched sector. It's a qualitative research, whose data were collected through participative observation, interviews and documental analysis, in the period from March 23rd to October, 23rd of 2003, making daily registers in each shift of work and interviewing 10 nurses, 03 technicians and 03 nursing auxiliaries. During the data collection, the researched sector attended 45.318 people, among which 642 (2%) were serious sick persons and within these 336 (52%) died. The daily rate of attendances was of 249 people, and inside this daily rate there were 3 to 4 patients requiring cardiac resuscitation and intensive care. The analysis of the data was thematically organized according to Bardin (1977) orientation and theoretically sustained by justifications of authors from the Marxist study tendency, from the work psychopathology, from the philosophy, from the sociology and from the nursing. The data analysis revealed four great themes: the work organization; from the words to the technical acts – the operating rationalities; the space /workplace in the violence dynamics; and the time in the work. At the end, the study made it possible to realize that the violence in the nursing work context at clinical emergency and urgency happens through two different ways: structural/institutional and behavioral/relationship that are expressed in four types of violence, according to Galtung (1981) definition: structural violence, shown in the imposition of a physical and mental surcharge to the workers; repressive violence, expressed in the denial of the right to work safely in a secure work environment; alienation violence, revealed in the difficulty to the workers to usufruct of a professional accomplishment and to be socially appreciated by the clients and by the society; and classical violence, presented in the physical and verbal aggressions from members of the health staff and from the clients too. These four types of violence originate and perpetuate “smaller violence”: traumatizing professional practices, neglections, unskilfulness, shattered medical attendance, half or denied information, indifference to the suffering and the pain, short self-esteem, among others. The “little violence” practiced in the quotidian strengths the

great structural and behavioral violence, in a vicious circle, requiring the understanding of its acting methods with the purpose of finishing with the violence process and favoring the professional and human self-accomplishment of the nursing and health workers.

KEY WORDS: violence – nursing, urgency and emergency - workplace violence

RESUMEN

Costa, A. L. R. C. da . Las múltiples formas de violencia en el trabajo de enfermería: lo cotidiano del trabajo en el sector de emergencia y urgencia clínica de un hospital público. 2005. 227p. Tesis (DOCTORADO) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto. Universidad de São Paulo, 2005.

El estudio tuvo como objetivo aprehender y analizar las formas de violencia sufridas por el trabajador de enfermería hospitalaria en lo cotidiano del proceso de trabajo en emergencia y urgencia clínica de una institución hospitalaria pública de Mato Grosso con 1200 trabajadores, siendo que 400 son de enfermería y de esos, 42 son seleccionados para los 03 períodos de trabajo del sector pesquisado. Se trata de una pesquisa cualitativa, cuyos datos fueron colectados por medio de observación participante, encuesta y análisis documental, en el período de 23 de marzo a 23 de octubre de 2003, siendo realizados registros diarios en cada período de trabajo, entrevistados 10 enfermeras (os), 03 técnicas (os), y 3 auxiliares de enfermería.

Durante la realización de la colecta de datos, el sector investigado atendió 45.318 personas, siendo que 646 (2%) eran enfermos graves y de esos 336 (52%) murieron. La media diaria de atención al público fue de 249 personas, siendo que, aproximadamente, 3 a 4 personas exigieron resucitación cardiaca y cuidados intensivos. El análisis de contenido de los datos fue ordenado temáticamente según orientación de Bardin (1977) y respaldada teóricamente por fundamentos de autores de la corriente de estudios marxista, de la psicopatología del trabajo, de la filosofía, de la sociología y de la enfermería. El análisis de los datos demostró cuatro grandes temas: la organización del trabajo, de las palabras a los actos técnicos – las racionalidades operantes, el espacio / lugar del trabajo en la dinámica de la violencia y el tiempo en el trabajo. El estudio posibilitó constatar que la violencia en el contexto de trabajo de enfermería en emergencia y urgencia clínica opera por dos vías distintas: estructural/institucional y comportamental/relacional que se explicitan en cuatros tipos de violencia según definición de Galtung (1981): Violencia estructural, manifiesta en la imposición de sobrecarga física y mental a los trabajadores; violencia represiva evidenciada en la negación del derecho de ejercer con seguridad las actividades asistenciales y a un ambiente de trabajo seguro; violencia alienación, explicitada en la obstaculización a los trabajadores de usufructuar el placer de una realización profesional competente, eficaz y de

ser valorado socialmente junto a los usuarios y a la sociedad; y violencia clásica, revelada en las agresiones físicas y verbales de miembros del equipo de salud y de usuarios. Estos cuatro tipos de violencia desencadenan y perpetúan "violencias más pequeñas": prácticas profesionales traumatizantes, omisiones, negligencias, impericias, atención al público fragmentada, informaciones parciales o negadas, indiferencia al sufrimiento y al dolor, baja autoestima y auto concepto, entre otras. Las "pequeñas violencias" cotidianamente practicadas, por su vez apoyan y fortifican las grandes violencias estructurales y comportamentales, en una circularidad enviciosa, exigiendo el entendimiento de sus modos operatorios para los necesarios enfrentamientos con la finalidad de romper el proceso y favorecer la propia realización profesional y humana de los trabajadores de enfermería y de la salud.

PALABRAS CLAVE: violencia - enfermería, urgencia y emergencia - violencia en el sitio de trabajo.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIS	Ações Integradas de Saúde
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEPAL	Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiros
COREn/MT	Conselho Regional de Enfermagem – Seção Mato Grosso
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
ESP	Escola de Saúde Pública
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e previdência Social
LER	Lesões por Esforço Repetitivo
MARE	Ministério de Administração e Reforma do Estado
OIT	Organização Internacional do trabalho
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPS	Organização Panamericana de Saúde
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
SES/MT	Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso
SMC	Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá
SER/SUS/MT	Sistema Estadual de Referência do Sistema Único de Saúde de Mato Grosso
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UBS	Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

Resumo

Abstract

Resumen

Lista de abreviaturas e siglas

1.	INTRODUÇÃO	19
	O PROBLEMA INVESTIGADO	26
2.1	Contextualização Sócio-Histórica do Objeto de Estudo	27
2.1.1	A Relação Capital e Trabalho	27
2.1.2	Sistema de Saúde e Mercado de Trabalho em Saúde	35
2.1.3	Violência e trabalho no Brasil	43
2.1.4	Violência e Trabalho em Saúde e Enfermagem	44
3.	FUNDAMENTOS TEÓRICO-METOLÓGICOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA - MEDIÇÕES NO RECONHECIMENTO E ANÁLISE DO OBJETO	51
3.1	Fundamentos Teóricos Metodológicos	52
3.1.1	As categorias Teórico-Analíticas	55
	O Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem	55
	Relações de Violência	60
	Relações de Poder	62
3.2	A Trajetória de Coleta e Análise dos Dados – Aspectos Operacionais do Estudo	67
3.2.1	A Entrada no Campo de Investigação: Aspectos Éticos	68
3.2.2	Procedimentos, Técnicas e Instrumentos de Coleta Dados	68
3.2.3	A Organização e a Pré-Análise dos Dados	72
3.2.4	Os Temas do Estudo	73

3.2.5	A Análise dos Dados Empíricos	74
	APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	76
4.1	ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO	77
4.1.1	As Normas de Trabalho em Saúde Instituídas e as Práticas de Saúde no SUS local.	77
4.1.2	A Organização do Trabalho de Enfermagem no Setor de Emergência e Urgência Clínica	85
4.2	DAS PALAVRAS AOS ATOS TÉCNICOS – AS RACIONALIDADE OPERANTES	97
4.2.1	Os Saberes e as Condições de Trabalho	98
4.2.2	A técnica como Saber Operante	102
4.3	O ESPAÇO/LUGAR DO TRABALHO NA DINÂMICA DA VIOLÊNCIA	117
4.3.1	O Espaço como um Lugar Insuficiente e Inseguro para o Trabalho em Emergência/Urgência	122
4.3.2	O corpo como espaço de manifestação das doenças e de materialização das práticas em saúde	136
4.3.3	O Corpo das(os) Trabalhadoras(es) como Espaço de Disciplinarização e Controle da Instituição	148
4.3.4	O corpo dos trabalhadores como espaço de inscrição dos acontecimentos hospitalares	161
4.4	O TEMPO NO TRABALHO	181
4.4.1	O Tempo Presente como Duração e como Ritmo	182
4.4.2	O Tempo “Atual” Como Possibilidade de Alívio da Dor, Recuperação da Saúde e Manutenção da Vida.	191
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	193

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	201
APÊNDICES	213
ANEXO	225

1. INTRODUÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A violência, hoje em dia, é um problema presente e crescente em todo o mundo. Seus efeitos se refletem principalmente nos grupos mais vulneráveis de nossa sociedade como as crianças, os idosos, as mulheres e as pessoas pobres. Atualmente podemos dizer que esse fenômeno afeta, direta ou indiretamente toda a população e pode ser definido de formas muito variadas. As bases para suas definições são em geral classificatórias: segundo o âmbito de ocorrência, a pessoa ou grupo acometido, a aparente motivação, o perpetrador, a arma utilizada, as estruturas sociais e políticas, o comportamento humano, dentre outros. Assim, existem vários tipos de violência.

Segundo Minayo (1994, p. 08), a reflexão científica atual oferece uma classificação de violência que, embora de forma geral, permite-nos não reduzi-la apenas à delinquência. Assim, a **violência estrutural** se relaciona às estruturas organizadas e institucionalizadas da família aos sistemas econômicos, políticos e culturais, traduzida pela opressão de grupos, classes, nações e indivíduos aos quais são negadas conquistas sociais de forma a se "tornarem mais vulneráveis que outros ao sofrimento e à morte". A **violência de resistência** é aquela que ocorre em resposta a uma violência praticada anteriormente, como contestação de grupos, classes, nações e indivíduos oprimidos pela violência estrutural. A **violência de delinquência**, caracterizada pelas ações fora da lei socialmente reconhecida tendo como fatores contribuintes para sua expansão "a desigualdade, a alienação do trabalho e nas relações, o menosprezo de valores e normas em função do lucro, o consumismo, o culto à força e o machismo" (grifos nossos).

Uma resolução da Assembléia Mundial de Saúde declara a violência como um problema de saúde pública global, conceituando-a como "uso intencional da força ou poder físicos, ameaçante ou real, de uma pessoa a si mesma, de outra pessoa ou contra um grupo ou comunidade, que resulte ou tenha uma alta possibilidade de resultar em feridas, morte ou dano sociológico, disfunções ou privações" (OMS, 2002).

Nas cidades são cada vez mais alarmantes as estatísticas sobre morte ou invalidez provocadas por acidentes de trânsito, homicídios, maus tratos e agressões físicas. Há também alguns tipos de violência que acometem os trabalhadores em seus ambientes de trabalho (acidentes, doenças evitáveis, assédio moral, agressões físicas e verbais, dentre outros).

Os profissionais de saúde enfrentam no seu cotidiano de trabalho tipos específicos de violências que podem ser mais acentuadas conforme o local de suas atuações, como é o caso dos que atendem em pronto socorro as pessoas com danos decorrentes de armas de fogo e arma branca e que, em situações específicas, podem ser ameaçados até com revólveres. Estes tipos extremos de violências, embora sendo indesejáveis e intoleráveis, são mais facilmente identificáveis. Outros tipos, menos visíveis, mas igualmente prejudiciais pelos danos que acarretam nos profissionais, particularmente nos de enfermagem, também fazem parte do processo de trabalho em saúde, razão pela qual a pertinência de se investigar a violência operante no trabalho de enfermagem em emergência e urgência.

O interesse pelo tema processo de trabalho em saúde surgiu no decorrer do curso de mestrado quando desenvolvemos a pesquisa “o cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem” em um Hospital Público de Cuiabá/MT. No estudo, foi possível compreender como o profissional de enfermagem em nível hospitalar sofre restrições à sua liberdade no exercício do trabalho em condições desfavoráveis e indesejáveis. A convivência com as situações de dor, sofrimento e premência no atendimento a pessoas doentes associada às condições de trabalho inadequadas e à escassez de recursos humanos são aspectos limitantes para o trabalhador de enfermagem agir livremente e favorecer a sua auto-realização. Na pesquisa finalizada as jornadas excessivas de trabalho e o duplo vínculo de emprego evidenciaram aspectos de descuido de si em favorecimento do trabalho, constituindo uma manifestação de violência invisível à própria percepção das(os) trabalhadoras(es) (COSTA, 1998).

As leituras realizadas sobre o mundo do trabalho mostraram que a violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem é consequência da estrutura social própria do modo de produção capitalista e outros estudos a tem evidenciado também em diferentes contextos de trabalho (SELIGMANN-SILVA, 1994; FONSECA, 2000; ANTUNES, 1997, 2002).

O estudo de Ribeiro (1998) e o de Silva (1999), desnudaram algumas manifestações de violência no trabalho de enfermagem hospitalar, mostrando a(o)trabalhadora(or) de enfermagem ora como sujeito, ora como objeto de violência. Todavia, estas manifestações se davam de formas sutis de modo que os trabalhadores não as identificavam como violência.

Perante estes dados, percebemos a necessidade de aprofundar o olhar teórico sobre o fenômeno da violência no contexto da saúde. Assim, pudemos perceber manifestações de violência que eram ignoradas pelos próprios trabalhadores. Estes se mostravam satisfeitos com suas formas de conduzir o trabalho, não demonstravam sofrer alguma forma de violência por exercerem suas funções sem as devidas condições de trabalho, nem por atuarem de forma violenta em relação às pessoas sob os seus cuidados em virtude da relação assimétrica entre profissionais e seres cuidados.

O estudo de Ribeiro (1998), denominado "Violência à criança hospitalizada", mostrou no trabalhador de enfermagem posturas que feriam frontalmente os direitos da criança hospitalizada sob os seus cuidados.

Dessa forma, questionar as distintas formas de manifestação da violência que afetam o trabalhador de enfermagem passou a ser nossa preocupação. Para entender a dinâmica deste fenômeno no contexto hospitalar procuramos produções de outros pesquisadores sobre o fenômeno da violência no contexto do trabalho hospitalar, porém percebemos que o mesmo ainda não havia sido suficientemente explorado.

Passamos a refletir sobre o fato de que muitas vezes nossos comportamentos assumem formas de violência sem que tenhamos consciência disto, e o fazemos acreditando que estamos protegendo aqueles que estão sob nossos cuidados profissionais. Leituras subseqüentes nos levaram ao entendimento da existência de uma violência estrutural na vida do trabalhador relacionada a longas jornadas de trabalho, a trabalhos intensos, a horas extras freqüentes, a ambientes insalubres e às condições de trabalho desfavoráveis. Esta violência pode estar explícita tanto no ambiente e nas condições materiais do trabalho, como na sua forma de organização e divisão das atividades entre as diferentes equipes. Ela é oculta quando os trabalhadores estão sujeitos às pressões de diversas naturezas e ao assédio moral¹.

Estaria a violência de tal forma entranhada em nossa cultura de trabalhadores hospitalares como algo naturalizado, corriqueiro e até banal? Neste caso, nossos atos e comportamentos necessitariam ser revistos e reconstruídos.

A partir destes questionamentos, começamos a observar mais atentamente nossa prática cotidiana podendo-se constatar que no contexto hospitalar, trabalhadores e pessoas internadas convivem em um ambiente onde diferentes formas de violência parecem se

¹ [...] o assédio moral no trabalho é definido como qualquer conduta abusiva (gesto, palavra, comportamento, atitude...) que atente, por sua repetição ou sistematização, contra a dignidade ou integridade psíquica ou física de uma pessoa, ameaçando seu emprego ou degradando o clima de trabalho. Qualquer que seja a definição adotada, o assédio moral é uma violência sub-reptícia, não assinalável, mas que, no entanto, é muito destrutiva.[...] (HIRIGOYEN, 2002, p. 17).

manifestar. Percebemos ainda que, lentamente, vêm sendo construídas algumas produções sobre a violência no trabalho em saúde (NOGUEIRA, 1994; PEREIRA, 2000; SANTOS, 2000; SUAZO; SANZ, 2002).

Um estudo conduzido por Di Martino (2002), evidenciou que os trabalhadores de ambulâncias são os mais susceptíveis à violência, porém, as enfermeiras apresentam três vezes mais possibilidades de sofrer violência no local de trabalho do que outros grupos profissionais.

A violência é um fenômeno indesejável em qualquer contexto, por ser ela geradora de sofrimentos evitáveis aos seres humanos e no contexto do trabalho de enfermagem hospitalar a compreensão de seus modos operatórios possibilita evitar sofrimento a um grupo de pessoas já exposto a outros sofrimentos decorrentes da própria natureza do trabalho e das relações de gênero, uma vez que a constituição do pessoal de enfermagem é majoritariamente feminina. Segundo Suazo; Sanz (2002), em nível mundial 95% dos trabalhadores de enfermagem são formados por mulheres.

A maioria dos estudos acessados sobre violência junto às(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem destaca a violência causada por elas(els) à clientela, porém são restritas as informações referentes às violências sofridas por estas(es) trabalhadoras(es) em seu local de trabalho. Convivendo no contexto hospitalar é possível verificar que os trabalhadores de enfermagem também sofrem distintas formas de violência durante a realização de suas atividades profissionais cotidianas e que refletem sobre suas vidas e sua saúde. Dar visibilidade a essas violências sofridas pelos trabalhadores de enfermagem e buscar a compreensão de seus mecanismos nesse contexto é nossa proposta neste estudo.

Estas observações inquietaram e suscitaram o desejo de pesquisar a dinâmica da violência no trabalho de enfermagem hospitalar, vislumbrando a possibilidade de compreender melhor as situações de violência que afetam o trabalhador de enfermagem. Ao realizar leituras mais específicas sobre o processo de trabalho e as manifestações de violência presentes no contexto social e da saúde fomos confirmando a pertinência desta investigação, pois passamos a entender a violência "como **algo evitável** que obstaculiza a auto-realização humana" conforme conceituado por Galtung (1981).

O Conselho Internacional de Enfermeiras (1999), ressalta o maltrato verbal, o assalto com agressão física e o homicídio, como formas de violência presentes nos locais de trabalho em saúde.

Estas formas de violência são tipificadas como violência clássica, pois têm um autor definido e são direcionadas contra uma pessoa e sua psicologia. São formas de violências

explícitas, com maiores probabilidades de identificação, mas existem outros tipos de violências menos visíveis, embora igualmente destrutivas como a privação de necessidades materiais básicas, privação de direitos humanos e a alienação ou privação de necessidades superiores (GALTUNG, 1981).

Este estudo, embora considerando os diversos tipos de violências que ameaçam os trabalhadores de enfermagem em seus locais de trabalho procurou enfatizar as quatro formas tipificadas por Galtung (1981): violência clássica, violência estrutural, violência repressiva e a alienação. Mesmo considerando os danos decorrentes das violências domésticas, sexuais e o assédio moral, dentre outras, não se ateve a estas formas de violências.

Assim, este estudo contribui para a aplicação de conhecimentos referentes ao processo de trabalho de enfermagem em hospitais, na educação continuada em serviço voltado à saúde do trabalhador, uma vez que a sistematização das diferentes formas com as quais a violência toma corpo, por ações e práticas de enfermagem, pode auxiliar na delimitação de novas formas de promoção e educação em saúde neste contexto específico.

A pesquisa traz ainda contribuições sobre novas possibilidades de entendimento das relações humanas e traça um quadro do fenômeno violência no contexto do trabalho em saúde, favorecendo sua visualização e propiciando a criação de estratégias para uma atuação mais humana em relação ao trabalhador da saúde e às pessoas sob os seus cuidados.

A trajetória percorrida para sua realização foi construída por idas e vindas entre a realidade concretamente vivenciada e o referencial teórico eleito para sua compreensão. Do emaranhado real e complexo manifestado nas práticas cotidianas de enfermagem resultaram os dados que foram organizados da seguinte forma:

O capítulo introdutório traz a temática do estudo em sua relação com o processo de trabalho em saúde e enfermagem, justificando sua pertinência.

No capítulo 2 são apresentados o objeto investigado, os pressupostos e o objetivo do estudo. Nele delineamos a contextualização sócio-histórica do objeto estudado e do mercado de trabalho em saúde, com a finalidade de aproximar as situações concretas de violência presentes no processo de trabalho de enfermagem em emergência e urgência clínica com o percurso histórico das práticas de saúde no Brasil.

No capítulo 3 são apresentados o referencial metodológico e os respectivos princípios estruturantes do estudo, no entendimento de que os mesmos conformam as etapas percorridas na pesquisa realizada. O diagrama descrito oferece uma síntese do processo de análise realizado, mostrando, numa visão geral, a violência operante no trabalho de enfermagem em emergência e urgência do setor de emergência e urgência clínica investigado.

O capítulo 4 aborda a análise dos dados empíricos por meio de suas respectivas temáticas: a organização do trabalho, das palavras aos atos técnicos – as racionalidades operantes, o espaço/lugar do trabalho na dinâmica da violência e o tempo no trabalho e suas respectivas aproximações com as situações de violências vivenciadas pelos trabalhadores de enfermagem.

2. O PROBLEMA INVESTIGADO

2. O PROBLEMA INVESTIGADO

A abordagem das manifestações de violência no trabalho cotidiano de enfermagem traz à discussão questões que envolvem a saúde desses profissionais, daí a pertinência do estudo. As formas de organização do trabalho, - elas mesmas um provável determinante da violência, - e a produção da própria existência por meio de um trabalho que é exercido nas situações que permeiam a dor e o sofrimento, a vida e a morte, os constrangimentos cotidianos impostos aos trabalhadores de enfermagem são aspectos em que aprofundamos no desenvolvimento desta pesquisa.

A violência, neste contexto, é algo que se move em muitas direções causando danos aos trabalhadores de enfermagem e às pessoas sob seus cuidados. Refletindo sobre os mecanismos da violência surgem alguns questionamentos iniciais: quais são os fatores intervinientes para sua intensificação? Quais mecanismos poderão ser usados para o seu controle ou superação? Neste contexto, este estudo tem como **objeto** de investigação **a violência operante e suas formas de manifestações** no trabalho de enfermagem hospitalar em emergência e urgência clínica, suas prováveis gêneses e as repercussões na vida privada e na saúde dos trabalhadores de enfermagem bem como sua interferência no processo de cuidar das pessoas sob sua responsabilidade.

As observações cotidianas e leituras sobre o tema nos levaram à construção dos seguintes pressupostos: a) durante o processo de trabalho, o trabalhador vivencia diversas ações ou situações que violam seus direitos; b) o modo de organização do trabalho de enfermagem pode encerrar uma forma de violência quando cerceia ou impede o trabalhador de exercer sua criatividade, de realizar suas atividades de acordo com os princípios científicos e éticos aprendidos durante a sua formação profissional e de compreender as condições de seu trabalho e sua vida; c) os mecanismos que dão sustentação à violência no contexto hospitalar atuam de forma interligada e nem sempre são visíveis, e manifestações de grandes violências ocorrem porque formas mais suaves, menos visíveis ou ocultas são cotidianamente praticadas; d) o contexto hospitalar influencia de forma particular e específica na construção de uma

subjetividade diferenciada do trabalhador de saúde e de enfermagem e que reflete sobre o seu trabalho, sua saúde e sua vida.

Tendo estes questionamentos como referência foi nosso objetivo nesta pesquisa **apreender e analisar as formas de violência operantes no mundo do trabalho de enfermagem em um serviço de emergência e urgência clínica.**

2.1 Contextualização Sócio-Histórica do Objeto de Estudo

Para melhor compreensão do objeto de pesquisa apresentado, inicialmente procuramos fazer uma contextualização histórica do trabalho em saúde no modo de produção capitalista brasileiro, buscando uma aproximação deste modelo com as situações de violência no processo de trabalho. Neste momento os aspectos destacados foram: a relação capital e trabalho; sistema de saúde e mercado de trabalho em saúde; violência e trabalho no Brasil; violência e trabalho em saúde e enfermagem.

2.1.1 A Relação Capital e Trabalho

A autopercepção da pessoa como cidadã faz com que ela identifique a violência como um fenômeno cerceador de sua liberdade e também da liberdade da coletividade. Sob este ângulo o estudo das diversas manifestações de violências deve ser estimulado e a sua compreensão ampliada, favorecendo assim a instalação de um Estado democrático, logo propício para o controle e diminuição dos diferentes tipos de violências.

Uma das formas de manifestação da violência que nos interessam investigar é aquela produzida no contexto do trabalho em saúde. Neste meio percebemos que o trabalho é organizado de acordo com os princípios Tayloristas, o que não favorece a emergência da cidadania e a consolidação do Estado democrático.

Assim, “[...] a organização científica do trabalho não se limita a uma desapropriação de um saber. Ela amordaça a liberdade de organização, de reorganização ou da adaptação do trabalho. [...]” (DEJOURS 1992, p. 38). O trabalho “taylorizado” se caracteriza por uma organização rígida dominando a vida do trabalhador no contexto laboral e se estendendo para além dele. Essa forma de organização do trabalho tem como maior objetivo o aumento da produtividade. Taylor analisou sistematicamente os modos operatórios dos trabalhadores e constatou a sua diversidade. Então, adotou como critério científico o modo mais rápido, impondo-o aos operários indistintamente. Ao impor um ritmo de forma linear a todos os

trabalhadores, desconsiderou as singularidades individuais que possibilitaria a cada um adaptar intuitivamente a organização do trabalho às necessidades de seu organismo.

A sociedade contemporânea tem presenciado várias transformações, principalmente nas últimas décadas. “[...] O neoliberalismo e a reestruturação produtiva da era da acumulação flexível, dotados de forte caráter destrutivo, têm acarretado, entre tantos aspectos nefastos, um monumental desemprego, atingindo a humanidade que trabalha em escala globalizada. [...]” (ANTUNES, 2002, p. 17). As profundas transformações ocorridas no modelo econômico hegemônico em consequência da reestruturação produtiva², da internacionalização da economia e integração mundial dos mercados financeiros que se apresentam agora de forma desregulamentada e a quebra de barreiras protecionistas vêm afetando grandes parcelas da população trabalhadora, de forma rápida e distinta (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Esta reestruturação produtiva ocorre em resposta a uma crise mundial do capital. Sua consequência mais grave é a tendência decrescente do valor da taxa de lucro, evidenciada pela reorganização do capital e de seu sistema ideológico e político dominante presentes no neoliberalismo. Essa reestruturação é constatada pela privatização do Estado, desmontagem do sistema produtivo estatal e desregulamentação dos direitos trabalhistas. Como consequência inevitável, ocorre também uma reestruturação da produção e do trabalho com a finalidade de oferecer aos capitalistas os instrumentos que os habilitem a atingir os patamares anteriores de expansão (ANTUNES, 2002).

Para melhor compreensão da lógica assumida pelo sistema capitalista e os seus reflexos na vida dos trabalhadores Maciel (1998), descreve sobre o liberalismo³ como o paradigma de sustentação filosófica do neoliberalismo dentro do sistema capitalista de produção. O liberalismo se apóia na liberdade como seu principal fundamento regendo a

² O modelo de desenvolvimento baseado no binômio taylorismo/fordismo que conseguiu o maior período de prosperidade na história do capitalismo começa a entrar em crise no final de 1960 e início de 1970. Os elementos constitutivos dessa crise são variados e complexos, pois nesse período aconteceram “[...] mutações intensas, econômicas, sociais, políticas, ideológicas, com fortes repercussões no ideário, na subjetividade e nos valores constitutivos da classe-que-vive-do-trabalho, mutações de ordens diversas e que, no seu conjunto, tiveram forte impacto. [...]” (ANTUNES, 2002, p. 35). Como reação a essa crise ocorre um processo de mudanças envolvendo e afetando “[...] o modelo de produção industrial, as relações de trabalho, a economia, a geopolítica do mundo [...], principalmente nos países capitalistas centrais. As principais mudanças trazidas pela reestruturação produtiva incluem: a introdução de novos materiais e intensificação do uso de tecnologia microeletrônica, descentralização da produção e transformações nas formas de gestão do trabalho. Embora esses processos tenham se verificado com maior intensidade nas indústrias e nos setores de ponta da economia, todos os setores de produção da sociedade têm sido afetados (PIRES, 1998, p.17).

³ A pretensão do liberalismo em seu aspecto político, agora denominado neoliberalismo é “minimizar a intervenção e o controle estatal sobre o quadro econômico do País, de modo que o Estado não interfira na moderna organização empresarial”. No que se refere às relações de trabalho e ao controle de preços, a principal determinação do liberalismo é a livre concorrência e a livre negociação das condições de trabalho. “[...] O trabalho, para os neoliberais, não difere de outras mercadorias, estando essa filosofia baseada nas doutrinas da autonomia da vontade e da liberdade contratual” (MACIEL, 1998, p.13).

maneira de viver do indivíduo em sociedade e em sua vida privada. É preciso, contudo, considerar que os resultados dos princípios liberais – liberdade, fraternidade, igualdade – têm resultado na exacerbação do individualismo. As pessoas têm priorizado o individual como o mais importante, e justificando com isso até mesmo violências atrozes como o assassinato de pais, ou de filhos. Dessa forma, tem se tornado mais complexo discutir a questão do individual e do coletivo. Questões essas que a ética vem trazendo à tona todos os dias. O interesse individual deve prevalecer sobre o interesse coletivo? Quem é considerado como indivíduo na nossa sociedade? Mulheres, pobres, desempregadas, negros, crianças, idosos, aposentados, trabalhadores são todos indivíduos em nossa sociedade?

Esta nova estruturação em destaque pode ser considerada apenas mais um estágio do capitalismo. Nesta fase os enormes grupos populacionais vêm experimentando grandes mudanças em seus modos de vida destacando-se: a pobreza, a iniquidade e o debilitamento de muitas instituições públicas com o surgimento de muitas outras instituições privadas. Ao mesmo tempo em que circulam grandes cifras de dinheiro em grande velocidade e diminui o tempo e o espaço, a própria natureza denuncia situações incômodas globais, o ressurgimento de velhas enfermidades e o aparecimento de novas doenças (GRANDA, 2000).

Um estudo realizado em 1996 pela *Comisión Económica para América Latina y el Caribe de las Naciones Unidas* (CEPAL) reconheceu que as reformas econômicas e estruturais não contribuíram para a redução dos índices de pobreza. Em alguns países estes índices chegaram a ser piores do que os das décadas anteriores. O estudo ressalta ainda que os programas de privatização indiferentes à falta de fontes de trabalho para aqueles que dele sobrevivem, demonstra suas debilidades e falências. Como sua consequência mais visível surge o desemprego em massa de grandes setores da população e, nestas circunstâncias, o desemprego e o “excedente” humano com múltiplas necessidades, principalmente naquelas sociedades carentes de apoio governamental e social, podem se converter em causa de violência (OPS, 1997).

A visão predominantemente econômica da reestruturação das empresas e dos sistemas produtivos tem acarretado transtornos sociais evidenciados, principalmente, pela precariedade e pela exclusão social que alimentam a violência atual. Esta precarização deixou de ser direcionada apenas às populações mais vulneráveis para acometer todo o conjunto da sociedade, podendo ser facilmente observada mesmo quando disfarçada em novas formas de trabalho. Com um olhar mais atento, porém, é possível observar a diminuição de postos de trabalho e os novos arranjos enfraquecidos, denominados: empregos temporários, de tempo

parcial, dentre outros. Estes últimos têm, como sua maior conseqüência, o decréscimo de rendimentos para populações já empobrecidas (GOMEZ; THEDIM-COSTA, 1999).

Como resultado destas políticas neoliberais os desiguais são tratados como iguais, considera-se que todos os desiguais (econômica, etnia, gênero, profissão, idade, população da zona rural, urbana) têm igualdade de oportunidades e de condições de saúde.

Considerando que a violência atinge, direta ou indiretamente, toda a população a Organização Panamericana de Saúde (OPS) propôs desenvolver um plano regional sobre saúde e violência e realizou a *Conferência Interamericana sobre Sociedade, Violência e Saúde* em 1994, com o objetivo de dar maior visibilidade sobre a gravidade e a urgência do problema. Daí a importância de ampliar nossa compreensão sobre o fenômeno da violência, para instituir medidas para seu enfrentamento, controle e superação.

Os homicídios constituem a conseqüência mais visível da violência, mas outras formas de violência podem igualmente afetar a vida das pessoas, embora nem sempre possam ser visualizadas objetivamente, já que a violência se manifesta de formas variadas: violência simbólica, violência laboral, violência política, violência à infância, à mulher, ao idoso, dentre outras, de maneira insidiosa, em todos os contextos da atuação humana. O fenômeno é complexo e tem diferentes dimensões. Na compreensão de sua dimensão macroestrutural perpassa a discussão sobre

a desorganização social, a perda do respeito pelas normas de comportamento e convivência, e o debilitamento do Estado como pano de fundo neste tipo de fenômeno, sobre o qual atuam diversos fatores predisponentes (que poderiam também chamar-se fatores de riscos) e desencadeantes (OPS, 1997, p.10).

A violência macroestrutural imposta pelo mercado de trabalho em virtude do processo de globalização da economia tem causado violência aos trabalhadores inseridos formalmente nos postos de trabalho e, principalmente o crescimento progressivo do desemprego. Nosso comportamento de excessiva tolerância a essa violência é manifestado pela indiferença ante a situação daqueles que não conseguem um emprego (DEJOURS, 1999).

No Brasil, pode-se afirmar a existência de dois distintos movimentos sócio-políticos em curso e que ganharam impulso a partir da década de 1980: o movimento da sociedade civil organizada para a construção de um sistema de saúde pública como um direito social dos cidadãos e o movimento neoliberal na busca da efetivação da reestruturação produtiva no país, afinando a administração pública com a perspectiva mundial de mercados e a globalização da economia.

Deste modo, a partir de 1983, a sociedade civil organizada, reivindicou junto ao Congresso, o estabelecimento de novas políticas sociais que pudessem assegurar plenos direitos de cidadania inclusive o direito à saúde como um dever do Estado. Na área da saúde os profissionais reclamaram da necessidade de uma transferência com poder de decisão para os Estados, Municípios e Distritos. Nova percepção e visão social de descentralização institucional foram se formando gradativamente. Nessa direção, o projeto de reforma sanitária propôs, em 1986, a criação de conselhos municipais e interinstitucionais de gestão dos serviços de saúde, com a participação de representantes populares da sociedade organizada, no planejamento, gestão e avaliação dos serviços de saúde (LUZ, 1991).

A reforma sanitária, portanto, como processo social e político e não apenas como reforma setorial, abrigou em seu interior um conjunto de medidas políticas, administrativas e técnicas associadas à cultura e a um contexto histórico específico. Assim, em 1988, a saúde foi garantida como direito de todos e dever do Estado pela Carta Magna, que estabeleceu acesso igualitário, universal e integral às ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde à população brasileira, pelo Sistema Único de Saúde (SUS). As instituições privadas também foram consideradas como parte do sistema de forma complementar. A municipalização foi estabelecida como uma das etapas necessárias à implementação do SUS, ficando o município responsável em administrar o dinheiro arrecadado e promover as ações de saúde (BRASIL, 2001).

A partir da Constituição Federal foram elaboradas leis com a finalidade de regular, fiscalizar e fazer o controle das ações nos serviços de saúde: as Leis federais nº 8.080/1990 e a de nº 8.142/1990 denominadas Leis Orgânicas da Saúde que estabelecem o mandamento constitucional que disciplina legalmente a proteção e a defesa da saúde no Brasil. O artigo 4º da lei 8.080 define o Sistema Único de Saúde (SUS) como “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público” (BRASIL, 2001).

Na década compreendida entre 1986 e 1996 ocorreu a reorganização do Sistema de Saúde, trazendo mudanças significativas no atendimento de saúde à população. Essas mudanças foram possibilitadas pela ampliação da quantidade de Centros de Saúde e de serviços oferecidos com a implantação do SUS nas Unidades Básicas de Saúde.

As mudanças ocorridas, todavia, ainda não foram suficientes para que se refletisse em significativa melhora dos serviços de atendimentos à saúde da população brasileira. Isto porque, conforme afirma Pires (1998), não houve avanço na universalização ao acesso a todos

os níveis de complexidade do atendimento à saúde e organização e, ao fato de a manutenção do consumo dos serviços de saúde reproduzir a lógica do mercado, encarando saúde como um bem comercializável. Além disso, as denúncias sobre o SUS, de uma maneira geral é aproveitada para a desvalorização do serviço público e seus trabalhadores pelos defensores da visão de mercado, com a finalidade de manter a ilusão do serviço privado como eficaz e eficiente. Nas últimas décadas, as mudanças ocorridas não modificaram o modelo de Estado voltado aos interesses privados, levando a uma intensa presença do setor privado em determinados níveis da assistência e do setor público em outros.

Em contrapartida a partir da década de 1990 surgiram as “reformas constitucionais” tendo como argumento o favorecimento de um processo de modernização e da abertura do país ao capital estrangeiro. Propostas de desregulamentação, de flexibilização⁴, de aceleração das privatizações e de desindustrialização foram iniciadas no governo de Fernando Collor e ganharam seu maior impulso com o projeto de “Reforma do Estado”, no governo de Fernando Henrique Cardoso (SOARES, 2000; ANTUNES, 2002; LEHER, 2003).

Na reforma do aparelho do Estado, alguns aspectos se destacaram como relevantes para a consolidação e implementação do SUS, como a extinção do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS e a passagem do atendimento da população da União e dos Estados para os Municípios. Os desdobramentos da operacionalização do sistema público de saúde serviram de estímulo ao desenvolvimento de novos atores sociais com poder político e com capacidade técnica no campo da saúde, necessários ao exercício de um controle social mais efetivo sobre o sistema público de saúde. Como mecanismos estratégicos de controle social surgem as instâncias colegiadas em nível local e os conselhos de saúde, visando a um controle social mais efetivo sobre as políticas e ações de saúde, sem, contudo, evitar as muitas distorções existentes nos conselhos de saúde motivadas por interesses diversos (MENDES, 2001; VILLA; PALHA, 2003).

Entre os aspectos nefastos da reforma de Estado, pode-se destacar a conotação meramente administrativa de seus documentos deixando em aberto: a questão do

⁴ Flexibilização se relaciona com as relações do trabalho e a desregulamentação dos direitos trabalhistas. “Na flexibilização [...] as normas contratuais devem ser maleáveis, possibilitando alterações salariais, na jornada, na transferência, no quadro de pessoal, nos benefícios unilaterais concedidos pelo empregador, nos demais direitos, inclusive na forma de rescindir os contratos [...] na desregulamentação o Estado não intervém nas relações de trabalho para que a autonomia privada, coletiva ou individual, disponha sem limitações legais sobre as condições de trabalho” (Maciel, 1998, p.71-2). “[...] A desregulamentação retira a proteção do Estado ao trabalhador, permitindo que a autonomia privada, individual ou coletiva, regule as condições de trabalho e os direitos e obrigações advindos da relação de emprego. Já a flexibilização pressupõe a intervenção estatal, ainda que básica, com normas gerais abaixo das quais não se pode conceber a vida do trabalhador com dignidade” (SUSSEKIND; TEIXEIRA FILHO, 2002, p.204-5).

financiamento do Estado, sua capacidade de diminuir as desigualdades sociais e de equalização do acesso da população aos serviços essenciais. A criação do Ministério de Administração e Reforma do Estado (MARE) e a conseqüente elaboração de seu plano diretor de 1995, demonstra suas premissas de que a crise fiscal e de inflação é causada pela presença do Estado no setor produtivo. Sendo assim, a Reforma do Estado passa a ser instrumento na consolidação da estabilidade econômica e meio de garantir o crescimento sustentado da economia. A partir da elaboração do plano diretor, começa a se esboçar o caráter gerencial da administração pública e formas chamadas “moderna de gestão, e de flexibilização” da estabilidade e dos regimes jurídicos dos servidores, e ainda, a considerar como “essencial” que as aposentadorias dos servidores ocorram em ‘idade razoável’ e proporcionais ao tempo de contribuição” (SOARES, 2000, p.18).

O documento do plano diretor contém o pressuposto da existência de uma crise do Estado e, portanto, tornaram-se imprescindíveis: o ajustamento fiscal, as reformas econômicas orientadas para o mercado, a reforma previdenciária e do aparelho do Estado. Para corrigir a crise ocorre a transferência das atividades que podem ser controladas pelo mercado para o setor privado, pela privatização de todas as estatais e da “[...] descentralização da execução dos serviços (sociais) de educação, saúde, cultura e pesquisa científica a um setor público não-estatal” (SOARES, 2000).

Embutida nas estratégias de Reforma do Estado está a criação de um setor público não-estatal ou Terceiro Setor, responsável pela execução de atividades que não envolvam o poder de Estado, mas sendo subsidiado por ele. No interior das instituições públicas há, também, a introdução da lógica mercantil, observada através de novas formas gerenciais com tipos de operacionalização variados, como as denominadas cooperativas. Como uma estratégia de privatização por dentro do setor público e incluída na Reforma do Estado está a possibilidade de transformar órgãos públicos do Estado em agências privadas denominadas “Organizações Sociais”, as quais podem, se quiserem, cobrar do usuário pelos serviços prestados (SOARES, 2000).

Assim, autarquias e fundações públicas são transformadas em organizações sociais e uma série de medidas foi encaminhada para todos os setores da administração pública. O governo de Fernando Henrique Cardoso realizou uma reforma constitucional pelas Emendas Constitucionais números 19 e 20 como meio de viabilizar as reformas.

A primeira reforma promoveu mudanças que permitiu a coexistência de dois regimes de trabalho no Estado: estatutário (núcleo estratégico) e Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT – (serviços não-exclusivos do Estado), enquanto a segunda pretendeu acabar com a

aposentadoria integral do servidor, em favor dos fundos de pensão (capitalização). Com essas medidas, o caminho para a “publicização (eufemismo para privatização)” estaria pavimentado. Assim, bastaria a aprovação de legislação ordinária para criar as organizações sociais flexíveis, competitivas e afinadas com as demandas de mercado (LEHER, 2003, p.276-7).

Atualmente pode-se constatar que uma das principais dificuldades para a efetivação do SUS ocorre devido às contradições existentes entre a política do Governo Federal, de cunho neoliberal⁵ e os princípios norteadores do SUS como política de caráter social, exigindo recursos econômicos e uma maior estabilidade das suas fontes de financiamento (NEGRI FILHO, 1998).

2.1.2 Sistema de Saúde e Mercado de Trabalho em Saúde

São dois os modelos básicos de atenção à saúde existentes e em vigor atualmente no Brasil: o modelo médico-assistencial privatista e o modelo assistencial sanitarista. O modelo médico-assistencial organiza sua assistência a partir da demanda espontânea, sendo a doença que move o indivíduo a buscar atendimento de saúde e, desse modo, exclui as pessoas saudáveis. O modelo sanitarista, adotado complementarmente ao modelo-assistencial, assume ações, em geral, de caráter temporário com altos investimentos financeiros e centralidade no planejamento das mesmas (VILLA; PALHA, 2003).

Dentro do sistema de saúde brasileiro os hospitais contemporâneos são instituições sociais, destinadas à produção de cuidados individuais e com enfoque predominante sobre a recuperação da saúde. Suas características dependem do contexto histórico no qual estão inseridos. Atualmente se caracterizam como instituições de pequeno, médio e grande porte, com diferentes especializações em unidades e serviços. Destacam-se como organizações sociais complexas cujas mudanças se assemelham à complexidade dos esquemas de financiamento do setor e ao crescimento dos mercados dos planos de saúde. Desde a

⁵ “[...] o que podemos denominar ‘política neoliberal’ é um processo complexo de medidas de reforma da economia e o do Estado capitalista no Brasil, capazes de propiciar uma transição à nova hegemonia do capitalismo monopolista no país, um novo padrão de desenvolvimento capitalista no Brasil, vinculado a um modo de inserção dependente da economia brasileira com relação à mundialização do capital. Inicia-se com o governo Fernando Collor, em 1990 e prossegue com maior eficácia política com os governos Itamar Franco (1993-1994) e Fernando Henrique Cardoso (1994-1998). As principais características da política neoliberal no Brasil, [...] são a liberalização comercial e o novo impulso no processo de privatização, reestruturação das políticas sociais, desregulamentação e flexibilização das relações trabalhistas, austeridade no gasto público etc. São medidas capazes de reconstituir o Estado capitalista a serviço da nova lógica do capitalismo mundial.[...]” (ALVES, 2000, p. 114).

implantação de políticas neoliberais passaram a ser concebidos como empresas de saúde. Deste modo, como outros empreendimentos empresariais, o lucro passou a ser sua garantia de sobrevivência, sendo então, vendidos os seus serviços (MUROFUSE, 2004).

Dentre as mudanças introduzidas no contexto do trabalho industrial e nos serviços, muitas também o são pelo setor saúde. Nos hospitais cresce a utilização de equipamentos tecnológicos de ponta para tratamento e apoio diagnóstico, assim como tecnologias de comunicação com destaque para o uso de computadores e *internet*. As transformações ocorridas,

[...] principalmente aquelas determinadas pela abertura aos mercados de financiamento através dos convênios, implicaram em alterações na oferta de empregos no setor saúde para garantir a expansão de cobertura através da profissionalização do trabalho hospitalar, especialmente na obtenção de informações sobre os custos e gastos do hospital [...] (MUROFUSE, 2004, p.61).

Essas transformações ocorridas nas organizações de saúde têm seus reflexos no mercado de trabalho e nas suas formas de contratação dos trabalhadores. Esse mercado se diferencia dos demais por conter trabalhadores de diferentes categorias profissionais e trabalhadores ocupacionais que exigem tipos específicos de qualificações. Além disso, o mercado de trabalho em saúde tem como especificidade o fato de que, mesmo com a existência dos mais requintados aparelhos tecnológicos, é imprescindível a presença humana do trabalhador, pois é com sua razão e sensibilidade que se torna possível uma assistência de qualidade e favorecedora da dignidade das pessoas assistidas.

No Brasil, no ano de 2001 havia aproximadamente 1,4 milhões de trabalhadores nos serviços de saúde, isso sem incluir as pessoas das atividades de produção de insumos e de comercialização de produtos, saneamento atividades de pesquisa e ensino em saúde e de financiamentos a exemplo dos planos de saúde. Cerca de 60% desses trabalhadores contavam com vínculos empregatícios. Somavam 32,5% os trabalhadores sem registro em carteira e os trabalhadores por conta própria (15,7% + 16,8% respectivamente). A contrastação desses dados com aqueles de 1992, permite observar um aumento da informalidade no mercado de trabalho em saúde, pois naquele ano os empregos formais perfaziam de 75% do total de ocupações no setor e os trabalhadores informais somavam 20,5% (WAGNER, 2003).

Na categoria de enfermagem, à semelhança das demais da saúde, verifica-se também a redução dos empregos registrados de 55% em 1992 para 53,6% em 2001 para profissionais com nível superior e de 62% para 45% para os profissionais de nível médio e elementar (WAGNER, 2003).

Murofuse (2004), afirma com base em dados colhidos no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) do Ministério da Saúde (MS), que houve estagnação no mercado de trabalho para estes profissionais, no período compreendido entre 1986 e 1997. Em 1997 houve uma redução de 59.629 trabalhadores admitidos no mercado de trabalho em saúde. Nesse mesmo período, a quantidade de enfermeiros contratados passou de 9.608 para 11.933, ou seja, um aumento de 2.325 nas admissões.

O estudo de Vieira e Oliveira (2001), sobre o mercado de trabalho em saúde no Brasil, com enfoque nos empregos para enfermeiros nas três últimas décadas analisando a jornada de trabalho e as formas de vínculo dos trabalhadores nas instituições de saúde, constatou que, embora a maioria dos vínculos ainda seja aqueles diretos com a instituição contratadora, podem ser observados indícios de flexibilização do mercado para enfermeiros através dos contratos por cooperativas ou empresas intermediárias, assim como da prestação de serviços e de autônomos nos serviços de saúde.

A maioria (55,7%) dos trabalhadores, lotada em 23 instituições de saúde do Estado de Minas Gerais tinha contrato de trabalho temporário em 2002 e menos da metade (44,3%) tinha vínculo de trabalho efetivo. Os trabalhadores temporários recebiam menores salários e tinham maior carga semanal de trabalho. (MUROFUSE, 2004). Esses dados sugerem a tendência crescente de precarização do trabalho nas instituições públicas de saúde brasileiras.

Em Mato Grosso, Estado com população de 2.504.353 habitantes, os usuários dos SUS, conforme PNAD/2000 corresponderam a 87% da população do Estado (BRASIL, 2000). Dentre os 2.931 servidores existentes no ano de 1998 na Secretaria de Estado da Saúde (SES), 3,6% tinham contrato temporário de trabalho e a maioria, (43,8%) estava disponibilizada aos municípios (MATO GROSSO, 2000). Neste ano e nos anos de 2000 e 2002 foram realizados concursos para regularização das vagas ocupadas por servidores não estáveis, reposição daqueles trabalhadores cedidos aos Sistemas Municipais de Saúde e para o provimento de duas novas unidades hospitalares de referências criadas no interior do Estado. Assim, no ano de 2002 a SES contava com 70% dos servidores concursados e ingressados após 1995 (DUARTE, 2002).

Cuiabá, capital do Estado de Mato Grosso, possui 508.156 habitantes, uma densidade demográfica de 128 habitantes por km² em um espaço territorial de 3.971 km² e está

localizada na baixada cuiabana que é composta por 13 municípios⁶ integrantes do Escritório Regional de Saúde de Cuiabá, (CUIABÁ, 2004).

A Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá (SMC) contava até dezembro de 2001 com 4.415 trabalhadores, dos quais 4.085 eram de seu próprio quadro. Desses, 2.102 (51,56%) eram efetivos, 1.641 (40,2%) eram prestadores de serviços, ou seja, trabalhadores temporários e, 340 (8,3%) eram servidores contratados para o atendimento de convênios (CUIABÁ, 2002).

No ano de 2003 o quadro geral de trabalhadores da SMS aumentou para 4.680 profissionais dos quais 44,7% eram estatutários; 37,9% prestadores de serviços; 8,8% trabalhadores contratados para o atendimento de convênios; 3,2% de servidores da SES/MT; e 5,4% de trabalhadores federais e cedidos, dentre outros.(CUIABÁ, 2004).

Os dados mostram que embora havendo um pequeno aumento na quantidade de trabalhadores do quadro geral da SMS, isso não representou, em termos percentuais, aumento na quantidade de trabalhadores do seu quadro regular. Ao contrário, houve decréscimo, uma vez que em 2001 havia 51,56% de trabalhadores estatutários e em 2003 essa percentagem diminuiu para 44,7% de trabalhadores regularmente contratados. Contudo, os dados encontrados não são suficientes para uma análise mais aprofundada a esse respeito.

Em relação aos trabalhadores de enfermagem, embora não dispondo de dados quantitativos, o presidente do COREn/MT, Dr. Vicente Pereira Guimarães afirma que o mercado de trabalho para os profissionais de enfermagem no Estado de Mato Grosso ainda está em expansão, pois como nas demais regiões do Brasil, com o aumento da expectativa de vida e a dificuldade das condições econômicas, esta profissão é cada vez mais necessária à população. Nos grandes centros, porém, já começa a ser evidenciada a saturação do mercado para as categorias de Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. Para o profissional enfermeiro, o maior empregador tem sido o sistema público de saúde, pelo Programa Saúde da Família, Secretarias Estadual e Municipal de Saúde e, a seguir, pelas instituições hospitalares em geral.

Houve aumento do número de profissionais de enfermagem no Estado, de forma que no ano de 2003 foram inscritos no COREn/MT 8.000 profissionais, entre enfermeiros, secundários e provisórios (ALVES, 2003).

A flexibilização do mercado para enfermeiras tem sido mais acelerada no setor público e este corresponde ao maior mercado de trabalho para esta categoria profissional no país. É

⁶ Municípios que compõem a baixada cuiabana: Acorizal, Rosário Oeste, Chapada dos Guimarães, Santo Antônio de Leverger, Várzea Grande, Barão de Melgaço, Jangada, Poconé, Nossa Senhora do Livramento, Paranatinga, Nova Brasilândia, Gaúcha do Norte e Planalto da Serra (Cuiabá, 2004).

preciso considerar que o mercado de trabalho em saúde tem características próprias e independentes do mercado de trabalho em geral. Assim, na descentralização dos mecanismos de gestão do SUS e sua conseqüente criação do sistema de “gestão plena”, abriu-se uma brecha para novos tipos de contratos de trabalho, geralmente feitos através de algum tipo de terceirização da força de trabalho (VIERA; OLIVEIRA, 2001).

Essas novas formas de contrato de trabalho apresentam como principais desvantagens: a perda de direitos trabalhistas para os trabalhadores, a rotatividade e estímulo ao descompromisso dos profissionais para com a instituição e qualidade da assistência. Além disso, em algumas cooperativas pode haver atraso de salários, contratação de profissionais cadastrados para serviços eventuais e, ainda, a utilização da mão-de-obra gratuita, através de serviços voluntários ou como testagem de futuros trabalhadores dentro das organizações (VIERA; OLIVEIRA, 2001).

Outro problema destas formas de vínculo de trabalho se relaciona com a assistência médica. Os trabalhadores temporários têm o período de afastamento para tratamento limitado à vigência de seu contrato de trabalho, inclusive para a licença-gestação. A remuneração é integral apenas para os primeiros 15 dias, caindo para 70% a partir do décimo sexto dia. A partir de 30 de Setembro de 2002, com as alterações dos procedimentos periciais, “[...] os contratados passaram a integrar o Regime Geral da Previdência Social [...]” (MUROFUSE, 2004).

Com a implantação do SUS na década de 1990, observou-se a presença das instituições públicas e das empresas do terceiro setor distinguindo as atividades do setor saúde na conformação do mercado de trabalho. Em 2001, 51% do total dos empregos formais se encontravam nos serviços de saúde e 19% deles no terceiro setor (WAGNER, 2003).

Os empregos no terceiro setor se caracterizam com um perfil mais comunitário, motivado predominantemente por formas de trabalho voluntário. Sobre esse setor maiores reflexões se fazem necessárias, pois embora as suas atividades sociais não sejam de cunho mercantil, ele consegue incorporar apenas parcela pequena dos trabalhadores excluídos do mercado de trabalho, não se constituindo, portanto, uma alternativa efetiva e duradoura no mercado de trabalho capitalista. O papel do terceiro setor é muito mais funcional para a lógica dos interesses capitalistas, do que uma alternativa efetiva para a produção de empregos formais (ANTUNES, 2002).

O crescimento de dois fenômenos complementares pode ser observado atualmente no mercado de trabalho: os excluídos do mercado de trabalho, onde um grande número de pessoas se encontra exercendo atividades informais e em condições precárias, com duração

temporária ou permanente e, o dos “exauridos”, como aquelas pessoas que embora inseridas nos postos formais de trabalho com preservação dos vínculos e portadores de direitos e benefícios cada vez mais raros, estão submetidos a um grau de exigência cada vez mais alto e tendo que se esforçar ao máximo para atingir o ideal exigido pela empresa. Nessa conjuntura em que se encontra atualmente o mundo do trabalho cria-se no trabalhador a sensação de estar em débito contínuo e de eterna insuficiência e deficiência em relação à quantidade e qualidade de trabalho que deve produzir (FERREIRA, 2003).

Esses fenômenos podem ser também observados no mercado de trabalho em saúde, onde a defasagem de recursos humanos leva os trabalhadores a intensificarem o seu ritmo de trabalho para conseguir realizar as atividades que necessitariam de mais trabalhadores, gerando como isso sofrimento psíquico que pode se refletir sobre o corpo, causando danos de diversas naturezas, inclusive, infartos cardíacos e lesões musculares incapacitantes como as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) ou Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

Pesquisa realizada em 23 instituições hospitalares do Estado de Minas Gerais revelou que 18,15% das doenças identificadas nos trabalhadores de enfermagem pelo Departamento da Assistência à Saúde do Trabalhador tinha relação com o trabalho naquelas instituições. Além disso, problemas de saúde afetando seus corpos e mentes, resultante de enfermidades causadas pela violência oculta no trabalho (LER/DORT, depressão, angústia, estresse, alcoolismo, hipertensão arterial e infarto do miocárdio), foram também identificados. A existência de sofrimento psíquico a esse grupo de trabalhadores foi constatada pela ocorrência de 54,9% de atendimentos psicológicos realizados aos profissionais de enfermagem. (MUROFUSE, 2004).

Seligmann-Silva⁷ (1994 apud MUROFUSE, 2004), chama a atenção para o fato de que, as “modernas formas de gestão” do trabalho, com ênfase na flexibilidade e flexibilização, fundamentadas no argumento de melhora da renda do trabalhador pelo incentivo a sua adesão às metas de produção e competitividade da empresa, pode gerar tensões e conflitos com repercussões psíquicas, podendo inclusive, participar na gênese de doenças e transtornos psíquicos e psicossomáticos.

Ainda que de início o incentivo à produtividade e à competitividade pela empresa possa parecer estimulante, com o passar do tempo, “torna-se fatigante e tensiogênico” pela necessidade contínua de esforços sempre mais intensificados (MUROFUSE, 2004, p.184).

⁷ SELIGMANN-SILVA, E. Desgaste mental no trabalho dominado. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994. 322p.

Essa forma de gerir o trabalho, tendo por finalidade aumentar a produção com o mesmo número de trabalhadores, mostra-se prejudicial principalmente nas instituições de saúde. Pelo grau de exigências, gera-se nos trabalhadores uma sensação de impotência na concretização das atividades. Além dos danos à saúde dos trabalhadores, pode também causar prejuízos para a assistência à saúde à população atendida.

O SUS é o grande empregador dos trabalhadores da saúde, seja no setor público, seja no setor privado credenciado. Como um amplo mercado de trabalho, requer uma atenção especial no que se refere às políticas de trabalho em seu interior. Esse mercado se situa em toda a extensão do território nacional tendo algumas áreas muito procuradas pelos trabalhadores para sua fixação e outras exigindo um maior incentivo como influência a essa inserção, principalmente em algumas especialidades. Além disso, esse campo de trabalho requer profissionais que saibam atuar de conformidade com os princípios e as diretrizes norteadoras dos SUS.

O financiamento, o controle social e os recursos humanos são questões básicas para a gestão do SUS. A questão dos recursos humanos é, dentre todas, a mais complexa, dentro da política de reforma do Estado. Essa complexidade se evidencia nos diversos níveis de governo e de outras instituições prestadoras de serviço ao SUS, onde os trabalhadores convivem, muitas vezes, num mesmo local de trabalho, com direitos diferenciados, desvios de funções, dupla ou tripla jornada de trabalho e submetidos a formas de vinculação e gestão diferentes e com espaços de negociações pouco definidos ou até inexistentes (BRASIL, 2003).

Em 1988 quando se deu a elaboração da Constituição Federal, já existia o problema de gestão de recursos humanos, observando-se muitas vezes em um mesmo local, a presença de trabalhadores de diversas instâncias do governo, às vezes, de serviços tercerizados, com trabalhadores recebendo salários, benefícios e vantagens diferentes, decorrentes das parcerias e da tentativa de implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS). Então, realizaram-se reivindicações para a implantação do regime jurídico único no serviço público, mas a situação foi agravada pela não implementação dessas reivindicações e com sua extinção (BRASIL, 2003).

Houve agravamento da situação devido à contratação de trabalhadores para o serviço público, sem a realização de concursos para o suprimento das vagas existentes. Passou-se à utilização de contratos em cargos comissionados para atividades de caráter permanente, bem como a ampliação de contratação de serviços tercerizados, a instituição de consórcios intermunicipais de saúde, como empresa de caráter privado, o uso de contratos administrativos para o suprimento de contratos emergenciais, em situações rotineiras não

obedecendo aos prazos e às condições definidas por Lei (BRASIL, 2003). Como exemplo, pode ser citado o caso da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, maior rede de hospitais públicos da América do Sul, congregando aproximadamente 14 mil funcionários, em 2002. Sua força de trabalho de enfermagem era constituída por 4.307 trabalhadores, dos quais apenas 1.910 estavam efetivados e os demais 2.397 trabalhadores possuíam vínculo de trabalho temporário (MUROFUSE, 2004).

Nas instituições privadas o maior enfoque da desregulamentação se dá pelo descumprimento das Normas Regulamentadoras de contratação de pessoal, como as contratações por meio de cooperativas, profissionais autônomos, a contratação de estagiários com salário bem inferior, em substituição das vagas de profissionais (BRASIL, 2003).

Apesar das ações efetuadas ao longo dos anos para a implementação de uma política de recursos humanos, ainda há necessidade de muito empenho para sua concretização no SUS. A efetivação dessa política tem possibilidade de existência, pois já existe uma base legal para isso e por se diferenciar de outras atividades inseridas na administração dos serviços públicos em geral (BRASIL, 2003).

Pela descrição feita, pode ser observado o quanto tem sido tumultuado e, por vezes nefasta a política de recursos humanos até aqui adotada. A diferenciação dos vínculos entre trabalhadores da saúde – CLT, estatutários, tercerizados, cooperativas – interfere na interação dos trabalhadores entre si, com os usuários e contribui para o desgaste enfrentado pelos gestores do SUS. É inegável a importância de viabilização de uma política de valorização dos recursos humanos no SUS, pois a política adotada atualmente tem se mostrado discriminatória e, portanto, participando da gênese da violência do trabalho em saúde.

2.1.3 Violência e trabalho no Brasil

No Brasil, a violência no trabalho vem desde o escravismo e do servilismo. Nesta época a violência era visualizada pela supressão da liberdade, da vontade e do poder de decisão do escravizado. Embora o sistema de assalariamento tenha priorizado estabelecimento de contrato entre indivíduos não escravos, também sofreu influências das formas de gestão e organização do trabalho do trabalho escravo, bem como de suas formas de violências. Neste sistema muda-se a forma de sujeição e o trabalhador passa a ser "escravo" do próprio trabalho. Assim, a violência tem se constituído em “um elemento estrutural na sociedade do trabalho no Brasil, desde a implantação dos primeiros empreendimentos de acumulação no

período colonial até a acumulação capitalista dos anos recentes” (ROSSO; FREITAS 2001, p.33).

No que se refere à saúde, é preocupante a constatação da violência sofrida pelos seus trabalhadores manifestada pelos acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e pelas condições insatisfatórias de trabalho, as quais os trabalhadores estão sujeitos. As condições de trabalho penalizam a classe trabalhadora e suas conseqüências são o aumento da frequência de acidentes e doenças do trabalho, tais como as lesões dos músculos esqueléticas, pulmonares, perdas auditivas, dentre outras. Os dados da Organização Mundial da Saúde revelaram que “no ano de 1994, 120 milhões de trabalhadores se acidentaram no trabalho no mundo, e 200 mil trabalhadores morreram em conseqüência de acidentes de trabalho” (NAVARRO; ALESSI; LIMA, 2001, p.231).

Mesmo com o progresso científico e tecnológico atual os acidentes e mortes no trabalho continuam crescentes. Atualmente, as estatísticas da Organização Internacional do trabalho (OIT) demonstram uma alarmante constatação de acidentes fatais oriundos do trabalho no mundo, revelando que, aproximadamente, 270 milhões de trabalhadores são acidentados e que 2 milhões deles morrem em conseqüência dos acidentes de trabalho, a cada ano. Temos então quase 5 mil mortes de trabalhadores por dia (BRASIL, 2004d).

No ano de 2002, as estatísticas brasileiras demonstraram a ocorrência de 387.905 acidentes de trabalho que deixaram 15.029 pessoas incapacitadas permanentemente e levaram 2.898 pessoas a óbito. Do total de acidentes de trabalho registrados 82,6% (320.398) corresponderam a acidentes típicos, ou seja, aqueles ocorridos em decorrência do exercício do trabalho (BRASIL, 2004c).

Os acidentes de trabalho são formas de violência com maior probabilidade de identificação, pois embora não existindo um sistema apurado de notificação e uma sistematização periódica de informações sobre os mesmos, existem alguns estudos no sentido de categorizá-los (MACHADO; MINAYO, 1994). Outros tipos de violências exigem uma melhor compreensão para que possam também ser prevenidas, assim sua particularização em contextos específicos, nos locais de trabalho, constitui uma medida para minimizar suas manifestações.

Minayo (1994), considera a violência com um problema de saúde pública e destaca que os dados sobre violência são por natureza problemáticos, provisórios e tentativos, não sendo possível traduzir totalmente a verdade. Todavia, considera que, mesmo exigindo discussões controversas os dados epidemiológicos permitem sinalar a magnitude do fenômeno, suas tendências e traçar diagnósticos para a ação.

Mesmo considerando a violência indesejável em qualquer contexto em que se manifeste, em alguns deles ela é mais traumática e prejudicial. No contexto do trabalho em saúde a sua manifestação não se limita aos danos aos trabalhadores, mas pode também comprometer a saúde das pessoas assistidas, afetando a qualidade da assistência à saúde da população. Isto significa que os danos à saúde do trabalhador decorrentes da violência operante no local de trabalho podem comprometer também a qualidade do produto por ele produzido (assistência, produtos, serviços).

2.1.4 Violência e Trabalho em Saúde e Enfermagem

A violência no trabalho no setor saúde é um fenômeno cada dia mais presente e diante do expressivo número de trabalhadores acometidos em todo o mundo, a Organização Internacional do Trabalho (OIT), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) e o Internacional de Serviços Públicos estabeleceram um programa conjunto com diretrizes traçadas com o propósito de ajudar estes profissionais a combater o medo, as agressões, a humilhação e inclusive homicídios em seus locais de trabalho (MARZIALE, 2004).

Os principais fatores contribuintes para a ocorrência de violência aos trabalhadores de enfermagem no local de trabalho são o desenvolvimento do trabalho de forma isolada, a quantidade insuficiente de pessoal, a formação inadequada, o desenvolvimento do trabalho junto a pessoas dependentes de álcool e drogas (KIGMA, 1998; SUAZO; SANZ, 2002).

No Brasil, nas últimas décadas, alguns estudos vêm se preocupando com a questão da violência na prática cotidiana do trabalho em saúde hospitalar. Dentre eles, o estudo de Nogueira, (1994) abordando a **violência institucional** definida em dois aspectos básicos: violência por **omissão** e por **comissão**. A primeira, diz respeito à negação total ou parcial das ações médico-sanitárias evidenciadas pelo descaso, pela negligência e até mesmo pela omissão ao não disponibilizar aos usuários do sistema de saúde os recursos necessários ao atendimento de suas necessidades. A segunda se refere à **violência técnica** inerente à teoria e à prática das ações de saúde evidenciada pela realização de procedimentos desnecessários e/ou indesejáveis (grifos nossos).

A pesquisa de Pereira (2000), evidencia os vários contornos da **violência simbólica** no trabalho hospitalar. Destaca a **não informação**, a **informação negada**, fragmentada e confusa, assim como, a **pouca sensibilidade à dor** e ao desconforto como faces da violência de médicos em relação a mulheres hospitalizadas para parturição. Em relação aos

trabalhadores de enfermagem o estudo revelou a falta de ação própria caracterizada por **omissão** ou **ausência**, como aspectos violentos da prática cotidiana naquele contexto (grifos nossos).

Outra manifestação de violência no contexto hospitalar é evidenciada pela assimetria, ou relação de não iguais se manifestando por procedimentos técnicos ritualizados. Nesta situação, a violência é caracterizada como uma relação permeada por mecanismos de disciplina no sentido de alguém impondo sua autoridade sobre outro que se encontra em um momento de extrema fragilização e dependência de cuidados de saúde. Em relação ao trabalhador, a violência se manifesta nas péssimas condições de trabalho e até mesmo na aparência e no conforto dos espaços a eles destinados. Deste modo, os trabalhadores, são, ao mesmo tempo, sujeitos e objetos dessa violência e também produzem os seus trabalhos no mesmo meio violento (RIBEIRO, 1998).

À semelhança de outros contextos de trabalho, no ambiente hospitalar são formadas coletivamente estratégias de defesas psicológicas pelos trabalhadores com o objetivo de tornar mais leve o convívio com situações potencialmente geradoras de ansiedades. As estratégias defensivas estabelecidas coletivamente podem fracassar e, nesse caso, a ansiedade se transforma em problema individual (DEJOURS, 1992). Na enfermagem estas estratégias defensivas podem se tornar violência quando, ao serem postas em prática, causam sofrimento às(aos) trabalhadoras(es) ou às pessoas por elas(eles) cuidadas.

Nos trabalhadores as próprias estratégias coletivas de defesa podem se tornar manifestações de violência, evidenciadas por hostilidade e agressões verbais ou mesmo físicas entre trabalhadores da mesma equipe ou de outras. Neste contexto de desequilíbrio gerado pelas condições inadequadas de convivência e de trabalho aparecem os comportamentos auto-agressivos manifestados pelo alcoolismo, uso e abuso de drogas sendo os ansiolíticos comuns neste meio. Ainda podem surgir “[...] a loucura com todas as suas formas de descompensação, psicóticas, caracteriais e depressivas. Enfim, sem poder usar estas ‘portas de saídas’, o risco é a morte [...]” (DEJOURS 1992, p. 35).

De maneira geral, no contexto hospitalar os mecanismos de defesa psicológica se revelam, principalmente, pelo comportamento de negação e distanciamento afetivo. Essas defesas impossibilitam aos trabalhadores a vivência significativa de seu trabalho e às pessoas sob seus cuidados de receber a devida atenção a que têm direito. (SELIGMANN-SILVA, 1994).

Pitta (2003), também destaca entre as estratégias defensivas psicológicas apresentadas por trabalhadores hospitalares na execução de suas atividades: a fragmentação da relação

técnico-paciente – trabalhador, na qual este se distancia afetivamente do paciente evitando o sofrimento pela sua perda; o distanciamento e negação de sentimentos – o trabalhador esconde seus sentimentos, simpatias e afinidades em relação às trocas que poderiam ocorrer durante a realização de suas atividades, vestindo uma máscara de indiferença; a tentativa de eliminar decisões e reduzir o peso da responsabilidade, através do estabelecimento de rotinas, tarefas e padronizações das atividades evita que o trabalhador reflita sobre suas condutas.

As condutas transformadas em rituais ou em rotinas, tornam obrigatório o seu exercício pelo trabalhador, assim, no seu imaginário tal conduta é realizada como dever. Isto reflete uma cultura no trabalho em saúde, uma vez que esta consiste "[...] em estruturas de significantes, socialmente estabelecidas, nos termos dos quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles [...]" (GEERTZ 1989, p.23). Percebemos a violência através da cultura da tecnificação e padronização reinantes no trabalho em saúde. Ela aqui assume um aspecto dinâmico que se manifesta na própria estrutura social que define o comportamento, as atitudes e as ações de determinados grupos, sendo a equipe de saúde um destes grupos.

Historicamente, a enfermagem pré-profissional acontecia como uma prática social relacionada às atividades domésticas e, portanto, fruto das experiências de mães de famílias, monjas e de escravos, tendo como saber embasador o senso comum e não um conhecimento especializado. Enquanto no pré-capitalismo a medicina e seus agentes recebiam um certo prestígio social, a enfermagem não era reconhecida e, se algum prestígio lhe era conferido se devia basicamente a sua ligação religiosa e não pela prática exercida. Com a redução das monjas e o desaparecimento gradual dos mosteiros, a assistência à saúde passa de prática gratuita e caritativa a prática remunerada. Só então, o pessoal prestador desta assistência também passa a ser pago pelo seu trabalho. Por ser ínfimo, este pagamento só foi sendo aceito por mulheres que não eram capacitadas para atuar em outros postos de trabalho (SILVA, 1989).

Gradativamente, foram modificando as características dos hospitais tornando-se instituições com objetivo de cura de enfermidades, centro de estudos e também local de pesquisa. Com o capitalismo, a área da saúde se desvincula da assistência social genérica e passa a ser responsabilidade do Estado que a assume em conformidade com as necessidades materiais e também com aquelas mais intangíveis do sistema produtivo e do jogo político envolvido. A conservação e o restabelecimento dos corpos, bem como as suas adaptações como força de trabalho no sistema produtivo, passam a ser o objetivo principal das atividades de enfermagem e medicina (FOUCAULT, 2002).

Avaliando o trabalho de enfermagem no seu percurso histórico percebemos que ele foi caracterizado, desde sua origem, como um trabalho manual e não especializado. Assim, foi configurado, igualmente, como um trabalho desprovido de poder e de prestígio a cargo de mulheres, escravos e religiosos. Desde o seu surgimento, este trabalho esteve mais ligado às práticas femininas com atribuições de atividades consideradas "menos nobres" como cuidar dos filhos, dos velhos e dos enfermos. Aos homens foram reservadas as atividades consideradas "mais nobres" como a caça, a guerra, a administração do campo ou das cidades e de serem "guardiões dos segredos mágico-religiosos da cura das enfermidades, entre outros" (SILVA, 1989), atividades estas de maior visibilidade e prestígio social.

É, portanto, um trabalho com as marcas do gênero feminino desde sua origem até os dias atuais. As implicações dessas marcas dizem respeito à conjugação de sexo e classe, na definição do trabalho como massivamente feminino, que no imaginário social veicula conotações de desvalorização.

Em nosso contexto prevalece a mentalidade patriarcal, assim para refletir sobre a dinâmica da violência no trabalho de enfermagem torna-se necessário considerar a possível relação existente entre violência e gênero, uma vez que esta atividade é constituída majoritariamente por mulheres. Para tal, vamos nos reportar aos efeitos do patriarcado sobre a sociedade humana e particularmente sobre as mulheres.

Nossa cultura tem como base os símbolos e o ideário do patriarcado. "Na sociedade patriarcal, os papéis masculino e feminino são aprendidos desde cedo e já trazem em si a violência de gênero, uma concepção masculina de ser onde tudo que é masculino, por suposição, é superior e tudo que é feminino é pretensamente inferior" (DINIZ et al., 1999, p.109). Segundo Young-Eisendrath (1993, p.179), esta visão impregnada na dimensão psicológica induz a valorizar mais o individual, privilegiando os conceitos de exclusividade, genialidade, independência e individualismo em detrimento dos "conceitos de comunidade, inteligência compartilhada, limitação, dependência e coletividade".

Adotar uma abertura para a superação da violência de gênero significa ter motivação para modificar nosso pensamento a respeito do que conceituamos como superioridade, inferioridade e dominação/submissão. Esta reconstrução da epistemologia é possível com a introdução de "novos conceitos sociais, novos significados e novos discursos sobre o trabalho e a identidade femininos" (YOUNG-EISENDRATH, 1993, p.181). Novos conceitos sociais e novos significados que possibilitem pensar um pólo gerador de prazer no trabalho de enfermagem, contrapondo ao um outro pólo até então existente gerador de violência e sofrimentos. Dejours (1994, p. 28), ao discutir a relação homem-trabalho mostra que uma

certa margem de autonomia é necessária para a sanidade psíquica humana e que o trabalho que se opõe à livre atividade do trabalhador torna-se perigoso para o seu aparelho psíquico. Assim, para que um trabalho seja equilibrante proporcionando prazer, há necessidade de ser livremente escolhido ou livremente organizado. “Em geral, a carga psíquica de trabalho aumenta quando a liberdade de organização diminui”.

Esta liberdade de escolha do trabalho e de organização da atividade é sempre condicionada e compartilhada: pelas próprias exigências das tarefas a serem realizadas, pelas necessidades do empregador e as possibilidades de exercício oferecidas, assim como pelas relações de dependências múltiplas necessárias à realização de qualquer atividade humana.

Morin (1998, p. 282), propõe uma nova noção de autonomia afirmando que “*um sistema aberto é um sistema que pode alimentar sua autonomia, mas mediante a dependência em relação ao meio externo*” (grifos do autor). Sua visão contrapõe a noção de autonomia determinística de dependência sem autonomia ou a antinomia “absoluta entre dependência e independência”. Ele fundamenta a existência de uma autonomia construída levando-se em consideração as variadas dependências as quais vivenciamos cotidianamente.

Para a enfermagem esta é uma visão alentadora, pois experimentamos múltiplas dependências, mas com possibilidade de construção progressiva de nossa autonomia, uma vez que o conceito de autonomia nesta nova visão passa a ser “relativo e relacional”. Segundo Morin (1998, p. 282), “[...] Nós mesmos construímos a nossa autonomia psicológica, individual, pessoal, por meio das dependências que suportamos, que são as da família, a dura dependência na escola, as dependências na universidade. Toda vida humana autônoma é uma trama de incríveis dependências. [...]”.

Pensar a violência no contexto do trabalho de enfermagem implica repensar novos meios de construirmos a nossa prática profissional e a nossa relação com as demais pessoas do contexto de trabalho em saúde, onde a mudança de foco na questão da autonomia individual e profissional pode favorecer novas formas de ação e de conduta de modo que o respeito possa prevalecer e com ele novas maneiras de atuação mais saudáveis.

É possível a constatação de que a noção de autonomia ora apresentada é totalmente diferente daquela oferecida pela organização do trabalho nos moldes propostos pela reestruturação produtiva em que “[...] as empresas determinam os objetivos produtivos, as normas de qualidade e os prazos de realização. Os trabalhadores – qualquer que seja a posição deles no processo de trabalho – têm de encontrar, eles próprios, as estratégias e os meios para cumprir os objetivos: essa é a autonomia deles” (THÉBAUD-MONY, 2000, p. 172).

Concordamos com o pensamento do gênero ser constituído nas relações sociais onde prevalece a ótica masculina e por isso a violência segue esta mesma ordem, é regida pelo masculino e, portanto, constitui um importante componente de controle social (DINIZ et al., 1999).

Neste contexto, aceitamos as idéias de Dejours (1999), quando afirma que a valorização da ótica predominantemente masculina está diretamente relacionada com a violência social vivenciada na atualidade, pois esta visão de mundo se constitui em obstáculo para os seres humanos compartilharem suas existências e dificulta a capacidade de nos colocarmos na perspectiva dos outros e de nos solidarizarmos com seus sentimentos e vivências.

Na visão da psicopatologia, a violência pode ser desencadeada por um sistema de defesa psicológico exclusivamente masculino, denominado de virilidade. Este sistema defensivo psicológico

[...] confere à identidade sexual masculina a capacidade de expressão do poder (associada ao exercício da força, da agressividade, da violência e da dominação sobre outrem), seja contra os rivais sexuais, seja contra as pessoas hostis ao sujeito ou aos que lhe são chegados e a quem, por sua virilidade, ele deve garantir proteção e segurança. O parceiro amoroso de um sujeito viril deve-lhe reconhecimento, gratidão, submissão e respeito, em troca de seus serviços. Por sua vez, a mulher deve aceitar a dominação ou mesmo a violência. [...] (DEJOURS, 1999, p.84).

O atributo viril masculino como um sistema de defesa coletiva confere ao homem a possibilidade de trocar o medo por coragem, substituindo a fuga pelo enfrentamento, mesmo que de forma pervertida. Neste sentido, para vencer o medo e evitar a fuga, o sujeito adota, por exemplo, um comportamento de desprezo ostensivo aos valores de decoro, do corpo e da personalidade (DEJOURS, 1999).

Tomando por base uma pesquisa realizada por Molinier⁸ (1975 apud DEJOUR, 1999) adverte para o fato de que na enfermagem os sistemas defensivos obedecem a uma ótica feminina, e como tal, não tem grande importância demonstrar coragem banalizando o sofrimento de outros. Porém, ressaltamos que, como nas suas relações de trabalho compartilha do mesmo espaço e, na maioria das situações, as trabalhadoras estão hierarquicamente subordinadas a chefias masculinas, elas podem sofrer alguma forma de violência, como o autoritarismo ou dominação de alguns componentes da equipe médica.

⁸ MOLINIER, P. *Psychodynamique du travail et identité sexuelle*. Paris, Conservatoire National des Arts et Métiers, 1975. 273p. (These de Psychologie).

Sendo a enfermagem composta majoritariamente por mulheres é possível que as percepções de “impotência, limitação, desprestígio, não reconhecimento e desvalorização do trabalho”, bem como a culpabilização frente a situações de insucesso, conforme afirma Lunardi Filho (2004, p. 13), funcione como uma norma psicológica impressa pelas determinações históricas da profissão reforçadas constantemente no convívio com os profissionais da medicina, cujas características estão ainda fortemente impregnadas da mentalidade patriarcal.

Além disso, o conhecimento clínico atualmente estendido a todos os profissionais da área de saúde, especialmente aos enfermeiros, lhes tem imposto novas atribuições, novas exigências e responsabilidades em decorrência da crescente evolução do saber em saúde. Por outro lado, embora com uma competência cognitiva, técnica e científica equiparada à dos médicos, as(os) enfermeiras(os) como coordenadores do trabalho de enfermagem encontram diversas barreiras para o reconhecimento de sua competência, dentre elas as condições trabalho desfavoráveis, traduzidas, principalmente, na quantidade reduzida e precária de equipamentos e instrumentos básicos e na escassez de recursos humanos.

**3. FUNDAMENTOS TEÓRICO-METOLÓGICOS E PROCEDIMENTOS
OPERACIONAIS DA PESQUISA - MEDIAÇÕES NO
RECONHECIMENTO E ANÁLISE DO OBJETO**

3. FUNDAMENTOS TEÓRICO-METOLÓGICOS E PROCEDIMENTOS OPERACIONAIS DA PESQUISA - MEDIAÇÕES NO RECONHECIMENTO E ANÁLISE DO OBJETO

O estudo se pautou em alguns fundamentos teóricos explicativos da trajetória percorrida e demarcatória dos elementos de coerência interna, acionados durante a construção do objeto, a coleta dos dados empíricos e processo de análise. Complementando de forma mais detalhada, foi reconstruído o caminho adotado para a coleta de dados e a análise dos mesmos.

3.1 Fundamentos Teóricos Metodológicos

As ciências sociais têm sido utilizadas como abordagem no campo da saúde, por permitir a compreensão da complexidade inerente a esse vasto campo de estudo. Como enfermeiras, docentes e pesquisadoras inseridas nesta realidade consideramos que nossas crenças e representações sociais acerca do objeto escolhido para estudo também o atravessaram e o modificaram ao longo do processo de pesquisa.

Assim, esse objeto de estudo se caracteriza como histórico, ou seja, tem uma história que precisa ser entendida em suas interações e seu percurso de construção já delineado no capítulo referente à descrição do contexto histórico-social do trabalho nas instituições públicas de saúde brasileiras. Possui ainda uma consciência histórica, evidenciada pelos significados, valores e consciência da própria história do pesquisar em relação ao objeto investigado, o que constrói uma identificação entre o sujeito que investiga e o objeto escolhido. Dessa forma, ele é também ideológico, pois reflete visões de mundo, de idéias, de valores e interesses que plasmam o objeto investigado.

Por isso o pesquisador precisa estar atento para ultrapassar esse caráter ideológico na construção a ser procedida. Para isso é necessário construir criteriosamente o referencial teórico metodológico, problematizando-o para além do visível e do mensurável, buscando a qualidade essencial do fenômeno estudado, nem sempre visível aos olhos não adequadamente preparados para o processo de investigar (MINAYO, 1993).

As Ciências Sociais, portanto, oferecem instrumentos entre os quais teorias que permitem realizar uma aproximação da riqueza existente na vida dos seres humanos em sociedade, ainda que de forma parcial, imperfeita e insatisfatória. “Para isso, ela aborda o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados e nas representações” (MINAYO 1993, p. 15), tal como se evidencia no estudo da violência operante no contexto estudado.

Produzir conhecimentos científicos no campo social exige coerência interna, objetivação, criatividade a aprofundamento ao tratar com o empírico e o abstrato. Assim, a articulação lógica entre as concepções teóricas escolhidas e o exercício prático do processo de investigação requer a atenção do pesquisador no sentido de unir dialeticamente as concepções teóricas adotadas e os dados empíricos (MINAYO, 1993).

Lidando com seres humanos em constante relação e proximidade, a posição de neutralidade deve ser substituída pela aproximação controlada da complexidade do objeto estudado, por meio da aplicação crítica dos métodos, técnicas e regras científicas para desvendar o objeto de estudo (MINAYO 1993).

Para explicitar a dinâmica e contradições do objeto de investigação, a criativa e ampla descoberta em suas relações constitutivas não deve ser confundida com a aparência. Assim, a explicitação do objeto deve se dar em suas determinações e movimento, procurando a apreensão de suas singularidades e relações sociais envolvidas. No esforço de considerar os aspectos mencionados foram apresentadas as seguintes etapas, distintas apenas de forma didática: a definição do objeto e pressupostos, os objetivos, a coleta dos dados empíricos significativos, de forma que pudessem se transformar em análises ou informações de relevância.

O presente estudo se pautou na abordagem qualitativa de pesquisa, uma vez que uma de suas características é a preocupação com a perspectiva colocada pelos sujeitos pesquisados. Dessa forma, foi buscado o entendimento da lógica que norteia as atitudes, os comportamentos e as ações do grupo de trabalhadores de enfermagem. Para isso, foram contextualizadas as falas e ações para o entendimento dos símbolos que permeiam os grupos/sujeitos de pesquisa. Sua execução, portanto, se deu de forma flexível e interativa, uma vez que o compromisso não era apenas com o resultado da investigação, mas também com o processo e com os sujeitos participantes da mesma. Nesse sentido, foi necessário estar constantemente recompondo o objeto e o nosso olhar sobre ele, pela prática do diálogo com os sujeitos investigados, recorrendo ao referencial teórico selecionado.

O exame da violência operante no trabalho de enfermagem foi realizado em uma abordagem dialética. Em consequência, uma das primeiras preocupações foi definir estratégias operativas que possibilitassem a distinção do núcleo da investigação e, ao mesmo tempo, fazer sua articulação com o contexto de trabalho em sua dinâmica laboral e relacional.

Pela complexidade sempre crescente como vem se constituindo o trabalho em saúde este deve ser analisado tanto na dimensão objetiva, como na subjetiva, uma vez que esta última interfere de forma significativa na primeira. Desse modo, para analisar os elementos constituintes do trabalho em saúde no que se refere ao objeto escolhido neste estudo foram considerados, na descrição e análise, alguns conceitos complementares, porém importantes no cotidiano do trabalho em emergência e urgência clínica.

Por considerar que o trabalho em saúde é constantemente constituído e reconstituído por seres humanos que o vivem em situações concretas e cotidianas foi entendida a necessidade de sua análise como subjetivamente relacionado aos seus agentes, uma vez que eles são capazes não só de ressignificá-lo, mas também a si próprios, em um processo que parece ir muito além do local de trabalho, interferindo nas dimensões privadas de suas vidas de diferentes maneiras sendo influenciados por elas.

Portanto, o enfoque da análise privilegiou a ótica do processo de trabalho nas organizações de saúde, como um campo onde são construídas e reproduzidas, tanto as relações de produção como também as relações técnicas-sociais consubstanciadas de poder e de força, entendendo que esta última está impregnada de violência simbólica e explícita. Neste estudo consideramos, além das relações de produção estudadas pela corrente marxista, as relações simbólicas, pois as situações de trabalho participam na conformação da subjetividade do trabalhador como uma referência fundamental (DESLANDES, 2002), e “[...] o poder intervém sempre ao mesmo tempo internamente na hierarquia, e na linguagem, na dominação e no simbólico [...]” (CLEGG, 1996, p. 49), de modo que os controles sobre o trabalhador permitem sempre uma margem de negociação.

As(os) trabalhadoras(es) sendo pessoas não se reduzem apenas à sua força de trabalho ou à criação de significados. Como pessoas são, ao mesmo tempo

[...] sujeito dos dois e submetidas subjetivamente aos dois, ou seja, elas se definem como mão-de-obra e ao mesmo tempo como portadoras de diferentes identidades sociais múltiplas e interligadas [...] Estas identidades serão tão mais visíveis quanto mais socialmente reconhecidas e produzirem repercussões organizacionais.[...] (CLEGG, 1996, p. 56).

3.1.1 As categorias Teórico-Analíticas

As categorias centrais de uma pesquisa social precisam estar de acordo com a natureza do objeto de estudo, de forma que permita uma apropriação do mesmo no contexto teórico específico da abordagem, assim as categorias analíticas centrais foram: **processo de trabalho em saúde e enfermagem, relações de violência e relações de poder**. As categorias processo de trabalho em saúde e enfermagem e relações de violência foram definidas na fase exploratória do projeto de pesquisa e a categoria poder foi se delineando no decorrer da investigação.

O Processo de Trabalho em Saúde e Enfermagem

A análise do processo de trabalho no contexto do trabalho de enfermagem em emergência e urgência de um hospital público de Mato Grosso na perspectiva sócio-histórica requer a consideração deste como categoria central.

Marx e Engels (1991), afirmam que a história da existência humana diz respeito a uma sucessão de diferentes modos de produção que passaram por transformações diversas no decorrer da história até culminar no modo de produção capitalista. Essas transformações não ocorreram aos saltos, mas de acordo com as forças existentes dentro de uma sociedade que movem essas mudanças, trazendo algo de novo. Assim, uma antiga sociedade sempre dá as bases para o nascimento de uma nova, isto é, nela está implícito o germe do novo.

No modo de produção capitalista as pessoas “têm liberdade” para tornarem-se “proprietários” ou “propriedade”, de modo que alguns podem ser proprietários dos meios de produção e comprar a força de trabalho necessária ao processo produtivo. Outros, os trabalhadores, também podem ser vistos como proprietários, mas de sua própria força de trabalho, que é por eles vendida em troca de um salário para a garantia de sua sobrevivência. Dessa forma, mesmo que produza de modo intencional sua sobrevivência, o trabalhador não sendo proprietário dos meios produtivos, não pode controlar as condições e os produtos de seu trabalho (MARX; ENGELS, 1991). Esta visão mostra o trabalhador desprovido de direitos ou condições políticas para transformar o seu entorno, reiterando a alienação dos trabalhadores e o poder do capitalista como um poder absoluto para controlar as condições de trabalho.

A “força de trabalho” é definida por Marx como a capacidade exclusivamente humana de produzir trabalho. Só o trabalho humano representa o recurso exclusivo da humanidade em seu enfrentamento com a natureza, seja pelo seu exercício direto ou armazenado na forma de

produtos como as máquinas, ferramentas ou até animais domesticados. Assim, a força de trabalho não pode ser confundida com qualquer outro meio de executar uma tarefa, simplesmente porque é humana. Do ponto de vista da espécie como um todo, a diferença entre o emprego de uma força de trabalho e outra força qualquer é decisiva, pois “todo indivíduo é o proprietário de uma porção da força de trabalho total da comunidade, da sociedade e da espécie” (BRAVERMAN, 1987, p. 54).

“O processo de trabalho começa, portanto, com um contrato ou acordo que estabelece as condições de venda da força de trabalho pelo trabalhador e sua compra pelo empregador”. O trabalhador, ao não dispor de outra alternativa, faz o contrato de trabalho para garantir a sua sobrevivência. O empregador, por sua vez, possuindo uma unidade de capital e desejando ampliá-la, converte parte desse capital em salário. Desse modo, realiza-se o processo de trabalho, o qual mesmo sendo um processo para criar valores úteis, a partir do contrato de trabalho, torna-se um processo para expandir o capital, para a criação de lucro (BRAVERMAN, 1987, p. 55).

O capitalista adota o ponto de vista multilateral das potencialidades dos seres humanos na sociedade como base para que possa proceder a ampliação de seu capital e, para isso, ele busca os meios de aumentar a produção da força de trabalho por ele comprada colocando-a em ação. Para aumentar a sua produção ele pode usar diferentes meios, desde o aumento da jornada de trabalho, a intensificação dos ritmos até a utilização dos mais sofisticados instrumentos de trabalho. A sua finalidade é realizar produção a partir do potencial inerente à força de trabalho comprada, pois é “isto que lhe renderá o maior excedente e assim o maior lucro” (BRAVERMAN, 1987, p. 58).

Dois aspectos se distinguem no processo de produção capitalista: processo de valorização relacionado à produção de mais valia e o processo de trabalho relacionado a produção de bens. O processo de trabalho deve ser entendido como o meio do processo de valorização, ou seja, é através dele que se torna possível o processo de valorização.

Segundo Bottomore (1993, p. 299), os elementos básicos do processo de trabalho são três: “primeiro, o trabalho em si, uma atividade produtiva com um objetivo; segundo, o(s) objeto(s) sobre os quais o trabalho é realizado; e terceiro, os meios que facilitam o processo de trabalho. [...]”. Sendo o processo de trabalho uma condição de existência humana comum a todas as sociedades, é necessário a análise das relações sociais nas quais esse processo ocorre.

O trabalho humano se caracteriza, assim, por sua intencionalidade, pois nele, “além do esforço corporal, está também a vontade do trabalhador orientada a um fim” (MARX, 1998, p. 143).

O controle do processo de trabalho não é deixado nas mãos do trabalhador. Este vende a sua força de trabalho e o seu interesse pelo mesmo passa a ser “alienado”, do seu processo de trabalho. Essa passagem, denominada como “alienação progressiva dos processos de produção” do trabalhador para o capitalista, manifesta-se como um problema a gerenciar e leva ao surgimento da gerência do trabalho (BRAVERMAN, 1987, p. 59).

Nesta situação, o trabalho humano pode ser reduzido à condição de atividade, sem a participação da vontade do trabalhador no projeto de resultado, ao objetivo pretendido. Essa forma de alienação é a que tem se efetivado nas sociedades contemporâneas, segundo Mendes-Goncalves (1992).

Na perspectiva marxiana o trabalho “como uma atividade humana é, por natureza, relação entre sujeito e objeto, cuja conseqüência não é uma modificação unilateral, mas uma mútua transformação que se torna imediatamente movimento de atividade crescente” (LEOPARDI, 1999, p. 9).

No mundo atual, muitas mudanças ocorreram em decorrência da complexificação organizacional e tecnológica, paralelamente a muitas transformações sociais. Como refere Leopardi (1999, p.10)

[...] As instituições que dão forma ao trabalho, hoje, tais como as instituições sociais, o saber, as leis e os modos operatórios (ou prática), foram se adequando a novas necessidades históricas. O trabalho e os trabalhadores, portanto, sendo mutantes por definição, são formas transitórias e nosso olhar deverá afastar-se de toda tendência à cristalização conceitual e metodológica.

As tarefas de sobrevivência se complexificaram no decorrer do processo histórico, exigindo novas formas de exercê-las e organizá-las. No âmbito do trabalho em saúde, as alterações no quadro epidemiológico das doenças e na expectativa de vida das pessoas levam a novas exigências de assistência à saúde com transformações em todas as formas de seu atendimento, que podem ser compreendidas na instituição de saúde estudada (LEOPARDI, 1999).

Nas instituições de saúde os trabalhadores possuem domínio de conhecimento e técnicas específicas para o atendimento a pessoas com problemas de saúde. No âmbito hospitalar, o trabalho é visualizado nas ações médicas, de enfermagem e das demais profissões da área de saúde. Além destes, outro grupo de trabalhadores com qualificações variadas desenvolvem atividades de apoio e suporte, incluindo-se nesse grupo os trabalhadores de limpeza, escritórios, segurança, portaria, dentre outros (PIRES, 1999).

O processo de trabalho em saúde, baseado nos pressupostos de Marx, tem como objeto

pessoas que necessitam de medidas de promoção, prevenção, recuperação ou reabilitação da saúde. O instrumental de trabalho é a conduta e os instrumentos desenvolvidos pelo saber da saúde e a finalidade é a ação terapêutica e o cuidado. O produto do trabalho é a própria prestação da assistência em saúde. Por se tratar de um trabalho que não produz bens materiais, mas serviços, o consumo do trabalho é feito ao mesmo tempo em que ele é produzido (PIRES, 1999).

Especificamente, a Enfermagem é a categoria que integra o trabalho coletivo em saúde. A materialização de seu processo de trabalho hospitalar ocorre basicamente de duas formas: um processo administrativo, cuja finalidade é a organização e o controle da assistência por meio de um saber gerencial desenvolvido pelas(os) enfermeiras(os), e um processo de cuidado assumido por todos os trabalhadores que realizam o cuidado direto.

O trabalho de enfermagem no contexto hospitalar é realizado por trabalhadores com graus de formação diferenciados: enfermeiro, técnico de enfermagem e auxiliar de enfermagem. É organizado, algumas vezes, como “cuidados integrais”, outras vezes, como “cuidados funcionais”. A(o) enfermeira(o) compete o papel de “detentor do saber e controlador do processo de trabalho em enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executores de tarefas delegadas” (PIRES, 1999), como foi possível observar no contexto estudado onde compete às enfermeiras a definição das tarefas a serem realizadas pelos demais trabalhadores de sua equipe e a realização dos cuidados assistenciais mais complexos, embora muitas vezes compartilhem com os membros de sua equipe a definição de tais atividades e exerçam também outras funções assistenciais conforme a exigência de cada situação.

A organização do trabalho no hospital é permeada, dentre outros, por hierarquias, rotinas, e carga horária de trabalho. Aos trabalhadores são impostas condições inibidoras da capacidade de reflexão sobre o seu próprio fazer e viver, principalmente àqueles menos qualificados profissionalmente (PIRES, 1999). Deste modo, a própria forma de organização do processo de trabalho em enfermagem se caracteriza como um aspecto violento aos trabalhadores deste contexto.

Analisando o trabalho em sua relação com a tecnologia, Ramos (1996), considera como imprescindível o estabelecimento da relação entre trabalho e tecnologia para além do entendimento desta como agrupamento de saberes, métodos, técnicas e instrumentos direcionados a um determinado trabalho. Ressalta a perspectiva da vida cotidiana do trabalhador assalariado não mostrar ressonância com a visão paradigmática da tecnologia na ótica do progresso racional. Ela nos alerta para o fato que:

[...] entre o modo como determinado trabalho visivelmente se mostra hoje e a tecnologia operante, se estabelece uma complexa rede de mediações, continuidades e discontinuidades de caráter histórico-econômico que se articulam a toda uma racionalidade científica e uma organização social característica. Isto envolve a negação de qualquer neutralidade do saber e da dinâmica tecnológica. E, mais ainda, trata-se de não apenas perguntar dos efeitos das mudanças tecnológicas necessárias para certo trabalho, mas, sim, questionar como e porque certa organização social de um processo de trabalho modela e determina as formas particulares que a mudança tecnológica assume (RAMOS 1999, p. 35).

Esta reflexão faz parte da análise que utiliza a perspectiva de questionar as marcas da organização tecnológica do trabalho com o surgimento da industrialização a partir do século XVIII e conseqüente divisão do trabalho e a fragmentação ou parcelamento das tarefas. A atual especialização e parcelamento das tarefas devem ser discutidos e enfrentados, não somente no contexto científico, mas também no político, considerando que essa forma de gerenciamento do trabalho despoja o trabalhador do controle sobre o produto e sobre o processo de produção, trazendo conseqüências perversas a sua vida (RAMOS, 1999).

A maioria dos estudos sobre o processo de trabalho no modo de produção capitalista destaca a subordinação do trabalhador ao trabalho no que se refere a sua dimensão física e psíquica, pois não só o seu corpo é tomado, mas também a sua atenção, energia mental e vontade. Se a organização do trabalho não permite nada além do fazer mecânico e fragmentado, opera-se o que é, provavelmente, “a mais violenta das expropriações, a expropriação da humanidade, da dignidade, da possibilidade do trabalhador fazer-se homem, de fazer-se pleno” (RAMOS 1999, p. 37).

O conceito de “normalidade sofrente” é outro aspecto interessante para a compreensão da violência em relação ao trabalhador no contexto hospitalar. Esta normalidade ocorre “como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual ou coletiva) contra o sofrimento no trabalho”, como uma estratégia de defesa mental. Embora sendo uma estratégia defensiva protetora da sanidade mental, acaba por insensibilizar o indivíduo contra aquilo que pode fazer sofrer, inclusive, contra o próprio sofrimento moral (DEJOURS, 1999, p.36).

Esta estratégia defensiva pode favorecer a gênese da violência nos locais de trabalho, uma vez que o trabalhador torna-se gradativamente menos sensível àquilo que o faz sofrer, levando-o a banalizar as situações de violência no contexto de trabalho, sendo este mais um aspecto sutil da violência.

Relações de Violência

Na busca da compreensão do objeto de estudo: a violência e suas formas operantes no contexto de trabalho da enfermagem hospitalar em emergência clínica, inicialmente uma revisão sobre as diversas acepções do termo violência foi realizada.

Etmologicamente, o termo violência vem do latim *violentia* ou *violência* significando “caráter violento ou bravio, força. O verbo *violare* significa tratar com violência, profanar, transgredir”. O cerne da noção de violência comporta uma idéia de força ou de uma potência natural que ao ser exercida contra as coisas ou pessoas torna o caráter violento. É, portanto, uma força não quantificável que ao passar da medida ou perturbar uma ordem se torna violência (MICHAUD, 1989, p. 8).

No uso corrente, a violência é, mais que qualquer outra coisa, uma questão de “agressão e maus tratos”. A força assume a qualificação de violência em função de normas pré-estabelecidas e, deste modo, tanto mais normas tanto mais formas de violência. Sob o ponto de vista do direito civil, “a violência caracteriza a coação exercida sobre a vontade de uma pessoa para forçá-la a concordar” (MICHAUD, 1989, p.9).

Três aspectos principais podem cristalizar o que hoje chamamos de violência: “o aspecto psicológico, explosão de força que conta com um elemento insensato e com frequência mortífero; o aspecto moral, ataque aos bens e à liberdade de outros; o aspecto político, emprego da força para conquistar o poder ou dirigi-lo para fins ilícitos”. A partir do século XX, começou a predominar o entendimento de violência em seu aspecto político, relacionando-a ao emprego ilegítimo ou ilegal da força (DOMENACH, 1981, p.34).

A origem do conceito moderno de violência se relaciona, portanto, ao progresso da democracia e, ao mesmo tempo, é este progresso também que lhe dá uma conotação pejorativa. A partir do momento em que cada pessoa é considerada cidadã com direitos distintos definidos, a violência não pode mais se confundir apenas com a força, seja de ordem física ou política, pois agora se torna um fenômeno relacionado à liberdade com necessidade de ser contestado e superado (DOMENACH, 1981).

Na abordagem jurídica a violência se constitui inicialmente como um dano físico e igualmente se relaciona com as normas. Nesta visão o fenômeno assume caráter complexo, uma vez que ocorre em um contexto de interação no qual intervém múltiplos atores e fatores. Além disso, existem diferentes e diversas modalidades de produção da violência de acordo com os instrumentos em questão, e também depende da distribuição do tempo em que ocorre, podendo ser realizada de uma só vez, gradativamente ou distribuída imperceptivelmente.

[...] Pode-se deixar matar, deixar morrer de fome ou favorecer condições de subnutrição. Pode-se fazer desaparecer um adversário ou afastá-lo progressivamente da vida social e política através de uma série de proibições profissionais e administrativas (MICHAUD, 1989, p. 11).

Pensar em violência, portanto, significa considerar que ela passa por estados e atos de violência. Que supõe situações de dominação abrangendo todos os aspectos da vida social e política e, enfim, que se torna muito difícil identificá-la e localizá-la.

O entendimento da violência como “algo evitável que cria obstáculo à auto-realização humana” (GALTUNG, 1981, p. 92), permite a afirmação de que a violência se manifesta quando a realização humana, em um dado momento histórico, é impedida de se efetivar em função de diferentes fatores como ação, omissão ou imposição de outrem, embora havendo os meios para tal.

Quando as necessidades humanas são afetadas quatro tipos de violências são identificáveis: a "**violência clássica**", caracterizada como direcionada ao corpo ou à psicologia humana, por um autor definido; a "**violência estrutural**" definida como aquela que, embora não existindo um autor explícito, se inscreve na estrutura da sociedade manifestando como desigualdade de poder e dominação de uns sobre os outros, principalmente na distribuição dos recursos sociais; a "**repressão**" ou "intolerância repressiva" se caracteriza como privação dos direitos humanos e a "**alienação**" manifestada pela privação de necessidades superiores (GALTUNG, 1981- grifos nossos).

As necessidades humanas básicas são importantes na análise da violência nos contextos de trabalho, principalmente quando consideramos a dimensão temporal exigida nas atividades laborativas. Quando o ser humano precisa dispor de um tempo excessivo no trabalho para conseguir atender suas necessidades básicas, pouco ou nenhum tempo lhe resta para uma satisfatória dedicação a outras dimensões de sua vida igualmente importantes, como, por exemplo, a construção de seu grupo e espaço político. Assim, mesmo que aparentemente ele não esteja sendo violentado quando trabalha em dois ou três empregos, ao agir dessa forma, sua liberdade é cerceada, pois fica impossibilitado de exercer as ações direcionadas à luta por transformações favoráveis ao seu trabalho e aos outros aspectos necessários à sua vida.

Pelo exposto é possível entender a violência, muitas vezes evidenciada objetivamente, mas que, além de sua dimensão física e concreta tem também outra dimensão relacionada à subjetividade, à imprevisibilidade, à ausência de forma e de estabilidade. O próprio termo já traz implícita a idéia de avaliação, positiva ou negativa, dependendo do critério em vigor

adotado pelos grupos sociais. Assim, sua definição só pode ser entendida de acordo com os valores adotados por um determinado grupo social, ou seja, aquilo que para ele é considerado como sagrado.

Arendt (1994), distingue a noção de violência da noção de poder considerando a violência como um instrumental que aumenta o vigor individual e o poder como a capacidade humana de agir em conjunto. Deste modo a incapacidade ou o decréscimo da capacidade de agir em conjunto favorece a violência. As relações de violência implicam a dominação de uma pessoa sobre outra, evidenciadas nas relações assimétricas. Já o poder pressupõe igualdade de condições e capacidade para o diálogo e negociação.

As relações de violência se diferenciam das relações de poder por seu caráter instrumental. A violência se caracteriza como um mero instrumento que se destina a um fim determinado. “[...] Sempre depende da orientação e da justificação pelo fim que almeja [...]”. Ela contrapõe ao poder e lhe nega suas próprias condições destruindo-o. **A visível destruição do poder** que tem com consequência a desagregação da esfera pública **é o isolamento**. Isso ocorre quando a violência toma o lugar do poder. “[...] Poder e violência são opostos, onde um domina absolutamente o outro está ausente” (ARENDDT, 1994, p. 88-9, grifos nossos).

Relações de Poder

Concebendo o poder como oposto à violência, este estudo buscou compreendê-lo em sua positividade, ou seja, no sentido de uma prática social com possibilidade de exercício por qualquer indivíduo inserido em uma sociedade livre. Essa compreensão, contudo, não nega a existência de um poder institucionalizado presente nas estruturas sociais das sociedades contemporâneas. Procura, porém enfatizá-lo nas práticas cotidianas, dentre elas, as práticas de trabalho.

Considerando o aspecto de adestramento exercido pelo trabalho e suas técnicas disciplinares utilizadas nos meios produtivos, buscou-se no referencial foucaultiano o entendimento da violência imposta ao corpo no sistema capitalista de produção (FOUCAULT, 1996).

Foucault (2002, p.224), reconhece que o trabalho exerce tripla função: “a função produtiva, a função simbólica e a função de adestramento ou disciplinar” e que as técnicas de poder foram criadas como respostas às exigências da produção, no amplo sentido, mesmo quando se trata de “produzir” uma destruição, como no caso do exército.

As análises Foucaultianas mostraram o poder como uma prática social e, como tal,

constituída historicamente podendo ser exercido em diferentes níveis da rede social, estar integrado ou não ao poder do Estado. Esta relativa autonomia periférica em relação ao poder central significa que as transformações do poder não estão necessariamente ligadas às mudanças ocorridas no interior do Estado. Estas análises apontam para uma conseqüência política que não visa apenas “[...] dissecar, esquadriñar teoricamente as relações de poder, mas servir como um instrumento de luta, articulação com outros instrumentos, contra essas mesmas relações de poder” (MACHADO, 2002, p. XII).

O importante dessa visão de poder é o seu caráter dinâmico, uma vez que não é entendido como localizado em nenhum lugar específico da estrutura social. Seu funcionamento se dá em rede de dispositivos e mecanismos que englobam tudo e a todos, não existindo limites ou fronteiras definidas. Não se trata de algo ou de alguma coisa que se pode possuir ou não. Trata-se de uma prática, de um exercício, algo que se efetua e faz funcionar.

O caráter relacional do poder mostra que as próprias lutas contra seu exercício não podem se dar externamente, mas internamente com a participação ativa.

Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder, teia que se alastra por toda a sociedade e a que ninguém pode escapar: ele está sempre presente e se exerce como uma multiplicidade de relações de forças. E como onde há poder há resistência, não existe propriamente o lugar de resistência, mas pontos móveis e transitórios que também se distribuem por toda a estrutura social. Foucault rejeita, portanto, uma concepção de poder inspirada pelo modelo econômico, que o considera como uma mercadoria. E se um modelo pode ser elucidativo do que é em realidade o poder é na guerra que ele pode ser encontrado. Poder é **luta, confronto, relação de força, situação estratégica**. Não é um lugar que se ocupa, nem um objeto, que se possui. Ele se exerce, se disputa. E não é uma relação unívoca, unilateral: nessa disputa ou se ganha ou se perde (MACHADO, 2002, p. XIV-V, grifos nossos).

Foucault se distingue da perspectiva marxista e da para-marxista quanto ao interesse pelo corpo porque sua preocupação é com os efeitos do poder sobre o corpo e não delimita os efeitos do poder relacionando-o à ideologia. No momento atual as maiores reivindicações existentes são mais do corpo assalariado do que do próprio assalariado. O poder é forte por produzir efeitos positivos relacionados ao desejo e ao saber. O poder não impede o saber, mas o produz (FOUCAULT, 2002).

A questão do poder está além da legislação, da Constituição e do Estado e seus aparelhos. “[...] O poder é mais complicado, muito mais denso e difuso que um conjunto de leis ou um aparelho de Estado”. Os aparelhos de poder foram necessários ao desenvolvimento das forças produtivas do capitalismo e ao progresso tecnológico da existência. Assim, para a própria divisão das tarefas no nível da organização das forças produtivas, fez-se necessário

uma nova distribuição de poder (FOUCAULT, 2002, p. 221).

Poder, força, vigor, autoridade e violência sempre foram termos usados para mostrar os meios em função dos quais alguém exerce o domínio sobre o outro e foram tomados como sinônimos. O que distingue, fundamentalmente, esses termos é a questão de quem governa e de quem é governado. A este paradigma tradicional, Arendt traz uma proposta contrapondo a visão de que a definição da política e do poder em termos da relação de mando-obediência é restritiva. Sendo assim, há necessidade de não reduzir os assuntos públicos à questão do domínio para o favorecimento das autênticas diversidades dos assuntos humanos (ARENDR, 1994).

[...] O poder nunca é propriedade de um indivíduo, pertence a um grupo e permanece em existência apenas na medida em que o grupo conserva-se unido. Quando dizemos que alguém está ‘no poder’, na realidade nos referimos ao fato de que ele foi empossado por um certo número de pessoas para agir em seu nome (ARENDR, 1994, p. 87).

A essência do poder resulta da ação em comum baseada na livre troca de opiniões diferentes ou divergentes. O poder, portanto, resulta da capacidade humana de conviver sob a “modalidade da ação, do discurso e da persuasão, e não da violência e do comando” (ARENDR, 1994, p. 88). Esta visão pressupõe a necessidade de equalização entre os membros de uma dada sociedade de forma que possam participar ativamente na busca de conquistas sociais. Neste sentido, educação, saúde e condições sócioeconômicas são essenciais.

O cerne da vida política não estaria baseado em governar e ser governado. Nesta perspectiva a introdução e a adoção desse princípio de política como governo-governado nas filosofias políticas de Platão e Aristóteles testemunharia a intenção do estabelecimento de um padrão de previsibilidade para controlar a incerteza do jogo das ações humanas, funcionando como uma visível separação “entre aqueles que sabem e ordenam e aqueles que não sabem e obedecem, condição sob a qual inexistiria a ação política propriamente dita”. Isto significa que, no fundo da concepção em voga de poder e de política, enquanto associados intimamente, as noções de conhecimento, dominação e governo, assim como na concepção da ação como obediência estaria a filosofia política platônica. Isto equivaleria a uma imposição de critérios políticos e extrapolíticos à ação política, de modo que assegurasse previsibilidade, segurança e estabilidades aos corpos políticos (ARENDR, 1994, p. 86).

Nesta visão, desde o instante em que a ação política foi pensada nos termos de fabricação, ou seja, através de um plano traçado de forma solitária e destinado ao cumprimento por outro, foi inevitável que a conjunção entre poder e violência se fixasse em

nossa tradição, pois em alguma medida a violência é inerente a todas as atividades do fazer, do fabricar e do produzir, ou seja, pelo confronto direto do homem com a natureza.

Diferentemente das atividades políticas em que estão envolvidas a ação e a fala, as atividades de fabricação envolvem também uma relação instrumental entre meios e fins, cuja principal característica no que se refere aos negócios humanos é a de que os meios sejam justificados pelos fins. Neste sentido, a glorificação da violência contemporânea não é nada mais do que essa atitude técnica em relação à política que teve origem em Platão e “renova-se na era moderna pela certeza de que só podemos conhecer aquilo que nós mesmos fizemos, assentada na compreensão do homem como homo faber, cerne do contratualismo moderno” (ARENDDT, 1994, p. 86).

Para Arendt (1994, p. 88), o poder não existe enquanto uma coisa ou algo que possa ser possuído, guardado, armazenado ou trocado. Não é como um bem material que possa ser usado em situações emergenciais, como ocorre com os instrumentos da violência. “O poder não existe necessariamente nem para sempre [...] nada pode ser mais frágil do que o poder, que, a bem da verdade, não é senão um ‘potencial de poder’, e pode, portando, esgotar-se”.

Nesta visão, o governo é poder organizado e institucionalizado sendo sua base a opinião da maioria que ele representa. O poder pode, assim, ser materializado e manifestado nas instituições. Estas, só mantém o poder enquanto o poder vivo do povo as sustentam. O poder, nessa situação, está baseado de modo direto no apoio e também na quantidade daqueles que lhe conferem consentimento, e não nos meios de violência de que dispõe.

Foucault (2002) e Arendt (1994), concebem o poder como algo que se exerce, como “um potencial de poder” e não como um bem material. Arendt (1994), caracteriza o poder como uma ação conjunta e, portanto dependente de um consenso das pessoas em um projeto comum de ação, entretanto para Foucault o poder independe do consentimento, pois

[...] não é em si mesmo, renuncia a uma liberdade, transferência de direito, poder de todos e de cada um delegado a alguns (o que não impede que o consentimento possa ser uma condição para que a relação de poder exista e se mantenha); a relação de poder pode ser o efeito de um consentimento anterior ou permanente; ela não é, em sua própria natureza a manifestação de um consenso (DREYFUS; RABINOW, 1995 p. 243).

Há diferença entre relação de poder e relação de violência, pois para Foucault a relação de poder é um modo de ação que age sobre sua própria ação. Numa relação de poder o as pessoas se mantêm como sujeitos ativos e reconhecidas

[...] Diferencia-se de uma relação de violência pelo fato de que essa [...] age sobre um corpo, sobre as coisas; ela força, ela submete, ela quebra, ela destrói; ela fecha todas as possibilidades; não tem, portanto, junto de si,

outro pólo senão aquele da passividade; e, se encontra resistência, a única escolha é tentar reduzi-la [...] (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 243).

Violência e consentimento, portanto, podem ser usados como estratégias de poder, mas eles não constituem o princípio ou a natureza do poder. Eles são instrumentos ou efeitos do poder, pois o poder “[...] é um conjunto de ações sobre ações possíveis [...] é sempre uma maneira de agir sobre um ou vários sujeitos ativos, e o quanto eles agem ou são suscetíveis de agir. [...]” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 243).

A visão de processo de trabalho proposta por Marx mostra as relações dos trabalhadores com seus empregadores e com as estruturas organizacionais, como relações assimétricas e, portanto, relações de violência. As noções sobre poder oferecidas por Foucault e Arendt abrem novas possibilidades para pensar as relações de trabalho na sociedade contemporânea, embora ambos os autores ao enunciá-las não as tenham relacionado especificamente às situações de trabalho. Todavia, não podemos negar que o conhecimento sobre o processo de trabalho dentro do modelo de produção capitalista ainda continua vigorando e predominando na sociedade atual, basta observarmos as formas como são organizados os processos de trabalho da maioria das instituições de saúde brasileira. Por isso, mesmo correndo o risco de parecer contraditório assumimos aproximá-las como categorias analíticas do presente trabalho.

Nosso entendimento é o de que se trata de noções distintas, e de que o movimento de aproximação da categoria - relação de poder, da categoria - relação de dominação, implícita nas noções marxistas de processo de trabalho, faz parte do movimento dialético. Isto quer dizer que, embora já façam parte do mundo do trabalho novos significados sobre as relações de poder, as noções de processo de trabalho continuam existindo como parte importante de suporte na espiral do conhecimento sobre o trabalho no modo de produção capitalista.

Foucault sugere que as instituições devem ser analisadas a partir das relações de poder e que o ponto de apoio fundamental das instituições, mesmo quando elas já se acham cristalizadas, deve ser buscado aquém das mesmas. Ora, se o exercício do poder é visto como uma maneira de alguns estruturarem um campo de ação possível sobre os outros, o que é considerado específico de uma relação de poder é que ela é “[...] um modo de ação sobre ações [...]”. Dessa forma, as relações de poder estão sempre presentes em qualquer sociedade. Assim, do ponto de vista político é necessário a análise do que elas são numa determinada sociedade, de sua formação histórica, daquilo que as torna firmes ou fracas e das condições que deverão ser empreendidas para mudar umas e abolir as outras. A análise das relações de poder e, da semelhança entre relações de poder e intransitividade da liberdade, “[...] é uma

tarefa política constante; e que é exatamente esta a tarefa política inerente a toda existência social” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 246).

3.2 A Trajetória de Coleta e Análise dos Dados – Aspectos Operacionais do Estudo

O espaço de emergência e urgência hospitalar foi eleito como o contexto da investigação, pois nele o processo de trabalho assume contornos distintos no processo de trabalho em saúde. As situações de urgência e emergência oferecem maior probabilidade da apreensão do fenômeno violência, uma vez que as interações humanas são vivenciadas em um momento de intensas tensões, tanto em relação aos trabalhadores quanto aos usuários. Além disso, por considerar que setores de emergência são especialmente lugares perigosos para os trabalhadores de enfermagem como afirma Sullivan (1999).

Neste contexto, os trabalhadores além de vivenciarem a violência inerente ao seu processo de trabalho, também entram em contato direto com algum tipo de violência materializada no corpo das pessoas atendidas. As situações de trabalho características da assistência em emergência e urgência são, portanto, envolvidas em elevada carga de estresse, tanto pelos trabalhadores que prestam atendimento como pelos usuários assistidos. Deste modo, como um recorte da realidade em saúde, oferece um excelente campo de investigação das manifestações violentas sobre os trabalhadores desse contexto. Assim, esse espaço foi eleito como um palco privilegiado de possíveis manifestações de intersubjetividades e interações dos trabalhadores de enfermagem com os demais trabalhadores e usuários do sistema público de saúde e analisado com o olhar construído da pesquisadora.

O hospital no qual se insere o serviço de emergência e urgência investigado possui 1200 trabalhadores, dos quais, aproximadamente 400 pertencem à equipe de enfermagem. Está administrativa e financeiramente ligado a uma Fundação de Saúde e conta com outros recursos financeiros além do SUS, provenientes da Secretaria de Estado da Saúde e da filantropia. É considerado pela população como “o hospital dos pobres”, aquele com o qual se pode contar sempre e a qualquer hora, o que faz com que acorram, às suas portas pessoas com todos os tipos de problemas de saúde, vindas não apenas da cidade, mas também de outras cidades e de Estados vizinhos.

O trabalho de urgência e emergência é realizado em dois setores específicos do hospital: o de emergência e urgência traumática e cirúrgica, conhecido como box de emergência e o setor de emergência e urgência clínica.

No setor de emergência clínica são escalados no período diurno: um(a) enfermeira(o)

e oito profissionais de técnicos/auxiliares de enfermagem com carga horária de seis horas. No período noturno são também escalados um(a) enfermeira(o) e sete auxiliares/técnicas(os) de enfermagem com carga horária de 12 horas a cada duas noites, totalizando 42 profissionais de enfermagem.

No cenário hospitalar descrito o destaque foi maior para os trabalhadores que cotidianamente desenvolvem atividades de enfermagem. Compreender o seu processo de trabalho foi importante porque nesse local de múltiplas interações, algumas vezes, ocorrem situações conflitantes envolvendo as relações humanas, as estruturas administrativas, as quais podem configurar manifestações de violência entre as pessoas envolvidas.

3.2.1 A Entrada no Campo de Investigação: Aspectos Éticos

A entrada no campo de investigação foi realizada após aprovação do projeto de pesquisa no Comitê de Ética em Pesquisa (Anexo 1). A inserção no contexto investigado se deu após contato com a coordenadora geral de enfermagem e apresentação do projeto de pesquisa com os esclarecimentos pertinentes. Em seguida a proposta do estudo foi igualmente, apresentada aos trabalhadores do setor de emergência e urgência clínica.

A execução dos procedimentos de coleta de dados em todas as suas etapas e locais foi realizada sob consideração dos princípios éticos de conformidade com as instruções da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e pelas Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP, 1999).

3.2.2 Procedimentos, Técnicas e Instrumentos de Coleta Dados

O estudo foi realizado por meio da utilização dos seguintes procedimentos: a observação da realidade de trabalho, entrevista com os trabalhadores de enfermagem, consulta documental e a entidades relacionadas ao trabalho de enfermagem.

A **observação participante** foi escolhida como técnica de coleta de dados por possibilitar uma relação mais próxima e mais informal com os profissionais do contexto de pesquisa. Nessa técnica é possível o posicionamento face a face com as pessoas observadas e o estabelecimento de um processo de reciprocidade com os sujeitos investigados. Essa técnica é importante para captar uma variedade de fenômenos que não seriam possíveis apenas através do diálogo (CRUZ NETO, 1994).

Trivinos (1994), refere que observar é diferente de olhar, pois a observação de um determinado “fenômeno social” significa primeiramente que, sendo ele simples ou complexo, seja separado de forma abstrata de seu contexto e estudado em sua dimensão singular no que se refere aos seus significados, relações, atos, atividades e outros aspectos. Faz-se uma individualização ou agrupamentos dos fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, no sentido de descobrir seus aspectos aparentes e profundos até chegar, se possível, a sua essência numa perspectiva ao mesmo tempo específica e ampla buscando suas contradições, movimentos, relações e demais dimensões a ele relacionado.

O formulário de observação (Apêndice A) direcionou a utilização da técnica. Os dados coletados foram descritos considerando o local, as situações, as atividades, atitudes comportamentos e diálogos, buscando detalhar a descrição ao máximo. As reflexões sobre os fatos observados foram feitas de forma sintética, sendo registradas diariamente nos formulários de observação e reunidos em um diário de campo.

A observação do contexto de estudo foi realizada no período de 23 de março a 23 de outubro de 2003, no setor de emergência e urgência clínica, duas horas por dia em um dos turnos de trabalho (manhã, tarde, ou noite). Nesses seis meses o setor investigado atendeu o total de 45.318 pessoas, das quais 646 (2%), eram doentes cuja gravidade motivou a morte de 336 (52%) deles. Isto significa que durante o intervalo da pesquisa, a média diária de atendimentos foi de 249 pessoas, das quais 5 eram doentes graves, gerando a ocorrência de aproximadamente 2,5 mortes por dia (CUIABÁ, 2005).

Nos dois primeiro meses a atenção esteve mais voltada para a observação do contexto de trabalho em saúde e ao conhecimento dos trabalhadores envolvidos neste processo. Nesta fase foi possível inteirar sobre as rotinas e familiarizar com os trabalhadores e o seu processo de trabalho. Durante esta etapa a preocupação básica foi para a apreensão da estruturação do trabalho de enfermagem: a organização do processo de trabalho, os instrumentos de trabalho, o ambiente físico e relacional e a dinâmica do trabalho. Os seguintes questionamentos direcionaram a coleta de informações: a) como se caracteriza o espaço físico do trabalho em emergência clínica? b) Como se organiza o trabalho de enfermagem e quais são as tarefas desempenhadas pelos trabalhadores? c) Como se dá o relacionamento interpessoal?

Gil (1994), afirma que a técnica de **entrevista** consiste numa interação entre o pesquisador na busca de dados e os sujeitos investigados como fonte de informações. Esta busca deve ser feita sobre o saber, as crenças, as esperanças, os desejos, as pretensões, as experiências presentes e passadas e suas explicações, conforme o entendimento dos informantes.

Esta técnica foi eleita pela crença na possibilidade de comunicação oral e no entendimento de cada entrevista como uma situação singular com repercussões também singulares para entrevistador e entrevistados.

A fala [pode] ser reveladora das condições estruturais, de sistemas de valores, de normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1993, p. 109).

Conforme a orientação de Trivinos (1994), a entrevista foi semi-estruturada de acordo com alguns questionamentos básicos, com suporte teórico e com pressupostos de interesse à pesquisa e, que, posteriormente ofereceram um amplo campo de interrogativas, resultado de novas hipóteses surgidas a partir das informações colhidas.

A seleção dos sujeitos entrevistados obedeceu aos seguintes critérios: ser trabalhador de enfermagem do setor de emergência e urgência clínica ou já ter trabalhado nele no último ano; concordar em participar da investigação proposta assinando o termo de consentimento e autorizando a gravação das entrevistas (Apêndice B).

A partir da décima entrevista os dados começaram a se repetir evidenciando sua saturação, mas para maior confiabilidade foram realizadas ao todo 19 entrevistas, gravadas e posteriormente transcritas, mas devido a problemas técnicos três delas não foram consideradas. Assim, a amostra da pesquisa ficou definida em 16 representantes dos dois gêneros, dos três turnos de trabalho, de diversificado tempo e tipos de contratos de trabalho. A concordância dos mesmos para as entrevistas foi facilitada pelo conhecimento prévio existente entre alguns trabalhadores, dificultada pela não familiaridade com outros e pelo temor que alguns deles demonstraram em falar sobre o tema de estudo. Esse temor se justificava por dois motivos básicos: por se tratar de uma pesquisa sobre violência e porque, em sua maioria, eram trabalhadores temporários.

A entrevista com cada trabalhadora(or) ocorreu em um momento único, realizado de acordo com a disponibilidade dos envolvidos, no próprio local de trabalho, em uma área reservada. Sua duração foi de aproximadamente uma hora a uma hora e meia. O cuidado que se procurou ter, em função da necessidade de obter o mais fiel e amplamente possível os elementos de interesse, foi o de estabelecer um relacionamento favorável e o de demonstrar interesse pelas informações. Para garantia do sigilo dos entrevistados, foram utilizados nomes fictícios, extraídos da língua Tupy Guarani, na identificação de seus relatos.

O direcionamento da entrevista foi realizado por um formulário contendo questões semi-estruturadas permitindo outras manifestações dos trabalhadores durante o processo

narrativo (Apêndice C). Esse formulário foi previamente lido por três profissionais da área de enfermagem para validação de seu conteúdo, objetividade e clareza.

Cada trabalhador(a) entrevistado(a) aparentou espontaneidade e receptividade. Durante as entrevistas foram freqüentes manifestações de sentimentos de tristeza e alegria. Após a realização de algumas entrevistas foi comum ouvir a(o) entrevistada(o) estimulando outros trabalhadores a participar dessa experiência, que consideravam agradável.

O formulário de entrevista possibilitou o melhor acompanhamento das narrativas e guiando os aspectos que deveriam ser mais aprofundados, mas permitindo a livre manifestação de cada entrevistado.

Após a organização dos dados coletados, foram observadas lacunas em alguns aspectos importantes, não esclarecidos durante as entrevistas e observações efetuadas. Então, foi realizada uma entrevista com a coordenadora de enfermagem, direcionada por um formulário com questões estruturadas sobre aspectos administrativos do processo de trabalho institucional (Apêndice D).

Seguindo as instruções de Fachin (2001), de que na coleta de **dados documentais** podem ser considerados qualquer forma de texto, imagens, sons e sinais impressos seguindo métodos e técnicas específicos para cada objetivo de estudo, o livro de anotações das ocorrências de enfermagem foi utilizado como documento para a coleta dos dados. Esta fonte de informação foi utilizada com os seguintes objetivos: apreender possíveis situações não observadas no contexto de trabalho durante a observação participante; colher informações relativas aos períodos de nossa ausência no hospital e de ampliar os dados colhidos.

Assim, de modo complementar, foram colhidas informações, pela leitura diária do livro de ocorrências de enfermagem, que foram transcritas para posterior análise. Esse livro contém uma descrição sucinta dos principais acontecimentos considerados mais importantes em cada turno de trabalho, bem como, encaminhamentos e procedimentos administrativos das(os) supervisoras(es),

Outra técnica de pesquisa utilizada foi o **questionário**. Este, conforme o entendimento de Fachin (2001, p.146), “limita-se tão-somente às respostas escritas e preenchidas pelo próprio pesquisado”. Essa forma de coletar dados foi também usada de forma complementar junto a órgãos relacionados às atividades de enfermagem no Estado de Mato Grosso.

Este último instrumento abordou aspectos específicos do trabalho de enfermagem em Mato Grosso junto ao Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso (COREn/MT) (Apêndice E), ao Conselho Estadual de Educação de Mato Grosso (CEE/MT) (Apêndice F) e a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), (Apêndice G).

3.2.3 A Organização e a Pré-Análise dos Dados

Os dados coletados foram organizados seguindo o referencial de Bardin (1977). Mediante uma pré-análise, as idéias iniciais foram organizadas em um esquema para o desenvolvimento das operações de análise que se dariam a seguir. Os documentos constituídos pela descrição das entrevistas, da observação e do livro de ocorrências foram reunidos formando um corpus para o procedimento analítico. Em seguida foi feita uma leitura dos mesmos que confrontada com os objetivos da pesquisa, buscava novos pressupostos e averiguava a necessidade de possíveis adaptações técnicas.

A definição dos índices se deu em função de uma menção relacionada a alguma possível situação de violência presente no contexto de trabalho emergente das narrativas, nas descrições das observações, ou nos relatos do documento. A determinação desses índices teve por base a frequência de sua aparição, sua ênfase em situações singulares e a sua ausência quando indicava certa indiferença em relação a uma situação considerada como violenta pelas categorias analíticas. Em seguida foi feita a codificação dos dados.

Para Bardin (1977), a codificação corresponde a uma transformação sistemática dos dados brutos do texto, realizada segundo regras precisas e agregadas em unidades, permitindo uma descrição exata das características do conteúdo.

Em busca da construção dos sentidos contidos nos dados colhidos foram realizadas as seguintes perguntas, com a finalidade de dar uma codificação inicial aos dados coletados:

1. Como se manifesta a violência no processo de trabalho de emergência e urgência clínica?
Quais são as suas formas? Seus tipos?
2. Onde tem origem a violência que se manifesta no contexto investigado?
3. Qual é a gênese da violência neste contexto? Como se forma, como se encadeia?
4. Quais são as conseqüências da violência deste contexto para os trabalhadores de enfermagem e para o doente?
5. Como o trabalhador reage à violência sofrida?
6. Como o trabalhador se previne da violência?
7. Quais são os cuidados tomados pelos trabalhadores em relação à violência de seu contexto de trabalho?
8. Como é o trabalho de enfermagem?
9. Como é o processo de trabalho em emergência e urgência clínica na unidade investigada?
10. Quais são as estratégias adotadas por um agente de violência (pessoa ou estrutura) ao ser

enfrentado ou resistido pelos trabalhadores?

Em seguida foi realizada nova leitura das entrevistas e identificado em cada fala os aspectos que se relacionavam aos questionamentos. Após a leitura de cada trecho que se relacionava a uma determinada inquietação, foi assinalado entre chaves um número e uma cor correspondentes, formando um código. Ao término, foram agrupados os aspectos semelhantes em cada código. Procedimentos semelhantes foram usados para os dados de observação e documentos.

Os trechos codificados foram colados em papel cartaz para uma melhor visualização daqueles aspectos similares em cada código. Deste modo, em cada código foi feita uma nova codificação, agora agrupando as falas sob um título-síntese provisório. Neste momento, foram agrupados todos os trechos que se relacionavam a um determinado aspecto relevante.

As idéias articuladoras foram identificadas nos dados codificados, através de uma leitura vertical. O passo seguinte consistiu em observar se existiam diferenças e/ou pontos comuns no interior das falas de cada entrevista e entre as dezesseis entrevistas, através de uma leitura horizontal. Nesse momento foram assinalados os pontos em comum e os pontos divergentes.

Na leitura horizontal, foram observados os núcleos de sentido das falas. Em seguida foram interpretados os núcleos de sentido para descobrir as categorias empíricas que foram agrupadas em torno dos temas encontrados.

3.2.4 Os Temas do Estudo

Cada categoria empírica foi aproximada do referencial teórico proposto para o estudo e, algumas vezes, também foram incorporados outros considerados importantes na situação específica, assim como foi dado espaço para reflexões e afirmações pessoais.

Os temas de estudo foram delineados a partir das grandes categorias empíricas, ou seja, a partir dos dados da realidade investigada. Quatro grandes temas foram considerados na análise: **a organização do trabalho, das palavras aos atos técnicos – as racionalidades operantes, o espaço/lugar do trabalho na dinâmica da violência, o tempo no trabalho**. A construção teórica foi realizada, recuperando-se ao abordar como um todo cada tema empírico e suas categorias geradoras na inter-relação com as categorias teóricas ou analíticas, compondo os capítulos de análise de dados do presente estudo.

Como da proposta do estudo constava tratar sobre a violência operante no trabalho de enfermagem em seu próprio contexto, as políticas de saúde local propostas/concretizadas

apresentaram-se como uma referência básica e, ao mesmo tempo, problemática. Esse problema se deu em razão da dificuldade de acesso aos relatórios municipais sobre aspectos administrativos, como por exemplo, os mecanismos usados e seus respaldos legais para contratação dos trabalhadores prestadores de serviço. Além disso, não foram identificadas pesquisas prévias que analisassem em profundidade o processo de trabalho relacionado à violência sofrida pelos trabalhadores de enfermagem.

3.2.5 A Análise dos Dados Empíricos

Os dados empíricos foram analisados seguindo alguns princípios metodológicos básicos conforme indicações de pesquisas orientadas por uma perspectiva dialética (MINAYO, 1993):

- a. busca do caráter social e histórico do objeto estudado: explicitação de suas conexões e fundamentais determinações;
- b. fazendo sucessivas aproximações entre os fundamentos usados para a interpretação e os dados em um processo reflexivo contínuo, crítico e realizando construções e reconstruções com base nos dados empíricos e referencial teórico;
- c. no processo interpretativo foram valorizados os aspectos contraditórios ou divergentes, assim como, aqueles convergentes, destacando seus conflitos e movimentos ao redor do objeto de estudo;
- d. buscando a interpretação dos dados, em um quadro de referência mais amplo, procurando ir além do conteúdo manifestado.

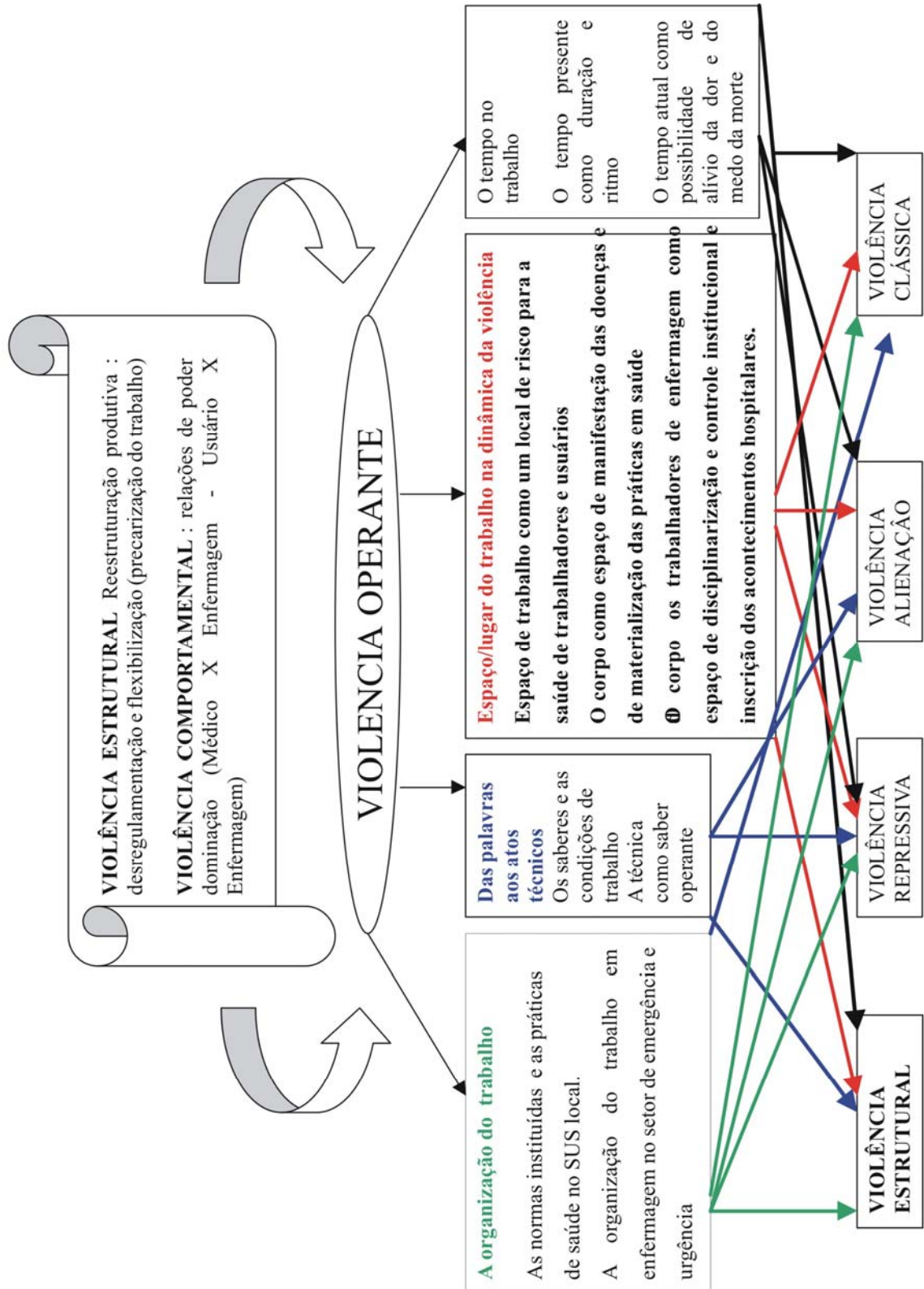
Ao analisar os dados colhidos, procurou-se trabalhar com indicações gerais de organização, categorização e interpretação das análises qualitativas proposta por Gomes (1994) e Minayo (1993).

Para a interpretação e análise dos dados colhidos foi realizada uma leitura criteriosa apoiada no exercício de confronto entre o concreto, ou material empírico, e o abstrato, ou suporte teórico, de forma coerente com a preocupação metodológica de não ficar presa aos esquemas iniciais propostos no estudo. Como a finalidade era responder às questões do estudo, ao quadro teórico e aos pressupostos esboçados, os mesmos foram revistos e considerados como parte do próprio objeto e de sua interpretação.

Seguindo o processo de análise, construímos um diagrama (Figura 1, p. 75), onde foram dispostos os temas e as categorias empíricas, relacionando-as às vias operatórias da

violência no contexto de trabalho investigado. Como resultado pode-se observar as formas de manifestações da violência sobre a vida dos trabalhadores.

Figura 2 - O diagrama



3. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

4. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Agrupamos os resultados desta pesquisa em quatro grandes temas, quais sejam: a organização do trabalho, das palavras aos atos técnicos – as racionalidades operantes, o espaço/lugar do trabalho na dinâmica da violência, o tempo no trabalho. Em cada temática, procuramos apreender e analisar as relações que esta pudesse apresentar com as diferentes formas de manifestações de violência sofridas pelos trabalhadores de enfermagem no contexto específico do serviço de emergência e urgência clínica estudado.

4.1 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

O tema organização de trabalho em saúde teve como categorias empíricas de suporte: as normas de trabalho em saúde instituídas e as práticas de saúde no SUS local e a organização do trabalho de enfermagem no setor de emergência e urgência clínica.

4.1.1 As Normas de Trabalho em Saúde Instituídas e as Práticas de Saúde no SUS local.

Esta categoria abordou as normas de organização do trabalho instituídas e como essa organização se apresentou na prática cotidiana do serviço estudado. A organização das práticas cotidianas no microespaço analisado é influenciada pelas políticas de saúde e pela organização geral do processo de trabalho em saúde, no Estado de Mato Grosso e no Município de Cuiabá.

A organização do Serviço Público de Saúde estadual tem como diretriz o sistema de referência que preconiza um atendimento interligado entre sistemas municipal, regional e estadual. Neste sistema, preconiza-se que o usuário é atendido nas unidades básicas de saúde e nas policlínicas. Caso haja necessidade de um profissional não disponível, por via desta unidade é feito encaminhamento para outros níveis de atendimento dentro do sistema.

O SUS/Cuiabá é regulado pela Central de Regulação – CERSUS, implantada em 2002 numa parceria entre a SMS e a SES/MT. A sede da central de regulação para todo o Estado

localiza-se em Cuiabá e objetiva um atendimento integrado, qualificado e rápido na solução dos problemas de saúde dos usuários, utilizando para isso, como portas de entrada do sistema, a atenção básica e a urgência e emergência. No que se refere às internações, a média de regulação no ano de 2003 foi de 3.700 internações por mês, das quais 74% foram internações eletivas e 26% foram internações de urgência (CUIABÁ, 2004).

Na prática cotidiana, esse fluxo organizacional instituído não se efetiva integralmente da forma preconizada. Como os postos de saúde têm atendimentos diurnos e as policlínicas não dispõem de uma infra-estrutura completa para todos os tipos de atendimentos, os usuários entram no sistema pela unidade de Pronto Socorro, reduzindo etapas sem passar pela unidade básica de saúde.

A demanda desses usuários diretamente no Pronto Socorro constitui um dos fatores responsáveis pela sobrecarga usual de trabalho e dificulta qualificar o atendimento de emergência e urgência no município estudado. Dados oficiais revelam que

Cerca de 90% dos atendimentos (pessoas atendidas) realizados pelo Box de emergência e Pronto Atendimento [...] são de demanda espontânea, demonstrando a inexistência de um sistema de referência organizado além da 'cultura' da população em buscar o atendimento direto [...], ao invés das UBS/USF ou Policlínicas, transformando, em muitos casos, o Pronto Socorro em porta de entrada do sistema (CUIABÁ 2004, p.19).

Os profissionais que atuam nos serviços de emergência e urgência percebem que as várias dificuldades no desenvolvimento de seu trabalho e a crescente precariedade das condições de atendimento, se devem à essa entrada do usuário no sistema de saúde pela via do pronto socorro. As(os)s trabalhadoras(es) de enfermagem afirmam que se os postos de saúde e as policlínicas funcionassem como são instituídas as normas pelas secretarias estadual e municipal de saúde, a demanda neste serviço seria menor.

Assim, a entrada do usuário no sistema de saúde, que deveria acontecer nos níveis primário e secundário, acaba por não acontecer, devido a inefetividade destes em responder às necessidades de saúde do mesmo. Esse fenômeno, segundo Deslandes (2002), ocorre em todo o país, não sendo, portanto uma especificidade de Mato Grosso e acaba gerando uma sobrecarga de trabalho nos serviços no nível terciário, como é o caso do local estudado. Corroborando esta afirmação diz uma entrevistada:

[...] Se funcionassem as policlínicas de acordo... Eu acredito que diminuiria. Mas a população já não vai lá, porque quando chega lá ou não tem médico ou não tem o remédio. Quando tem o médico não tem o remédio. Se for uma sonda, às vezes não tem a sonda pra passar. Se for um curativo, eles não têm o material. [...] (Yamí).

Neste contexto, temos uma instância chamada Central de Regulação com a função de

regular/organizar o processo do acesso das pessoas e da oferta dos serviços de saúde, exercendo controle sobre as organizações prestadoras de serviços ao SUS ampliando ou remanejando a oferta programada. Todavia, esta Central não consegue desempenhar a função, tal qual é definida pela Secretaria Municipal de Saúde e os usuários não regulados acabam se acumulando do serviço de emergência e urgência clínica.

Como este setor não dispõe de espaços físicos e de recursos humanos suficientes, os doentes sofrem danos à sua saúde física e mental ao não lhes ser disponibilizados espaço físico, instalações e profissionais na quantidade e qualidade suficiente para resolver seus problemas de saúde. Os trabalhadores também são afetados pela submissão de ter que cuidar de mais esses usuários até que os mesmos consigam vagas para sua internação.

A alta demanda dos usuários ao Pronto Socorro é traduzida como uma forma de violência estrutural que se reflete na subjetividade dos trabalhadores de forma tripla: pelo excesso de trabalho imposto a eles e sua equipe; por serem obrigados a atuar de forma contrária àquilo que aprenderam em sua formação profissional; e por serem obrigados a impor ao doente um atendimento precário gerando um grande sofrimento. Este sofrimento se reflete igualmente sobre o próprio trabalhador, conforme evidenciado no relato a seguir.

[...] Que eles estão regulando como se o Pronto Socorro fosse um albergue, está armazenando aquela pessoa para quando tiver vaga nos hospitais a gente tá transferindo.[...] Aqui não tem espaço, mas eu enquanto enfermeira responsável eu não posso mandar de volta, 700 quilômetros o paciente. Aí eu o ponho pior ainda, sentado naqueles bancos duros porque não tem onde ele deitar. Porque ele já vem num banco de ambulância durinho, 700 quilômetros numa estrada péssima. [...] De repente, pra castigo, eu falo para ele: você vai ficar aqui sentado a noite inteira, e amanhã se houver uma vaga em uma cadeira você vai... Lógico que é muito desumano demais... Mas fazer o quê? É a realidade [...] (Nungara)

Além de o espaço físico ser restrito para o atendimento aos usuários e para ações usuais de trabalho, há restrição também dos espaços de negociação, sendo estes últimos possíveis de serem construídos a partir do reconhecimento dos trabalhadores e usuários como sujeitos de direitos. Um espaço de reflexão conjunta sobre suas atuações, identificação de responsabilidades e propostas alternativas de transformações favoráveis ao processo de trabalho e a qualificação da assistência. A não existência desse espaço político limita a participação dos trabalhadores a queixas quanto aos aspectos funcionais do sistema de saúde no município, como descrito no relato a seguir.

[...] Todo dia a gente avisa: dá pra resolver na policlínica. Pelo menos dá a medicação, abaixar a pressão... Fazer um controle... Viu que não melhorou, tem alguma coisa... Aí sim, mandar! Mas nem isso eles fazem. Viu que a pressão está alta, eles nem pra dar o remédio... Risco da pessoa ainda fazer

um AVC* no meio do caminho... Mas vem assim! Aí o povo reclama, né? [...] (Abaetê).

O usuário que busca pronto socorro como primeira opção confia que vai ter um atendimento garantido o que nem sempre acontece na rede básica de saúde. Este fato confirma a necessidade da construção de espaços políticos, onde trabalhadores da saúde e usuários possam se fortalecer como sujeitos de direitos, por meio de uma capacitação relacionada aos mecanismos disponíveis ao exercício da cidadania e à abertura de novos mecanismos que possibilite este exercício.

O exercício da cidadania exige, além da capacitação política, também o conhecimento por parte dos usuários e dos profissionais sobre a organização do setor saúde. Neste sentido foi possível constatar a necessidade de um programa de capacitação específico para os trabalhadores da saúde sobre o funcionamento da rede pública de assistência e a relação desta com as políticas de saúde, pois os profissionais ao não oferecerem informações corretas e completas aos usuários sobre a utilização dos recursos disponíveis aos cuidados de saúde e a continuidade de seus tratamentos, além de negar um direito, não favorece o processo de cidadania coletivo. Os usuários, sem informações precisas sobre os serviços existentes e a forma de utilizá-los, persistem buscando o pronto atendimento como primeira opção para resolução de seus problemas de saúde, sobrecarregando este setor e, com isso, colaborando na perpetuação das dificuldades para um atendimento de qualidade. O relato seguinte põe em evidência este fato.

[...] até outro dia eu estava passando uma informação para os médicos que eles ainda não sabem. Eles só escrevem lá: ao cardiologista, e o paciente sai com aquele papel na mão e não sabe nem para onde que ele vai, né? [...] nem todas as equipes têm essas orientações. Eu, por exemplo, peguei esta orientação porque eu trabalho na SES, eu sei que funciona assim. Mas ali, nunca foi passado pra gente! Que a gente deveria fornecer esta informação para o usuário [...] (Yamí).

Como o hospital é uma instituição de saúde pública ele recebe todo o contingente de pessoas com problemas de saúde procedente da capital, de todo o Estado de Mato Grosso e de alguns Estados vizinhos do norte do Brasil. Embora a rede hospitalar conte com 13 hospitais sob gestão da SMS, apenas três hospitais são públicos. Assim, o SUS/Cuiabá conta com 1.148 leitos, dos quais 24,3% são unidades públicas. Do total de internações realizadas no ano de 2003 em Cuiabá⁹, 62,9% foram de pessoas da própria capital, 35,5% foram de pessoas residentes em outros municípios mato-grossenses e 1,6% de pessoas procedentes de outros

* Acidente Vascular Cerebral

⁹ No ano de 2003 ocorreram 39.763 internações na cidade de Cuiabá/MT (CUIABÁ, 2004).

estados brasileiros (CUIABÁ, 2004).

Para o entendimento do significado dessa demanda torna-se necessário voltar a atenção para as estatísticas oficiais. Elas demonstram que, dentre os problemas clínicos de saúde estão as doenças do aparelho circulatório que corresponderam a 24,5% dos óbitos no Estado de Mato Grosso no ano de 1998, sendo esses, um dos problemas que mais exigiram um eficiente pronto atendimento clínico (MATO GROSSO, 2000a). Quando analisamos que 90% desses atendimentos são realizados no hospital investigado podemos ter noção de sua dimensão. No ano de 2003, o setor de emergência e urgência clínica teve 6.179 atendimentos mensais, o que soma 206 diários (CUIABÁ, 2004).

Esta demanda diária quantificada oficialmente se refere ao primeiro atendimento e não inclui os usuários que já estão no setor em observação ou aguardando vagas para internação em clínicas ou UTI. Assim, a demanda de trabalho não diz respeito apenas as 206 pessoas referidas, mas a um número maior e difícil de ser precisado pela dinâmica do setor, pelo fluxo contínuo de usuários que procuram o pronto socorro, influenciando na organização das práticas cotidianas dos trabalhadores e constituindo em um fator que assume implicações significativas na gênese da violência, contra o trabalhador da saúde.

A procura do usuário pelo atendimento acarreta a ocupação total das vagas disponíveis, e ainda extrapola cotidianamente a sua capacidade de atendimento no setor, conforme pode ser evidenciado na narrativa apresentada a seguir:

[...] E na verdade eu tenho o quê? 37 pacientes, sentados em cadeiras e aquelas macas. Trinta e sete já contando o banco. [...] é bem chuchadinho! Às vezes eu coloco 13 ou 14 pessoas na sala de medicação que é horrível. Porque acaba usando a sala de eletro também... Que fica com paciente. Mas você não tem onde colocar, que o nosso pronto socorro está muito pequeno para a demanda. Porque nós não atendemos só o pessoal de Cuiabá, tem o pessoal de fora, que chega: Rondônia, alta Floresta... e tudo mais... Ontem mesmo eu recebi pessoas reguladas de Alta Floresta... [...] (Nungara).

A organização do trabalho de saúde no espaço da urgência e emergência clínica se insere no contexto do SUS, portanto recebe influência direta deste. Assim, para uma efetiva organização do atendimento é necessário, primeiramente, promover uma ampla reflexão e discussão sobre o SUS em Cuiabá e no Estado de Mato Grosso. Para que o fluxo de demanda dos usuários resulte na adequação da prática entre estrutura e usuários reduzindo a sobrecarga e com isso a violência ao trabalhador deste contexto.

A demanda de atendimento no serviço de emergência e urgência clínica tem levado a mudanças de organização do setor pela extrapolação da capacidade de assistência da equipe de trabalho. Esta mudança depende da avaliação dos profissionais que atuam em cada equipe

de trabalho e das diferentes necessidades de atuação profissional que surgem a cada momento. Nesse sentido as normas e rotinas instituídas formalmente, parecem ser desconhecidas pelos profissionais que ali atuam, ou desconsideradas pela incapacidade de sua efetivação prática. A sobrecarga de trabalho conduz os próprios profissionais a organizarem o processo de trabalho conforme as possibilidades do momento.

[...] Agora normas e rotinas ali no serviço de emergência clínica não tem. A rotina vai se formando conforme vai acontecendo. Como no mês que eu fiquei, estava muito corrido... Então... A rotina que tinha era esta: mal olhava sinais vitais, só dos hipertensos... Fazia... Aí ia fazendo as coisas que apareciam: curativos que tivessem sujou, uma sonda que tivesse que ser passada. Assim!... Não tinha rotina de banho, de... Nada!... [...] (Abaeté).

O trabalho de enfermagem se dá em função das necessidades biológicas, da pressa, da necessidade de especialização, da vontade do trabalhador e não segue uma organização previamente planejada pelo serviço, o que permite uma “certa autonomia” às equipes que mudam a organização do processo conforme as especificidades de cada dia, mas impossibilita uma satisfatória evolução do processo de cura dos usuários atendidos e uma eficiente avaliação do trabalho realizado. Além disso, contribui para uma assistência de baixa qualidade conforme evidenciado pela seguinte narrativa:

[...] O trabalho lá é muito bagunçado. [...] É um entra e sai de pacientes toda hora. Então, às vezes acontece muita confusão... Pacientes ficam sem medicar... Pacientes ficam sem verificar sinais vitais, pacientes ficam sem ser cuidado... (Naurú).

O processo de trabalho de enfermagem no serviço de emergência e urgência clínica, caracterizado pela demanda do atendimento a usuários em situações críticas, tem influenciado na qualidade de assistência de enfermagem proporcionada, como também no relacionamento entre diferentes profissionais das equipes de trabalho, colaborando para o distanciamento entre profissional-doente e profissional-profissional. Este aspecto tem dificultado a detecção de falhas ocorridas em cada plantão, uma vez que, embora existindo normatizações específicas sobre os direitos do paciente, o dimensionamento do pessoal de enfermagem para o atendimento dos usuários conforme seu grau de complexidade e as próprias definições da Lei 8080 de como deve ser atendido o usuário do SUS, estas não estão sendo efetivamente incorporadas pelo serviço investigado. A anomia resultante interfere no relacionamento dos trabalhadores da equipe multiprofissional e da própria equipe de enfermagem, como evidenciado a seguir.

[...] E assim: até pra você conversar com o enfermeiro, - com o colega - fica difícil, né? Você não sabe dizer... Às vezes ele pode até reclamar que seu plantão foi... Ah, uma bagunça, porque eu recebi assim... Mas você não

sabe também como é que foi o plantão dele, né? Para ele poder ter organizado dessa forma. Que é um corre-corre ali!!! (Iaé).

Esta organização do processo de trabalho em saúde conforme a necessidade e a definição de cada equipe de trabalho ocorre não só para as categorias de enfermagem, como também da medicina, ambas envolvidas diretamente no trabalho de emergência e urgência clínica. As equipes de saúde que permanecem 24 horas no setor são constituídas por quatro médicos(as), uma(um) enfermeira(o), seis a oito técnicas(os)/auxiliares de enfermagem, uma(um) secretária(o) de unidade e uma(um) maqueira(o). Os demais componentes da equipe de saúde como assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros, ali desempenham atividades, porém não permanecem lotados no setor. A ausência desses profissionais durante os períodos noturnos, finais de semana e feriados é sentida pelos trabalhadores de enfermagem relatando que há intensificação de sua sobrecarga de trabalho.

[...] a equipe tem que ser completa: tem que ter um fisioterapeuta à noite, uma psicóloga... A doença não é só de manhã e de tarde, a doença é 24 horas. [...] (Toriba).

A medicina e a enfermagem, sendo as profissões que usualmente permanecem durante o dia todo no setor, são as que definem a organização do trabalho, mas também se vêem assoberbadas pela ausência dos demais membros da equipe multiprofissional, tendo que gerenciar o processo de trabalho em saúde conforme sua disponibilidade em horários e dias da semana específicos.

A equipe médica se organiza em plantões de 12 horas consecutivas diurnas ou noturnas e, cada equipe atua em dias específicos da semana. A equipe de enfermagem é organizada em três turnos de trabalho: manhã, tarde e noite. A organização dos turnos de trabalho é feita por categoria profissional de forma distinta, desse modo, cada equipe de enfermagem não atua com uma equipe médica constante. Essa forma de organização das equipes de trabalho dificulta o conhecimento, o estabelecimento de confiança e a construção de projetos conjuntos entre os membros das equipes de saúde.

Dificulta, portanto, o envolvimento dos trabalhadores com as atividades desenvolvidas e a concretização de compromissos efetivos assumidos conjuntamente pelas equipes de trabalho em saúde. A organização do processo de trabalho de forma sistematizada, a disponibilização de condições (materiais e humanas) de trabalho seguras para a realização das atividades, inclusive com contratos regulares e legalmente definidos associados a salários dignos, são elementos indispensáveis ao envolvimento e compromisso dos trabalhadores com a qualidade da assistência prestada à população. Ao mesmo tempo, o envolvimento e

compromisso favorecem o trabalhador na identificação e reconhecimento do resultado de seu trabalho. Este reconhecimento (dos usuários e profissionais) do resultado do trabalho seria, na visão de Campos (1997, p. 234), “[...] a primeira condição necessária, mas não suficiente, para se pensar em realização profissional e existencial dos profissionais de saúde”.

O horário de repouso noturno do serviço de medicina é definido conforme a decisão de cada equipe. Essa definição condiciona, de certa forma, a organização do processo de trabalho e os horários de repouso dos trabalhadores de enfermagem, conforme demonstra o relato desta trabalhadora.

[...] tem três equipes de medicina na semana, eu não me lembro qual delas, que eles ficam os quatros no primeiro horário. Tanto é que, para nós é super difícil, porque tem quatro médicos e às vezes para nós, somos só quatro funcionários para atender a demanda e para atender tudo. Então é muito difícil, né? Não dá. Porque ali você não tem como cada funcionário atender um médico, que tem os pacientes internados, tem os que precisam de cuidados, os que estão em observação, então é muito difícil esta parte. Já tem outras equipes, que apesar deles serem quatro, eles trabalham só em dois no primeiro horário, e no segundo horário eles subdividem esse horário deles e fica só um no período. Uma hora e vinte minutos que dá para cada um deles.[...] (Yamí).

O processo de trabalho se organiza anomicamente segundo os interesses da categoria e adotando como critério a gravidade do problema de saúde, embora este critério não ocorra em algumas situações, o que evidencia uma certa banalização das condutas.

A entrada do usuário no setor se faz segundo uma seqüência que começa com o preenchimento de uma ficha com os dados pessoais na recepção, o encaminhamento pela enfermagem ao médico, o retorno do usuário ao cuidado de enfermagem, após a consulta médica para a administração de medicamentos e outros procedimentos e um novo encaminhamento ao médico para avaliação de alta, internação ou observação. Este processo é explicitado na descrição a seguir.

[...] Ele passa primeiro pela recepção, se ele estiver em condições de passar as informações. Se for uma emergência ou um paciente que está desacordado, ou que está com muita dor, ele já entra direto, fica um fazendo a ficha dele lá na frente. [...] A hora que termina o atendimento médico, ele passa para a sala de medicação: ele aguarda naqueles bancos, em frente ao primeiro box ali, enquanto prepara a medicação. Depois de administrada, se for só a medicação mesmo, pra dor, ele já é liberado. Se não, ele fica por um período em observação. Nos casos mais graves são internados e aguardam a vaga em outros lugares para a transferência. E esta é uma das partes mais difíceis, né? Às vezes nós temos ali, mais internados do que em observação! [...] (Yamí).

O relato descrito evidencia que a unidade de emergência e urgência clínica não funciona apenas como um pronto atendimento, mas também como uma unidade de internação

improvisada, uma vez que os usuários ali recepcionados ficam recebendo o tratamento proposto pelo médico até conseguir uma vaga para internação na rede hospitalar da cidade. Isto gera dois problemas distintos que se transformam em violência estrutural pela sua repetição e continuidade: para os trabalhadores a sobrecarga de trabalho e o ambiente insalubre e para os usuários o desconforto e uma assistência não condizente com os direitos dos usuários do SUS.

Pela descrição do processo de trabalho é possível constatar que a sua forma de organização participa na gênese da violência que atinge trabalhadores e usuários, pois impossibilita: atuação satisfatória dos profissionais de saúde, adequada avaliação do processo saúde-doença dos usuários e interação profissional-profissional e profissional-usuário, bem como o reconhecimento do resultado do trabalho realizado pelos usuários e pelos próprios trabalhadores.

Um aspecto que se destaca, também confirmado no estudo de Pires (2000), é a inexistência de uma coordenação das atividades profissionais em um projeto de saúde comum em prol do usuário e dos trabalhadores, bem como uma instância de avaliação da assistência prestada. Assim, o trabalho se caracteriza como compartimentalizado, pois cada categoria profissional oferece uma parte da assistência desvinculada das demais. A organização, portanto, segue a lógica fragmentária da especialização e do parcelamento humano, compreendendo as doenças em seus aspectos biológicos por meio de um entendimento positivista.

A análise revela a necessidade de um replanejamento do trabalho no contexto estudado, pois como afirma Sato (2002), dependendo de como o trabalho é organizado, o cotidiano do mesmo pode ser configurado como favorecedor ou causador de danos à saúde dos trabalhadores. Esse replanejamento para ser eficaz em benefício da saúde pode ocorrer de acordo com uma concepção dialógica-discursiva, ou seja, possibilitando a participação dos sujeitos do serviço de emergência e urgência clínica em um processo negociado de escolhas com vistas ao estabelecimento de acordos.

4.1.2 A Organização do Trabalho de Enfermagem no Setor de Emergência e Urgência Clínica

A partir da moderna concepção de hospital, o médico passa a ser aquele que detém o saber-poder hegemônico em saúde (FOUCAULT, 2002). Este estudo evidenciou que esta forma de organização do trabalho em saúde ainda se mantém nos dias atuais. Assim, o

processo de trabalho de enfermagem se organiza, principalmente, com base no conhecimento clínico e no trabalho médico, ou seja, o médico ainda desempenha papel central na organização do processo de trabalho em emergência e urgência.

Pires (1998), argumenta que a organização do processo de trabalho em saúde com base no trabalho médico se deve ao fato de ser esse profissional que autoriza as internações, faz o diagnóstico das doenças e define os exames necessários, a terapêutica, o uso das tecnologias de saúde e também a alta hospitalar, enfim direciona a assistência aos problemas biológicos de saúde dos usuários. Neste sentido, o processo de trabalho em emergência não foge à regra, uma vez que nesta situação as definições médicas são essenciais.

Essa forma de organização foi evidenciada quando aquelas dimensões do trabalho em saúde, específicas da enfermagem, como cuidados de conforto, informações e orientações, apoio social, psicológico, espiritual e humano, e que incluem entre outros, o ouvir as histórias dos usuários, o apoio aos familiares nas situações críticas como no agravamento do doente e morte tornavam-se aspectos secundários do cuidado de enfermagem, pois a prioridade é salvar a vida. Assim, as(os) trabalhadoras(es) se limitam a prestar um cuidado focalizado no aspecto físico e sua organização do trabalho se faz em função deste o que torna um trabalho quase invisível dentro do processo de trabalho em saúde, nesse contexto. As seguintes narrativas destacam estes aspectos.

[...] eu sei que até às 10 ou 11 horas tem que fazer vários encaminhamentos, né? Chamar médicos... Se tem algum especialista para fazer avaliação.... se tem algum encaminhamento pra fazer... Mas assim: a rotina é assim, ou seria de outra forma, não tem! **(Iaé)**.

[...] Uma vez eu atendi um jovem, expliquei a ele como é que deveria tomar o remédio, como que não era e tal. Como ele estava com um abscesso enorme eu expliquei pra ele que deveria fazer uma compressa quente, assim, assim, assado!... [...] E ele disse: “nossa eu já fui em um monte de lugar e ninguém me falou isso. Eu nunca esperava que alguém aqui no pronto socorro fosse me falar isso!” Quer dizer: ele já está esperando uma injeçãozona e vai embora!... (risos). Então quando a gente dá um cuidadinho a mais é bom. [...] **(Abaeté)**.

Os dados mostraram que a organização do processo de trabalho em emergência e urgência clínica em torno do trabalho médico ocorre dessa forma não apenas devido a prioridade nas situações de risco da vida biológica, mas também pelas condições de trabalho impostas pela instituição estudada. As dimensões específicas do trabalho de enfermagem acabam ficando em segundo plano, não pela importância atribuída a elas por estes profissionais, mas porque as condições de trabalho oferecidas e as relações hierárquicas não propiciam tal efetivação.

Dessa forma, concordamos com Skaba (1997) e Deslandes (2002), que as condições de trabalho e as relações organizacionais nos serviços de emergência de depende diretamente das condições materiais e psíquicas de trabalho que são oferecidas aos trabalhadores.

Internamente o trabalho de enfermagem se organiza e conforme a organização científica do trabalho Taylorista. Cada trabalhador é escalado pela(o) enfermeira(o) supervisor(a) para uma tarefa específica, mas esta escala não obedece a um rigor absoluto, pois durante as atividades, se houver necessidade, um(a) trabalhador(a) pode ter que assumir outra função integral ou paralelamente. Durante um atendimento de emergência, por exemplo, as(os) trabalhadoras(es) podem ter que deixar suas tarefas para participar da equipe de ressuscitação. A seguinte narrativa destaca esta forma de organização.

[...] nós por plantão somos escalados, seis técnicos de enfermagem, né? Aí o enfermeiro ele faz a divisão. Deixa um só na medicação, um nos cuidados, é... Dois ali na reanimação e dois ficam na... Porta, no posto de atendimento fazendo as medicações, ou quando não tem cliente grave na reanimação aí ficam quatro auxiliares fazendo a medicação ali na porta. [...] (Aracê).

Esta forma de organização corresponde à organização seriada, com atividades e horários definidos para cada trabalhador. Sendo o foco os procedimentos a serem desenvolvidos e não o usuário assistido dificulta a construção de vínculos entre o profissional de saúde e o usuário, bem como o estabelecimento de compromisso dos profissionais com a assistência realizada. Pois o doente sendo considerado como responsabilidade de um grupo específico de profissionais, cada profissional passa a se responsabilizar apenas pelos procedimentos. Assim, fragmenta-se o processo terapêutico e fica dificultado o acompanhamento integral dos doentes, Além disso, os trabalhadores não se envolvem diretamente na luta pela resolução das condições de trabalho, por não as considerarem como um problema seus (ROLLO, 1997). Ressaltamos, porém que no serviço investigado, os trabalhadores sequer conseguem atender a tais procedimentos necessários a recuperação dos corpos adoecidos, pois não dispõem da infraestrutura necessária à suas ações. Mesmo vivenciando as dificuldades impostas pela precariedade das condições de trabalho oferecidas, que muitas vezes cerceia as ações de enfermagem, os trabalhadores se mostram comprometidos e envolvidos com os usuários sob os seus cuidados e sofrem junto com ele, como evidenciado no seguinte relato:

[...] o que mais faz eu sofrer é eu não poder dar o mínimo de condições todos os pacientes né? É isso que me faz sofrer mesmo!... Você falar assim: Não! Não tem! Você vai ter que ficar sentado ai mesmo! Eu sabendo que as condições do paciente... Jamais ele poderia ficar daquele jeito!... Mas eu sou obrigado a falar... A deixar ele ali. Isso é o que mais me faz sofrer, saber que eu tenho que fazer... Dar outras condições totalmente contrárias

daquelas que eu vou dar. E é a que eu vou dar mesmo, não tem jeito! [...]
(Abaeté)

Na organização do trabalho em emergência e urgência clínica as relações estabelecidas entre as distintas categorias profissionais se efetua, ora como relações de poder, ora como dominação.

O poder como uma prática social, pressupõe a existência de resistência para a efetivação de seu exercício. Assim, a resistência assume condição fundamental para que o poder possa operar. “É através da articulação de pontos de resistência que o poder se espalha pelo campo social. Porém é também através de resistência que o poder é rompido”. Deste modo, embora a resistência seja um elemento que torna possível o poder, é também fonte de contínua desordem. É essa desordem que possibilita o jogo de poder e indica a participação de mais de um sujeito em ação (DREYFUS; RABINOW, 1995, p.162).

Na relação estabelecida entre os integrantes das equipes de enfermagem e medicina, o poder se estabelece através dos discursos de verdade sobre as doenças/doente. Aqui entra o saber/poder da medicina como um discurso de verdade focalizado na doença e, como tal, constituído de um modo específico, o que deixa margem para a constituição de um conhecimento sobre doentes/doenças baseado em aspectos não considerados no saber médico instituído. Isto significa que, além do conhecimento clínico já constituído pela medicina, outros discursos sobre a vida e o viver podem ser constituídos sobre outros termos, possibilitando a participação dos trabalhadores de enfermagem neste jogo do poder.

Na enfermagem, este novo discurso parece estar em curso por meio da produção de um conhecimento que, embora considerando a dimensão clínica-biológica, contempla outros aspectos da vida das pessoas, ampliando a visão sobre o ser humano doente e sobre o relacionamento humano no mundo do trabalho. Assim, um novo saber pode está constituindo uma(um) nova(o) enfermeira(o) como sujeito dentro da relação de poder existente. No contexto investigado, a participação dos membros da equipe de enfermagem nas relações de poder estabelecidas com a medicina ainda parece ocorrer de forma tímida. Esta participação foi mais evidente na relação estabelecida entre médicos(as) e enfermeiras(os) do que em relação a(aos) técnicas(os)/auxiliares de enfermagem e médicos(as) como pode ser observado no seguinte relato:

[...] E digo sempre pra elas: se eu não estiver presente, vocês podem falar! Doutor... Não é assim que me trata, eu não sou sua empregada! Eu mereço respeito! E aí ele vai ver que ele não é o todo poderoso, não. [...] inclusive teve médico que foi chamado a atenção... Melhorou muito depois... Porque eu falei... Pedi... Foi assim... Uma melhora da água pro vinho. Mas, ainda tem uns profissionais que estão precisando de ser chamados... [...] (Iaciara).

É possível inferir que as(os) enfermeiras(os) supervisoras têm consciência, ou assumem a ideologia de que o saber confere poder. Portanto, ao participarem ativamente do jogo de poder existente na instituição acabam por munir-se de um grau de saber que também lhes concede autoridade nas relações entre profissionais o que utilizam para opor resistência e para não se deixarem submeter. Porém, esse poder ainda é mais valorizado quando o profissional demonstra competência teórico-prática, como pode ser observado nas seguintes descrições.

[...] Mas para o médico ou qualquer pessoa te respeitar e ter confiança em você, você tem que saber o que você está falando. Mostrar competência. [...] (Batarra).

[...] tem alguns profissionais que são pouco acessíveis, né? Principalmente médicos... Se acham donos da verdade... Mas a gente mostrando competência, que está lá para trabalhar, as pessoas passa a te tolerar mais. [...] (Naurú)

Por isso as(os) enfermeiras(os) supervisoras têm orientado os trabalhadores de sua equipe a exigirem respeito às suas funções e às suas categorias, mostrando aos médicos que eles são colegas de trabalho e não patrões ou chefes. Também vêm incentivando as(os) trabalhadoras(es) a demonstrarem uma atuação competente técnica e eticamente. Porém, esta resistência à dominação médica, ainda tem-se dado mais como um esforço individual do que uma postura ou conduta coletivamente refletida e planejada, para se configurar uma relação de poder conforme as noções sugeridas por Arendt (1994).

Ao contrário das relações de poder nas quais existem dois sujeitos participantes do mesmo jogo, nas relações de violência, há dois sujeitos antagônicos, um sujeito que pratica a ação e o outro que é submetido a ela. Neste sentido foi possível evidenciar a persistência de uma relação de dominação da categoria médica em relação ao grupo de trabalhadores de enfermagem, principalmente sobre os trabalhadores temporários, em termos de mando e obediência.

As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem estão sob a responsabilidade administrativa da Coordenação de Enfermagem e, em cada unidade de atendimento sob a responsabilidade sob um(a) supervisor(a) de enfermagem. As(os) enfermeiras(os) são escaladas para todos os setores do hospital, embora fiquem em alguns deles por um tempo mais longo. Essa convivência freqüente em diversas especialidades do atendimento faz com haja um profundo conhecimento por parte dessas(es) profissionais de toda a dinâmica institucional. O conhecimento da dinâmica hospitalar, associado à experiência de diferentes setores constitui uma facilidade para os trabalhadores da equipe de enfermagem, denominados de

“funcionários” de uma maneira geral, de “estatutários” quando é trabalhador do quadro regular e “prestadores” quando são trabalhadores temporários. Essa convivência próxima das(os) enfermeiras(os) supervisoras(es) com os demais membros do grupo de enfermagem possibilita compartilhar o conhecimento e a atuação conjunta no desenvolvimento da assistência de enfermagem, conforme pode ser evidenciado na seguinte narrativa:

[...], por exemplo, lá, o trabalho da equipe de enfermagem em si, dos auxiliares com o enfermeiro... Ele já é mais amigo... Quer dizer: já é mais cooperativo. [...] não precisa você chegar e ficar chamando a atenção, cada um já sabe e... [...] Então, não dá aquele trabalho, a equipe por mais que não tenha experiência, mas já tem aquela vontade também de conduzir... Da melhor forma possível o plantão. [...] (Aracê).

Conforme evidenciado pelo estudo de Bellato e Carvalho (1998), em um hospital universitário a existência de desavença e desarmonia ocorre paralelamente ao estabelecimento de laços de amizade e solidariedade, favorecendo um saldo geral positivo, por alimentar o prazer pelo trabalho, apesar de tudo o que ocorre durante o mesmo.

Foi possível evidenciar que também no serviço de emergência e urgência existem alguns conflitos entre os próprios membros da equipe de enfermagem e que, igualmente, há também o estabelecimento de laços afetivos e solidários entre eles. A convivência entre as(os) enfermeiras(os) supervisoras(es) e demais membros da equipe de enfermagem, também é caracterizada por atritos e incompatibilidades, sentimentos de proximidades por determinados trabalhadores e de rejeição por outros.

Essa formação de laços associada à sensação de inclusão social no trabalho, talvez seja o motivo pelo qual os trabalhadores sintam satisfação no ambiente de trabalho, mesmo reconhecendo as limitações e os sofrimentos impostos pelo mesmo. Também é possível afirmar que esta satisfação sentida pelos trabalhadores se deve ao sentido de identidade conferido pelo trabalho, pois como afirma Dejours (1999), o trabalho é um dos referenciais da identidade humana. As insatisfações no trabalho dizem respeito, muito mais, às mudanças necessárias para reduzir a violência do ambiente do que a incompatibilidade às atividades ali desenvolvidas. As enfermeiras reconhecem os conflitos no trabalho e assumem a postura de restabelecer a paz com e no seu grupo de trabalho.

[...] Se uma, às vezes, já está assim com a outra, eu já falo: o que está havendo? Está com algum problema? Quer conversar comigo? Se não está bem?... Eu libero... Entendeu? Mas nós somos todos, uma família! Então, eu as tenho como a uma família! Então, a gente faz almoço... Às vezes, coincide plantão de folga... Assim: ah!... Vamos fazer um almoço! Eu comemoro o aniversário de uma por uma...[...] (Iaciara).

Essa postura, contudo, merece uma maior reflexão, pois pode significar a incorporação

de uma nova ideologia de gestão de empresa condizente com uma tentativa de escamotear a divisão de classe existente. Essa forma de gerenciamento do trabalho no modo de produção capitalista se originou no toyotismo¹⁰, como um modelo de gestão organizacional direcionado a um padrão altamente produtivo e tecnologicamente avançado. Nessa forma de gestão, ganha destaque o envolvimento participativo dos trabalhadores, por meio de apelos subjetivos, ou seja, lança mão da dimensão emocional dos componentes da equipe de trabalho levando-os a acreditar que são partes da empresa e, como tal, deve se comportar como um membro da grande família e fazer tudo para o crescimento da mesma. (ANTUNES, 2002).

É difícil, contudo afirmar que no contexto laboral investigado, a enfermagem possa estar adotando essa forma de gestão buscando o envolvimento dos seus trabalhadores. É preciso lembrar da própria constituição histórica do trabalho de enfermagem impregnada de idealismo, marcas vocacionais traduzidas em comportamento de submissão, abnegação e devoção. Por outro lado é preciso atenção, pois os adeptos a este tipo de gestão contemporânea podem lançar mão da própria constituição histórica para induzir o imaginário dos trabalhadores a uma sensação de prazer no trabalho, mesmo quando as condições para isso são totalmente adversas. É importante considerar que no contexto cultural brasileiro, o fato de as relações sociais serem valorizadas favorece as boas relações entre os trabalhadores podendo minimizar a violência do trabalho. Outra forma de minimizar a violência é compensando a insalubridade do trabalho com alguma forma de lazer, porém esse lazer é realizado individualmente e restrito a alguns trabalhadores, pois a carga de trabalho é excessiva, dificultada pela dupla jornada de trabalho e as condições sociais.

A demanda de atividades na assistência de enfermagem, associada à gravidade do estado de saúde dos usuários e às faltas das(os) trabalhadoras(es) que ocorrem com relativa frequência, fazem com que haja uma sobrecarga de trabalho sobre os profissionais de enfermagem em cada plantão. O dimensionamento dos recursos humanos do setor, ou o remanejamento de trabalhadores de outros setores do hospital não minimizam a carga de trabalho. Os trabalhadores resistem ao remanejamento para um setor desgastante como o serviço de emergência e urgência clínica. As notas de observações a seguir dão visibilidade à sobrecarga de trabalho e as conseqüências da organização da assistência de enfermagem.

21:30- O plantão da noite está caótico: faltaram duas auxiliares, provavelmente pela greve de ônibus. Apenas três auxiliares de enfermagem

¹⁰ Para a compreensão do conceito de toyotismo, Alves (2000, p. 30-1) afirma a necessidade de entendimento quanto ao surgimento de “[...] uma nova lógica de produção de mercadorias, novos princípios de administração da produção capitalista, de gestão da força de trabalho, cujo valor universal é constituir uma nova hegemonia do capital na produção, por meio da captura da subjetividade operária pela lógica do capital. É um estágio superior de racionalização do trabalho que não rompe, a rigor, com a lógica do taylorismo-fordismo [...]”

atendem as pessoas já em observação no setor. Todas as salas estão lotadas, dois pacientes na sala de reanimação e um paciente entubado em um dos consultórios médicos.[...] As pessoas me chamam a cada momento para dizer que um outro frasco de soro está acabando, ou que alguma punção venosa está com infiltração ou interrupção do fluxo. Um médico [...] pede para ajudá-lo na sala de reanimação onde um paciente precisa ser entubado. Ele precisa que alguém da enfermagem puncione uma veia o mais rápido possível, então eu aviso um técnico para atendê-lo e peço para a secretária buscar os circuitos do respirador e uma bomba de infusão.[Notas de campo – Maio/2003].

As faltas de trabalhadores ao serviço, principalmente no período noturno, são atribuídas ao cansaço pelo exercício da prática em um setor estressante, física e psicologicamente. A falta de algum trabalhador e a impossibilidade de remanejar outro para o setor gera sobrecarga no serviço de emergência e urgência clínica, como evidencia a informação do livro de ocorrência.

Noturno. Faltaram Apiçá e Apichai. Na sala de reanimação há dois pacientes graves. Um deles é idoso, desidratado, desnutrido, em oxigênio contínuo. O outro (anemia falciforme) gravíssimo, às 02:00 hs fez PCR¹¹, foi RCP¹², entubado, colocado em VM¹³, foram puncionadas duas veias profundas com abocath 14, para infusão de sangue, soro e medicações. Passei SNG e SVD¹⁴, porém às 03:00 h fez PCR novamente vindo a óbito. OBS. Coordenação, está difícil conduzir o plantão com funcionários faltosos. No início do plantão, foi agitado, tumultuado de pacientes, porém eu estava com apenas três funcionários para conduzir o setor. [Notas de campos – Maio/2003]

Além do absenteísmo dos trabalhadores, as folgas em escala para estes são questionáveis, pois o setor já funciona com sua capacidade excedente mesmo em escalas que não contemplam folgas. No relato descrito a seguir pode ser observada a dificuldade exposta pelos trabalhadores.

A enfermeira e uma auxiliar dizem que hoje foi muito difícil aqui. Muito trabalho e poucas trabalhadoras, pois três estão de folga hoje. “É uma loucura quando precisa atender a uma parada, como hoje que teve que ser atendida uma no corredor. Todas as pessoas ficam olhando e não entendem o que está sendo feito. É médico entubando... é punção de subclávia... passagem de sonda... tudo à vista”. [Notas de campo – Agosto /2003].

Em situações como a descrita, foi possível constatar o dimensionamento insuficiente de profissionais de enfermagem para a realização das atividades assistenciais. Porém, quando a agitação do setor excede àquelas rotineiras, as preocupações dos supervisores de enfermagem estão mais direcionadas a dar explicações sobre a dinâmica do setor ficando

¹¹ PRC é abreviatura da expressão Parada Cárdio-Respiratória.

¹² RCP designa a expressão Ressuscitação Cárdio-Pulmonar.

¹³ VM equivale a expressão ventilação mecânica.

¹⁴ SNG e SVD significam respectivamente: Sondagem Naso-Gástrica e Sondagem Vesical de Demora

esquecida a relação: trabalhadores escalados versus demanda do setor, principalmente se não tiver ocorrido falta conforme a escala prevista, como pode ser evidenciado no seguinte relato.

Matutino – Funcionários OK! Setor lotadíssimo, sem vagas para transferências internas. Obs. Às 12:45 min. Surgiram duas vagas no repouso feminino, isolamento não dispõe de vaga para subir a paciente que está precisando. Sala de reanimação dois pacientes graves, um – Ubirajara – entubado + ventilação mecânica + solicitação de UTI, já regulada pelo Dr. Kainan [transcrição do livro de ocorrências].

A referência de urgência implantada em atendimento às recomendações do MS em convênio com a SES/MT possibilitou o custeio e aquisição de equipamentos para aumentar a quantidade de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), embora ainda não efetivada na quantidade necessária para a demanda deste serviço. No período entre outubro de 2002 a março de 2003 morreram 150 pessoas no Estado de Mato Grosso por falta de leitos em UTIs, conforme relatório de pesquisa realizada pelo sindicato dos Médicos de Cuiabá (CORRÊA, 2003).

No período de março a outubro de 2003, a quantidade de leitos de UTI, continuava insuficiente para a demanda deste serviço e no contexto de trabalho investigado foi possível observar esta carência pela permanência de doentes graves no setor de emergência e urgência clínica por falta de vagas nas UTIs do Estado de Mato Grosso. Neste período, dos 646 doentes graves atendidos no setor, 336 foram a óbito e, certamente, muitas mortes seriam evitáveis se todos eles tivessem tido acesso a UTI imediatamente após a realização dos atendimentos de emergência.

O setor de emergência e urgência clínica se caracteriza como um setor com períodos de intensa atividade e sobrecarga de trabalho embora haja períodos mais calmos, mas igualmente trabalhosos e complexos. Os trabalhadores desse setor já têm os esquemas dos horários de “pico” e suas justificativas. No período noturno, por exemplo, o horário de maior “pico” é das 19:00 às 23:00 horas, o horário em que o acesso ao transporte coletivo urbano é mais fácil aos usuários. A partir das 05:00 horas da manhã o “pico” se intensifica novamente.

A análise dos dados possibilita observar que essa forma organizacional que não leva em conta a intensidade da demanda de serviço, o dimensionamento pessoal necessário ao seu atendimento, caracterizado neste estudo como um dos principais fatores participantes da gênese da violência de tipo estrutural presente no contexto de trabalho. A organização do processo de trabalho no serviço de emergência e urgência clínica não obedece a um planejamento formal, a ausência de um trabalhador não é preenchida na escala de serviço, as atividades específicas do trabalho de enfermagem não são avaliadas segundo definição prévia.

A falta de pessoal parece não ser um problema exclusivo da situação de trabalho estudada, pois segundo Marziale (2001), esse problema foi um dos aspectos apontados em um estudo realizado com 43.329 enfermeiros de vários países da Europa e América do Norte. Por estar presente em muitos hospitais, o número insuficiente de recursos humanos é responsável pela insatisfação e pelo desgaste emocional no trabalho de enfermagem, assim não garante a qualidade do cuidado de enfermagem prestado. Ressaltamos nosso entendimento deste aspecto como gerador de uma negatividade na autopercepção desta categoria profissional e talvez contribua para a formação de uma subjetividade de grupo negativa reiterada por freqüentes discursos de “impossibilidades”, frustrações e comportamentos de passividade e omissões. Essa negatividade ficou evidente em relatos como os seguintes:

[...] Eu percebi isso algum tempo depois...após umas duas semanas que eu já estava no setor, os auxiliares me falaram isso! [...] Eles vieram e falaram: nossa Abaeté, você consegue fazer, você consegue fazer tudo isso! [...] Nossa! Eles não sabem o tanto de bem que eles fizeram para mim! Porque eu não estava vendo. Para mim tudo o que eu estava fazendo não estava valendo nada [...] [Abaeté]

[...] Assim: eu estou ficando desgostosa porque assim... Você trabalha... Trabalha... Trabalha... Você não é recompensado!... O salário nosso em hospitais privados e públicos é muito pouco! Pelo que nós fazemos pelos pacientes!... Você não é retribuída... [...] tá me decepcionando muito... Muito... Não sei... Quando eu formar, se eu vou continuar exercendo a enfermagem... [Batarra].

Assim, percebemos que o déficit nos recursos humanos em enfermagem causa uma percepção equivocada nos trabalhadores que atribuem à categoria as falhas que estão na estrutura do sistema de saúde.

As notas de campo, as narrativas dos entrevistados e os relatos do livro de anotações de ocorrências descritos demonstram uma sobrecarga de trabalho em todos os plantões, caracterizada, não apenas em relação ao esforço e aos movimentos físicos impostos ao corpo na realização das tarefas, como levando também ao desgaste orgânico manifestado nas doenças já classificadas na legislação vigente. Existe também a sobrecarga psíquica e emocional, em decorrência da própria natureza do trabalho cuja exigência não se limita à realização dos procedimentos necessários ao atendimento de pessoas em situações de emergência, mas também às pressões culturais, profissionais, subjetivas e éticas do cuidado de seres humanos.

Não conseguir prestar atendimento adequado em uma situação envolvendo risco iminente de vida, significa para cada trabalhador do setor uma carga psíquica extra, que reflete em culpa pelo insucesso de um atendimento em situações usuais, mas principalmente

aqui que o usuário vivencia uma condição crítica e requer recursos humanos, materiais e estrutura física adequada, o que não acontece.

Nesta situação as cobranças pelos recursos adequados é sobre a(o) enfermeira(o) supervisora do setor, pois sua competência em atuar no cuidado direto aos doentes graves é um componente fundamental da equipe de ressuscitação cardiorrespiratória; cabe ainda tomar providências quanto a materiais e equipamentos necessários ao setor; ouvir as reclamações dos usuários; realizar procedimentos complexos e atender às solicitações específicas da equipe de medicina; e ainda realizar os encaminhamentos administrativos. Existem as pressões internas de cada profissional que se traduzem pela sua responsabilidade para além das pressões legais de sua responsabilidade técnica-científica. O registro no livro de anotações de ocorrência mostra essa preocupação e, ao mesmo tempo, evidencia as dificuldades existentes para sua efetivação, como relatado a seguir:

Diurno – funcionários OK. Período relativamente calmo, sem maiores intercorrências. Reanimação segue com um paciente em Ventilação Mecânica e um em oxigenoterapia contínua. No consultório quatro – um paciente em Ventilação Mecânica e no Box três – um paciente em ventilação Mecânica no respirador 920 emprestado do Pronto Socorro de outro hospital. Peguei o plantão sem laringoscópio do PA. O laringo que está no carrinho de emergência é do repouso. O aparelho de eletro está funcionando [transcrição do livro de ocorrência].

Os estudos de Wisner (1994), Marziale; Rozestraten (1995), Marziale; Carvalho (1998), Marziale; Robazzi (2001), evidenciaram que a(o) enfermeira(o) depara-se rotineiramente com situações complexas no trabalho, onde ocorre interação de várias tarefas levando a uma elevada carga de trabalho relacionada ao esforço despendido pelo aparelho músculo-esquelético (carga física), relacionado ao conteúdo e organização das tarefas (carga cognitiva) e aos níveis de conflito das relações entre pessoas e a situação de trabalho (carga psíquica). Essa situação de trabalho peculiar da(o) enfermeira(o) lhe proporciona sobrecargas podendo levá-la(o) ao sofrimento e ao adoecimento pelo trabalho.

Outras categorias de profissionais de enfermagem também enfrentam sobrecarga física, cognitiva e psíquica de trabalho, embora em diferentes níveis quando comparados as(aos) enfermeiras(os) (MARZIALE; ROZESTRATEN, 1995).

A alta demanda dos atendimentos é sempre ressaltada nas narrativas dos trabalhadores, mesmo quando o destaque é para a tranquilidade do setor. A afirmação “sem maiores intercorrências” refere a algo que é rotineiro. E esta “normalidade” inclui doentes muito graves e a escassez de recursos materiais e tecnológicos, e revela a anomia existente no local deste estudo traduzida pela banalização das múltiplas carências no cotidiano de trabalho.

O dimensionamento insuficiente de pessoal de enfermagem¹⁵ tem levado os trabalhadores de enfermagem a realizar horas extras. Pela observação do processo de trabalho foi possível identificar que há trabalhadores que permanecem no hospital por 24 horas consecutivas, ou mais. Há um interesse mútuo pelas mesmas, uma vez que a instituição precisa de trabalhadoras(e)s para a cobertura da assistência e elas(es) necessitam de complementação de sua remuneração, devido aos baixos salários recebidos. Além disso, há também um interesse mútuo negociado entre as(os) próprias(os) trabalhadoras(es), pois em determinadas ocasiões é conveniente que um colega trabalhe em seu lugar para que possa participar de alguma atividade familiar, ou de lazer e, em outras, é conveniente trabalhar para um colega e receber um adicional em seu salário mensal.

Uma auxiliar senta ao meu lado no posto de enfermagem e comenta sobre os plantões de sexta e sábado. Então, eu fico sabendo que ela trabalhou sexta e sábado à noite e hoje (domingo) está de plantão novamente. Vendo a minha admiração ela me diz que já teve época que ficou trabalhando 72 horas seguidas. Ela faz os plantões seguidos como hora extra em acordo com as colegas, recebendo por plantão 30 reais. Considera que é menos cansativo fazer plantões aqui porque aqui tem horas de descanso: “Sexta-feira eu trabalhei das 19:00 às 03:00 horas, depois eu repousei até as 07:00 horas. Ao pegar o plantão às 07:00 horas da manhã, já estou descansada”. [Notas de campo – Outubro/2003].

A chamada “reestruturação produtiva” como um processo contínuo de transformação da organização do trabalho pelas empresas busca sempre novas fontes de lucro e poder, bem como a diminuição dos custos do trabalho (THÉBAUD-MONY, 2000). As estratégias utilizadas para tal são diversas, dentre elas, o presente estudo evidenciou a intensificação do trabalho para aumentar a produtividade e a flexibilidade como um meio de negar os direitos ligados ao contrato de trabalho. Neste sentido passam a adotar de contratos temporários de trabalho. Assim, os trabalhadores de contrato temporário para ganharem sua sobrevivência acabam consumindo a sua vida no próprio trabalho, pois não possuem o mesmo poder de negociação dos trabalhadores regularmente contratados.

Os trabalhadores “estatutários” são os que têm vínculo mais estável e, em geral, os mais antigos. Exercem influência sobre os demais membros do grupo e estão à frente das reivindicações pela melhora nas condições de trabalho deles próprios e dos prestadores de serviço e de outras atividades coletivas, como o coral, organização de festas e cursos. Na narrativa a seguir, uma técnica de enfermagem explica como se processa a sua solidariedade aos colegas de trabalho com contrato provisório, ao mesmo tempo em que denuncia a

¹⁵ Sobre o dimensionamento de pessoal necessário a realização do trabalho de enfermagem nas diversas situações da assistência à saúde ver: GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-115.

violência moral à qual estão expostos os trabalhadores temporários.

[...] Eles não podem reivindicar nada...E às vezes até com o médico mesmo, que vem em cima deles... Eu às vezes... já acabo comprando brigas é... Assim: no modo de tomar frente, porque eles ficam assim, encolhidos, sabe? Eles ficam assim... Coagidos, eles ficam quietos... Não falam nada, eles choram... Conforme a investida do médico em cima eles choram... Então, às vezes eu... Reivindico, falo alguma coisa... por uma questão de ver assim... Não é um tipo de trabalho legal isso aí não! Isso dá uma pressão psicológica...Neles, né? [...] A gente que é estatutária, já tem a questão de que você é estatutário, você pode falar alguma coisa e eles já tem esta questão de que não podem falar nada! [...] a questão da necessidade do trabalho que têm, precisam daquele dinheirinho e outras coisas... Então, faz com eles simplesmente se omitem, se fecham e às vezes você tem até que tomar frente de alguma discussão...[...] (Aracy).

Concordamos com Thébaud-Mony (2000, p. 169), quanto a pertinência da perspectiva sociológica, não restringindo a saúde a dimensão individual, mas enfocando-a como um processo social dinâmico construído historicamente. Este processo

[...] se inscreve no corpo, na pessoa, nas marcas do trabalho, nas condições de vida, nos acontecimentos, nas dores, no prazer, no sofrimento e em tudo o que constitui uma história individual na sua singularidade, mas também na história coletiva pela influência das diversas lógicas nas quais a saúde se insere. [...]

Muitos fatores contribuem para que a organização do processo de trabalho de enfermagem ocorra da forma descrita, dentre eles se destaca a quantidade insuficiente de trabalhadores de enfermagem para a demanda dos usuários, sobressaindo o setor de emergência e urgência pelo predomínio do trabalho intensivo para todas as categorias profissionais e que se reflete em outros aspectos também presentes no processo de trabalho de enfermagem como os meios de trabalho.

4.2 DAS PALAVRAS AOS ATOS TÉCNICOS – AS RACIONALIDADE OPERANTES

Para a constituição de um objeto de trabalho é preciso sua construção abstrata na idealização, ou seja, é essencial que seja pensado em termos de um resultado ou de um objetivo que se visa atingir. Para o alcance desse objetivo ou resultado torna-se necessário a utilização de instrumentos ou meios de trabalho também criados ou utilizados por meio de uma intencionalidade do processo.

Os meios de trabalho, portanto, fazem a mediação entre o trabalhador e o trabalho a ser realizado, se caracterizando como instrumentos de trabalho. Esses meios conduzem as atividades do trabalhador sobre o objeto e são utilizados de acordo com o objetivo do mesmo. Em termos básicos, os meios de trabalho podem ser definidos como as ferramentas de utilização do trabalhador, mas em sentido mais amplo eles se constituem como todas as condições objetivas existentes para a realização do processo de trabalho.

Como um reflexo da complexidade da produção do serviço de emergência e urgência, os meios de trabalho são bastante diversificados e incluem desde os meios materiais até os conhecimentos técnicos-científicos e suas respectivas tecnologias. Esses meios de trabalho serão aqui considerados como: os saberes e as condições de trabalho, e a técnica como saber operante utilizado para aplicação do conhecimento sobre saúde nas situações de emergência e urgência.

4.2.1 Os Saberes e as Condições de Trabalho

Foucault (2002) e Pitta (2003) afirmam que o saber sobre as doenças constitui um dos principais meios de trabalho nas organizações hospitalares. Assim, o saber clínico direciona os novos procedimentos, instrumentos e a prática médica em torno da qual os processos de trabalho em saúde têm sido organizados.

No contexto de trabalho investigado os meios de trabalho de uso rotineiro e básico são insuficientes e precários. Existe apenas uma cadeira de banho que também é requisitada por outros setores, não existe cadeira de rodas, a maioria das macas não possuem grades de proteção, rodilhas e colchonetes, e muitas estão com pontos de superfície descascados. A quantidade insuficiente e a precariedade dos meios de trabalho rotineiros fazem com que formas de improvisação se manifestem a todo instante. Pela observação foi possível visualizar alguns aspectos que atentam contra a dignidade das pessoas que são obrigados a permanecer nesse contexto, constituindo situações conflitantes.

0840 hs Um senhor com problema de flexão da perna precisa ir do box um até o consultório médico, tendo para isto que atravessar o corredor em diagonal. O recurso nesta situação é usar uma cadeira de rodas, mas a unidade não dispõe deste recurso. Ao se empenhar para andar sozinho este senhor se esforça para manter sua dignidade, e ao mesmo tempo, participar de seu tratamento. Este senhor está com diarreia e exala o odor característico. Sua esposa parece constrangida pelo odor. [Notas de campo – Março/2003].

A descrição apresentada mostra aspectos da violência estrutural refletidos nas condições de trabalho. Uma cadeira de rodas é equipamento básico para transporte de pessoas com mobilidade física comprometida. E embora muitos usuários que procuram por esta unidade tenham algum tipo de comprometimento da mobilidade física, o setor não dispõe deste recurso em quantidade e condições de uso.

Ao não disponibilizar este equipamento, a instituição expõe o doente aos riscos físicos, sociais e psicológicos como, por exemplo, o risco de defecar no local onde se encontra por não conseguir locomover até o vaso sanitário, devido a falta do equipamento básico. Expõe, igualmente, a(o) trabalhadora(or) a riscos ergonômicos e biológicos, pois a(o) obriga a extrapolar sua capacidade física e a manter contato muito próximo com corpos dos doentes. Essa forma de exercer as atividades pode comprometer a integridade física e mental das(os) trabalhadoras(es) pelo esforço físico exagerado e pela impossibilidade de prestar assistência de qualidade ao usuário e que, certamente, poderão se refletir em sentimentos de incapacidade, depressão e de culpa.

[...] Cadeira de rodas, você vê que chegou destes tempinhos pra cá... a gente carregava na onde? Punha paciente na cadeira de fio e saía arrastando. Ah... Sossega! Para! [...] Com as macas, não tem rodas. Você vê que estas macas teriam que ter rodas! No caso de uma emergência, você tem que pegar um paciente de lá pra correr... Pra levar pra reanimação... Na hora você não acha maqueiro... O médico não põe a mão... Somos nós mesmos! Você vê que lá só um colega nosso que é homem. O resto é tudo mulherada, a coluna fica toda arreventada! [...] (Aracy).

O usuário é o mais violentado, pois além do sofrimento físico e emocional gerado pela doença, há também, o sofrimento da dependência e da impossibilidade de acesso e escolha a outro tipo de atendimento de saúde por sua condição econômica e social. Fica assim, apenas a angustiante sensação de impotência de lutar contra algo que nem ao menos conhece a sua face e os mecanismos que poderiam ser usados para vencer a doença.

Após muito tempo em um banco, um senhor idoso foi instalado em uma maca sem colchonete para ser examinado pelo médico. Ele está emagrecido e parece meio confuso. As macas são em quantidade insuficiente e muitas estão em péssimo estado de conservação, algumas até enferrujadas. Mas as pessoas não reclamam, pois após ficarem sentadas nas cadeiras, banco de madeira ou em pé, por um longo tempo, apresentam um cansaço maior do

que sua capacidade de indignação. Mesmo não apresentando as condições de conforto ideais, a maca representa a possibilidade de descanso, ainda que seja até o corpo se sentir injuriado na nova posição e no novo desconforto imposto [Notas de campo – Março/2003].

A(o) trabalhadora(or) é violentada(o) quando não lhe são garantidas as condições de trabalho necessárias ao desempenho de suas funções. O doente é violentado quando não recebe com qualidade o atendimento de saúde ao qual tem direito. Aqui se forma uma rede de violência indireta e direta: com o trabalhador sendo violentado pelas condições precárias de trabalho, gerando nele o sofrimento de não conseguir desempenhar satisfatoriamente as suas funções. Mesmo assim ele faz aquilo que é possível dentro das condições que lhe são oferecidas, mas ao atuar o faz deficientemente e com isto violenta, indiretamente, o doente. O doente reage, agredindo o trabalhador – física ou moralmente, direta ou indiretamente, a depender da situação e da personalidade das pessoas envolvidas. O trabalhador, dependendo de muitos fatores e do momento, reage de alguma forma a esta violência visível manifestada pelo doente ou pelo seu familiar.

Alguém grita no corredor que uma paciente caiu na sala de medicação. Os acompanhantes chegam primeiro e a protegem para não bater a cabeça no chão. A auxiliar vai preparar a medicação que um médico mandara fazer, pois olhando do corredor identificou se tratar de uma convulsão epiléptica. Não existe uma maca disponível e a moça fica estendida no chão, por ser mais seguro no caso de uma nova convulsão. A sala de medicação não oferece condições para deita-la, pois só dispõe de um banco de madeira onde as pessoas se comprimem lado a lado [Notas de campo – Março/2003].

Lunardi-Filho (2004), também destaca a pouca consideração e até o descaso conferido pelas instituições de saúde aos aspectos relacionados às mínimas condições de trabalho necessárias às práticas assistenciais para que possa ser desenvolvida uma assistência à saúde de forma segura para os usuários e para os trabalhadores. Ressalta ainda, que o estabelecimento de priorização dos meios de trabalho assistencial se destina, em geral, à aquisição de equipamentos e instrumentos atualizados e mais sofisticados favorecendo a precisão diagnóstica e deixando em segundo plano os meios de trabalho que se destinam à realização de procedimentos de tratamento e do cuidado.

Nos relatos das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem é possível identificar a importância de ter os meios de trabalho de uso rotineiro na prática diária. Sem esses recursos de base os mais requintados recursos tecnológicos podem não atingir a sua finalidade. Diferentemente de outras organizações, onde as mais recentes aparelhagens tecnológicas substituem as antigas, no âmbito das instituições hospitalares os meios de trabalho mais

recentes complementam aqueles até então existentes. Deste modo, mesmo sendo louvável o empenho da instituição na aquisição de aparelhagens tecnológicas de ponta, não poderá prescindir-se dos recursos de base.

[...] Ali... Ultimamente a gente está sem aparelho de pressão. Mas, assim: como rotina a gente tinha de estar olhando a pressão de todos os pacientes. [...] Olha... Você não tem um local pra você passar sonda vesical às vezes você tem um biombo lá, mas tá ruim, toda hora faltando um pedaço.. . Então, o paciente não tem privacidade. [...] Aquelas macas que tem lá que são estreitas, né? Não cabe a pessoa, às vezes você não tem nem os colchõezinhos, ali pra colocar. É maca dura, né? É maca dura. [...] A maior parte dos pacientes que chegam ali... Está com dispnéia... E só tem canalização de oxigênio de um lado [...] (Iaé).

Os dados colhidos evidenciaram que os meios de trabalho básicos, equipamentos e instrumentos de uso rotineiro, não estão disponíveis em quantidade e condições adequadas ao desenvolvimento de uma assistência de qualidade ao doente. As condições do contexto estudado refletem a escassez de meios adequados para as condições objetivas de trabalho e o exercício das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem. A falta desses meios de trabalho básicos é uma das causas de sofrimento e estresse dos trabalhadores, como pode ser evidenciado na informação a seguir:

[...] Ali não tem como você fazer... Dar banho em um paciente ali... Dar uma limpeza... Aí você leva lá no banheiro... Aquele banheiro é um horror ali, pra você entrar com o paciente. Já pensou você entrando naquele banheiro ali junto com um paciente para fazer um procedimento? [...] (Iaé).

As condições de trabalho e a sobrecarga de trabalho são fatores que limitam a competência profissional técnica e eticamente, e o enfoque recai sobre as condições da assistência afetando moralmente as(os) usuárias(os) e trabalhadoras(es). Quando a condição é normal, tudo é transparente, porém quando esta normalidade é afetada, por exemplo, a falta de leito, o foco recai exatamente sobre as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem.

Lunardi-Filho (2004), afirma que as limitações dos meios de trabalho, assim como do dimensionamento humano, parece ser uma constante no trabalho de enfermagem. Estas limitações contribuem para assoberbar ainda mais os trabalhadores de enfermagem que lançam mão de formas alternativas de realização das atividades do cuidado, ou assumem as deficiências de infra-estrutura como uma questão própria. Assim, seu tempo é consumido nas tentativas de resoluções destas carências e pouco ou nenhum tempo lhe resta para opor resistência às relações de dominação estabelecida nas equipes de saúde. Para tal há necessidade de tempo disponível para capacitação e articulações políticas.

Pereira (2000, p. 100), ao estudar a violência e o poder simbólico em um serviço

público de saúde, afirma a existência de um processo simultâneo nas relações antagônicas que ocorrem no campo simbólico da saúde. Neste campo, “[...] quem manda e quem sabe está identificado a quem produz o sentido, a quem o arbitra, e define o que vai circular, pois ele é o produtor, e quem se submete e reproduz esses conteúdos é identificado ao dominado”. Esta produção de sentido é vivenciada pelos usuários e também pelos trabalhadores de enfermagem, desta forma, o sentido produzido sobre as tecnologias, os equipamentos e os instrumentos relacionados aos diagnósticos médico e à cura das doenças começam a ser mais valorizadas do que seus próprios equipamentos e instrumentos de trabalho.

4.2.2 A Técnica como Saber Operante

Embora as práticas e os procedimentos médicos se dêem na preocupação básica com a doença no sentido de evitar a morte, o olhar médico está direcionado às doenças e não ao doente propriamente dito. Suas práticas não são direcionadas às pessoas como seres integrais, mas se restringem às doenças instaladas no corpo delas, privilegiando a doença em detrimento de outras dimensões da vida do doente. Desta forma, estas práticas se constituem em uma forma de violência não intencional do profissional ao usuário.

As práticas da enfermagem se fundamentam na principal preocupação com o cuidado ao doente como um ser integral. O processo de formação das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem reforça a importância do cuidar, do assistir e do estar junto do doente, criando no imaginário destas(es) trabalhadoras(es) a importância de cuidar pessoas doentes e não focalizar apenas a sua doença. Essa preocupação, todavia, não se efetiva porque o ambiente hospitalar privilegia a doença e sua cura e está associado ao ambiente androcêntrico do sistema de saúde de nosso país. Como consequência o cuidado de enfermagem ao ser integral não é valorizado e a cura como atividade médica persiste com foco na doença.

Estabelece-se um dos grandes conflitos presentes no atendimento do doente no setor de urgência e emergência clínica: de um lado o saber médico com o “poder” da cura e com o respaldo legal focalizado na doença; de outro, o saber e a sensibilidade das(os) profissionais da enfermagem, mas sem o respaldo legal para atuar sobre a doença e sendo pressionado pelo contexto organizacional da saúde a se restringir à doença.

No cotidiano de trabalho, esses conflitos geram situações de sofrimento nas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem que, muitas vezes, frente a uma situação de risco de vida iminente ou de outros aspectos de degradação da vida se vêem na impossibilidade do exercício de uma assistência de qualidade.

[...] Olha teve uma situação em que chegou um paciente de fora... Ele era um hemofílico e estava totalmente descompensado... Branco que nem um papel assim... Desidratado. Então eu já fui logo perguntando: vai parar aqui? Porque um paciente destes, sem sangue sem nada!... Então eu o passei na frente, tudo... O médico foi super grosso... Porque eu não sabia nada, porque eu estava passando o paciente na frente, porque né? ...[...] Eu tentei pedir o sangue, eu providenciei o sangue e tudo... E o paciente naquela maca e eu tentando uma vaga e tudo... Eu sabia que se ele continuasse lá ele ia morrer mesmo... Porque nas condições que ele chegou... Ele tinha que ter um tratamento intensivo nas duas primeiras horas para ele dar uma estabilizada né? Sem exame nenhum... Aí ele começou a fazer esforço respiratório... Então, fomos atrás de respirador... E a mãe... E a filha... Ele tinha junto uma filha de 10 anos!... É... Pedimos pra sair, mas a mulher não queria sair de perto do marido, a menina não queria... Ah!... Foi muito triste!... Eu chamava o médico e ele... Ficou assim: tipo: com raiva de mim... De eu ter entrado na frente, ficou com rixa mesmo!... Então eu o chamava e dizia: olha ele piorou!... E ele ficava de onda pra atender! [...] Ele veio a óbito... Por menos de duas horas dentro do setor. Então... Acho que a gente poderia... A gente está aqui para evitar estas coisas, né? Poderia ter cuidado... Poderia ter... Prestado uma assistência melhor. Pelo menos pra família... Áai... São tantas outras... (suspiro de pesar) [...] (Abaetê).

Pela narração descrita foi possível visualizar a violência sofrida pela trabalhadora de enfermagem diante de uma situação onde a competência técnica para atuar é do médico e onde ele tem o poder/dominação sobre os outros profissionais.

O sofrimento vivenciado pela enfermeira é pelo mau atendimento médico, a dor da família e sua impotência diante da situação e pela indiferença do médico, constituindo um fator de desgaste emocional, ou seja, uma violência que pode comprometer a sua saúde e participar da gênese da violência nesse contexto. A violência é aqui caracterizada pela limitação em proporcionar assistência de qualidade, uma vez que ela depende de compartilhar os problemas de saúde dos usuários e de interação entre os profissionais.

Concordamos com Pereira (2000), quando afirma que o valor atribuído ao estar vivo e de manter o corpo livre de doenças, vem sendo construído no decorrer da história como uma conquista exclusiva da medicina e não como uma conquista da pessoa ou de seu grupo. Assim, estes devem ser gratos àqueles por possibilitarem a recuperação das doenças e a ter um corpo saudável, e a complexificação do processo de saberes resolutivos das enfermidades pode ser objetivada na pessoa meramente como uma contingência ou uma necessidade de abrir os caminhos da medicina continuar sua busca do corpo saudável e libertá-lo da morte.

O enfoque assistencial predominantemente sobre a doença, constitui uma violência às(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem por associar também a dominação masculina sobre o gênero feminino.

A dominação masculina na visão de Bourdieu (1999), conduz a submissão das pessoas à ordem estabelecida no mundo, levando-as a tolerar e considerar como naturais, até mesmo situações que deveriam ser intoleráveis. Esta submissão resulta da

[...] violência simbólica, violência suave, insensível, invisível a suas próprias vítimas, que se exerce essencialmente pelas vias puramente simbólicas da comunicação e do conhecimento, ou mais precisamente, do desconhecimento, do reconhecimento ou, em última instância, do sentimento [...] (BORDIEU, 1999, p.7).

Na visão androcêntrica, o mundo está dividido em gêneros relacionais e a primazia universal é dos homens e esta se afirma por meio das estruturas objetivas sociais e das atividades produtivas e reprodutivas com base na divisão sexuada do trabalho, no sentido biológico e social. Esta visão está de tal forma enraizada na cultura ocidental que passa despercebida por todas as pessoas, razão pela qual a dominação masculina é exercida e aceita como algo natural e, portanto, inquestionável e legítima.

A dominação masculina se evidencia no serviço de saúde estudado por apresentar uma lógica predominantemente racional, tecnicista e competitiva a que se submete todos os trabalhadores do contexto hospitalar. Este enfoque viril da assistência mecanizada, biológica e prática passa a influenciar as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, que por ser uma profissão feminizada e portadora de outros valores, pode gerar conflitos ou antinomias nos seus membros, principalmente naqueles que exercem as funções de lideranças.

Bourdieu (1999, p.63), afirma que este tipo de dominação é resultante de um longo processo de socialização que gera uma diferenciação ativa em relação ao sexo oposto. A idéia de fortaleza, dominação e força é ligada à virilidade como um componente exclusivo masculino, criando dessa forma, no imaginário social, a idéia de fraqueza, docilidade e submissão do feminino por ser destituído do componente viril. Assim, para o homem implica “um dever-ser, uma virtus, que se impõe sob a forma do ‘é evidente por si mesmo’, sem discussão. Semelhante à nobreza e à honra”. Essa forma de considerar as relações, na equipe de saúde se evidenciou da seguinte forma:

[...] Mas eles agem... Tem médicos aí que se você não der ficha por ficha na mão, ele pega e vai embora!!! [...] (Iaciara)

A virilidade é entendida como capacidade reprodutiva, sexual e social, mas igualmente como qualidade inata, ou como pré-requisito ao combate entre os seres humanos e à prática de violência. E, nesse sentido, gera no homem uma grande dificuldade, pois mesmo que em determinadas situações não sinta vontade ou coragem de agir de acordo com essa lógica, sente-se obrigado a exercitá-la, pois como verdadeiro homem, deve se mostrar à altura

buscando sua distinção junto à esfera pública. As mulheres, ao contrário, sendo submetidas a um trabalho de socialização de negação e de diminuição, acabam incorporando “[...] virtudes negativas da abnegação, da resignação e do silêncio” (BORDIEU, 1999, p.63). Os próprios componentes masculinos da equipe de enfermagem identificam a virilidade como uma característica que predomina no gênero masculino da equipe médica, o que se pode constatar no relato a seguir.

[...] Eu acho que... Às vezes o profissional já tem uma certa tendência pra ser agressivo. É como as pessoas dizem: já tem o estopim curto. E quando não tem um ambiente que faça isso amenizar, então a tendência é explodir. Né? (Javahê)

Nesta visão, a exaltação dos valores viris e a diminuição ou negação dos valores femininos leva ao medo e à angústia em relação àquilo que a feminilidade suscita: a vulnerabilidade da honra. Desse modo, a virilidade é um conceito eminentemente relacional, pois sua construção é masculina, direcionada aos homens e contra a feminilidade, sendo desencadeada pelo medo de se assemelhar ao feminino.

No contexto estudado foi possível observar que a adoção da atitude viril por parte de componentes da equipe de saúde leva também as(os) trabalhadoras(es) da equipe de enfermagem a adotá-la como um valor. A idealização de um cuidado humano e o modelo de saúde institucional conduzem as(os) profissionais de enfermagem a agirem com rapidez na realização das atividades gerando conflitos pessoais. A conformação e a adaptação a esse mundo viril do trabalho em saúde constitui uma forma de minimizar, o sofrimento da(o) trabalhadora(or). Essa pode ser uma das formas de submissão simbólica das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem que, embora trazendo intrinsecamente valores de solidariedade, compaixão e amizade, embutem também comportamentos que atendem à lógica dominante, ou seja, a lógica da virilidade. Assim, algumas componentes da equipe de enfermagem se expressaram assim:

[...] eu aprendi a não demonstrar a minha fraqueza!... Eu mesmo me corrigia... [...] (Batarra).

As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem referem sentimentos de vergonha aos seus próprios sentimentos de submissão e sentem-se desconfortáveis no trabalho quando procuram manter o auto-controle dos seus sentimentos. Não conseguindo sufocar suas emoções deixam transparecer que além de profissional são também seres humanos, pois sofrem pela incapacidade de uma atuação adequada frente à situação do usuário. Embora a incapacidade seja da estrutura, começam a acreditar que há algo de errado consigo:

[...] Eu falei assim: puxa, vida! Será que eu não sei me controlar né?... [...] quando elas falecem... Eu fico muito triste. Eu chego até chorar também, né? [...] É que eu fico com vergonha!... [risos..] Mas é... Justamente eu estava conversando com ele, com o psicólogo, pra ver se tinha jeito de controlar isso, né? Porque eu tinha vergonha de estar chorando, de estar... O pai e a mãe... O que eles vão pensar, né? Não falar... [...] (Japira).

Na ótica da psicodinâmica do trabalho, a análise ética das condutas humanas deve considerar a virilidade como um atributo socialmente valorizado resultando em condutas que são manipuladas por forças psicológicas e sexuais. Ao adotar o pensamento viril, as escolhas passam a ser estabelecidas com base nessa imposição ficando abolido o senso de moral que possibilitaria que as escolhas se fizessem baseadas na racionalidade moral-prática. Todavia, ao se desconsiderar o senso moral, desencadeia-se internamente um conflito de difícil resolução: entre aquilo que é o seu desejo e aquilo que o impele a agir como normal (DEJOURS, 1999).

As condutas viris mostram que, além dos atores sociais e éticos, existem também os sujeitos psicológicos. A virilidade é, então, um atributo instalado psicologicamente como uma norma, e como tal se caracteriza como funesta, mas está tão arraigada que as pessoas a consideram como incontestável, fazendo suas escolhas com base nela e desconsiderando, em muitas ocasiões, os seus valores éticos (DEJOURS, 1999). Assim, as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem vivencia cotidianamente violências determinadas por condutas viris, como manifestado na descrição a seguir:

[...] Porque ele... Da maneira que ele age com o funcionário, ele age com o paciente, ele age com o acompanhante. Outro dia eu fui obrigada a entrar no consultório e pedir para ele parar,... Que aquilo não levava a nada. Já tinha virado uma baixaria entre ele e a paciente. Sabe? Mas ele é uma pessoa difícil... Ele agride... E as meninas já fizeram várias denúncias contra ele... Teve um dia que ele agrediu aquele menino que trabalha comigo o Etê...[...] (Yamí).

No mundo do trabalho de enfermagem em emergência clínica, esse conflito de racionalidade também ocorre em algumas situações. Como se as(os) trabalhadoras(es) não vislumbrassem outras formas de agir diferente daquelas conduzidas por esta lógica, aceitando-a como um destino fatal. Por outro lado, há que se considerar também como se dá a estruturação dos sistemas simbólicos que envolvem relações muito assimétricas, como as que se dão no campo da saúde e, particularmente dentro do cotidiano do atendimento em emergência.

Fundamentando-se em Bourdieu, Pereira (2000), afirma que os sistemas simbólicos desempenham uma função política de imposição, assim como de assegurar e legitimar a

dominação de uma classe sobre a outra. Na estruturação desse sistema simbólico, um dos aspectos básicos para que se inicie a violência e o poder, se situa nas formas de comunicação, com suas proibições ou com o seu acesso livre em determinadas situações entre o médico e o doente. Isso se evidencia, também, no que diz respeito à comunicação que se estabelece entre o médico e os componentes da equipe de enfermagem, principalmente em relação aos técnicos e auxiliares.

Foi possível constatar que quanto mais elementar é o nível de conhecimento das(os) trabalhadoras(es) envolvidos no processo de cuidado em saúde, maior é a imposição do saber médico sobre eles. A(o) profissional médica(o) estrutura seu sistema de comunicação com base em seus conhecimentos, mas também de acordo com a percepção que tenha de seus interlocutores. Assim, a imposição de determinado procedimento a um paciente, pode não ser feita quando a(o) profissional percebe que na equipe existem pessoas com capacidade de questionar e de denunciar determinadas formas de violências praticadas durante a realização das atividades de assistência à saúde e, de igual modo, quando sua percepção lhe indicar que o doente possui um grau maior de conhecimento, posição social e possibilidade de reação física.

Na visão da psicopatologia, a virilidade socialmente construída é apontada como uma das principais fontes de violência em nossa sociedade, uma vez que é considerada pelo senso comum e até pela filosofia moral como um valor e um atributo de poder/dominação (DEJOURS, 1999).

Sendo considerada em nossa sociedade como um atributo que confere poder, a pessoa que exerce esse poder subentende que deve garantir a segurança daqueles que aceita sua proteção, mas em contrapartida, estes lhe devem submissão. Cria-se no imaginário social a naturalização do exercício de dominação do masculino por possuir esse atributo e de submissão do feminino, por ser destituído do mesmo. O conceito de virilidade reporta aos valores de objetividade, individualidade, rapidez, racionalidade e capacidade de decisão em detrimento de valores considerados femininos, tais como, subjetividade, intuição inteligência compartilhada, dentre outros. A visão de gênero permite pensar estes valores como complementares e igualmente importantes e não antagônicos. Daí a necessidade de discutir virilidade e gênero nas profissões analisadas: enfermagem versus medicina.

Esse imaginário leva o homem a se sentir pressionado a agir conforme os ditados daquilo que recomenda a virilidade atuando de forma destemida, dominadora ou mesmo violenta. Não concordar com o exercício da força, da violência, da agressividade e da dominação equivale a ser covarde, mesmo quando se enfrenta o hediondo, o cruel, o repugnante ou o repulsivo e que se sente a vontade de fugir. Mesmo quando o medo sentido

ocorra por motivos psíquicos e éticos, isso nem sempre é considerado, pois a virilidade está tão enraizada em nossa cultura que homens e mulheres consideram que para ser forte é preciso se comportar desse modo (DEJOURS, 1999).

Algumas descrições das(os) trabalhadoras(es) dão indícios de que este medo pode estar na origem de muitas condutas médicas violentas. Atender uma parada cardiorespiratória é algo que exige muito esforço inteligente, mobilização da sensibilidade e da emoção dos profissionais. É uma luta contra a morte biológica do corpo, uma batalha para provar que a morte pode ser vencida. Implica, portanto, um alto grau de exigência psicológica associada a conhecimentos técnicos científico-biológicos, domínio das técnicas de ressuscitação e autocontrole para aguardar as respostas orgânicas. Além do mais, é um procedimento compartilhado e complementar exigindo a participação de várias profissionais. É, portanto, um procedimento vigiado, de forma que quando alguma falha ocorre, geralmente todos os envolvidos a percebem.

Nesta situação, a(o) médica(o) como a(o) profissional que, em geral, coordena os procedimentos resuscitatórios se sente o mais exposto, precisando de muita coragem para enfrentar o desfecho do trabalho realizado. Se esta coragem está baseada em pressupostos da virilidade, então os componentes da equipe de saúde podem se tornar a platéia necessária para a sua demonstração de dominação e violência viril, como mostra o relato abaixo.

[...] eu percebi, em primeiro lugar, que todas as vezes que chegava uma emergência ele (médico) perdia totalmente o controle das situações. [...] [...] nós estávamos reanimando a paciente, ele de um lado e eu do outro e eu falei pra ele: “olha está montado o laringo, passa o tubo nela”. Ele zangou comigo. Falou que não precisava de passar, que ele sabia o que estava fazendo, que o médico ali era ele... E a paciente parada!!!... Sabe? Eu no ambú e ele na massagem. (risos irônicos...) **e não entubou!** Falou pra mim que não ia fazer, que aquilo quem determinava era ele, que ele ali era o médico... [...] O problema dele é que quando ele vê emergência ele perde o controle. Ele desespera... E aí ele ataca o primeiro que aparecer na frente dele. [...] (Yamí).

As práticas das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem não estão isentas desse imaginário de “dominação masculina” e de “virilidade”. Sendo a composição do grupo de enfermagem predominantemente de mulheres, um grande conflito se estabelece: socialmente sentem-se compelidas a demonstrar valores de devotamento, docilidade, atenção e carinho considerados como atributos femininos, mas por outro lado, observam que esses valores, de fato, não são valorizados socialmente, pois a valorização se destina aos fortes, aos dominadores e aos que assumem o poder, a força ou a dominação no hospital.

A narrativa seguinte põe em evidência como o imaginário social está impregnado de dominação masculina com valorização da rapidez, da força e da agressividade para a resolução dos problemas.

[...] Aí eu tentava chegar assim com jeito... Conversar assim com as pessoas... Com pena até dela estar naquela situação horrorosa ali, doente! E ter que passar por aquilo!... Aí eles se espantavam assim... Nem queriam o meu atendimento, pois achavam que a minha ação não ia resolver. Eles preferiam assim: uma outra enfermeira que é tudo no grito. Achavam que ela resolvia tudo mais rápido. Até falavam pra mim assim. Até chegou de falar, o paciente: “Ah não, eu prefiro aquela. Porque ela fala, arreventa e não sei quê... e faz alguma coisa. Você é muito devagar!” Eu não sei... Talvez... Eu não estava acostumada com o ritmo... Talvez eu deveria ser mais rápida mesmo. Mas eu não concordo muito com o jeito dela então... Não sei. Então eu me sentia assim lá. Eu acho que no fim das contas eu não tive uma boa atuação [...]. (Abaetê).

Essa constatação da valorização social dos fortes e dominadores pode levar algumas trabalhadoras a se sentirem deslocadas ou mesmo incompetentes em suas atuações, como na narrativa anterior e outras a buscarem o poder se assemelhando aos dominadores de seu contexto de trabalho. Assim, na luta que se estabelece para o alcance de visualização e valorização na equipe de saúde e socialmente, muitas vezes, algumas trabalhadoras escolhem identificar-se com as práticas de dominação e violência que observam no contexto hospitalar. Deste modo, adotam condutas baseadas na virilidade, como evidenciado na seguinte descrição:

[...] Ela me chamou e falou assim: você é uma enfermeira programada pra ser pra emergência. Então, hoje eu sou assim: uma pessoa fria, eu não tenho muito assim... Sentimento... Dentro de casa também, eu não tenho aquele sentimento. [...] porque... Tanto que eu sou assim... Fria! – Não é que eu seja fria... – eu acho assim: no pronto socorro eu tenho que trabalhar com o paciente, se ele morreu... Tudo bem eu senti, senti muito!... Mas eu tenho que desocupar aquela cama que eu tenho que deitar o outro! Que está precisando também! Que se eu demorar ele também vai morrer! [...] (Batarra).

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

Ao atuar em um contexto de trabalho sem os recursos necessários disponíveis, algumas(uns) trabalhadoras(es) se esforçam para sufocar a sua sensibilidade procurando atuar como uma máquina humana a serviço da instituição. Mas o sofrimento não desaparece, apenas é reprimido. Ele se renova todos os dias, sendo novamente sufocado para possibilitar a atuação profissional nas atividades de salvamento das vidas.

Observe no relato a seguir o mecanismo de defesa psicológica, como um processo de “apagamento” ou “adormecimento” da sensibilidade: sufocando os próprios sentimentos e lutando em defesa dos doentes sob sua responsabilidade.

[...] A família sente, eu sinto a dor... A família chora no meu ombro. É filha que me sacode que quer a mãe de volta!... As lágrimas descem e eu engulo aquelas lágrimas assim, que parece que o meu coração vai explodir! Eu faço de tudo... Eu vou... Eu brigo com os médicos... [...] (Batarra).

Além das atuações femininas com conotação do componente viril, também existe o pressuposto do funcionamento do corpo humano como o de uma máquina e de que uma atuação eficiente e eficaz se dá por meio de um grande conhecimento clínico. Quando esses pressupostos se associam às precárias condições e à sobrecarga de trabalho, se tornam justificativas para atuações desumanas e violentas por parte de algumas/alguns trabalhadoras(es) de enfermagem.

17:50 horas – uma acompanhante me relata o comportamento da enfermeira chefe em relação ao seu marido, portador de AVC que perdeu a punção venosa. A enfermeira começou a infundir uma medicação e ele reclamou de dor. Então, ela arrancou de uma vez, o esparadrapo arrancando-lhe os pêlos. A esposa se sentiu agredida pela enfermeira e refere ter expressado sua mágoa a ela com calma, mas com firmeza! “[...] Não é assim! Não pode ser assim! Tem que cuidar das pessoas com carinho, não assim grosseiramente! Ele ficou nervoso, até chorou!” [...] [Notas de campo – Agosto/2003].

Alguns doentes e acompanhantes também seguem essa lógica de virilidade. Esperam da enfermagem um atendimento atencioso, competente e rápido e quando isso não ocorre atribui às trabalhadoras de enfermagem toda a responsabilidade pela desqualificação da assistência, enfrentando-as de forma violenta, mas não agindo de igual modo em relação aos médicos – salvo em raras exceções – mesmo quando eles demonstram claramente uma atuação incompetente, negligente e violenta.

[...] Porque o paciente ele não tem coragem de falar com médico [...] (Batarra).

Os membros masculinos da equipe de enfermagem identificam esta atitude nos usuários do setor e se aliam às suas colegas de equipe como uma forma de protegê-las, como alguém que está autorizado socialmente para ser respeitado pela sua força física e o seu poder masculino.

[...] Como é um ambiente assim, muito estressante e, a auxiliar e a equipe de enfermagem está muito próxima do paciente, às vezes ele pensa que tudo é culpa da enfermagem! Então, ele às vezes parte para cima, né? [...] Tipo: a enfermagem é predominantemente feminina, né? Então... Tem alguns pacientes que até levantam a mão e tudo mais... Às vezes você tem que interceder, como eu sou homem né? Então eu chego e vamos: “pare por

ai!...” Essa situação assim é muito comum. Às vezes, não só a agressão física... Mas agressão verbal mesmo, agressão moral, é muito comum! Tem paciente que não respeita. Por achar que só tem mulher naquele ambiente... Não respeita, começa a fazer gracinha, começa... Então às vezes você tem que chegar e mostrar que você está lá, né? Se impor para inibir um pouco este tipo de coisa.[...] (Naurú).

Não é só a virilidade como uma norma social que propicia a violência tomar corpo e se manifestar com tanta intensidade nos serviços de saúde. Na enfermagem, o processo formativo exerce uma função primordial nas práticas, enquanto modos de atuar. Essa formação profissional tem ocorrido de modo predominante no saber técnico e científico que, embora imprescindível as(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem e ao seu exercício profissional, não tem se mostrado suficiente para assegurar uma assistência de qualidade e favorecedora da dignidade do doente e ao exercício da cidadania dos mesmos e das(os) próprias(os) trabalhadoras(es) em questão (LUNARDI, 1995).

Embora seja ressaltada nas aulas dos cursos de graduação, de técnicos e auxiliares de enfermagem, a ênfase numa assistência focada nas necessidades dos pacientes, considerando-os como o centro das atenções dos profissionais da saúde, não é isso o que pode ser observado no cotidiano da assistência hospitalar em geral. Nesse cotidiano sobressai um incessante jogo de poder, no qual têm predominado as exigências institucionais de cunho produtivo, racional e econômico e o saber médico numa visão mecanicista sobre o doente.

Para se efetivar realmente os pressupostos difundidos de atenção integral ao doente e as suas necessidades, conforme preconizado nas instituições de ensino de enfermagem, é preciso ir além da competência técnica-científica, acrescentando à aprendizagem modos de participação nos jogos de poderes existentes e uma maior instrumentalização política. Esta aprendizagem é necessária aos profissionais como bagagem de conhecimento que os permitam resistir e enfrentar a realidade de saúde do nosso país, possibilitando maior participação na luta para a modificação dessa realidade, aproximando-a do ideal preconizado no processo formativo (LUNARDI, 1995).

Neste sentido, Foucault (2002, p. 241), traz interessantes elementos relacionados à positividade do poder, mostrando que sempre existe a possibilidade de resistência onde existe relação de poder. “A partir do momento em que há uma relação de poder, há uma possibilidade de resistência. Jamais somos aprisionados pelo poder: podemos sempre modificar sua dominação em condições determinadas e segundo uma estratégia precisa”.

Algumas formas de resistência se evidenciaram neste estudo. Apareceram de modo pontual, mas ao se manifestarem, impressionavam os membros do grupo de enfermagem

influenciado-os a agir da forma mais correta em relação ao doente assistido e às condições de trabalho necessárias a essa assistência. Quando essa atitude de resistência parte da(o) enfermeira(o) serve de estímulo para que as demais categorias de trabalhadores de enfermagem se sintam respaldados a não se deixarem submeter às imposições do poder médico.

O relato a seguir mostra a resistência individual de uma enfermeira a um profissional da equipe de saúde que tem por hábito adotar atitudes e comportamentos violentos em relação as(os) trabalharas(es) de enfermagem.

[...] Aí eu entrei no consultório, puxei a cadeira e sentei na frente dele e falei: “agora somos nós dois!” Falei: aqui não tem familiar pra você chamar a atenção... Não tem paciente morrendo entre nós... Estão eu e você! Repete para mim a ameaça que você fez lá! Porque daqui eu já vou descer e te denunciar! Neste exato momento. Falei: porque você não consegue desenvolver o seu trabalho, isso não te dá o direito de chegar nas pessoas e ofender. Falei: eu já engoli vários desaforos seus aqui... Eu ignorei, mas agora chega! [...] (Yamí).

Comportamentos de resistência a qualquer tipo de violência no local de trabalho desperta a admiração dos membros da equipe de enfermagem. As(os) técnicas(os) e auxiliares demonstram confiança em atuar numa equipe em que a(o) enfermeira(o) supervisor(a) se mantém vigilante à dinâmica dos jogos de poderes existentes, seja relacionado ao médico, aos familiares ou ao próprio doente. Ao sentirem-se respaldados pelo exemplo da(o) enfermeira(o) supervisor(a) os membros da equipe de enfermagem conseguem vencer o medo e agir em defesa dos seus direitos e em resistência ao poder que tenta subjugar-los, como pode ser observado no relato dessa técnica de enfermagem.

[...] eu falei (para o médico): eu preciso ver o que está escrito... Prescrito aí. Aí ele falou: “eu estou mandando você fazer e você não sabe do que eu sou capaz de fazer!!!” [...] eu falei: mas é um direito meu, de olhar a prescrição! Eu não tenho que fazer pelo que o senhor falou, eu tenho que ver, conferir e fazer! [...]” (Potira).

Na visão foucaultiana, a participação nos jogos de poderes existentes em qualquer contexto social implica aprendizagem no reconhecimento do uso ilimitado do poder a acostumarmos a resistir a esse poder. Assim, no contexto do trabalho em saúde há necessidade de resistir ao poder, mas também de enfrentar resistência. A adoção de outros modos de enfrentamento ao instituído e ao organizado implica nossa capacitação como sujeitos políticos. Então, estaremos em condições de adotar uma postura ativa, pensar nos próximos passos traçando estratégias e táticas e participar dos jogos de poderes de nosso contexto de trabalho.

Participar dos jogos de poderes existentes nas instituições de saúde significa, também, atuar em defesa de uma assistência que favoreça a dignidade e a cidadania dos doentes sob os nossos cuidados, ainda que seja em atos aparentemente tão simples, como recusar a obedecer à imposição de um colega da equipe de saúde, como relatado a seguir.

[...] porque aqui já teve médico que disse assim pra mim: “eu quero as macas dos consultórios livres!”. Eu disse: “doutor, eu não vou tirar, porque a pessoa não está bem... Está precisando de oxigênio e o único lugar disponível na situação é ali!” – no momento era o único lugar. – Ele disse: “você pode tirar e ponha no chão!!!” – eu disse pra ele: “Só se o senhor for lá, tirar e colocar! Que eu não vou fazer isso!” – e não fiz. Né? [...] (Iaciara).

Essas estratégias de resistência ao poder, principalmente ao poder médico – o mais próximo e mais presente em todas as situações – favorecem a manutenção do poder em movimento e podem impedir sua fixação transformando-o em dominação de uns profissionais sobre os outros. Ampliar a participação dos membros do grupo de enfermagem nos jogos de poderes existentes é uma necessidade do grupo de enfermagem. Mas como ampliar a participação dos componentes desse grupo se todos estão continuamente envolvidos em uma teia tão emaranhada de trabalho, condições precárias, sobrecarga de trabalho e pressa nas realizações das atividades?

Uma estratégia a ser utilizada pode ser a ação conjunta (ARENDDT, 1994). O exercício do poder pressupõe possibilidade permanente de forças de ação e reação, de força e resistência, enfim de poder e contra poder, possível entre sujeitos livres com capacidade de resistência e de modificar as próprias relações, ao contrário das relações de dominação das relações autoritárias (MACHADO, 2002). A grande questão, contudo é saber até que ponto as(os) trabalhadores de enfermagem podem ser considerados sujeitos livres, se estão a maior parte do tempo pressionados pelas necessidades de sobrevivência? Como se sentir livre sabendo que o contrato temporário vai vencer no próximo mês sem a garantia de um novo contrato de trabalho que garanta a sobrevivência?

Por outro lado, se o poder ocorre como resultado da capacidade humana de agir em conjunto, requerendo para tal o consentimento de muitas pessoas em relação a um curso comum de ação, para sua conquista é necessário: espaços de discussões, de planejamento, de definição de metas, objetivos a atingir e, dos meios necessários para a sua concretização.

Ao pensar o trabalho de enfermagem como uma prática social e, portanto, contando com a presença de muitos atores sociais, podemos compreender as dificuldades a serem superadas para o “agir conjunto”. Mesmo considerando essa estratégia uma utopia, ela pode guiar nossos passos em busca de uma melhor compreensão a respeito dos nossos pares de

trabalho e da própria valorização que nós lhes damos.

Os dados analisados demonstram que ainda são tímidas as iniciativas de participação conjunta nos jogos de poder no contexto hospitalar. Todavia, algumas tentativas já começam a se esboçar, como pode ser observado na descrição de trechos das entrevistas a seguir. E de igual modo, conforme a visão de Foucault (1996, 2002) e Arendt (1994) mostram resultados eficazes.

[...] o médico... Ele não pode, ele é profissional igual a qualquer uma delas, entendeu? Ali não tem empregada de médico! Tem uma profissional igual a ele. Então, merece respeito, entendeu? Então, eu não admito! [...] eu já tive um dia, que eu peguei a minha equipe e falei pra ele: “se voltar a acontecer, nós vamos sair todo mundo, vamos deixar apenas um, pra não falar que é abandono... e nós vamos lá na coordenação pra expor. Ou chamaria o médico pra ele melhorar, ou então como é que iria ficar lá? Porque todos os plantões dele tinha... Assim... Ele chamava a equipe de vagabunda... Entendeu? [...]” aí teve um dia que houve um descontentamento total... Que um dos meninos que era integrante da equipe jogou a maca em cima dele. Por ele ter chamado de vagabundo. Aí teve que descer na coordenação. Aí foi chamada a atenção... Aí ele melhorou. Mas tudo isso leva tempo [...] (Iaciara).

Na maioria das vezes, entretanto, a atuação conjunta ocorre ainda em um nível de idealização, como uma aspiração distante, mas fundada na lacuna que a ausência de sua concretização estabelece. Contudo, as utopias são importantes impulsionadoras das transformações sociais, principalmente quando são formadas por uma reflexão teórica a partir de problemas reais existentes no contexto de trabalho.

[...] Porque as coisas só vão melhorar quando as pessoas começarem a participar e... A cobrar mais dos nossos representantes... Políticos né? Os administradores... Quem administra o pronto socorro? É o prefeito. Quer dizer: é cobrar mais que estes recursos sejam aplicados, porque a verba as vezes vem.. e verba tem, eu sei que tem, porque todo mundo quer ser prefeito.. [...]” (Javahê).

As práticas do cotidiano de trabalho mostram as dificuldades que deverão ser superadas para uma atuação conjunta. Mesmo concordando com Arendt (1994), que o poder é inerente a todas as comunidades políticas, precisamos refletir sobre os micro-poderes existentes e criar mecanismos que possibilitem mantê-los em movimento, pois o estudo evidenciou a predominância de relações de força e de violência.

A própria organização dos serviços de saúde privilegia a força e a violência ao manter meios de trabalho precários e uma sobrecarga de trabalho, levando as(os) trabalhadoras(es) a se isolarem, cada qual no esforço máximo de cumprir as tarefas que lhe são impostas pelo sistema de saúde.

[...] a gente tem que se proteger!... Então, a gente tem que ser unido... [...] e como é que a gente vai ser unida se cada um tá bitolado fazendo aquilo que sabe e nada mais que isso? Se todo mundo tá bitolado e só se preocupa contigo mesmo? Então, não vai ter como. [...] (Aram).

Nas entrevistas foi possível identificar que em algumas situações, apesar de as(os) trabalhadoras(es) presenciarem episódios de negligência, imperícia ou mesmo agressão verbal e moral, permaneciam caladas(os) sem conseguir manifestar algum tipo de resistência, seja através de denúncia, do enfrentamento verbal ao agressor ou mesmo do amparo àquela pessoa que sofreu o dano.

[...] O médico entrou e mandou tirar tudo e colocar pra... Menina ganhar o nenê logo... Aí a levou e falou grosseiramente que não tinha UTI que era bem capaz do nenê morrer. Falou pra mãe. A menina novinha!... Eu fiquei horrorizada com aquilo. Ainda mais depois que ele... Ele fez o parto e a placenta ficou pra dentro. Ele não esperou... Ele não esperou nada!... Aí o que eu vou fazer, né? [...] (Nucurá).

Conforme um estudo realizado por Dias e Ramos (2003), um tipo de violência presente no trabalho hospitalar se caracteriza pela omissão, a reação passiva e muda à violência. Quando as(os) trabalhadoras(es) embora presenciando um ato ou uma prática violenta não faz nada para impedir, ignorando-os e os omitindo. Em algumas situações, além de omitir, chegam até ocultar o causador do dano por temor a antipatias ou inimizades. Esse comportamento negligente frente a situações causadoras de danos aos usuários, ou a colegas do processo de trabalho foi evidenciada no contexto estudado.

[...] Mas, o que eu não gosto de ver é outra colega tratar mal o paciente. Eu não gosto, né? Aí pra não chamar a atenção da colega... Eu prefiro sair do setor, entendeu? Eu prefiro me afastar, porque aí eu já não vou trabalhar junto com ela, né? Ou com ele... [...] (Nucurá).

Dias e Ramos (2003) chamam a atenção para o fato de que este é um dos tipos mais importantes de descuido no cotidiano de trabalho de enfermagem e que se constitui em um paradoxo, pois põe em evidência o contraste existente na formação ética dos profissionais da área de enfermagem que, embora valorizando o cuidado como discurso e até o considerando como seu objeto de trabalho, na prática diária não consegue se conduzir de forma ética.

Uma teoria e uma prática que priorizam o usuário e não se deixa levar pela lógica da saúde como mercadoria se faz necessária como exercício educacional de participação nos jogos de poderes existentes no cotidiano profissional, substituindo as práticas disciplinares educacionais adotadas até o momento (LUNARDI, 1995).

O trabalho em emergência e urgência clínica pode ter melhor controle administrativo e propiciar melhores resultados e qualidade, se forem sistematizadas e registradas todas as

ações executadas para a manutenção da vida dos doentes. A sistematização da assistência de enfermagem e a organização da mesma, contemplando as necessidades dos usuários e a criatividade dos trabalhadores, pode ser um dos fatores decisivos para aumentar a qualidade do atendimento à saúde dos usuários. O registro da história dos doentes e das atividades realizadas cria uma memória das práticas e formas de perseguir ações não-éticas da própria enfermagem e de outras categorias profissionais.

Todavia, as instâncias administrativas ao concordarem em manter quantidade insuficiente de trabalhadores colaboram para que a enfermagem apresente uma assistência de qualidade questionável. O desestímulo das direções de serviços de saúde em ter uma enfermagem organizada e lhe negar outras formas de organização e gestão que possibilitem a construção da memória registrada, ou seja, tornando eticamente menos possível se rastrear falhas, colabora para que se perpetuem ostensivas formas de violência no contexto de trabalho hospitalar.

As práticas profissionais, embora se dêem por meio de procedimentos como: a higiene corporal, o encaminhamento de exames e consultas, a administração de medicamentos, o provimento de materiais e equipamentos para os procedimentos médicos de emergências e os controles de infusões e evolução do quadro clínico, são impulsionadas pelos significados simbólicos do trabalho de enfermagem, pelos jogos de poderes entre os membros da equipe de saúde e pela divisão social e sexual do trabalho em saúde. Estas práticas são desenvolvidas dentro de um espaço físico, político e de interações relacionais, que é organizado e distribuído entre todos os atores do cenário hospitalar no palco da emergência e urgência clínica. A organização desses espaços define e redefine os sujeitos que nele circulam e se inter-relacionam.

4.3 O ESPAÇO/LUGAR DO TRABALHO NA DINÂMICA DA VIOLÊNCIA

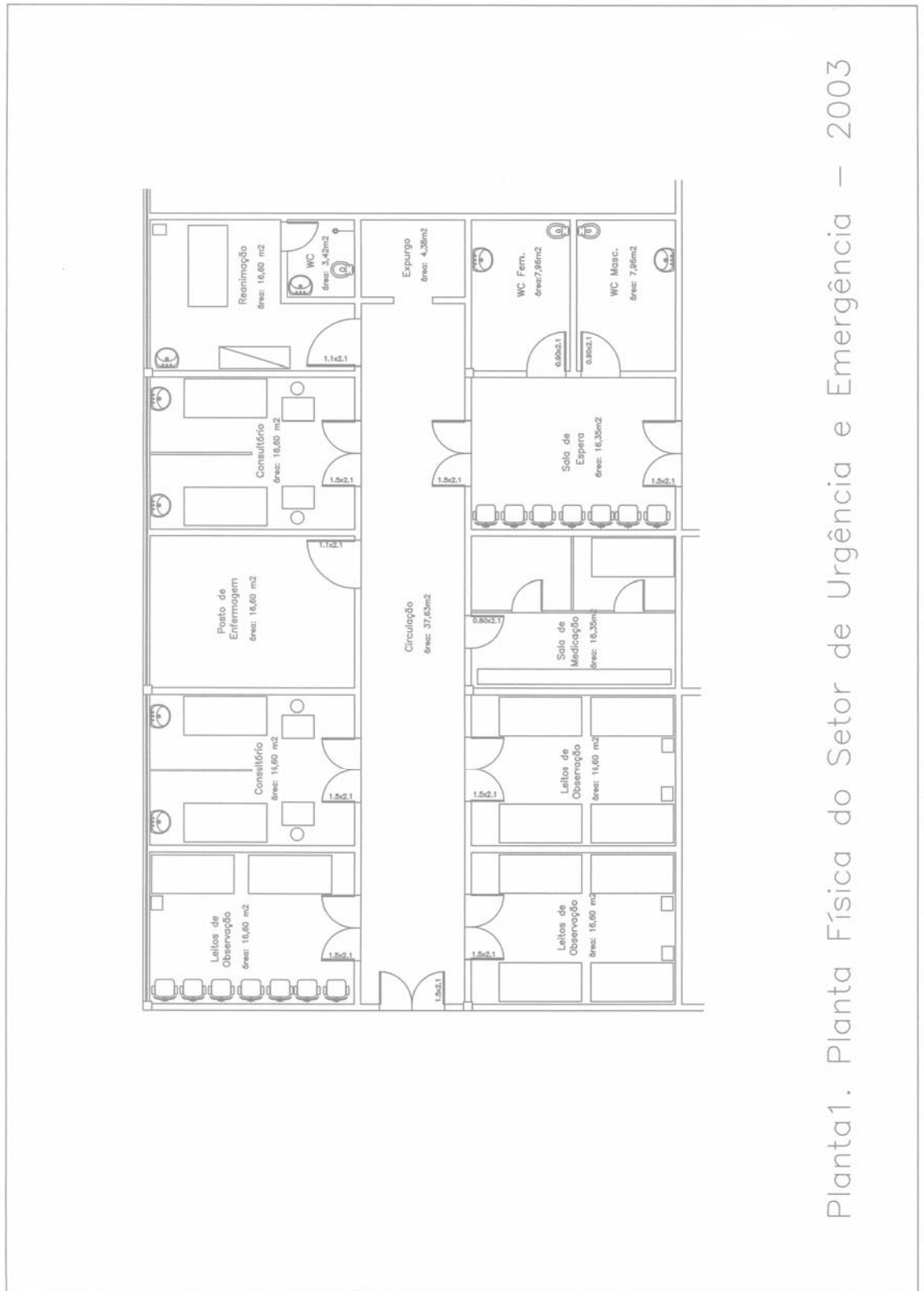
A organização e distribuição do espaço de trabalho se reflete nas atividades cotidianas de enfermagem afetando o corpo das(os) trabalhadoras(es) e das(os) usuárias(os) do serviço de emergência e urgência clínica. A recorrência ao espaço de trabalho como um dos aspectos que criam obstáculos à auto-realização das(os) trabalhadoras(es) permitiu a constatação de cinco categorias: organização e distribuição dos espaços; o espaço de trabalho como **um local de risco para a saúde do trabalhador e do usuário do serviço estudado**; o corpo como **espaço de manifestação das doenças e de materialização das práticas** em saúde; e o corpo dos trabalhadores de enfermagem como **espaço de disciplinarização e controle institucional e inscrição dos acontecimentos** hospitalares.

Dentre os diversos ambientes que compõem a realidade social, os espaços de trabalho se destacam como lugares físicos e simbólicos importantes para a análise das interações sociais. No que se refere à compreensão do fenômeno da violência, o espaço adquire um significado especial por se caracterizar como um lugar onde está inscrito e reproduzido não apenas as funções materiais, mas também os valores sociais.

O espaço hospitalar delimita o local de inserção de diversas práticas e intervenções e, portanto, assume grande importância quando relacionado ao comportamento humano. Segundo Pereira e Bellatto, (2004), uma reflexão sobre os espaços de trabalho permite constatar se existe respeito ao direito à saúde, ao cumprimento dos princípios éticos norteadores da atuação profissional, às diretrizes e leis em relação às obrigações profissionais e às normas técnicas. Neste sentido, o espaço de atendimento à emergência e urgência clínica se mostrou como uma forma privilegiada à compreensão das manifestações da violência no contexto de trabalho em saúde e, particularmente, nos serviços de pronto socorro.

A conformação do espaço físico de trabalho da unidade investigada (planta física 1, p. 118) foi apreendida por meio da observação direta do contexto investigado, mostrando ser um lugar não satisfatoriamente preparado para o recebimento de pessoas em situações críticas de saúde. Além da descrição física do ambiente, houve também o registro de observações relativas à forma de utilização do espaço destinado ao preparo das atividades inerentes aos trabalhos de enfermagem, conforme relatado a seguir.

O usuário, após fazer sua ficha na recepção do hospital, chega a uma sala central de aproximadamente 16m², contendo cadeiras de espera, onde as pessoas aguardam a consulta



médica e aquelas que já foram atendidas recebem medicação endovenosa sentadas. À direita da entrada e em frente às cadeiras, localizam-se dois banheiros de aproximadamente 8m², com uma porta ampla o suficiente para permitir a passagem de maca ou cadeira de rodas. O vaso sanitário é separado do chuveiro por uma divisória de azulejo de aproximadamente 1,20cm de altura. Constam das instalações: um vaso sanitário, um chuveiro e uma pia, porém não oferece sabão nem papel higiênico. Por se tratar de um local em que se espera prioridade aos aspectos higiênicos, a expectativa era de que as instalações estivessem em condições satisfatórias de uso pelas pessoas que aguardam atendimento, mas isto não ocorre de forma regular.

Separando a sala de espera do corredor de distribuição existe uma ampla porta central com placas sinalizadoras indicando a saída e o local onde a fila deve ser formada.

À direita, em frente à porta de entrada, localiza-se uma sala de reanimação com uma área aproximada de 13m², contendo duas macas, uma mesinha de cabeceira, um carrinho com medicação de emergência. Em uma parte do carrinho há uma caixa de papelão resistente destinada ao recolhimento dos materiais pérfuro-cortantes e ao lado, um cesto de lixo grande com tampa e uma mesinha de cabeceira que serve como local para preparo de dietas, medicação e, ao mesmo tempo, para guardar os pertences de usuários e seus acompanhantes. Próximo à janela que se abre para o ambiente externo, existe uma pia sem torneira e suportes para sabão e papel toalha, ambos vazios. A referida sala possui um banheiro contíguo com área de 3m², contendo um vaso sanitário, um cesto de lixo não existindo pia para lavagem das mãos, ou seja, o ambiente que acolhe os usuários com problemas de saúde mais graves não oferece condições adequadas de higienização para os acompanhantes e profissionais.

Ao lado da sala de reanimação localiza-se um pequeno cômodo de 4m², que serve de expurgo, contendo uma pia, um hamper onde são depositadas os instrumentos e as roupas sujas do setor. Do lado de fora junto à porta que se abre para o corredor, fica um grande cesto de lixo com tampa.

De cada lado do posto de enfermagem situam-se dois consultórios médicos, cada um com área de aproximadamente 8m², contendo: uma mesa de exames, uma escrivaninha e duas cadeiras. O posto de enfermagem possui uma área de 17m² e, ao lado da porta de entrada situa-se um visor de vidro que permite a quem se encontra em seu interior visualizar o corredor e a sala em frente, bem como todo o interior do posto pelas pessoas que permanecem, ou passam pelo corredor. O visor funciona como uma ampla janela, abaixo da qual existe um balcão sobre um armário de fórmica onde são guardados utensílios, instrumentos necessários de trabalho e os pertences das(os) trabalhadoras(es). O quadro com

as escalas de trabalho e de tarefas é visível e afixado na parede à esquerda da entrada. Uma pequena escrivaninha com pintura descascada e cinco cadeiras, separam o ambiente ao meio. Compõem o interior do posto: uma geladeira, um suporte com recipiente de água mineral, um armário com instrumentos de trabalho, medicações, frascos para coleta de material para exames e outros utensílios. No fundo encontra-se uma ampla janela, abaixo da qual se localiza um carrinho de curativo contendo: luvas de procedimentos, caixas de material esterilizado, frascos de soluções anti-sépticas, uma caixa de descarte de materiais perfuro-cortantes, sacos de lixo e outros objetos de uso rotineiro. Ao lado do carrinho há uma pia de louça pequena funcionando, um suporte com tolhas de papel e um suporte quebrado para sabão – o sabão utilizado para lavagem das mãos é guardado dentro de uma garrafa plástica. O descarte do lixo produzido no preparo de medicações é feito em um cesto grande de lixo, situado próximo à janela. Embora as dimensões espaciais do posto de enfermagem pareçam adequadas, isso não se confirma na prática, dada à alta demanda de preparo de medicamentos e à quantidade de pessoas circulantes no mesmo pelos mais diferentes motivos.

No posto de enfermagem são guardados os impressos utilizados para os diversos procedimentos e encaminhamentos do hospital. Mesmo sendo este o único espaço destinado à equipe de enfermagem, insuficiente até para as suas atividades específicas, foi comum observar profissionais de outras áreas, principalmente da área médica, adentrando ao mesmo como se fosse o seu próprio espaço: sem avisar, sem pedir licença e muitas vezes até de forma ruidosa. Considerando ser este espaço destinado também ao preparo das medicações e outras atividades de enfermagem que exigem concentração a fim de evitar erros, o aglomerado de pessoas se mostra funcionalmente inadequado à realização de tais atividades exigindo um maior esforço mental por parte dos trabalhadores de enfermagem.

A ANVISA determina na Resolução RDC nº 50/2002, que cada posto de enfermagem deve possuir uma sala de serviços, de no mínimo, 5,7m², para o preparo das medicações dentro das normas de segurança técnica (BRASIL, 2002). A inexistência desse espaço no contexto de trabalho estudado gera insegurança e apreensão nas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, pela probabilidade de erros no manuseio e preparo das medicações e seus conseqüentes desdobramentos: danos a saúde do usuário e responsabilização legal das(os) profissionais.

São três os aposentos destinados aos usuários, cada um com uma área de aproximadamente 16m², contendo: poltronas reclináveis cobertas com plástico duro, algumas em condições inadequadas ao uso; macas de metal, algumas sem rodinhas e a maioria sem grade de proteção; cadeiras de plástico ou de fios; uma ou duas mesas de cabeceira e

canalizações de oxigênio e gás comprimido em um dos lados das salas. O mobiliário de cada aposento é remanejado de acordo com a necessidade do momento. Em cada uma das salas há um cesto de lixo de tamanho médio, sempre cheio do lixo originado nos procedimentos assistenciais e provenientes dos usuários e seus acompanhantes.

Diante dessa realidade é possível inferir a pouca valorização institucional aos resíduos hospitalares produzidos, pois foi comum observar bolsa com presença residual de sangue e hemocomponentes nos cestos de lixo dos aposentos, bem como resíduos de medicamentos. Todavia, como refere Murofuse (2004), os próprios padrões estabelecidos pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) desobrigaram os estabelecimentos de saúde da necessidade de destruição de resíduos de risco biológico como os resultantes de sangue e hemoderivados, e de resíduos de risco químico como drogas e resíduos farmacêuticos por meio de incineração ou esterilização a vapor, de modo a anular suas características biológicas, químicas e físicas. Assim, a adequada cautela diante da exposição a esses resíduos não pareceu ser uma preocupação das(os) trabalhadoras(es) do contexto investigado.

Em frente ao posto de enfermagem localiza-se uma sala de aproximadamente 17m², denominada sala de administração de medicamentos contendo um banco de madeira ao lado direito da entrada onde usuários avaliados recebem medicação e cuidados. Esta sala é dividida ao meio formando mais dois pequenos aposentos separados por divisórias, sendo um deles destinado à realização de eletrocardiograma e o outro à administrações de injeções intramusculares. O espaço desses aposentos é o suficiente apenas para uma pessoa na maca e um profissional com movimentos restritos pelos procedimentos ali realizados.

Pelo corredor central há um constante movimento de macas, funcionários, usuários e acompanhantes circulando em busca de informações, médicos chamando as pessoas para consultas, profissionais do laboratório para coleta de material para exames e outros profissionais do apoio diagnóstico. Observando o corredor e sua distribuição pode-se evidenciar como principal problema, dentre outros: o fluxo contínuo de pessoas, macas, carrinhos de distribuição de dietas, assim como a retirada de lixos e de roupas sujas em horários específicos.

4.3.1 O Espaço como um Lugar Insuficiente e Inseguro para o Trabalho em Emergência/Urgência

No setor de emergência e urgência clínica todos os problemas de saúde são atendidos. Embora exista busca a atendimentos mais simples, existem, igualmente, pessoas gravemente adoecidas, sendo comum infartos agudos do miocárdio, insuficiências respiratórias agudas, paradas cardiorespiratórias, acidentes vasculares cerebrais, embolias pulmonares e comas diabéticos ou alcoólicos. Além disso, os problemas crônicos de saúde, como câncer, insuficiência cardíaca congestiva e pulmonar, bem como, doenças infecto-contagiosas, como tuberculose pulmonar, meningite e AIDS, dentre outras, são freqüentes.

O fato de atender a todos os tipos de problemas de saúde faz com que, freqüentemente, os trabalhadores se sintam desprotegidos e desamparados pela instituição, uma vez que o setor não dispõe de espaços suficientes para separar as pessoas com doenças transmissíveis. Nas situações em que há suspeita de doença infecto-contagiosa, as(os) trabalhadoras(es) se esforçam para proteger a si próprios e aos usuários que compartilham o mesmo espaço. A informação da suspeita é passada aos membros da equipe de saúde, e é instituído o uso de máscara no doente e, quando necessário, o isolamento de sangue e secreções.

15:15 - Chega uma senhora de aspecto grave trazida pelos agentes do corpo de bombeiro [...] Eu me aproximo para saber do que se trata.[...] A maqueira me chama discretamente para avisar que esta paciente é suspeita de estar com tuberculose pulmonar e me aconselha a não ficar muito próxima. [...] As(os) auxiliares de enfermagem oferecem uma máscara à ela e abrem a janela do posto de enfermagem e alguns colocam a máscara também. [...] 15:40 - uma auxiliar pede para um médico no corredor: "Dr. veja esta senhora que está com TB* no corredor?" - "eu não posso" - responde o médico - "eu estou imunodeprimido e não posso nem chegar perto de TB hoje!" [Notas de campo – Maio/2003].

O temor das(os) trabalhadoras(es) de uma transmissão de doença do doente-profissional ou doente-doente foi demonstrado nos relatos das entrevistas e na observação do contexto de estudo, nas situações nas quais implicava a necessidade de isolamento do próprio doente, de outros, ou da própria equipe de saúde.

[...] porque você ali naquele setor é... Tanto no setor de urgência infantil, quanto no de adulto ou no box... Você tem contato às vezes com... É o primeiro contato! Às vezes é uma meningite, entendeu? É um... É uma TB bacilífera que está ali... E você, simplesmente, não sabe. Você não tem essa... Essa... Antecipação. O pessoal não vê isso! Então, é você que recebe aquela carga total assim... De estresse... [...] (Iaciara).

* Tuberculose Bacilífera.

A ANVISA estabeleceu pela Resolução – RDC nº 50/2002, que as unidades de atendimento de urgência de alta complexidade devem possuir uma sala com área, de no mínimo, 8.0m² específica para isolamento. Mesmo considerando que por se tratar de um hospital, essa sala exista em outra parte, não é suficiente para as necessidades de trabalho do setor investigado, pois na maioria das vezes em que a mesma é solicitada já está ocupada com outros doentes (BRASIL, 2002).

O temor de adoecer por uma doença infecto-contagiosa e as perdas no salário são relatados com preocupação pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem. Ressaltam o medo da possibilidade de contrair uma enfermidade transmissível e as conseqüências do custo do tratamento no salário. As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem convivem com a consciência de que as doenças são possíveis, embora permaneçam na dimensão invisível, pois a convivência constante com doentes e doenças é enfrentada no seu cotidiano de trabalho. A(O) trabalhadora(or) afetado por alguma doença, manifesta sentimentos de sofrimento pela marginalização e desvalorização social, pela impossibilidade de trabalho e de produção. O baixo salário é destacado como a maior causa de sofrimento e de impedimento à valorização humana e como profissional de saúde, portanto, se constituindo uma manifestação concreta de violência.

[...] Eu faço uma comparação: que há 9 anos quando eu comecei a trabalhar na enfermagem, nós ganhávamos mais do que um policial militar. Todo mundo queria sair da polícia e entrar na enfermagem [...] Eu comparo com isso né? Que o policial ele vê o bandido... Ele se expõe... Ele prende... Pega aquilo ali... e nós aqui lutamos com um bandido que é oculto, né? A contaminação... Às vezes o HIV, a tuberculose, a hepatite... Nós não vemos o nosso inimigo. **E talvez, porque eles não são vistos, nós também não somos conhecidos, ou reconhecidos pela nossa forma de trabalhar, né?** O nosso risco de cada dia. Então tinha que ser mais valorizado, né? Até mesmo pelas pessoas competentes que possa melhorar para nós isso aí, né? O lado salarial... A dignidade de trabalhar. É isso que é o ponto X, né? Um salário que não dá de fazer quase nada! [...] (Toriba).

O cenário e as características do trabalho observadas permitem a afirmação de que o trabalho de enfermagem na emergência e urgência clínica é amplo e complexo. Principalmente, quando se considera a dimensão humana das(os) trabalhadoras(es), pois no exercício deste trabalho as atividades envolvem na interação dos profissionais laços de afeto, laços relacionais e sentimentos antagônicos. O doente na condição de ser fragilizado e dependente de cuidado humano e profissional e as(os) trabalhadoras(es) de saúde e enfermagem em situações de pressões por respostas efetivas na resolução dos sofrimentos dos doentes. Situações de sofrimentos de ambas as partes suscitam como de importância crucial,

no cotidiano, uma atenção especial a todos os detalhes, pela necessidade de atendimento e enfrentamento do próprio contexto para solução dos conflitos e dos atritos.

Embora, o espaço de trabalho seja organizado física e administrativamente de acordo com uma lógica própria, nem sempre adequada às normas de segurança e saúde, à demanda do atendimento, e às necessidades específicas do trabalho de enfermagem, outras lógicas permeiam a percepção e o sentimento dos trabalhadores deste contexto. Como eles se inserem nesse espaço? Quais são as suas percepções e sentimentos sobre o seu espaço de trabalho? Em que medida o espaço de trabalho dificulta ou até mesmo impede sua auto-realização profissional e humana?

A psicologia do espaço nos fornece a noção do espaço como “um vetor das interações sociais”. A organização dos espaços estrutura, de certo modo, as comunicações e também se constitui como mensageira social sobre um determinado grupo, indicando seus modos de vida e os seus valores. Esta visão põe em evidência a importância das diferentes experiências sociais em diversificados ambientes, não somente como orientação e informação, mas também como “ordem social e imaginária”. Os espaços são incorporados às representações e às condutas. “A psicologia dos espaços de trabalho propõe uma nova leitura das interações entre o comportamento humano e organização” (FISCHER, 1994 p.83).

O termo apropriação é usado por Fischer (1994, p.83), para definir o espaço como “objeto de práticas e de intervenções diversas”. A apropriação é um processo que permite observar o comportamento humano como um sistema ativo, exercido sobre o espaço físico, psicológico, ou ambos, afirmando uma dominação que lhe possibilita determinar e agir. Engloba formas de interações que evidenciam, pela ocupação/utilização específica de um espaço, uma afirmação da pessoa sobre os lugares.

Estas noções espaciais possibilitam pensar o lugar de trabalho, não apenas como espaços físicos, mas também como espaços humanos, pois está constantemente humanizado pelo jogo de diferenciação cognitiva e simbólica, como também em função das condutas humanas que ali se operam. Neste sentido, é ilustrativa a narrativa a seguir:

[...] Quer dizer que a deficiência do trabalho que eu reclamo do pronto socorro é justamente isso. [...] Que a gente não tem área para circular... Espaço pra você andar... Fazer... Às vezes pra você virar você tem que estar batendo nas coisas, você não tem nem como estar preparando medicação. Outra coisa é que cada sala daquela devia ter um balcão onde desse de você tá... Agindo. E eles cortaram todos os balcões e colocaram aquelas piazinhas pequeninhas... [...] aquelas pias... “As mínimas...” (Nungara).

No cotidiano de trabalho estudado, foi possível constatar que o espaço físico de trabalho se caracteriza como sendo cerceador das ações de trabalho: **um espaço físico**

insuficiente para a realização das atividades assistenciais que precisariam de espaços mais amplos para a instalação dos corpos doentes, favorecendo a movimentação necessária da(o) trabalhadora(or) durante a manipulação de equipamentos realizando procedimentos rotineiros e deslocamento de aparelhos tecnológicos necessários aos cuidados de saúde.

[...] Você vê... O médico chega lá... Ele quer um eletro... Rapidinho... Você não tem local pra por o paciente pra fazer o eletro. Não tem! Às vezes nem a maca do consultório está livre. Aí você tem de procurar uma maca pra poder fazer o eletro, Ne? Não tem! Então, aquele espaço físico ali... Olha, ele é bem... [...] (Iaé).

O espaço destinado à realização de eletrocardiogramas, embora pequeno e desconfortável, uma vez que se situa em uma área pouco arejada e com pouca claridade natural, por não dispor de janelas, é sempre ocupado por usuários, pois os espaços destinados a esse fim são sempre insuficientes.

O espaço se mostra insuficiente também para o atendimento das necessidades de conforto do doente quando ele mais precisa de espaço confortável para se deitar e encontra apenas um banco ou uma maca dura para o seu repouso. O espaço físico, portanto, se constitui um dos fatores geradores de violência e de sofrimento para os doentes internados e para os trabalhadores da equipe de saúde, uma vez que dificulta, ou até impossibilita uma assistência de enfermagem de qualidade.

13:20 - Um rapaz apoiando um outro emagrecido demonstrando dependência do acompanhante chegam até a porta do posto de enfermagem e pergunta: "Ele não agüenta ficar sentado, ele precisa se deitar e no banco não é possível. O que eu faço com ele?" A enfermeira responde: "Não tem onde deitá-lo, só dá para ficar no banco! Aguarde lá que a medicação dele já vai ser dada". Então, o acompanhante a olha desoladamente se resignando a levar seu irmão para sentar no banco de madeira. Minutos depois eu os observo sentados na sala recebendo a injeção. Ele tenta se deitar no banco, mas não há espaço suficiente, pois ao lado dele existem mais quatro pessoas, todas recebendo medicação endovenosa. [Notas de campo –Maio/2003].

De acordo com o pensamento de GALTUNG (1981), sempre que uma necessidade humana não é satisfeita em uma determinada conjuntura social, causa algum tipo de dano às pessoas deste contexto, gerando, em consequência, um tipo específico de violência. Espaços físicos suficientes para a atuação dos trabalhadores e para a instalação dos corpos doentes em sua reabilitação é uma questão de necessidade. *Necessidade de sobrevivência*, no sentido de proteção frente às doenças e outros agravos à saúde; *necessidade fisiológica*, no que diz respeito à possibilidade de espaço adequado para o movimento e o repouso físico e psicológico; *necessidade somática* no que se refere a ter um espaço que possibilite a prevenção do acometimento de outras doenças uma vez que um contato físico muito próximo

entre os corpos, permite a transmissão de doenças; *necessidade de trabalho*, no sentido de permitir aos trabalhadores espaços físicos suficientes para seus movimentos, sua auto-expressão e criatividade; e *necessidade de atividade* possibilitando aos trabalhadores e doentes assistidos serem sujeitos e não apenas objeto do trabalho em saúde. Assim, foi possível constatar o quanto a falta de espaços físicos apropriados participa da gênese da violência nesse contexto de trabalho, como pode ser manifestado a seguir.

[...] Aquela sala de reanimação, ela não é apropriada! Ela é muito pequena ali! Pra você trabalhar ali não tem como. [...] E ali, tem os pacientes que ficam sozinhos também. Alguns ficam com acompanhantes... a maioria fica sozinha. E a maca? Não tem grade. E se for um paciente agitado, como é que você faz? [...] Então, uma maca tem que ter grade mesmo. Até pra gente se sentir protegido, também, né? Porque você está ali... Aí o paciente cai e está sob a sua responsabilidade, né? [...] (Japira)

A ANVISA determina a existência de uma sala de emergência destinada às situações de parada cardíaca, estabelecendo para tal uma área de 12m² por leito e um mínimo de dois leitos (BRASIL, 2002). No contexto de trabalho estudado esta sala possui aproximadamente 16m² e funciona com macas ou mesa de exames, via de regra existem duas macas com doentes graves, mas algumas vezes são instaladas até três macas com doentes exigindo intervenções de emergência. Assim, as normas de segurança técnica e científica exigem maior esforço físico e mental por parte de todos os profissionais da equipe de saúde para a realização das atividades e para evitar acidentes de trabalho.

A noção de território é apresentada pela psicologia ambiental como designação de um lugar, um local geográfico ocupado individual ou coletivamente, tornando-se sua propriedade. Dentre as funções da territorialidade destaca-se a construção de esboços cognitivos dos ocupantes que definem os tipos de comportamentos esperados para cada área de dado espaço. A demarcação da territorialidade serve igualmente para o desenvolvimento da identidade individual e social. O território delimita uma área de influência e controle particular (FISCHER, 1994).

Sendo múltiplas as funções da territorialidade, sua noção pode facilitar a organização e a gerência das atividades de um espaço específico pelo qual um determinado grupo é responsável. Assim, os membros deste grupo sentem necessidade de participar da organização do espaço no qual estão inseridos cotidianamente e, quando essa participação lhes é negada ou dificultada, se sentem violentados, como referido no relato a seguir:

[...] Por exemplo, eles pegam e vão reformar. Nós tínhamos duas salinhas lá pra... Eles pegaram, simplesmente um dia demoliram a sala lá, pegaram e jogaram as coisas tudo pra outra e deixaram... Uma própria enfermeira que é da superintendência que fez isso, então... [...] E quando a gente chega lá pra

trabalhar, tá tudo aquela bagunça, tudo que é só pó... Puro pó de... Construção... Sem avisar nada. Então ficou todo mundo se sentindo humilhado... [...] (Abaetê).

Cada território é marcado social e culturalmente no interior de uma organização. A extensão do território corresponde ao estatuto social dos diferentes grupos que ali atuam. Dessa forma, quanto maior o poder ou a dominação de um determinado grupo profissional, maior será o espaço exigido por ele. A dominação de um dado território tem como consequência, uma orientação e uma regulação social sobre o mesmo, ou seja, ele se torna uma área de influência e de controle privativa daquele grupo e, ao mesmo tempo, indicativo do valor social do referido grupo (FISCHER, 1994).

Foi possível constatar que as fronteiras demarcatórias dentro do setor de emergência e urgência, não são fortes e claramente definidas em relação aos espaços dos trabalhadores de enfermagem, mas são bem evidentes em relação aos locais dos trabalhadores da área médica.

Durante a etapa de observação do contexto de trabalho foi freqüente a constatação de usuários entrando no posto de enfermagem para receber atendimento, mas muito rara sua entrada nos consultórios médicos sem a prévia autorização daqueles profissionais. Os usuários recém chegados tinham dificuldade de demarcar os espaços a eles destinados em relação aos espaços da equipe de enfermagem, só o fazendo com mais desenvoltura a medida que ficavam maior tempo no local, mas em relação aos espaços da equipe de medicina eram claramente identificados desde a sua entrada. As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, por sua vez, sentem a necessidade de exercer maior domínio sobre o seu território, até para organizá-lo de forma mais funcional e agradável aos seus desejos e às necessidades do próprio trabalho, expressando isso da seguinte forma:

[...] a sala de enfermagem ali, o postinho de enfermagem... Tem horas você entra ali e dá vontade de sair... Porque tem tanta gente ali!... Tanta confusão ali... Gente com tantos problemas... Que é melhor você sair. [...] Então, aquele posto de enfermagem ali eu acho um horror. Não tem distribuição, não tem nada ali, olha... O pessoal tá preparando uma medicação e tá assim de gente conversando, ne?... [...] Aí eles já querem entrar, como se fossem tomar medicação ali. Ne? [...] (Iaé).

A cada tipo de trabalho, um determinado espaço é necessário, exigindo localização, distâncias e relações de vizinhanças dentro do mesmo contexto. Isto significa que em uma determinada área é permitida a realização de atividades previstas para ela. (FISCHER, 1994).

Quando um espaço é insuficiente para determinadas funções, os indivíduos se sentem desconfortáveis e em consequência, não se sentem bem dentro do espaço destinado, reivindicando assim ampliação e melhor adequação de seus espaços de trabalho. É importante

para uma pessoa ou um grupo de profissionais, a delimitação de seus territórios de atuação dentro da organização. O posto de enfermagem é o espaço destinado as(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem, mas sendo um espaço compartilhado com os demais membros da equipe de saúde, e constantemente invadido por trabalhadores de outros setores do hospital e usuários, não oferece adequada definição de um território pessoal requerido para a proteção pessoal de cada membro do grupo de enfermagem.

Assim, foi possível constatar que na percepção das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem existe um sentimento forte da necessidade de ter um espaço para si, pois se ressentem de uma grande vulnerabilidade, percebendo-se como os mais expostos a todas as contingências da dinâmica do trabalho. Ao mesmo tempo, o ressentimento é também da impossibilidade de gerir seu próprio espaço, uma vez que suas fronteiras, embora definidas são constantemente invadidas por outras pessoas estranhas à própria equipe. Ou seja, sentem-se no posto de enfermagem como prisioneiros de um aquário onde são constantemente vigiados pelos usuários, que freqüentemente lhes confrontam para um atendimento mais rápido e mais eficaz, como se apenas da ação deles dependesse uma assistência de qualidade.

Fischer (1994, p. 97), afirma a importância para cada trabalhadora(or) da possibilidade de dispor de um espaço privado para a auto-afirmação pessoal e profissional, constituindo uma das “expressões da identidade utilizada ao mesmo tempo para se adaptar a um espaço e para transformá-lo.” Essa importância pode ser evidenciada na seguinte narração:

[...] você vê que... Observa... Ali que a gente não tem nem um lugarzinho para tomar uma água. Lá nós não temos este lugar para tomar um café... Então, se você tem que tomar um café, você tem que se virar para o lado da janela e tomar rápido aquele café quente. E de lá, pela janela de vidro eles (os usuários e acompanhantes) estão observando. [...] (Aracy).

O espaço organizacional é, por princípio, um espaço imposto, pois cada trabalhador é nele instalado sem que o tenha antecipadamente escolhido. O critério utilizado para a destinação dos espaços é o princípio de fixação, acordado no contrato de trabalho (FISCHER, 1994), mas isso não impede as pessoas que passam a ocupá-lo de lhe dar a sua feição, organizando-o e adequando-o às formas que melhor se adapte ao seu modo de atuar.

Foi possível também observar e confirmar que a extensão do território destinado a cada uma das pessoas corresponde à sua valorização social e cultural. Embora, de maneira geral, todos os espaços destinados ao serviço de emergência e urgência sejam precários e insuficientes para a atuação profissional, sua extensão é hierarquicamente definida. Assim, enquanto existe um consultório para cada um dos quatro profissionais da área médica em cada

turno de trabalho, há apenas um posto de enfermagem para todos os membros da equipe de enfermagem e nenhum espaço exclusivo para o maqueiro escalado no setor.

Em relação aos espaços destinados ao descanso, foi observado que a extensão também é proporcional à valorização social e hierárquica dos seus ocupantes. Sendo assim, enquanto o repouso dos trabalhadores médicos possuía espaço mais amplo com apenas duas camas por quarto, o repouso feminino das técnicas e auxiliares de enfermagem era um quarto com cinco beliches com espaço entre elas suficientes apenas para permitir sentar-se na cama e se levantar. As(os) maqueiras(os) não possuíam um repouso específico, e usavam o mesmo repouso das(os) técnicas(os) e auxiliares de enfermagem.

Quanto ao território destinado aos doentes e seus familiares foi possível observar que era apenas aquele suficiente à ocupação do seu corpo físico com a permissão dos movimentos básicos: levantar-se, sentar-se, deitar e se deslocar para as atividades rotineiras. Além de ser insuficiente, ele não era um espaço garantido, pois podia ser modificado de acordo com as necessidades de atendimento aos diferentes doentes dependendo da avaliação feita pelos profissionais da equipe de saúde. O doente no contexto estudado era duplamente violentado pela instituição: quando não lhe oferecia um espaço confortável e digno para o seu atendimento e quando lhe negava ou lhe retirava, muitas vezes, até sem prévia negociação, o parco espaço anteriormente concedido a ele.

[...] A gente tentava... Fazer o que a gente podia! Mas, tinha que tirar alguém da cadeira... Pra por outro, entendeu? Uma vez eu tive que tirar um aidético já em fase terminal... Pedir pra ele sentar ali fora... Em frente ao banheiro pra por uma senhora... Sentada na cadeira dele. **Isso pra mim era a morte!** Ter que tirar... [...] (Abaetê).

O relato descrito demonstra que juntamente com o doente, também o trabalhador sofre violência institucional quando é obrigado a decidir sobre a destinação de espaços físicos insuficientes para pessoas que, em um momento tão crítico de suas vidas, necessitam igualmente de espaços físicos dignos onde possam se restabelecer. Ao ter que privilegiar uma pessoa em detrimento de outra, mesmo usando como critério de discernimento a gravidade do problema de saúde, as(os) trabalhadoras(es) se sentem insatisfeitas(os), angustiadas(os), e não raro, culpadas(os) por ter que impor a alguém tão grande constrangimento.

Ao vivenciar o dilema ético de decidir sobre a quem destinar um dado espaço físico imprescindível igualmente a duas pessoas enfermas necessitadas, a(o) trabalhadora(or) ao mesmo tempo em que violenta o doente negando o espaço naquele momento, também se auto-violenta, pois se vê como um carrasco não intencional, mas que naquela situação participa do jogo da violência institucional, de forma imposta.

[...] É, e a gente tem muitos pacientes. É paciente diabético, pacientes com muita idade, pacientes com muita escara, sabe? Pacientes edemaciados... Então, Você os deixa ali e... São ruins aquelas macas... e aquelas cadeiras ali... Sabe? Sei lá, e isso me deixa agoniada quando eu vejo pacientes com muitos... e você não dá jeito de você resolver. Você tenta... Tem vezes também que você tem de deixar ele ali, não tem jeito de ser transferido, pra outro local. [...] E aí você tem de arrumar um local adequado para ele. [...] (Iaé).

Ao deparar com narrativas desta natureza cabe questionar: porque é que a enfermagem tem que tomar essas decisões sozinha e arcar com as conseqüências como se fosse sua culpa e responsabilidade? Uma das possibilidades de análise se relaciona com as marcas históricas do trabalho vocacionado, que inscritas na subjetividade das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem induzem a assumir uma atitude de devoção e abnegação. Outra possibilidade relacionada à primeira se refere ao poder pastoral.

Foucault, entrevistado por Dreyfus; Rabinow, (1995), revela que uma nova forma política foi integrada pelo Estado moderno ocidental, pela adoção de uma antiga tecnologia de origem cristã, denominada poder pastoral. O cristianismo postula o princípio de que algumas pessoas podem por suas qualidades servir de pastores e, portanto, ser dotadas de uma forma específica de poder. Esse tipo de poder, embora tenha perdido a parte principal de sua eficácia associada à institucionalização eclesiástica desde o século XVIII, por outro lado fora dessas instituições se ampliou e se modificou, surgindo, a partir de então, como uma nova distribuição e organização.

Sua ampliação se deu por todo o corpo social, encontrando apoio em uma multiplicidade de instituições, dentre elas a hospitalar. Esta tecnologia de poder “[...] parece atuar sobre os indivíduos e suas vidas, mediante articulações entre a responsabilidade, a obediência, a abnegação e a confissão de si” (LUNARDI, 1997).

Os depoimentos demonstraram que o poder pastoral continua exercendo influência na subjetividade das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem do contexto hospitalar investigado. Esta submissão as(os) levam a se sentir e se comportar como um pastor que protege o seu rebanho. Nesta situação, muitas vezes sacrifica-se pelo seu trabalho “quando deveria lutar por ele, por melhores condições para exercê-lo e pela valorização de sua prática social” (COSTA 1998, p. 109).

Outra dimensão relacionada à insuficiência de espaço físico considerada na análise da violência institucional sofrida pelo trabalhador de enfermagem em seu local de trabalho foi aquela relativa ao impedimento, ou às dificuldades impostas para a realização de suas atividades profissionais cotidianas. Além do cerceamento de sua liberdade de ação

profissional e de sua exposição ao constrangimento moral junto ao doente, que por vezes interpreta a falta de condições de atendimento como negligência, omissão ou imperícia, a carência de espaço físico adequado também participa como um fator importante na rede de violência comportamental existente no contexto estudado. Funciona como fator desencadeante de condutas agressivas por parte dos doentes ou de seus acompanhantes e de violência de resistência ou defensiva por parte dos trabalhadores, conforme pode se constatar na narrativa a seguir.

[...] Eu estava atendendo... Não **tinha espaço para colocar os pacientes**. Chegou um paciente grave que estava sangrando bastante... Estava com hematêmese... Sangrando, sangrando, sangrando bastante mesmo, né? [...] E eu puxei a maca dele pra não deixar no corredor. [...] Tinha uma senhora que estava em uma das macas... Mas estava protegida com fraldão. Eu retirei o biombo e o coloquei protegendo este senhor, né? Eu ia passar uma sonda nele... Nessa hora chegou o acompanhante dela e... Veio e puxou o biombo, assim com força. Falou: “esse biombo é da minha mãe!” – Aí eu falei: “não! O biombo é do hospital. Agora, no momento, esse senhor está precisando mais, assim que eu terminar o procedimento, eu coloco o biombo de volta” – Aí ele falou: “não! Você não vai usar!” – E pegou no meu braço assim... E apertou... Sacudiu, Sabe? Ah... (risos, nervosos) Ah... **Eu já fiquei desesperada**, já fiquei tremendo. Pois eu estava ajudando uma pessoa ali... E ele viu o que eu estava fazendo... Eu estava ajudando bastante. [...] Aí já chegou um técnico de enfermagem e falou assim: “o senhor vai se retirar daqui agora, porque se o senhor fizer alguma coisa com ela, aí o senhor vai ter que ver comigo! - Aí eu terminei só de passar a sonda no paciente e já saí. Dali... Ah...Desesperada! Já... Ah... Estava com raiva e... Assim... Eu não gostei mesmo, dele ter feito aquilo comigo! [...] Eu descii na coordenação de enfermagem né? Falei: “ou aquele homem ou eu!” [...] Aí os guardas subiram lá para retirá-lo e conseguiram, né? [...] Aí desse dia eu pedi para sair... Falei: não quero mais ficar... Estou ficando cansada... Estressada!... Ainda mais sendo agredida! (Japira- grifos nossos).

O relato apresentado evidencia como a violência estrutural dificulta a realização das atividades assistenciais e impõe sérios perigos à integridade física e mental das(os) trabalhadoras(es), inclusive levando alguns a se recusar a permanecer no setor.

Por outro lado, mostra como ainda é difícil para elas(es) exercer uma resistência mais efetiva quanto às condições de trabalho. Na situação descrita a resistência se limitou a denunciar as agressões sofridas* à Coordenação de enfermagem e às instâncias administrativas dentro da própria instituição, mas não o fez igualmente quanto às condições inadequadas de trabalho causadora da violência. Uma denúncia à delegacia de polícia, em geral, só é feita quando ocorre agressão física de maior proporção.

* Uma análise com maiores detalhes sobre as agressões sofridas pelas(os) profissionais será realizada na categoria: o corpo das(os) trabalhadoras(es)de enfermagem como inscrição dos acontecimentos hospitalares.

Ao mesmo tempo evidencia como a enfermagem adota, muito mais, os “jeitinhos” como forma de resistências às precárias condições de trabalho. Com isso, não alcança as condições adequadas de trabalho, pois não adota o poder de resistência de maneira concretamente planejada e conjuntamente assumida junto às instâncias administrativas da própria instituição e aos órgãos reguladores dos serviços de saúde. Por outro lado, instâncias administrativas e profissionais também não têm demonstrado concretamente essa mesma preocupação de garantia de qualidade da assistência.

A destinação dos espaços aos doentes pela instituição, além de ter como critério o mais baixo valor social possível, segue uma lógica racional linear, na qual todos os doentes são pensados em termos de um certo padrão, e quando este padrão foge à regra instituída o doente é ainda mais violentado em relação ao espaço físico que lhe é destinado. As(os) trabalhadoras(es)de enfermagem também se sentem violentadas(os), pois vivenciam juntamente com o doente a negação de um espaço físico digno às suas necessidades e às realizações das atividades de enfermagem.

[...] Ela era uma pessoa obesa, imensa!... Ela estava numa cadeira de rodas...
 [...] E você não conseguia mexer... [...] E ela estava no oxigênio!... Entende?
E eu não achei um local para coloca-la!... Aí a gente foi trocá-la... Aí, olha!... Mas me deu aquela dor no coração quando vi... Porque a mulher estava com uma escara imensa, sabe? Mas imensa mesmo! ... Não tinha como você mexer com a mulher! Que como você vai virá-la naquela cadeira de rodas? [...] **Não tinha outra forma. Não tinha!** E aí ela passou a noite toda nessa cadeira de rodas, Ne? Para darem jeito no outro dia, não sei que horas que foi... Que aí já é outro dia também e vai que não dá jeito também, Ne? [...] Quer dizer, e passou a noite inteira e eu não tinha como dá jeito!?! (Iaé – grifos nossos).

Os espaços de trabalho não são suficientes para a realização dos procedimentos e os cuidados de enfermagem de forma satisfatória Isso gera nos trabalhadores revolta e angústia por não conseguir realizar suas atividades da forma correta. Essa angústia não é apenas por ser impedido de realizar suas atividades, mas também por vivenciar o sofrimento a que constantemente os usuários atendidos são submetidos pelo espaço inadequado e pela qualidade da assistência recebida. A(o) própria(o) trabalhadora(or)) se sente constrangido nesses espaços que, associados à quantidade insuficiente de outros recursos materiais, gera a sensação de impotência, enquanto membro e usuário do SUS.

[...] Olha a contradição! Olha o lugar que é essa sala de reanimação: um canto horrível de entrar, pequeninho, o sol à tarde bate ali... Um calorão terrível, ali!... Apertadíssimo... Bate naquela janela que vira uma sauna!...
 [...] Tem vez que a gente coloca três lá... Super graves... Não dá nem pra gente entrar... [...] Porque você vê aquela sala de reanimação lá - horrorosa!... o carrinho: falta tudo. Às vezes não tem nem tubo lá... Não tem guedel... Não tem... Ah!... É uma tristeza. [...] (Abaeté).

A violência se forma a partir das condições inadequadas de trabalho que expõe o trabalhador a frequentes dilemas éticos e a tomadas de decisões sobre a quem destinar os escassos espaços. Esta destinação, na maioria das vezes, não é compreendida pelos usuários, gerando em algumas situações, comportamentos violentos destes em relação aos trabalhadores. A violência se desencadeia pela não compreensão do trabalhador de que o usuário não reconhece sua boa intenção e todo o seu esforço para atendê-lo bem. Até porque esse esforço feito individualmente e circunscrito a situações específicas, não perdura após a saída da pessoa “beneficiada”. Além disso, um usuário que em determinado momento consegue, por exemplo, uma maca para se deitar porque se encontrava em uma situação de maior gravidade, em outro momento pode ser destituído da mesma e voltar para a cadeira ou banco, se uma outra mais grave necessitar da maca.

[...] o paciente e o acompanhante, já vem de casa tenso. Será que eu vou encontrar médico? Será que eu vou ser bem atendido? Será que eu vou ter uma cadeira pra sentar? Então ele já vem tenso. Aí quando chega... De cara... Na maioria das vezes são resolvidos os problemas, aquilo que tange o básico é resolvido é amenizado, mas às vezes tem um dia tá super lotado, as vezes faltando médicos, então esse paciente e esse acompanhante acaba passando essa agressão que ele vem para o profissional. [...] E se é um profissional que não tem um controle, que não tem um entendimento de psicologia, de sociologia... [...] Então acaba realmente partindo pra briga com esse acompanhante e se gerando algo desagradável. [...] Então, nós da enfermagem... É isto daí, nós lidamos com conflito. A todo dia! A todo o momento [...] (Javahê).

Além da restrição dos espaços físicos destinados às atividades rotineiras de emergência e urgência, outro aspecto ressaltado foi quanto ao preparo do espaço de trabalho para que o atendimento seja realizado de forma segura para os trabalhadores e aos doentes. O setor não está estruturado fisicamente, nem organizado e capacitado com profissionais de saúde especializados no atendimento das emergências de natureza psicológica e moral. Assim, quando chega uma pessoa que sofreu violência sexual, por exemplo, cria-se uma situação desconfortável para a equipe de saúde. Então, o atendimento acaba sendo tratado sem as devidas precauções de sigilo e de apoio emocional requerido, pois os espaços inadequados impossibilitam estabelecer um diálogo íntimo. Assim, a devida proteção e conforto exigidos nestes casos ficam comprometidos.

[...] Outra coisa difícil... Você não estava lá há uns 15 dias atrás, quando um padraço tentou estuprar uma menina? [...] Aí a mãe foi levar ela. Aquela menina quase suicidou. Ela tentou pular a janela. Gente!... Eu não tive mais sossego depois dessa hora... Com medo de aquela menina pular a janela. [...] A menina ela não estava legal... Só com a cabecinha baixa e chorando... Chorando... Então, descuidou dela um pouquinho ela... Não pulou porque a mãe pulou em cima dela e segurou. Então, são coisas assim...[...] eu acho

que tinha que ter proteção naquelas janelas, que já ocorreu o fato de paciente pular dali, já houve caso de paciente pular do terceiro andar, e o funcionário conseguiu segurar pela perna, porque era homem... Se fosse uma mulher... [...] (Yamí).

A destinação de espaços físicos tão restritos para a realização do trabalho da equipe de saúde se caracterizou como uma das faces da violência macro estrutural ou institucional, por cercear a capacidade de realização das atividades de assistência com qualidade e, ao mesmo tempo, por impedir as(os) profissionais de se sentirem realizados por uma atuação correta e humana.

[...] Ali na reanimação, pra você reanimar um paciente... Quando tá com dois ou três pacientes, né? E... Às vezes você está ali com um paciente tentando reanimar, o outro já está grave lá precisando de um cuidado... Corre o risco de estar parando também no mesmo momento... Uma vez, a gente estava atendendo um... Estava entubando... E quando assustou o outro já estava parando aqui do lado.[...] Então, olha esse espaço físico... Deixa a gente mais assim: agoniada, né? [...] (Iaé).

Dejours (1999), ao analisar como a injustiça social tem sido banalizada na sociedade contemporânea, considera que no interior das organizações existe um espaço público que pode ser discutido. Um espaço de convivência, cujos debates em seu interior, logicamente, não pode se restringir aos problemas técnicos, científicos ou relacionados às atividades produtivas. Além da eficácia técnica, também a convivência humana, o viver comum e as regras de sociabilidade, favorecem um mundo social do trabalho e protege a realização do ego, o que colabora para uma subjetividade saudável de seus membros. Este espaço público, na dimensão descrita, pode ser construído pelas(os) trabalhadoras(ores) de enfermagem e demais componentes da equipe de saúde, porém durante o período de estudo o mesmo não foi evidenciado, embora se mantenha como um desejo destes profissionais.

[...], mas você vê que não tem união! Não tem discussão!... É cada um por si e Deus por todos, né? Assim é que é. Então... Isso assim, eu fico agoniada.[...] (Iaé).

Os espaços de negociação observados no decorrer do estudo foram aqueles relacionados às pequenas brechas em relação à opressão da sobrecarga, aos ritmos, à organização, e à ordem estabelecida do trabalho. Essas brechas, contudo, se restringem aos acordos cotidianos e negociação de interesse imediato, seja nas situações concretas, ou na ordem simbólica. Podem ser caracterizados como arranjos feitos nos bastidores, portanto nem sempre possíveis suas constatações. Pela forma como se expressaram, fazem parte do processo de anomia presente neste contexto.

Essa forma de negociação foi denominada por Deslandes (2002) como “esquemas e morcegem” e ocorre como acordo entre os pares do cotidiano do contexto de trabalho em emergência que estabelecem entre si formas diferentes de divisão do trabalho.

Não se constituem em espaços coletivos de negociação, pois são, vias de regra, espaços estabelecidos individualmente com ganhos também individuais. Tais acordos podem atuar contra os interesses coletivos dos trabalhadores de enfermagem, pois algumas vezes, inviabilizam alguns propósitos estabelecidos coletivamente, como o de não se ausentar das atividades específicas de enfermagem para chamar a(o) médica(o) no repouso, uma vez que esta(e) profissional tem horários definidos para o sua permanência no próprio setor.

[...] Agora a maioria dos casos é urgência. Né? Mesmo assim eu tenho que deixar, às vezes, um paciente que eu estou atendendo para ir lá chamar o médico, no repouso, sendo que ele cumpre uma carga horária bem diferenciada da nossa, bem menos. E nós tentamos acabar com isso aí, mas não conseguimos. Não conseguimos porque tem aqueles funcionários, que eles fazem mesmo. Sabe? Se todos resolvessem não fazer, eles iam ter que tomar uma decisão. Não chamá-los. Mas sempre tem aqueles funcionários que chamam mesmo. **Eles querem ser amigos do médico, ganhar mais cartaz com ele, sabe?** É aquele tipo de favorzinho barato! [...] (Yamí:).

Dessa forma, os espaços de negociação coletiva dos trabalhadores de enfermagem se mostraram presentes no plano da idealização, com raras e pontuais manifestações no plano concreto das atuações. Nesse sentido, a própria segmentação dos trabalhadores, evidenciada nas formações heterogêneas da profissão pode estar atuando como um dos fatores que dificultam a realização dos objetivos conjuntos. Na enfermagem a existência de três segmentos distintos: enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem, cada um com critérios diferentes para admissão, promoção e níveis salariais, dificultam as negociações coletivas.

A constituição de espaços coletivos internos permite a discussão de muitos problemas que afetam a vida da coletividade institucional. A efetivação destes espaços como práticas do exercício do poder favorece a conquista de maior efetividade e participação nos jogos de poderes do contexto de trabalho e diminuição da dominação presente nas relações autoritárias de trabalho.

A pertinência da construção desses espaços como espaço/tempo de ação conjunta e também do cuidado de si, pode favorecer a reflexão individual e coletiva sobre as ações necessárias à capacitação para uma atuação ética e política. A política é aqui entendida no sentido de negociar novas formas de ação, que proporcionem o prazer no trabalho, uma atuação mais eficaz e humana, favorecendo a dignidade das pessoas envolvidas no contexto de trabalho (COSTA; RAMOS, 2004).

Uma discussão pertinente ao espaço coletivo do contexto de trabalho em enfermagem se relaciona ao conhecimento necessário aos trabalhadores sobre o papel do SUS, da ANVISA, do COREN e demais instâncias reguladoras do sistema de atendimento à saúde. Problematicar as leis, as instâncias e os recursos existentes para suporte às ações de cidadania. Para que servem estas instâncias se não favorecerem os nossos direitos de trabalhadores e de usuários do SUS?

4.3.2 O corpo como Espaço de Manifestação das Doenças e de Materialização das Práticas em Saúde

No serviço de emergência e urgência clínica, os espaços destinados aos doentes se organizam em forma de cabines ou Boxes e de fato, o aspecto se assemelha a caixas dispostas lado a lado, com uma abertura no centro por onde são “depositados” os doentes em poltronas reclináveis, cadeiras ou em macas. Na falta destas, os corpos se ajeitam no próprio chão, ou seja, no fundo da caixa.

Em geral, cada doente tem um acompanhante e este, muitas vezes, fica em pé ao lado do doente, e quando o cansaço supera suas forças, se recosta junto ao seu acompanhado, ou se deita no chão. O setor de urgência e emergência, não possui espaço específico para a instalação dos pertences das(os) usuários, existindo apenas um ou dois criados, freqüentemente requisitados pelas(os) trabalhadoras(es) de enfermagem para as bandejas de medicações. No caso de doentes vindos de cidades do interior ou de outros Estados, suas sacolas ficam ao seu lado nas macas ou no chão.

Uma das determinações da ANVISA é que deve existir uma área específica para esta finalidade (BRASIL, 2002). A não existência desta área colabora para a restrição dos espaços destinados aos usuários e demonstram o desrespeito as normatizações reguladoras da qualidade dos serviços de saúde. Essa anomia se torna ainda mais complexa quando consideramos que freqüentemente usuários que já receberam o atendimento imediato permanecem no setor, excedendo às 24 horas normatizadas como tempo necessário ao seu encaminhamento para continuidade do tratamento em outros âmbitos do sistema de saúde (BRASIL, 2004a).

Os doentes são encaminhados aos boxes de acordo com a gravidade da doença e com sua situação de emergência. Deste modo, um dos boxes é destinado aos portadores de agravos à saúde que precisam de atendimento urgente, ou seja, situações de sofrimento sem risco iminente de morte. Neste, os doentes são acomodados em um banco de madeira, no qual às

vezes, ficam até quinze doentes sentados recebendo medicação. Nesta situação, o espaço entre eles é mínimo, com um corpo tocando a superfície do outro.

23:30 horas. No box dois estão dez pessoas entre doentes e acompanhantes. quatro pessoas estão deitadas nas macas, dois estão sentadas nas cadeiras – três mulheres e três homens enfermos. Um acompanhante de pé se escora na maca, um outro forrou o chão e se sentou escorado na parede, outra cochila na cadeira, e o seguinte se posiciona de pé ao lado do seu enfermo. A luz fraca... O cheiro forte de vários odores desagradáveis... A tosse ao lado não passa... Os gritos de uma moça com comprometimento neurológico em uma maca no fundo do corredor... Esse é o ambiente de reabilitação para estes pobres enfermos. No corredor estão três macas, sendo duas delas do tipo prancha, ou seja, uma maca baixa com altura de apenas uns dez centímetros, onde estão deitados: um senhor de meia idade vindo de uma aldeia indígena e um senhor idoso da própria cidade. Na maca alta se encontra a moça com problemas neurológicos que a intervalos regulares solta gritos e gemidos ouvidos em todas as salas, como uma sinfonia dolorosa e angustiante para todos. [Notas de campo – Junho/2003].

A violência institucional se manifesta pelo desrespeito à concessão de um espaço pessoal ao qual todo ser humano tem direito. O espaço pessoal pode ser entendido como uma área de proteção humana. Como uma zona emocional de dimensão variável que confere ao corpo uma sensação de intimidade e privacidade. A adequada demarcação desse espaço protetor deve considerar fatores culturais, psicológicos e de gênero. Assim, há necessidade de demarcações de espaços masculino e feminino distintos, do local específico para o atendimento das violências domésticas, sexuais e outras formas que comprometem a sanidade mental das(s) usuárias(os) atendidas(os) e espaços para idosos e pessoas indígenas como grupos portadores de uma cultura singular e cuja demanda é freqüentemente solicitada.

A idéia que fundamenta a noção de espaço pessoal supõe a existência de uma área de demarcação invisível que envolve o corpo. Tudo aquilo que tentar ultrapassar essa demarcação implicará numa reação de defesa da pessoa. Isto quer dizer que uma das funções do espaço pessoal é a defesa individual e outra é a regulação da intimidade e proteção daquilo considerado como inviolável pela pessoa (FISCHER, 1994, p. 87-8).

Ao destinar espaços tão restritos aos doentes, a Instituição de saúde não considera a natureza psicossocial da relação do doente com aquilo que o cerca, invadindo sua intimidade num momento em que a pessoa se encontra mais desprotegida e incapaz de reagir na luta pelos seus direitos. A distribuição de espaços físicos ou simbólicos nos hospitais não se dá de forma neutra e a racionalização dos espaços atribuídos aos corpos doentes demonstra a baixa importância institucional atribuída aos seres humanos hospitalizados. Aqui, é nítida a compreensão de que “o espaço é organizado para receber a doença e não a pessoa doente,

sendo esta vista apenas como **um substrato no qual a doença se instala**” (BELLATO, 2001, p. 67, grifos da autora).

Ao contrário dos espaços reservados às(aos) usuárias(os), aqueles destinados ao controle da doença são amplos não apenas fisicamente, mas também virtual e simbolicamente. A percepção de que a doença e o aparato tecnológico para o seu controle são mais importantes do que o doente se insinua sorrateiramente na mente e nos sentimentos das(os) trabalhadoras(es) instalando-se como uma crença, que ao mesmo tempo confunde e consola contribuindo para que não se dêem conta de que devem lutar para conquistar espaços mais amplos, para si mesmos, para a realização do cuidado e para a pessoa doente, mesmo sofrendo pela limitação imposta na insuficiência dos espaços, como descrito a seguir.

[...] Então **a estrutura física ali é uma das piores**, porque o Pronto Socorro... Ele não descuida da questão medicamentosa. [...] Você vê medicação de alto custo, não tem limites! O preço que for cobre... Mas **o problema ali é o espaço físico mesmo!** [...] (Yamí).

[...] por ser **um lugar deficiente em tipo de condições de trabalho**, mas bastante rico em materiais para você desenvolver determinadas práticas. **Porque ali tem de tudo.** [...] (Nungara).

O tudo destacado no relato anterior é aquele referente ao suporte tecnológico e medicamentoso necessário ao diagnóstico e ao tratamento médico. Como se para o sucesso de um tratamento bastassem as medicações de alto custo e as tecnologias sofisticadas e caras. A postura em destaque parece não ocorrer apenas no contexto de trabalho deste estudo, pois Deslandes (2002), também a evidenciou junto a trabalhadores em um estudo sobre violência de dois hospitais no Estado do Rio de Janeiro.

A fascinação exercida no imaginário da(o) trabalhador(a) pela alta tecnologia de saúde atual é tamanha, que os leva a não refletir sobre a igual necessidade dos recursos básicos indispensáveis à sua ação. Assim, embora se sentindo desconfortável por não conseguir realizar suas atividades e atender de forma humanizada o doente assistido, parece não relacionar sua sensação de impotência à falta de equipamentos e instrumentos básicos de trabalho que reduz sua atuação, conforme evidenciado na seguinte descrição:

[...] O que mais prejudica a gente é que você quer fazer!... Você sabe fazer!... Tem que ser feito e você não tem como executar!... [...] (Yami).

Seligmann-Silva (1994, p. 151), ressalta que além das necessidades humanas básicas ou fisiológicas manifestadas durante as atividades usuais de trabalho que variam conforme as condições ambientais e as especificidades das tarefas, há também as necessidades do corpo em íntima relação com as necessidades psicológicas e afetivas: “[...] **a necessidade de sentir**

que existe uma consideração, um respeito pelas exigências do corpo [...]” (grifos da autora). A desconsideração às necessidades básicas constitui um intenso ataque a dignidade.

No presente estudo este ataque à dignidade foi evidenciado pelas inadequadas condições de trabalho atingindo profundamente a subjetividade dos trabalhadores de enfermagem, pois é este o grupo de profissionais que permanece junto ao doente nas 24 horas. Assim, também é o mais exigido em termos de responsabilidade pela qualidade assistencial oferecida a população e pelas carências do sistema de saúde. O seu corpo é agredido triplamente: pela pressão do tempo e da gravidade dos usuários, pelo cerceamento de uma realização profissional eficiente condizente com sua formação profissional e pelas agressões e impactos ao seu corpo devido a falta de condições seguras de trabalho. As seguintes manifestações não deixam dúvida quanto ao sofrimento e ao ataque a dignidade destes profissionais, se caracterizando como situações flagrantes de violência estrutural que atinge igualmente trabalhadores e usuários.

[...] Então eu achei assim... **Ali é um Vietnã mesmo!** A minha experiência lá foi esta a impressão que deu [...] (Abaeté).

[...] Ali na reanimação faltam também é... Equipamentos... Falta!... Falta tudo!... Então, é ruim, sabe? [...] (Iaé).

[...] Então, eu falei: olha, já que vocês vão reequipar as UTIs lá, manda pra gente os oxímetros! Monitor cardíaco, tá? Porque no meu setor, você põe o paciente lá... Quando vê o paciente já tá até preto, que já morreu faz tempo! Precisa de um oxímetro ali, o paciente na oximetria fica mais fácil, pra própria enfermagem, não é? [...] Esse pessoal fala que a reanimação nossa lá é uma pré-UTI. Que pré-UTI? Você olha assim, não tem nada! Você olha assim, não tem um monitor, não tem nada! [...] (Aracy:).

Além dos constrangimentos a que estão expostos os trabalhadores e usuários, por si sós denunciadores da falta de respeito aos direitos humanos e profissionais, questionamos também o poder de polícia das instâncias reguladoras sobre os estabelecimentos de saúde que não cumprem as determinações e normatizações existentes. Sabemos que há situações em que os mesmos podem ser impedidos legalmente de exercer a prestação do serviço de saúde por descumprimentos das normas técnicas. Quais são as exigências e as recomendações da Vigilância Sanitária em relação ao local de trabalho investigado? Entendemos que este e outros questionamentos levantados no decorrer desta pesquisa constituem temas para futuras investigações. Ressaltamos ainda, que investigar as formas de avaliações feitas pelas instâncias reguladoras aos serviços de saúde, além de representar um avanço ao conhecimento dos modos operatórios de órgãos que são financiados com recursos públicos, constitui também um exercício efetivo de cidadania.

Um dos parâmetros técnicos estabelecidos pela ANVISA é de que os serviços de urgência devem ter uma sala de higienização com dimensionamento de 8.0m² (BRASIL, 2002), mas o serviço em questão não a possui, sendo necessário o uso do chuveiro que se situa juntamente ao vaso sanitário, levando a constrangimentos como o relato descrito a seguir:

[...] Eu acho assim uma coisa fora... Você levar o paciente no banheiro... Aí você vai passando com esse paciente no meio do povo!... [...]. Pega o paciente sujo, às vezes ele está urinado, aí você apanha ele... Sai passando no meio do povo. Aí o banheiro? O banheiro está ocupado! Aí você deixa o paciente lá na porta do banheiro... Às vezes, o paciente também não está muito bem da cabeça, né? Aí você enfia o paciente lá e dá o banho... Aí... Lá vem você com o paciente... Ah... Pára!!! Sossega!!! [...] (Aracy).

Tomar o corpo do doente apenas como um espaço para a atuação profissional leva à desconsideração de outras dimensões da vida das pessoas. Assim, no planejamento organizacional, até aspectos técnicos de saúde como a questão da proximidade dos corpos e sua relação com a transmissão de doenças infecto-contagiosas não são consideradas.

[...] E às vezes a gente coloca paciente com distúrbios psiquiátricos ali junto. Eles evacuam... Eles urinam... Tudo ali junto dos outros pacientes. Que são coisas assim que você não consegue controlar. [...] (Yamí).

No serviço de emergência e urgência, embora o corpo seja o espaço de atuação dos profissionais da equipe de saúde, este é um corpo despersonalizado. A pressa de atuar impera sobre as condutas dos profissionais e as práticas são realizadas em um corpo, mas os movimentos empregados pelos profissionais se fazem de forma a economizar tempo para a dedicação a outros corpos que esperam na fila.

16:45 horas – todas as salas estão lotadas de doentes e eu não consigo encontrar palavras para descrever o que eu vejo: muitas pessoas em pequenos espaços, todos com fisionomias desoladas – uns dormem, outros olham indiferentes, outros reclamam dor... – um médico se aproxima de um doente que lhe pede remédio para aliviar sua dor e o médico lhe diz que ele está viciado no remédio para dor. Assim que o médico se retira o doente diz desalentadamente: “olha, essa dele... **quem não vicia se alivia a dor?**” E fica sem resposta, pois quem ouve a sua queixa, são outros doentes e acompanhantes [Notas de observação – Agosto/2003].

A dor é sentida, mas a dose excessiva da medicação pode prejudicar o corpo, interferindo em sua integridade. O doente continua com a sua dor, pois não há tempo para as devidas orientações sobre os prejuízos de uma dosagem excessiva, investigação se os motivos da intensificação da dor se deve à angústia, ao medo, à ansiedade, ou para outras alternativas de alívio da dor.

Bellato (2001), nos traz a imagem da “doença como passaporte”, destacando sua primazia sobre a pessoa doente que passa a ser coisificada e destituída de sua integralidade sendo consideradas tão somente as necessidades demandadas pela doença. Neste sentido outras dimensões de sua vida não são consideradas, razões pela qual, cuidados simples e rotineiros não recebem a devida importância. O corpo passa a ser visto como partes passíveis de tratamento e é somente neste sentido que recebe a atenção dos profissionais da equipe de saúde. O corpo não sendo considerado como dimensão do próprio ser com valores, crenças e sentimentos é cuidado como um objeto qualquer, até mesmo esquecendo-se que em nossa cultura ele é interpretado em função de seus aspectos públicos e aspectos íntimos.

08:15 – Observo uma auxiliar de enfermagem fazendo um banho em uma senhora. Ela colocou o biombo em frente da maca, mas como não existe espaço entre uma maca e a outra, apenas aqueles pacientes que estão nas cadeiras e macas em frente não visualizam as partes nuas do corpo e, quem passar pelo corredor pode ver a nudez do tórax da mulher. 08:40 – No box dois uma senhora deitada com os pés voltados para a porta recebe o banho. O biombo está colocando na frente da maca mais à cabeceira, pois é neste lado que está a maioria das pessoas internadas, do corredor em frente eu posso ver toda a região glútea perineal da senhora atendida. [Notas de campo – Outubro/2003].

O biombo foi instalado, mas não protegeu a nudez possibilitando a dedução de que as(os) profissionais se acostumam com a precariedade das condições de trabalho. Sendo o salvamento da vida biológica a principal filosofia, a atenção destes é mais direcionada a esse fim. Assim, após a entubação de um paciente, há uma “certa” despreocupação em relação a ele. É como se já tivessem cumprido com as suas obrigações. Além disso, têm como limites para sua atenção aos doentes entubados os novos usuários pressionando-as(os) para um rápido atendimento.

O serviço de emergência e urgência - talvez mais do que outras áreas do trabalho em saúde - segue o pensamento racional compreendendo as alterações de saúde como decorrentes de alterações anátomofisiológicas, não considerando outros aspectos que fazem parte do corpo doente, como suas crenças, sua condição sócio-econômica, seus desejos, suas partes íntimas. Adota-se, manipular o corpo, mensurar seu funcionamento para controlar suas funções e corrigir os problemas que possam dificultar ou impedir a sua recuperação. Assim, o corpo do doente é “vestido ou desnudo, mobilizado, massageado, oxigenado, com orifícios lubrificados: corpo sujeito às regras aceitas de poder e do saber pela maioria sem contestação e, muitas vezes, vítimas de desmandos” (POLAK, 1997, p. 74).

08:00 horas – As consultas médicas, com a porta aberta possibilita ouvir as queixas dos usuários e até ‘espionar’ o exame. Todos parecem considerar

normal o atendimento dessa forma, mesmo não oferecendo a menor privacidade ao doente examinado. [Notas de campo – Março/2003].

19:45 horas. No corredor uma auxiliar de enfermagem troca a roupa de um doente idoso. Suas nádegas estão expostas às pessoas que passam. Imagino-me nesta situação e me sinto constrangida, envergonhada e agredida moralmente. [Notas de campo – Junho/2003].

Adotando de modo exclusivo o modelo clínico de saúde sob condições de trabalho inadequadas, as(os) trabalhadoras(es) terminam por achar natural que alguém seja trocado à vista de outras pessoas com exposição praticamente total do corpo, pois esta atividade **tem que ser realizada** para o ritual de recuperação do corpo biológico. É como se a exposição das partes íntimas do corpo não constituísse uma violência diante de um imperativo maior: o da higiene que o protege das bactérias, dá conforto físico, enfim, evita a propagação da enfermidade e de outras doenças.

Ao adotar a postura de ver no ser humano sob os seus cuidados apenas suas partes doentes reduzindo-o a simples objeto patológico, as(os) trabalhadoras(es) da equipe de saúde acabam violentando-o. Apoiando-se em Maffesoli, Bellato (2001), caracteriza essa forma de atendimento como violência “doce” ou violência dos bons sentimentos que protege por um lado, mas submete por outro o ser protegido. A destinação de espaços tão restritos ao doente facilita a dominação que deveria ser direcionada apenas à sua doença e não se voltar contra a própria pessoa doente.

Considerando o corpo adoecido como espaço de atuação profissional e reduzindo a pessoa doente a um corpo com danos biológicos, o espaço físico e o conforto destinado ao doente não assumem relevância no planejamento institucional. As instalações físicas precárias fazem parte das simbologias do valor social da pessoa doente. Não tendo esta um valor simbólico significativo na ótica vigente das organizações de saúde, uma vez que este valor se relaciona às doenças, então os espaços físicos destinados ao corpo doente também não assumem uma maior consideração destas organizações. Porém, a pessoa por estar doente e fragilizada deve ser recebida em local que atenda as suas necessidades, pois nesta situação algumas delas não conseguem sequer avaliar as condições precárias a que estão expostas pela dependência total dos profissionais e familiares.

[...] Teve uma época aí que numa manhã no setor estava uma loucura: paciente pelo chão, quatro pacientes na reanimação, dois ali... Um paciente precisando de respirador... (Batarra).

Mesmo que algumas pessoas pareçam resignadas ao desconforto imposto, a intolerância a ele se manifesta no seu desgaste físico, sua expressão de temor e nos meios

alternativos que, individualmente, ou por meio de seus acompanhantes buscam para superá-lo. Assim, as improvisações de travesseiros, de um amortecimento da maca ou da poltrona com cobertores solicitados aos auxiliares de enfermagem ou trazidos de casa, nos lençóis pessoais daqueles que tem melhor condição financeira, ou na solicitação de maior agilidade nas transferências para os hospitais, se manifestam a todo instante.

Foi também presenciada a manifestação de solidariedade das pessoas de um mesmo Box. Outras vezes, foi observada situação antagônica quando, por exemplo, acompanhantes buscavam junto aos auxiliares formas de minimizar o desconforto pedindo uma maca para deitar o seu familiar, ou quando os doentes ocupavam um espaço provisoriamente vazio, mesmo que fosse só por instantes até o mesmo ser requerido para outros doentes mais graves. Houve algumas ocasiões também, em que um acompanhante desesperado por ver a situação altamente desconfortável de seu parente procurava negociar uma maca com outro doente deitado, que em sua opinião estava menos grave do que o seu familiar.

20:40 hs. O maqueiro busca uma prancha (maca baixa) forrando-a delicadamente com um lençol para instalar um doente que está ocupando a sua maca de transporte onde um grupo de alunos está realizando um procedimento de sondagem vesical. Um senhor de meia idade e com andar meio cambaleante se aproxima da “prancha” avaliando-a quanto ao seu conforto. Constata sua dureza, pois o lençol está diretamente sobre o metal. Mesmo assim decide-se deitar e nela. Sua acompanhante justifica as orientações médicas de aguardar uma hora após a medicação para certificar-se de que se sentia bem, antes de voltar para sua casa. O maqueiro olha a cena com resignação: "Ah! Vai ser só uma hora mesmo! - tomara que neste tempo não apareça ninguém precisando ser transportado na outra maca" [Notas de campo – Junho/2003].

A individualidade do doente é dificilmente percebida, pois as demarcações de seu território e até de seu espaço é pouco visível: os espaços físicos são restritos, os equipamentos e materiais necessários ao seu atendimento são semelhantes. Assim, mesmo as demarcações dos espaços com referência na doença ficam comprometidas pela similaridade dos suportes usados em sua terapêutica e pela grande quantidade de pessoas nos boxes. Em geral é o acompanhante que ajuda na demarcação desta individualidade, pois fica ao seu lado, intercede em seu favor e participa junto com ele das mesmas condições insalubres do espaço terapêutico.

23:30 Eu vou até a sala de medicação e vejo senhora deitada em uma maca baixa (prancha). A maca que já é estreita para uma pessoa está acomodando duas: ela e seu acompanhante. Ela está em decúbito lateral direito com as pernas fletidas e ele encaixou a cabeça junto às nádegas dela ficando com as pernas para fora da maca em contato direto com o chão. Ambos dormem apesar de toda a movimentação, barulho e luz acesa na sala. Eu fico imaginando o cansaço destas duas pessoas, para conseguirem dormir em

condições tão adversas e tão desconfortáveis. [Notas de campo – Junho/2003].

A permanência dos profissionais de saúde ao redor do doente se faz de modo descontínuo, pois embora tenham o corpo do doente como espaço de sua atuação, esta só é possível de modo pontual. Numa parada cardiorespiratória toda a equipe de saúde se aproxima daquele corpo, mas ao terminar os procedimentos de ressuscitação o corpo é deixado sozinho ou sob a responsabilidade de seu familiar ou acompanhante. Os cuidados rotineiros também se dão de modo pontual: para administrar uma medicação prescrita, para puncionar uma veia e instalar um soro e mais raramente para levar o doente ao banho, ao vaso sanitário, uma vez que essas funções, na maioria das vezes, estão delegadas ao acompanhante. Nas situações em que há a ausência deste, o auxiliar/técnico de enfermagem se aproxima do doente a pedido. Foi rara a observação de profissionais junto ao doente mantendo uma relação de diálogo, pois além das prioridades serem definidas com base nas prescrições médicas, a carga de trabalho, mesmo restrita ao desenvolvimento de tais prescrições, é maior que a capacidade de atendimento das(os) profissionais da enfermagem.

Essa falta de conforto físico aos doentes não passa despercebida as(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem, constituindo em mais uma sobrecarga de trabalho e estresse para elas(eles). Mesmo não conseguindo dar o conforto relacional, de presença e de contato humano mais próximo, os trabalhadores estão sempre procurando improvisar algum tipo de conforto físico para o doente, mesmo que seja o mais elementar possível, conforme pode ser acompanhado no relato a seguir.

22:30 horas – A principal preocupação de uma auxiliar de enfermagem de plantão: arranjar uma maca para instalar um rapaz em estado grave que se deitou no chão. Ela diz: "É preciso achar o maqueiro e pedir para ele procurar em outros setores do hospital para ver se acha uma maca para aquele rapaz. Ele precisa de um lugar para se deitar, não pode ficar assim, deitado no chão, ainda mais porque ele está anemiado e com baixa resistência orgânica!" Alguns minutos depois outra auxiliar pede ao maqueiro para arranjar pelo menos uma prancha (maca baixa). Após alguns instantes o maqueiro volta trazendo a prancha para instalar o doente, mas como a prancha não tem colchão ela solicita cobertores na lavanderia para improvisar como colchão, oferecendo o mínimo de conforto para minimizar o sofrimento ao doente. "Imagine se fosse a gente?!... ou se fosse alguém da gente!..." Em seguida diz: "agora está um pouco melhor, pelos menos não está com a face colada diretamente no chão" [Notas de campo – Junho/2003].

Com o convívio diário e ouvindo as falas das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem pode-se observar que faz parte de seu imaginário a identificação delas(es) com os usuários do Sistema Público de Saúde, tanto por suas semelhanças quanto pela classe social, como pela

sua identificação de desamparo em relação à necessidade de atendimento a sua saúde. Isto porque ele sabe que ao ficar doente só poderá contar com o mesmo tipo de assistência que é oferecida na instituição. Além disso, é possível que a prestação do cuidado de enfermagem seja realizado ao sofredor à semelhança de Cristo, ou seja, o cuidado é prestado para o atendimento da situação de degradação vivida “[...] uma aparente tentativa de compensação de uma falha, de uma injustiça, da situação de pobreza e de doença vivenciadas” (LUNARDI, 2004, p. 27).

[...] E outra coisa, se esse paciente que tá aí e que tá fazendo coisa errada nele, ele não é meu irmão, mas eu tenho certeza de que ele é irmão de alguém, que ele é filho de alguém, que ele é pai de alguém... [...] Então, pelo amor de Deus, trata como se fosse o seu irmão! Não precisa ser evangélico pra chamar de irmão. Trata como se fosse o seu irmão. Só faz... Só cuida bem, pelo menos.[...] (Aram).

O relato descrito traz a imagem do espelho: o doente reflete a própria imagem das(o) trabalhadoras(es) de enfermagem: desprotegidos e necessitados do serviço público de saúde. Ao tentar minimizar o sofrimento do doente, elas(eles) demonstram que, lançando mão de mecanismos de defesa psicológicos para suportar o sofrimento vivenciado, lutam para não se tornarem insensíveis ao mesmo. No entanto, com o passar do tempo começam a classificar os sofrimentos hierarquizando-os. Assim, aos pequenos sofrimentos não se dá mais tanta importância. Ao mesmo tempo, pode ser observada a continuidade de preceitos cristãos influenciando a atuação profissional, ou seja, “[...] a atenção dedicada aos enfermos e aos pobres é reconhecida como a missão suprema do cristão que opta por servir a Deus, servindo ao ‘sofredor’ numa aparente garantia de salvação eterna. [...]” (LUNARDI, 2004, p. 27).

Este imaginário de identificação das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem com o próprio doente é reforçado pela instituição, como forma de estimulá-los, ou pressioná-los a oferecerem um atendimento de maior qualidade ao doente, como se para tal realização bastasse a boa vontade dos trabalhadores.

[...] Conversei com eles. Falei: tem que primeiro puncionar e fazer assim, assim e assim. Em um segundo você salva a vida de um paciente. Num segundo você perde... **Lembra sempre uma coisa: nós somos pobres!...Hoje eu estou no plantão, não sei quem eu vou receber, pode ser a vida de qualquer uma aqui.** Então, sabe, tem que estar pronta. [...] Eu me lembro uma vez que elas ficavam assim, tão desesperadas que eu cobrava tanto delas... Que o paciente morreu... Aí não tinha fluxômetro... Nada funcionava... O paciente morreu... Mas tudo bem, o paciente ia morrer... Aí eu as chamei e conversei. Falei: olha, vocês estão vendo? Da próxima vez, pra vocês pisarem no meu pé... Derramar sangue no meu pé... e ninguém conseguir fazer nada! É sinal que vocês... Rasguem o diploma de vocês, que vocês não são profissionais. Vocês só fizeram o curso pra ter um salário. Mas não pra ser profissional. Isso eu cobro! (Batarra, grifos da depoente).

O relato descrito evidencia o processamento de culpabilização pela precariedade das condições de trabalho submetidos as(aos) técnicas(os)/auxiliares de enfermagem e sua responsabilização pelas deficiências da assistência aos usuários. Evidencia também os mecanismos de disciplinarização utilizados para a normalização das(os) profissionais. Esse modo de formação continuada favorece a construção de subjetividades produtivas úteis economicamente, mas fracas politicamente, levando-as(os) a sentirem dificuldade para resistir e participar ativamente na luta por seus direitos. (LUNARDI, 1995; LUNARDI-FILHO, 2004). Além disso, o relato demonstra a momentânea identificação da profissional como uma pequena Deusa, que pelo conhecimento clínico prevê a possibilidade de recuperação, ou de morte do paciente o que a leva a se manifestar com uma certa indiferença em relação à morte deste.

Entendemos que a responsabilidade quanto às precariedades das condições de trabalho não depende somente da resistência e da participação na luta de poderes existentes no microespaço de trabalho. Há necessidade de capacitação para atuações como cidadãos portadores de direitos. Neste sentido, o estabelecimento de sinergias entre trabalhadores e usuários representa um dos mecanismos possíveis para a busca de estratégias de impactos que possam garantir os direitos ao trabalho e a saúde, constitucionalmente estabelecidos. A construção destas sinergias pode ser um dos primeiros passos para avançarmos em direção ao poder no sentido arendtiano, pois os poderes estabelecidos de instâncias como o Ministério Público, os Conselhos Profissionais e as Agências Reguladoras e Fiscalizadoras, são legitimados como tais, enquanto permanecer o consenso sobre os mesmos pela população.

De igual modo, atuando conjuntamente trabalhadores e usuários, há possibilidade de uma construção coletiva de estratégias com a finalidade de negociar, dialogar e buscar soluções para a melhora das condições de saúde. Atuação conjunta significa o estabelecimento de relações entre semelhantes, onde não há coação, imposição ou persuasão, mas um esforço coletivo pela capacitação e fortalecimento que propicie o respeito aos direitos legalmente constituídos e a conquista de novos direitos. Porém a questão básica continua inquietando e mortificando: como estabelecer estes mecanismos se a questão das necessidades básicas e da sobrevivência se sobrepõem?

O ambiente do serviço de emergência e urgência ao não propiciar a demarcação de um território específico para o doente leva-o a se sentir um estranho, mesmo quando permanece um tempo maior nesse contexto. Seu espaço, mesmo restrito, é dividido com outros doentes. O vaso sanitário e o chuveiro são coletivos para todos os usuários e acompanhantes, o que

obriga, muitas vezes, o doente a ter que conter seus impulsos esfínterianos quando o vaso sanitário está ocupado, ou em algumas situações incontinentes a urinar ou defecar nas próprias roupas ficando exposto ao constrangimento causado pelos odores exalados perante os outros que compartilham do espaço.

Às 07:30 hs o corredor do setor está impregnado de odor fecaloide, urina e sangue. É extremamente desagradável inspirar o ar contido nos diversos aposentos. As auxiliares de enfermagem encaminham as pessoas para o banho. A funcionária da limpeza retira o lixo e faz a limpeza do posto de enfermagem. Cada trabalhadora se movimenta sem aparentemente se importar com o odor desagradável. Terão se acostumado a esse odor como uma característica do trabalho que desempenham? Ou apenas sabem que faz parte dos "ossos do ofício"? [Notas de campo – Abril/2003].

Como a organização do espaço terapêutico se faz com base no atendimento à doença em suas manifestações físicas agudas, essa finalidade se sobrepõe a qualquer outra que o doente possa ter. Mesmo que a lógica dos fenômenos patológicos agudos seja de caráter imprevisível, ainda assim, foi observado que os horários e as rotinas de cunho médico são seguidos pelas(os) trabalhadoras(es) como prioridade.

07:00 horas – As trabalhadoras(es) de enfermagem após receberem o plantão se organizam para a realização de suas atividades. Uma técnica de enfermagem organiza todos os prontuários e atenta para a anexação dos resultados dos exames aos mesmos. Momento mais tarde chega um médico e pergunta pelos prontuários dos doentes de suas especialidade. A técnica de enfermagem entrega os prontuários em suas mãos. Em seguida ela se queixa que alguns deles se não encontrar o prontuário e os exames ao alcance das mãos pode até ir embora sem avaliar os doentes.[Notas de campo – Agosto/2003]

Ao observar os doentes no espaço de emergência e urgência clínica, foi possível visualizar as rupturas que esse espaço impõe ao seu cotidiano, desencadeando aquilo caracterizado por Sant'Anna (2001), como “sentimento de falta de existência”, pois além da separação dos familiares, amigos, trabalho, vivenciam também de forma intensa a condição de paciente: destituído do direito ao próprio corpo que, a todo instante é invadido, manipulado, fragmentado em múltiplas partes, vasculhado, exposto, mensurado e avaliado cientificamente. Um corpo dividido e, com suas intimidades expostas dia e noite, de acordo com a necessidade ou com a vontade das(os) trabalhadoras(es) da saúde.

À semelhança do doente, também as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem têm seus corpos marcados pela fragmentação das atividades exercidas, na manipulação de vários corpos, com os quais convive, observa e sente junto vários tipos de sofrimentos. Assim, o corpo das(os) trabalhadoras(es), também sofre o impacto do trabalho em emergência e urgência.

4.3.3 O Corpo das(os) Trabalhadoras(es) como Espaço de Disciplinarização e Controle da Instituição

O horror à morte e ao adoecer leva as pessoas de hoje a se agarrar ao saber e à técnica como meios de apoio para esse enfrentamento. Como forma de administração desses incômodos encontra-se o hospital – instituição ou organização encarregada de oferecer suporte por meio de um processo de trabalho no qual o saber e a técnica se incumbem de tornar mais leve o impacto das doenças e da morte (PITTA, 2003).

À medida que a morte passou a fazer parte epistemológica da experiência médica a doença apareceu como tendo vida própria no corpo dos indivíduos. Estabeleceu-se a ambivalência entre a eleição da busca da vida e o temor da morte na constituição de um campo de atuação adotado como ofício por algumas pessoas. A partir do momento em que a relação saúde-doença-morte foi cientificamente pensada, a morte passou a ser uma figura possível de análise em dois níveis, isto é, “a morte como ponto de vista absoluto sobre a vida e a abertura (em todos os sentidos da palavra, até o mais técnico) para a sua verdade” (PITTA, 2003, p. 33).

No hospital o exercício do poder e da técnica fica a cargo das(os) trabalhadoras(es) da saúde dos quais são exigidos os cumprimentos de funções específicas. Para o exercício de suas funções as(os) trabalhadoras(es) assinam um contrato com a instituição hospitalar, no qual vende a sua força de trabalho contraindo o dever de exercer uma função profissional e o direito de receber um salário.

Ao assinar seus contratos de trabalho eles também “assumem o mandato social de cuidar dos vivos e dos mortos de modo exclusivo e silencioso”. O hospital, por seu lado, ao assumir-se como espaço de abrigo para pessoas doentes se recuperarem ou morrerem assume, igualmente, a administração do sofrimento e do trágico vivido pelo doente e igualmente a administração sobre a força de trabalho dos seus contratados (PITTA 2003, p. 28).

O corpo dos trabalhadores a partir da assinatura dos contratos de trabalho se constitui como um espaço de disciplinarização e controle da instituição e no espaço de inscrição dos acontecimentos ocorridos durante o trabalho hospitalar.

A instituição possui em sua organização administrativa duas modalidades distintas de contratos de trabalho: 1) *o contrato de regime estatutário*, para trabalhadoras(es) admitidas(os) por concursos públicos, com direitos trabalhistas definidos; 2) *os contratos temporários*, firmados após uma seleção curricular, sem direitos trabalhistas claramente definidos e com cargas horárias e grau de exigências maiores.

As(Os) *trabalhadoras(es) voluntárias(os)*, são admitidos por um acordo, onde a instituição oferece o espaço para o aperfeiçoamento da prática e um certificado do tempo de experiência ao voluntário em troca de sua força de trabalho não remunerada. Neste caso, o grau de exigência é menor em relação à quantidade de horas de trabalho, mas elas(es) são “estimuladas(os)” a não faltar e a não se recusar exercer qualquer tipo de serviço. Essa forma de trabalho tem se evidenciado de forma acentuada na realidade brasileira atual, mas não será aqui analisada, uma vez que exige maior aprofundamento teórico.

A partir da assinatura do contrato de trabalho o corpo de cada trabalhador individualmente e o corpo de enfermagem coletivamente, passa a compor o corpo do trabalho em saúde seguindo as normas e regras instituídas pelo hospital. O contrato de trabalho, portanto, é o primeiro acontecimento que se inscreve sobre o corpo das(os) trabalhadoras(es). Esse, da forma como ocorre, se caracteriza como discriminatório, pois define para as mesmas funções critérios diferenciados, ou seja, jornada de trabalho, grau de exigências e salários distintos.

As(s) trabalhadoras(es) estatutárias(os) têm uma jornada de trabalho mensal de 120 horas, e as(os) prestadoras(es) necessitam cumprir uma jornada mensal de 180 horas ou 156 horas. Dessa forma, enquanto as(os) trabalhadoras(es) estatutárias(os) do diurno são escaladas(os) em 6 horas diárias de trabalho com direito a duas folgas semanais, as(os) temporárias(os) devem realizar, além das seis horas, um plantão de 12 horas nos finais de semana. As(os) trabalhadoras(es) noturnos realizam um plantão de 12 a cada 60 horas, mas as(os) prestadoras(es) precisam complementar esta carga horária realizando mais três plantões seguidos de 12 horas por mês.

[...] E a questão da carga horária também. A do prestador é muito mais do que a nossa! [...] na verdade eu acho assim, mesmo eles sendo prestadores, só que o serviço é igual. O trabalho é igual. Então, deveria ser: um salário igual, né? E a jornada de trabalho também igual, né? Porque é a mesma assim... Eles trabalham iguais! Aliás, eles trabalham até mais que a gente! Trabalham mais e o mesmo serviço... As funções são as mesmas. Só que a carga horária deles é bem maior... Bem mais pesada né? [...] (Japira).

Essa discriminação autorizada pelos tipos de contratos existentes foi destacada nos relatos das entrevistas como uma violência sobre a vida das(os) trabalhadoras(es). A percepção existente é de violência em duplo sentido: *como causa*, por impor maior desgaste ao seu corpo biológico e por se sentirem discriminados e menos valorizados e, *como gênese*, no sentido de participar como um importante componente na formação/produção ou no encadeamento da violência dentro do contexto de trabalho.

[...], por exemplo: como nós prestadores de serviço é... Trabalhamos um pouquinho a mais do que os estatutários né? Nós fazemos 156 horas. Fazemos 13 plantões por mês, né? De 12 horas. E os estatutários são 10 plantões, né? Dependendo da turma, né? Então... Aquela negatividade porque temos a mesma função e... Fazemos o mesmo serviço e trabalhamos um pouquinho a mais (36 horas/mês) para ganhar o mesmo salário. [...] (Toriba).

Mesmo considerando que as(os) prestadoras(es) de serviço ao assinar o seu contrato de trabalho concordam com a jornada, com suas funções e com o seu espaço de trabalho, essa diferenciação nas modalidades de contratos de trabalho constitui uma forma de violência estrutural, pois são estabelecidas numa relação de assimetria. A não aceitação dos termos do contrato pode significar perda do posto de trabalho. Assim, já estão submetidos à violência na forma de discriminação desde o momento em que aceitam assinar os contratos de trabalho.

[...] Então, foi assim, quando eles foram contratados já seriam... Já com esta colocação. (de que seriam submissos às ordens) **Eles iriam atuar dentro do serviço de emergência e urgência.** Então, alí no pronto atendimento tem... [...] ali são só prestadores, não têm estatutários. [...] (Iaé).

Contratos de trabalho com exigências e garantias diferenciadas trazem algumas implicações nefastas para a vida das(os) trabalhadoras(es). Em primeiro lugar, os contratos de trabalho diferenciados facilitam que as múltiplas técnicas disciplinares tenham efetividade, pois são mecanismos utilizados de forma que levam as(os) trabalhadores temporários a obedecer sem questionamentos às decisões administrativas impostas, tornando-os submissos à vontade dos administradores. Além disso, se constituem também em justificativa para a taxaço dos trabalhadores estatutários como faltosos, descompromissados e emperradores do bom desempenho institucional. Cria-se, portanto, no imaginário do corpo institucional um argumento à discriminação, se caracterizando como um mecanismo segregatório, o que desestimula a criação de contratos de trabalho de caráter estável como narrado a seguir:

[...] os prestadores... Eles não faltam, trabalham bem... Como eu estava dizendo: aquele setor de emergência clínica só anda porque tem prestadores de serviço... Que tipo assim: claro que tem estatutários bons de serviço e tudo mais, mas assim, a maior parte do serviço de enfermagem é feita por prestadores de serviço. [...] (Naurú).

Uma segunda implicação prejudicial dessa precária forma de contratação é que induz à competição as(os) trabalhadoras(es) de uma mesma categoria profissional. Prestadores e estatutários vão se posicionar de forma divergente caso haja algum movimento de reivindicação. Nesse momento, mais uma vez é reforçada a idéia de separação daqueles que deveriam agir em conjunto como pares, numa estratégia de poder. Desse modo, essa forma

contratual gera o enfraquecimento de tentativas reivindicatórias favoráveis aos trabalhadores de enfermagem no contexto institucional.

As(os) trabalhadoras(es) sentem isso, mas não conseguem definir o que motiva essa desunião da classe. Nesse sentido, acabam por atribuir à própria classe essa incapacidade de se unir e formar consenso a respeito daquilo que consideram ser o melhor para sua atividade laboral e sua vida como trabalhador.

[...] Teve vários antigos agora que optaram por seguir a carga horária de 12X36. Ou seja, 180 horas [...] As escalas estavam no mural pra seguir, só que nunca foram seguidas, todas as vezes que tentaram nunca seguiram... Nesta última vez agora, seguiram! Eles seguiram a escala. Quer dizer: eles estão ficando cada vez mais pressionados, com mais medo... E... Se eles conseguirem, se a força maior conseguir dividir os funcionários, eles fazem as mudanças que eles quiserem ali dentro. [...] (Yamí).

Uma terceira implicação dos contratos temporários se relaciona à banalização da imposição dessa forma contratual. Começa a se naturalizar na representação dos trabalhadores esta forma precária de trabalho e cada um começa a pensar que tem que garantir a si mesmo e a se isolar dos pares. Individualiza o sofrimento e dificulta compartilhar as dificuldades. Nessa situação, pouco a pouco vai acabando o sentimento de pertencimento a um coletivo profissional que possibilitaria a busca conjunta de reconhecimento e valorização.

Por essas implicações descritas, o estabelecimento dos contratos de trabalho temporários tem se constituído como uma das formas principais de violências evidenciadas no contexto de trabalho estudado. As(os) trabalhadoras(es) a sentem como mais intensa do que as outras formas de violências consideradas por eles como rotineiras, ou seja, inerente ao próprio trabalho e, portanto, sem grande importância.

Ao não dar a devida importância às violências rotineiras, vão, ao mesmo tempo, se tornando menos sensíveis a elas se acostumando com situações de riscos para sua saúde e para a saúde das pessoas sob os seus cuidados e com isso intensificando as situações de omissão e submissão. A narrativa a seguir evidencia como se processa sobre a mente das(os) trabalhadoras(es) o impacto da “Lei” do contrato precário de trabalho.

[...] Essa Leizinha... Sei lá... Então, é tipo assim: aquela coisa das pessoas chegarem agredindo a gente... Das pessoas chegarem sabe?... Pisando?... Aquilo já se tornou tão basal!... Que a gente vive ali só... A gente já ta levando aquilo dali... a gente já ta carregando esse impacto que é pesado faz anos... Então, isso da agressão do paciente, da agressão do acompanhante... Isso daí é basal, já se tornou rotineiro... [...] (Aram).

No contexto de trabalho, foi observado que a questão do contrato temporário de trabalho traz como maior problema, a fixação do poder das instâncias administrativas sobre os

trabalhadores, se caracterizando como um estado de dominação. Nessa situação, torna-se difícil o estabelecimento de táticas para que todos os atores sociais possam participar do jogo de poder ali existente.

Há necessidade, portanto, de reflexão e capacitação sobre formas de resistência que favoreça a movimentação dos jogos de poderes propiciando as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem uma atuação que contemple as suas necessidades humanas, no que se refere, principalmente, à sobrevivência, à política, à liberdade e ao trabalho, conforme definido por Galtung (1981), uma vez que a não satisfação dessas necessidades básicas tem como efeito a violação de direitos básicos e o comprometimento do exercício da cidadania.

Como movimentos de resistência do corpo de enfermagem foram observadas algumas tentativas pontuais de não se deixar submeter totalmente às imposições institucionais por considerá-las nefastas às(aos) trabalhadores. Nesse sentido, a coordenação de enfermagem tem procurado autorizar uma jornada de trabalho mais amena para os prestadores de serviço escalando-os no sistema de plantões 12X60, mas colocando três plantões de 12 horas seguidas. Essa resistência, contudo, tem se dado de forma suave e se caracterizado muito mais como uma forma maternal de proteção do que propriamente uma resistência firme e que imponha respeito e consideração às(aos) trabalhadoras(es) de enfermagem. As pessoas componentes de enfermagem podem aprender a se posicionar como participantes no jogo de poder dos diversos atores pertencentes aos diferentes segmentos profissionais do contexto institucional.

Outro acontecimento que se inscreve sobre o corpo dos trabalhadores de enfermagem diz respeito às *estratégias de desestabilização psicológica dos trabalhadores estatutários*. Nesse sentido, dois aspectos se destacaram: a tentativa de aumentar a jornada de trabalho e a substituição de uma gratificação existente anteriormente, por outra de menor valor monetário. Essas estratégias se traduzem, na prática cotidiana, em redução de salários e tem como uma de suas conseqüências o enfraquecimento do poder de luta das(os) trabalhadoras(es).

[...] Então eles fizeram... Que os enfermeiros do dia... Eles perderam a gratificação. O salário reduziu bastante, né? Porque o que ajudava era a GRI. Essa GRI eles faziam dois plantões mensais e recebiam por estes plantões. Então com a perda da GRI, é... Eles também deixaram de fazer os plantões. [...] Agora retornou... – Agora não é mais GRI – retornou uma gratificação lá que eu não sei nem que nome que é, só que é um valor bem irrisório, né?. [...] desta vez eles conseguiram dividir os funcionários! Que antes todos os funcionários - A gora não, eles conseguiram dividir. Eles conseguiram dividir... Com essa mudança da carga horária...[...] é...Servidores já antigos do pronto socorro mesmo ficaram divididos que uma parte cumpria a carga horária determinada e outra parte confiava no sindicato e não cumpria. Então, eu acho que isso ai perde muito a força, de luta. (Yamí).

O caráter violento dessas manobras não chega a ser percebido por muitos trabalhadores que se sentem parte da organização, considerando-a como sua segunda família. Porém, outros trabalhadores mais esclarecidos, o reconhecem traduzindo esse tipo de violência como humilhação no duplo sentido: pela retirada de um direito conquistado e por subestimar a sua capacidade de compreensão de que aumento da jornada de trabalho se caracteriza como um ato violento. Nessa situação a(o) trabalhadora(or) também se sente violentado, por não ter a quem recorrer, uma vez que o próprio sindicato acena politicamente para essa possibilidade de ação da Instituição. A expressão da angústia sofrida pela trabalhadora manifesta a revolta sentida.

[...] Eles queriam aumentar a carga horária, de todo mundo independente... Mas legalmente eles não podem fazer isso. Então... O sindicato, todo mundo entrou em ação, tá.? Mas tem algumas pessoas que no estatuto ou no seu próprio contrato não têm a carga horária definida. [...] Então, cada instituição faz aquela carga horária que bem entender. E para alguns concursos aqui, tinha a carga horária, 120 horas. Esses não vão poder mudar. E os outros todos vão mudar. É horrível... Eu me sinto assim: totalmente desprezada... Humilhada... Ter que... Fazer essa carga horária. Porque trabalhar aqui no pronto socorro 12X36 horas não é um trabalhinho... É duro... Imagine o pessoal do Pronto Atendimento [...] Então, isso é assim muito humilhante... Muito assim desestimulante!... Não só pra nós enfermeiros, mas para os auxiliares todos... É tirar um direito conquistado né? É muito ruim isto. [...] (Abaetê)

Os baixos salários, como um dos componentes da precarização do mercado de trabalho é também um acontecimento que se inscreve sobre o corpo dos trabalhadores do contexto estudado. Eles têm como principal implicação na vida de quem trabalha, induzir a atenção exclusivamente para a própria sobrevivência, desviando, desse modo, a preocupação das pessoas a outros aspectos importantes de suas vidas, como sua participação social e política nas questões relacionadas ao cotidiano da sociedade em que vive, como pode ser evidenciado na narrativa a seguir.

[...] eu pego emprestado dos vizinhos... eu pego vale transporte pra vir trabalhar aqui. [...] Você pega o dinheiro hoje, trinta dias... Daqui a dez dias você já não tem aquele dinheiro não. Então a gente fica pedindo... Eu peço pra minha mãe... Eu peço para o vizinho... Peço para o meu cunhado... Pra trabalhar, porque quando eu estou lá na minha casa... Eu lembro daqui e isso me dá alegria. Dá prazer de vir aqui pra atender a estas pessoas. Ajudar a estas pessoas. Porque o dinheiro você sabe que não é. Tá entendendo? [...] (Etê).

Quando o salário recebido não é suficiente para a manutenção da vida de forma digna, a primeira providência tomada, em geral, é buscar um segundo e até um terceiro emprego. Esse fato foi evidenciado nos relatos das(os) trabalhadoras(es) entrevistadas(os), principalmente, das(os) enfermeiras(os), para os quais o mercado ainda não se mostra

saturado. Murofuse, (2004), com base em dados fornecidos pelo Ministério da Saúde mostra que dentre o pessoal de saúde, apenas a profissão de enfermeiro não foi afetada pela estagnação ou diminuição do mercado de trabalho no período compreendido entre 1986 e 1997. Mesmo assim, as(os) enfermeiras(os) não têm conseguido aproveitar essa oportunidade para atuar conjuntamente na luta por melhores salários e condições de trabalho, pois o seu tempo é todo consumido no trabalho em dois ou três empregos.

[...] alguns enfermeiros foram à sala falar com a coordenadora. As reclamações coincidiam nas falas de todos quanto às condições de trabalho, e o baixo salário. Das(os) quatro enfermeiras(os) que estiveram na sala, três delas(eles) tinham triplo emprego. Pela manhã, por exemplo, trabalham em um pronto socorro, à tarde em uma escola de técnicos de enfermagem e à noite em outro Hospital [Notas de campo – Abril/2003].

Neste tempo comprimido entre vários vínculos de trabalho não há espaço para a troca de idéias e para o planejamento de negociações políticas com a finalidade de melhorar as condições de empregos e salários. O preenchimento da maior parte do tempo da vida pelo trabalho despoja o trabalhador da oportunidade de viver a vida de forma mais ampla, levando-o ao círculo vicioso de viver para trabalhar, idealizando que quanto mais se esforçar no trabalho, maior serão as suas possibilidades de usufruir uma vida mais confortável e mais cômoda. Além do que aumenta o seu tempo de exposição a um ambiente insalubre conseqüentemente levando a uma maior probabilidade de doenças relacionadas ao trabalho.

Bulhões¹⁶ (1994 apud Morufuse, 2004, p. 91), afirma que mesmo considerando a existência de outros fatores na determinação do processo saúde-doença, além daqueles relacionados ao processo produtivo hospitalar, é inegável a realidade dos patógenos no ambiente das instituições de saúde e a maior vulnerabilidade dos trabalhadores de enfermagem a esta exposição, pelas próprias características do trabalho de enfermagem.

Um dos aspectos que mais afetam os trabalhadores de enfermagem causando danos em várias dimensões de sua vida e, portanto, se caracterizando como violência, diz respeito à *precarização das condições objetivas de trabalho*. Essa precarização se relaciona, principalmente, a três dimensões vinculadas imediata e diretamente à realização das atividades de enfermagem propriamente ditas: 1) dimensionamento insuficiente de recursos humanos para a demanda de usuários do Sistema de Saúde; 2) dimensionamento insuficiente de materiais, equipamentos e instrumentos tecnológicos básicos; 3) a organização do processo de trabalho em enfermagem.

¹⁶ BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Rio de Janeiro: Folha Carioca, 1994. 221p.

O dimensionamento insuficiente do pessoal de enfermagem no serviço de emergência e urgência foi um dos aspectos mais ressaltados nos relatos das(os) trabalhadoras e facilmente observado no local de trabalho. Como principal reflexo disso, pode ser evidenciada a pouca valorização desses trabalhadores pelos usuários, pois ao realizar as atividades de forma precária o que se sobressai é exatamente aquilo que eles não conseguem realizar, ou seja, a sua ausência ou uma atuação de baixa qualidade. Estabelece, então na representação dos usuários a imagem dos trabalhadores de enfermagem como pouco eficientes, ausentes, grosseiros e indiferentes.

Gaidzinski (1991), remete a inadequação numérica e qualitativa do pessoal de enfermagem à lesão aos direitos da clientela, a qual deve ser garantida uma assistência livre de riscos e, conseqüentemente, ao comprometimento legal da instituição pelas falhas ocorridas na assistência.

Ao não oferecer quantidade suficiente de trabalhadores habilitados a desempenhar as funções inerentes à enfermagem, a estrutura organizacional violenta os seus trabalhadores, pois inviabiliza uma atuação de conformidade com sua formação profissional que possibilitaria uma assistência de qualidade e lhe garantiria maior o prazer de realizar seu trabalho em forma segura, criativa e relacional.

[...] A assistência deixa muito a desejar. É muito imediatista, você faz assim... Mas fica muita coisa sem fazer... Muita coisa assim... É difícil até mesmo para os auxiliares de enfermagem [...] Considerando que é uma média de três a quatro médicos para 5 auxiliares e que no horário de descanso ficam três, né? A sobrecarga é muito grande para os trabalhadores de enfermagem [...] (Naurú).

A quantidade de cinco auxiliares de enfermagem para três ou quatro médicos na prática de urgência e emergência clínica não é suficiente para a realização efetiva e com qualidade das atividades de enfermagem. Basta pensar que todas as atividades de atendimento imediato em relação à terapêutica, cuidados e procedimentos exigem um tempo maior dos trabalhadores de enfermagem, pois todas as suas ações são executivas e não se limitam ao atendimento imediato ao doente. Assim, para um dimensionamento de pessoal de enfermagem condizente com as necessidades de atendimento dos usuários torna-se necessário um criterioso cálculo numérico com base em diferentes variáveis, tais como: reconhecimento da situação, características da instituição e do serviço de enfermagem, características da clientela atendida e a quantidade de tempo necessário à realização das diferentes atividades de acordo com o grau de complexidade das mesmas (GAIDZINSKI, 1991; BRASIL, 2004b).

Só quem permanece no setor por um tempo de média a longa duração, é que pode ter noção da sobrecarga imposta aos trabalhadores de enfermagem. Essa sobrecarga não se limita aos técnicos e auxiliares, mas se estende também aos enfermeiros que, muitas vezes, além de cumprir a sua função, colabora com o trabalho dos demais membros de seu grupo de trabalho. Essa sobrecarga é expressa da seguinte maneira:

[...] Olha, lá no Pronto Atendimento, eu acho assim... Pesado!!! O esforço... Lá, na verdade deveria ter dois enfermeiros escalados. É muito puxado! Muito! Muito pesado. Quem faz todos os dias 6 horas, são 6 horas hipercansativas mesmo!!! Sabe? Ainda tem o final de semana, né? Que é feito 12 horas. Então, eu acho que a carga horária é muita puxada lá naquele setor! [...] muito puxado mesmo! Pelo fluxo de pessoas, né? E pela exigência do setor também [...] muita gente! Pacientes, acompanhantes... Outros profissionais... né? [...] é muito puxado mesmo! [...] (Japira).

O dimensionamento insuficiente do pessoal de enfermagem para a realização de suas atribuições, nem sempre aparece de forma explícita nos discursos. Como foi ampliado o quadro de trabalhadores de enfermagem no setor de emergência e urgência clínica na gestão atual, as(os) trabalhadoras(es) parecem achar descomedido continuar solicitando mais trabalhadores. Além disso, como o espaço físico destinado a eles é restrito, cria-se a ilusão de que já existem muitos trabalhadores naquele setor. Assim, torna-se mais evidente o dimensionamento insuficiente pela observação direta do contexto de trabalho conforme a descrição a seguir.

20:30 - Todas as salas estão lotadas, dois pacientes na sala de reanimação e outro entubado em um dos consultórios médicos. Um médico pede para alguém ajudá-lo na sala de reanimação. Um auxiliar prepara as medicações necessárias aos doentes internados e em observação no setor. Uma auxiliar de enfermagem faz administração de injeções aos doentes que já fizeram a consulta médica. A enfermeira plantonista presta assistência na sala de reanimação. Em outra sala uma senhora reclama por não ter onde se deitar, pois está há mais de 24 horas sentada em uma poltrona desconfortável (ela é portadora de câncer desenvolvendo quadro de obstrução intestinal), outra doente reclama de dor de cabeça intensa que não cede com a medicação. No consultório médico em frente, um doente entubado na mesa de exame (por não ter outro local para atendê-lo) se agita e desconecta o equipo do abocath e começa a sair sangue sendo necessário trocar todo o sistema de hidratação venosa. Ao mesmo tempo na sala de reanimação um paciente está sendo entubado enquanto ao lado o outro paciente entubado anteriormente, morre. O corpo fica aguardando acalmar um pouco para que alguém possa prepará-lo para descer para o necrotério. [Notas de campo – Maio/2003].

Conforme pode ser evidenciado pela nota de campo descrita, vários acontecimentos trágicos ocorrem a um só tempo no espaço de trabalho, exigindo um espaço de trabalho adequado aos atendimentos e a presença de um grupo de trabalhadores habilitados e em quantidade suficiente para atender à emergência e urgência clínica. Além das situações

caracterizadas como emergência propriamente dita, os doentes que já foram atendidos necessitam da presença dos profissionais de enfermagem para a manutenção da vida através da observação da evolução de seu quadro clínico, da administração de medicamentos e da realização de inúmeros procedimentos como aspiração de secreção das vias aéreas e proteção biológica, a exemplo do caso de agitação neurológica devido a complicações ou reações ao tratamento. Tudo isso em um espaço físico e com suporte de equipamentos e instrumentos insuficientes para a quantidade de atendimentos.

07:20 - Eu ouço um barulho ensurdecedor no corredor. Observo dois auxiliares de enfermagem arrastando uma maca com uma doente entubada para a sala de reanimação e logo em seguida arrastam de volta com um usuário que trocaram de lugar. Como estas macas não tem rodas o barulho é intenso. Vou até a sala de reanimação e vejo duas auxiliares cuidando da doente entubada que foi levada para lá: fazem banho no leito, aspiração do tubo oro traqueal e outros cuidados.[Notas de campo – Julho/200]

A sobrecarga de trabalho obriga intensificação do ritmo do trabalho por parte das(os) auxiliares e técnicas(os) de enfermagem com a finalidade de conseguir atender, ao menos minimamente, à demanda. Esse atendimento mínimo, demorado e insuficiente gera nos usuários muita insatisfação e, em geral, desencadeia neles algum tipo de reação violenta, na maioria das vezes direcionada aos trabalhadores de enfermagem que estão mais próximos e mais acessível a eles.

Esses dados são confirmados por Deslandes (2002), em um estudo realizado em hospitais de emergência, onde também foram observadas: sobrecarga mental, psíquica e física a que estão submetidos estes profissionais e as jornadas de trabalho extenuantes, afetando, inclusive a adequada reposição de energias, necessárias à manutenção física da força de trabalho.

Como essas(es) trabalhadoras(es) têm como principal função evitar a morte atendendo prontamente àquelas situações em que esse risco é iminente, elas(es) sempre priorizam o atendimento daqueles pacientes nos quais reconhecem esse perigo. Para o doente e o seu familiar, a avaliação do atendimento é outra, pois o seu problema não sendo resolvido, o seu direito não está sendo respeitado. Assim, muitas vezes, o doente e o seu familiar reagem violentamente em relação àquele trabalhador que consideram não está lhe atendendo de forma digna, mesmo que seja aquele que, em outra situação, o priorizou em detrimento de outro que se achava “menos grave”. Observe o relato a seguir:

[...] que nem aquela mulher que deu um tapa na minha cara, né? Eu sei que ela ali... Quando ela chegou não tava bem... Sentindo dor, né? Sentindo assim: expectativa de melhora nenhuma. [...] eu apoiei o corpo dela, né? Ela passou pelo médico e foi medicada e instalada da melhor forma possível...

[...] Mas como o setor estava cheio naquele dia... [...] eu falei para ela, que atrás dela tinha uma pessoa que estava ruim. Eu falei: vou atender essa pessoa que agora está pior do que a senhora primeiro, daqui a pouco eu atendo a senhora. Acho que ela não aceitou isso, né? [...] Mas aqui é assim: se você não tiver paciência, não tiver amor e não tiver compreensão, aqui não trabalha, ou trabalha e maltrata [...] (Etê:).

Situações semelhantes foram destacadas pelo estudo de Deslandes, (2002), evidenciando que “o ritmo frenético” imposto pelo trabalho de emergência afeta os trabalhadores em todas as dimensões de sua vida profissional e privada. Os constantes confrontos com a clientela, motivados pela precariedade do sistema de saúde, aumentam, ainda mais, as tensões nesse contexto de trabalho e contribui para o sentimento de baixa valorização destes profissionais.

Na visão foucaultiana, a instituição hospitalar é, dentre outros, espaço onde as técnicas disciplinares são usadas para efeitos de administração e controle, como mais uma forma de poder que se associa a outros poderes ali existentes. Isto quer dizer, que a disciplina investe sobre outras formas de poder do contexto organizacional ou faz delas suas colônias enlaçando-os, ampliando o seu alcance e estabelecendo sua eficácia e, principalmente, tornando possível a condução dos efeitos do poder até os locais mais distantes e às pessoas mais resistentes (DREYFUS; RABLOW, 1995).

No decorrer do estudo, foi possível constatar a existência de técnicas disciplinares na administração e controle dos trabalhadores reforçando o poder hierárquico e médico. De que forma funciona a disciplina neste contexto? Conforme a fundamentação de Foucault (1996), o corpo é visto nos processos disciplinares, como um objeto passível de análise e separação de suas partes constituintes. As técnicas disciplinares objetivam forjar um corpo obediente, passível de ser utilizado, transformado e aperfeiçoado.

Para o processamento da submissão do corpo, no modo de produção capitalista utiliza-se como estratégia disciplinar, em primeiro lugar, uma “escala de controle” sobre o corpo, como um trabalho particularizado e meticuloso exercendo sobre ele uma coerção sem descanso sobre suas atitudes, gestos, movimentos e rapidez. (FOUCAULT, 1996). Essa escala de controle, no contexto estudado se torna claro em relação ao corpo dos trabalhadores temporários. O controle sobre suas atitudes e gestos torna possível a efetividade do poder disciplinar por meio do contrato de trabalho que pode se desfazer a qualquer momento. Assim, os trabalhadores devem seguir as determinações administrativas: não faltar, não fazer reivindicações trabalhistas, “evitar” ao máximo adoecer e obedecer sem questionamentos às determinações hierárquicas.

[...] Agora nesta direção, também eles diferenciaram a carga horária dos setores de emergência, né? Os concursados... Eles fazem 120 horas e nós

fazemos 156. Por isso é que nós temos que fazer esses plantões...É repetidos, dobrados [...]. Cumprindo a carga horária de 156 horas. E... Assim... Eu acho assim... A gente é muito... Eles cobram, né? De um modo geral, assim... Igual, mas na verdade na prática não funciona, né? Os prestadores, eles cumprem direitinho as tarefas! A gente não falta, a gente chega na hora... Tudo certinho. Mas os concursados a gente vê que é uma minoria que cumpre direitinho o seu horário de chegar. Tem uns que abusam, entendeu? [...] eles dizem que usam critérios assim: dos que faltam, né? Pra mandar embora logo... Dos que têm problemas... [...] Esse ano mesmo eles mandaram muita gente embora. [...] A gente não sabe nem ao certo os critérios que eles usam... né, para dispensar a gente. O que nós sabemos é que eles dispensam assim... [...] (Potira).

O relato descrito evidencia a relação de força em relação a(aos) trabalhadoras(es) temporárias(os) como um aspecto violento da instituição sobre as(os) mesmas(os). O estudo de Seligmann-Silva, (1994), já chamava a atenção para as manobras de superexploração vinculada ao processo de desqualificação profissional utilizadas nas organizações de trabalho, por meio de exclusão do quadro de trabalho daqueles trabalhadores classificados como “nervosos”, “desviantes” ou que sofrem acidentes de trabalho.

A carga horária diferente violenta o trabalhador prestador que se sente explorado, impotente e acaba se submetendo às maiores exigências, mesmo sem as mínimas garantias de manutenção do seu emprego. Ao mesmo tempo em que exerce um controle disciplinar sobre os trabalhadores prestadores, exerce também uma função disciplinar e de desmobilização dos demais trabalhadores, porque, ao adotar exigências diversas entre trabalhadores com as mesmas funções instiga uma(um) contra o outro. Desse modo, cumpre a dupla função de controlar os gestos e atitudes e, ao mesmo tempo, de propiciar a rapidez dos movimentos no sentido de aumentar a produtividade.

Em segundo lugar, o corpo é tomado como “objeto de controle”: aqui o que importa é a “economia do corpo, a eficácia dos movimentos, sua organização interna; a coação se faz mais sobre as forças que sobre os sinais, a única cerimônia que realmente importa é a do exercício” (FOUCAULT, 1996, p. 126). No sentido de que o corpo deve produzir o máximo possível, ou seja, suas forças devem ser maximizadas.

No trabalho de enfermagem o corpo como objeto de controle pode ser visualizado na sobrecarga de trabalho – cada um precisa se esforçar para realizar o trabalho de dois ou mais trabalhadores – o que implica em intensificação do ritmo de trabalho e em não ter tempo para pensar em outra coisa a não ser na realização da tarefa. Também através da divisão parcelar do trabalho para aumentar sua produção.

[...] Que realmente o pronto atendimento ali **tem horas que te deixa meio louca ali de tanta coisa que tem que fazer sabe?** Mas se você não tem

equilíbrio pra quando a pessoa chega já desequilibrada ali... Xingando... [...] (Iaciara).

Em terceiro lugar, “a modalidade”: aqui o controle se faz sobre o modo de ser peculiar de cada indivíduo ou modo de existir de cada um. Implica um controle em forma de códigos sobre o tempo, o espaço e os movimentos (FOUCAULT, 1996). Na enfermagem a modalidade se evidencia através do modo de ser pelo conhecimento clínico e pelos princípios religiosos que a leva a atuar de forma direcionada prioritariamente para os problemas biológicos e a adotar uma postura de abnegação e devotamento ao doente, no sentido de se sentir responsável direta e individualmente por tudo o que o doente necessita ou sofre no contexto de trabalho.

[...] eu cuido do paciente como se fosse um amigo, uma amiga, ou como se fosse alguém da minha família!... é uma coisa muito... é algo muito além do paciente... Quando eu cuido do paciente ali, está sendo jogado ali... Está sendo inserido ali... Muito além de paciente para mim é algo muito próximo de Deus, é algo do meu coração. (Toriba).

As técnicas disciplinares caracterizadas na escala de controle, objeto de controle e modalidade de controle, no momento histórico atual visam não apenas ao aumento das habilidades do corpo, mas também torná-lo mais obediente e útil no sentido de sua utilização. Isto é, a aumentar as forças do corpo, possibilitando sua maior utilização econômica e diminuindo essas mesmas forças no sentido de torná-lo, cada vez mais, obediente e submisso (FOUCAULT, 1996). As técnicas disciplinares parecem utilizar como tática a quantidade insuficiente de trabalhadores para o atendimento da demanda de trabalho existente no setor.

O corpo é também tomado pela Instituição como objeto de controle, no sentido de que sua utilização atinja um determinado efeito econômico. Desta forma, os movimentos do corpo devem ser eficazes no sentido de que sua produção de trabalho seja a máxima possível. Assim, a carga de trabalho é elevada e o corpo deve ser exercitado de forma contínua para que consiga realizar o trabalho imposto.

[...] o próprio processo de trabalho... Como estas pessoas trabalham!... Nesta situação de três trabalhar a noite inteira!... É uma exploração muito grande! É uma violência! [...] (Naurú).

Desse modo, o corpo no contexto de trabalho estudado se constitui em objeto de disciplinarização e controle institucional, basicamente através de quatro táticas: a) a garantia do emprego com o salário necessário à sobrevivência de cada um; b) contratos de trabalho discriminatórios, ou seja, contratos de trabalhos paralelos onde um respeita as leis trabalhistas e o outro funciona de forma flexibilizada e desregulamentada; c) do monopólio do

conhecimento clínico sobre outras formas de conhecimento; d) realização parcelar do trabalho por meio de escalas de tarefas fragmentadas levando ao trabalho em série.

4.3.4 O Corpo dos Trabalhadores como Espaço de Inscrição dos Acontecimentos Hospitalares

Polak (1997), afirma que a cultura dá sentido ao corpo e ao vivido. A identidade é obtida na cultura que, processando com sua ação sobre o corpo e impondo suas normas e formas de recompensas ou castigo lhe imprime um modo singular de ser. Todavia, muitas regras e normas violentam o corpo, mas isso se processa de forma tão natural que as próprias pessoas não se dão conta. Por isso o corpo não deve ser analisado desvinculado da cultura, pois é ela que lhe dá os atributos em seus aspectos mais proeminentes. Essas regras e esses valores vão se naturalizando: na família, na religião, nas profissões e demais relações cotidianas.

Na cultura organizacional da saúde, foi se instituindo como uma de suas normas, a visão da pessoa doente como um ser passivo e também das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem como passivos e obedientes. Essa visão faz parte da disciplina e do controle presentes na política do detalhe conforme os estudos de Foucault (2002).

No contexto do trabalho de enfermagem essa política pode ser observada numa teia impositiva que se expressa nos comportamentos relacionados à frequência, assiduidade e à forma de desenvolvimento das ações, assim como as posturas mais adequadas para o relacionamento da equipe entre os próprios pares, com os demais trabalhadores da equipe de saúde, com o doente e os seus familiares (POLAK, 1997).

A cultura das organizações de saúde ao adotar o pressuposto cartesiano do corpo como uma máquina, acaba exigindo dele uma postura linear através de uma aparência sempre saudável, alegre e educada, - como máquinas programadas para o exercício do bom relacionamento e atendimento - mesmo não oferecendo as condições de trabalho favorecedoras dessa aparência. Além disso, o corpo se submete às regras do saber científico e tecnológico condicionando a obediência desse tipo de saber de forma preponderante. Nessa submissão, as(os) trabalhadoras(es) da enfermagem submetem os corpos das pessoas sob seus cuidados a tratamentos e procedimentos sem considerar a opinião delas.

Alguns acontecimentos refletem sobre o corpo de forma negativa ocasionando-lhe desprazer, tristeza, descontentamento e frustração e, portanto, danos à sua saúde. Outros, ao

contrário, atuam positivamente proporcionando prazer, alegria, contentamento e encantamento.

Para a psicopatologia do trabalho atualmente existem duas situações básicas de sofrimento na relação do indivíduo com o trabalho: o sofrimento dos desempregados e o sofrimento dos que ainda têm emprego. A incorporação de inovações tecnológicas nas organizações não atenuou o sofrimento no trabalho, apenas o modificou, dando-lhe novas roupagens. A um olhar menos ingênuo pode-se visualizar pessoas assumindo atividades arriscadas para a saúde, em condições semelhantes às aquelas existentes antigamente e, muitas vezes, agravadas por indefinições ou mesmo infrações às leis trabalhistas. Além desse sofrimento imposto externamente, verifica-se, igualmente, um sofrimento interno em cada trabalhador, seja pelo temor de não corresponder às exigências das organizações do trabalho, seja por medo de perder o seu posto de trabalho. Tais sofrimentos, além de afetar o corpo, afetam, de modo análogo a mente do trabalhador gerando neles apreensão e angústia (DEJOURS, 1999).

Ianni (1994, p. 8), adverte para o fato de que todos os países do mundo estão sendo atingidos pelo desemprego estrutural em consequência da “[...] automação, robotização e microeletrônica, bem como dos processos de flexibilização generalizada [...]”. Assim, surge um número cada vez mais elevado de desempregados sem possibilidade do retorno aos seus empregos. Esses aumentam a pobreza já acentuada, principalmente nos países em desenvolvimento e “[...] força o desempregado a trabalhar a qualquer preço [...]”. No âmbito mundial compondo a força de trabalho desempregada dos países em desenvolvimento “um exército de reserva” passível de ser mobilizado a qualquer momento, possibilita a exploração da força de trabalho.

Ao observarmos os trabalhadores temporários, pudemos verificar a existência desse fenômeno descrito por Ianni no contexto estudado, pois os trabalhadores aceitam trabalhar em condições adversas desde que consigam um posto de trabalho. Dessa forma, os baixos salários, as longas jornadas de trabalho intensificadas pelas horas extras, a aceleração do ritmo, dentre outros, são aspectos que geram sofrimento dos ainda incluídos e dos excluídos dos postos de trabalho.

Em Mato Grosso, embora essa realidade ainda não tenha atingido níveis tão críticos para a enfermagem, outros profissionais já a vivenciam. Assim, a preocupação com o desemprego afeta também essas(esses) trabalhadoras(es) que, muitas vezes têm seu marido ou sua esposa nessa condição, levando-as(os) a se submeterem aos constrangimentos impostos no seu local de trabalho para garantir o sustento familiar.

[...] E você vai lá no setor de emergência clínica, 100% dos profissionais que estão lá, dos auxiliares de enfermagem são prestadores de serviço. E eles se submetem a isso porque precisam! Precisam trabalhar, precisam ganhar dinheiro, precisam sustentar a família. Eles se submetem a isso, infelizmente. [...] (Naurú).

No contexto estudado foi verificado que dentre as(os) trabalhadoras(es) inseridas no mercado de trabalho, o sofrimento se manifesta com mais intensidade naquelas(es) que são temporárias(os). Nesta situação, o sofrimento tem como causa um tipo específico de violência: a submissão da pessoa às determinações e exigências da instituição pelos seus superiores hierárquicos. A(o) trabalhador(a) sabe que precisa se comportar conforme as normas, mesmo quando considera as suas exigências exageradas, ou injustas, pois poderá ser demitida(o) a qualquer momento. Assim, a pessoa, mesmo se sentindo injustiçada ou humilhada, é obrigada a se calar e se submeter, como um meio de preservar o seu emprego. O relato a seguir dá visibilidade a este tipo de violência.

[...] porque um contratado se faltar ele é cortado. Ele não é nem comunicado que vai ser mandado embora. Ele é simplesmente cortado. O chefe de serviço vai lá e simplesmente chama outra pessoa. Se ele começar a faltar. Então, coitado ele tá lá... de segunda a domingo, porque final de semana é o dia inteiro, ou sábado ou domingo é o dia inteiro. [...] (Abaetê).

Dejours (1996), afirma que nas relações estabelecidas entre o trabalhador e o seu trabalho o sofrimento é uma categoria sempre presente. Esse sofrimento pode advir da história individual de cada um e surgido no reencontro do sujeito com a situação do trabalho. Dessa forma, na luta contra o sofrimento algumas vezes o indivíduo elabora soluções originais que pode favorecer a sua saúde e, outras vezes, pode criar situações desfavoráveis a ela. Essas formas distintas de processar o sofrimento são denominadas, respectivamente, sofrimento criativo e sofrimento patogênico.

[...] porque a gente é... Tem vários tipos de sofrimento né? De agressão... até de administração tipo de... Diminuição de salário... Essas coisas assim... Deixam a gente totalmente desestimulada né? [...] E assim, cheguei naquele lugar que naquele momento estava super lotado de gente, pessoas muito graves lá, né?!... Faltando... Muita gente grave e eu lá... Me sentindo perdida! Falei: Agora, como é que eu vou poder organizar isso. Né? Me sentindo assim, tão atada, tão amarrada, né? Mas como assim, não tinha jeito, eu tinha que fazer alguma coisa, né? [...] eu fui tentando resolver. (Abaetê).

[...] Então eu me senti: primeiro – ridículo... Depois, desprezível e depois eu me senti um banana... E depois que eu me acordei, aí é que a consciência doeu mais ainda, porque: pô, eu vi tudo... Participei de tudo... e não fiz... Não consegui fazer patavina... **Eu me senti inútil! Inútil não, eu me senti amarrado! De não poder!...** De tá vendo o que tem que ser feito... e passa pra pessoa que tem de dar pelo menos a ordem... Se ela pelo menos falasse: vai lá e faz, do jeito que você quer fazer, você ia lá e fazia certinho. Mas aí:

ela não... Não pode!... Mas aí: a pessoa não deixou eu fazer! Nossa! Isso daí é r i d í c u l o! Horrível! [...](Aram).

Nesta visão, o sofrimento no trabalho faz uma articulação entre os dados da história singular e aqueles relacionados à situação atual do indivíduo frente ao seu trabalho, ou seja, o sofrimento é atravessado pela dimensão temporal. Possui desdobramentos que vão além do espaço da organização, empresa ou fábrica. Assim, amplia as responsabilidades das organizações de trabalho, pois adverte sobre as conseqüências sociais que podem advir do sofrimento gerado no trabalho e que ganham o espaço da sociedade. Então, as “poluições” psíquicas geradas nas empresas sinalizam para a necessidade de transformação das antigas concepções de administração, direção e gestão de pessoal (DEJOURS, 1996).

Esta perspectiva de análise não se respalda nas doenças como ponto de partida, mas nas estratégias psicológicas elaboradas mentalmente para o enfrentamento das situações do trabalho. O equilíbrio psíquico é realizado por meio de uma normalidade criada pelos trabalhadores, apesar dos constrangimentos a que estão expostos nas organizações. “A normalidade aparece então como equilíbrio precário (equilíbrio psíquico) entre constrangimentos do trabalho desestabilizantes, ou patogênicos, e defesas psíquicas” (DEJOURS, 1996, p. 154).

Este equilíbrio traduzido em normalidade surge como resultado de uma “regulação” feita por estratégias de defesas especiais elaboradas pelos próprios trabalhadores. O equilíbrio, a estabilidade, a normalidade, portanto, “[...] são o indício de uma luta contra a doença mental. A normalidade conquistada e conservada pela força é ao contrário inteiramente trespassada pelo sofrimento [...]”. O sofrimento se caracteriza, desse modo, como o espaço de luta entre o “bem-estar” e a loucura ou doença mental (DEJOURS, 1996, p. 153).

Nesta visão é possível mostrar como o equilíbrio psíquico e a saúde mental são afetados pelas pressões derivadas da organização do trabalho, entendendo estas como a divisão das tarefas e relacionadas ao interesse, ou não, pelo trabalho de uma parte e, de outra, a divisão das pessoas nos relacionamentos hierárquicos.

As estratégias de defesas psíquicas, portanto, se interpõem entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico. Essas estratégias podem ser estabelecidas individual ou coletivamente. As defesas individuais se relacionam à “repressão pulsional” presente principalmente, na organização científica do trabalho através das atividades repetitivas. Essas defesas presidem o surgimento das doenças orgânicas e não das doenças mentais em resposta às pressões da organização do trabalho. As conseqüências de sua utilização, portanto, se traduzem nos problemas físicos e evidencia que as pressões psíquicas do trabalho não se

limitam à saúde mental, mas afetam até a integridade física e, como exemplo, basta observar as lesões por esforços repetitivos e os fenômenos descritos como estresse (DEJOURS, 1996).

A violência das condições insatisfatórias de trabalho leva as(os) trabalhadoras(es) a se desviarem de suas atuações específicas para garantir a realização das atividades assistenciais. Assim, afeta a todos os componentes da equipe de saúde indistintamente, causando danos de diferentes naturezas. Desta forma, embora sugestionados pela fascinação exercida pelos equipamentos e instrumentos de trabalho destinados ao diagnóstico e tratamento das doenças, a dura realidade cotidiana mostra que também estes não estão disponíveis conforme a necessidade de suas utilizações. Desse modo, a violência das condições precárias de trabalho atravessou toda a trajetória deste estudo, freqüente e explicitamente, como pode ser observado no relato a seguir.

Outubro/2003 – **Emergência clínica** – Noite – às 03:00 hs fui comunicada pela médica que paciente Ataîru necessitava de respirador. Dr. Jabaquara foi acionado e veio até o hospital, ligou para outro pronto socorro e solicitou o respirador 920 EMPRESTADO porque nós não tínhamos respirador. A funcionária Lucarana às 03:40 hs foi até lá [...], trouxe o RESPIRADOR e comunicou ao Dr. Jabaquara, mas o respirador que mandaram estava arrebentado o sensor sendo que o Eng^o Kurumí estava presente trocou a caixa do 920 emprestado. Após toda essa manobra, Dr. Jabaquara ameaçou a CENTRAL E OS MEDICOS, porque não deram a vaga, sendo que a família já tinha acionado a Defensoria Pública. Às 04:30 o paciente foi encaminhado para outro pronto socorro e o respirador foi colocado em outro paciente que os funcionários estavam ambuzando. O RESPIRADOR 920 que ESTÁ no setor de emergência clínica é da UTI* do Hsopital citado acima.

Box Emergência/traumática:– clínica superagitada com 03 pacientes na reanimação, gravíssimos, e com vários atendimentos de emergência. Às 02:40 paciente Itaqui TRM** começou apresentar apnéia + hipotensão. Neste momento, Dr. Jabaquara apareceu e entubou o mesmo e o colocou no INTER que estava na UTI infantil. Às 04:40 hs fomos comunicados no setor de emergência clínica que o respirador tinha dado “PANE”, chamamos o Kurumí e este deu o conserto e Tinha Respirador Monterey, mas também deu pane, foi comunicado o Itapoan e este apareceu pela manhã para conserto

Às 05:30 hs fui chamada pelo Dr. Jabaquara na UTI reclamando que não tinha Dormonid 50 mg, sendo que na emergência clínica e no Box tinha, peguei todos na farmácia do Box e entreguei para o mesmo [...]

UTI infantil – Funcionários ok. Não ocorreu graves intercorrências mantendo as mesmas crianças.

Box Emergência: FALTARAM 03 FUNCIONÁRIOS. Clínica agitadíssima – Reanimação cm 04 pacientes todos em Ventilação. Mecânica. Paciente Itaum deu entrada às 16:34 hs gravíssimo. Dr. Jabaquara e médico da regulação já tinham mandando buscar no HOSPITAL ANHATOMIRIM, o Respirador MONTEREY que estava sem uso. A dra. Anhuri, mandou o

* Unidade de Tratamento Intensivo

**Traumatismo Raque Medular

*** Centro de Material Esterilizado + Centro Cirúrgico + Centro de Tratamento de Queimados

mesmo pelo auxiliar enfermagem Anhubana, mas sem as extensões do AR COMPRIMIDO E OXIGÊNIO, dizendo que aqui daria um modo, chegando o respirador SEM AS EXTENSÕES, RETIREI DO INTER 05 que está com defeito e coloquei no mesmo. FICAREM ATENTOS quando mandarem o mesmo de volta – veio sem as extensões.

Obs. Box apenas 01 funcionário, Clínica Médica sem intercorrências. Clínica Cirúrgica funcionários OK. Admitido 02 pacientes no 411, todos estáveis. CME + CC + CTQ*** – Supervisão sem maiores intercorrências (Fragmento de anotação do livro de ocorrências - grifos presentes na descrição original).

Esta realidade de prontos socorros brasileiros, já foi indicada em outro estudo semelhante no Estado do Rio de Janeiro (DESLANDES, 2002). A situação apresentada personifica um campo de batalha, onde uma quantidade insuficiente de soldados, provida com armas precárias e insuficientes, deve garantir a vida e o bem-estar das pessoas sob sua proteção.

A anomia institucional em relação às diretrizes e legislação de enfermagem é demonstrada explicitamente na situação anteriormente descrita, se destacando pela não disponibilização de no mínimo um profissional enfermeiro nas áreas críticas: Emergência (traumática e clínica), Unidade de Tratamento Intensivo e Centro de Tratamento de Queimados, demonstrando a não observância da Resolução nº 293/2004 do COFEN que estabelece a quantidade de pelo menos um enfermeiro para cada uma dessas unidades de atendimento.

Conforme informações colhidas junto ao COREn/MT, as fiscalizações das irregularidades relacionadas ao exercício da enfermagem ocorrem com base nas denúncias, sendo priorizadas as instituições nas quais as denúncias são mais graves. Estipula-se um prazo para a solução do problema identificado e só depois de decorrido este prazo faz novas fiscalizações.

Os acontecimentos do contexto de trabalho se inscrevem sobre o corpo dos trabalhadores de enfermagem e diversas formas. Dentre elas, o estudo de Murofuse (2004), destaca as variadas formas de adoecimentos decorrentes do trabalho de enfermagem no contexto hospitalar. Não foi objetivo de nosso estudo se ater especificamente as doenças decorrentes do trabalho hospitalar, mas ressaltamos a importância desta investigação neste contexto, pois suspeitamos que a dinâmica da precariedade das condições de trabalho pode estar diretamente relacionado as doenças que se inscrevem no corpo destes trabalhadores.

Nosso foco de análise relacionada à inscrição dos acontecimentos hospitalares sobre o corpo das(os) trabalhadoras(es), privilegiou os acontecimentos interacionais resultante do jogo de poder existente no contexto organizacional. Neste sentido dois aspectos se destacaram

de forma preponderante: as interações dos trabalhadores de enfermagem com os usuários, e aquelas estabelecidas entre trabalhadores de enfermagem e trabalhadores da medicina.

Em sua interação com o usuário do SUS as situações de violência ao corpo de cada trabalhador individualmente e ao corpo de enfermagem como um corpo social dentro do espaço hospitalar, ocorrem cotidianamente.

Nessa situação ocorre a violência clássica, conforme tipificada por Galtung, (1981), ou seja, há possibilidade de identificação de um autor que atua de forma violenta sobre o corpo/mente dos trabalhadores.

Na violência física, a força é usada intencionalmente de modo que pode causar a morte ou ferimentos. Quando a violência é sexual essa força física é utilizada para forçar a pessoa a um ato sexual indesejado. A violência pode ser também psicológica e neste caso, um abuso verbal ocorre com o “objetivo de controlar outros indivíduos através de degradação, humilhação e medo” (SULLIVAN, 1999, p. 259).

Esta violência tipificada como clássica foi evidenciada em duas formas: física e verbal (moral). São muitos os relatos nesse sentido, e durante o processo de observação participante no contexto de trabalho também foi possível presenciar esses acontecimentos.

10:40 uma auxiliar entra revoltada no posto de enfermagem e vai até a pia lavar a cabeça. Um paciente cuspiu em sua cabeça quando ela estava abaixada punctionado-lhe a veia. A acompanhante zangada reclamava que as trabalhadoras só ficam “machucando o pai punctionando-lhe as veias”. O senhor não aceitou a medicação, cuspiu-a fora, propositadamente, cuspiu na cabeça da auxiliar. Ela se sentiu mais ofendida ainda porque a filha do acompanhante lhe perguntou sorrindo se o pai lhe havia cuspido. [Notas de campo – Agosto/2003].

A violência clássica dos usuários aos trabalhadores, em geral, tem como origem a demora no atendimento, ou um atendimento apressado e de baixa qualidade. Algumas vezes tem como causa a postura assumida pelo profissional durante o atendimento. Uma resposta grosseira ou mal colocada pode originar uma reação violenta por parte de alguns usuários. Outras vezes a violência tem como gênese o próprio comportamento dos usuários. Pessoas violentas por natureza, não deixam de sê-lo quando estão doentes, em algumas situações podem até se tornar mais violentas. Felizmente, porém, esses não são os casos que se manifestam com maior frequência no cotidiano de trabalho. O relato a seguir mostra como é entendido pelos trabalhadores o comportamento violento de alguns doentes.

[...] Olha, ali... Assim... Violência... Ali já tem a violência do paciente, né? Dos pacientes com os funcionários, né? Eles acham assim: que às vezes você está fazendo pouco caso deles... Às vezes você não quer atender... Eles, né? É... Às vezes vai fazer uma medicação e eles são agressivos [...] (Iaé).

Sendo a violência clássica dos usuários originada na precariedade da assistência oferecida pelo SUS, às(aos) trabalhadoras(es) como representantes do Sistema Público de Saúde e estando mais acessíveis aos usuários, são punidas(os) com a ira dos doentes e seus acompanhantes. As(os) trabalhadoras(es), geralmente, conseguem compreender esta situação se manifestando desse modo:

[...] Que a pessoa, hoje em dia ela vê a enfermagem, como se diz, político, né? A cara daquela pessoa que dirige a instituição. Quer dizer, não somos pessoas que estamos ali por má vontade. Analisa-se as instituições e não as pessoas que estão ali trabalhando. Né? eles julgam as pessoas... Porque a instituição não tem um aparelho ou não tem uma condição mais confortável... O quê que eles fazem? Eles julgam as pessoas que estão ali trabalhando, julgam os profissionais. Então isso... Infelizmente é ainda uma falha do povo, né? Do público que é atendido aqui no Pronto Socorro. [...] (Toriba).

A violência clássica se manifesta na maioria das vezes como agressão verbal à qual as(os) trabalhadoras(es) reagem de diferentes maneiras. Em geral elas(es) tentam compreender a situação do doente e seus familiares, pois vivencia a precariedade das condições de atendimento e consente que os usuários tenham direitos a um atendimento de melhor qualidade. Além disso, considera o fato de que o doente está vivenciando um momento de dificuldades e sofrimentos juntamente com os seus familiares. Mas, ao mesmo tempo em que compreende, sofre profundamente, por constatar que todo o esforço pessoal realizado para oferecer o melhor possível ao doente, não é por ele reconhecido.

[...] Muitas vezes a gente sabe que é um problema ali que... A gente sabe que pode aguardar alguns minutos... Ou a gente está atendendo um paciente mais grave e... Nós nos vemos obrigados a atender aquele paciente por causa da ignorância de quem acompanha, do acompanhante..., ou até mesmo da insegurança que o médico passa né? Para quem está sendo atendido. Aí no desespero ai a família critica mesmo [...] (Toriba).

Quando a reação da(o) trabalhadora(or) é de compreender a situação vivenciada pelos usuários, ela(e) consegue manter a sua normalidade psíquica, “esquecendo” a ofensa recebida e atuando da forma como considera mais adequada àquela situação, não revidando a agressão sofrida. Esse comportamento é assumido com maior frequência no cotidiano de trabalho. Todavia, em algumas situações como: turno de trabalho tumultuado, falta de trabalhadores escalados, maior quantidade de doentes graves, pressão exercida por médicos agressivos, dentre outros fatores, podem levar as(os) trabalhadoras(es) a não conseguir manter sua “normalidade” e se desestabilizar psicologicamente, gerando um nova forma de violência em relação a(o) sua(seu) agressora(or).

Segundo o CIE (1999), os trabalhadores de enfermagem reagem a uma violência sofrida de distintos modos, pois depende das noções culturais, do tipo de personalidade, do entorno físico e das expectativas (culturais e profissionais) da sociedade. As reações imediatas a um episódio de violência podem variar de extremamente passivas a extremamente ativas como: aceitar, evitar, negar, defender-se verbal ou fisicamente, aconselhar, denunciar, ou processar.

O mecanismo de desestabilização psíquica que se segue a uma violência sofrida foi narrado por uma trabalhadora que, cotidianamente se mostrou tranqüila, amável e atenciosa para com os usuários atendidos na instituição. Ela própria, afirma não ter se reconhecido durante a experiência onde se sentiu agredida e reagiu à agressão de igual forma.

A perda da “normalidade” ou desestabilização psíquica deixa marcas profundas e duradouras na vida dessas(es) profissionais, pois a reação de forma contrária àquilo que considera correto, sensato e justo, acarreta nelas(es) uma sensação de culpa e de frustração. Em geral, após uma atuação contrária aos seus princípios, ela(ele) acaba se culpando individualmente pelo andamento insatisfatório do setor e pedindo sua transferência para outro setor. A narrativa a seguir ilustra esse processo.

[...] um dia que eu discuti com uma menina... Que eu **não vou esquecer nunca**. Nós estávamos lotados naquela tarde. Muito cheio e... e como faltou o secretário estava faltando soro. Ai fez aquela fila enorme!... Então, pegamos as medicações... Nós fomos dando e... Aguardando o soro chegar. E tinha uma menina que devia estar com uma cólica, ou sei lá... Uma aparência boa... Jovem, estava até com o uniforme da escola então... Um mal estar leve [...] E ela me abordou assim e falou: "vocês não fazem nada aqui, não?" Eu disse: "você não está vendo?" Ela falou assim: "eu estou! Vocês estão feitos umas baratas tontas e não fazem nada! Olha o tamanho desta fila!" Daí eu falei: "Olha a gente está fazendo o que está dando pra fazer! E o que não está dando, não está dando! Minha filha..." Aí ela pegou e chamou a gazeta. [...] Eu peguei aquela menina e disse: "olha você sai daqui... Você não vai ser atendida aqui. Vai embora! Vai comprar esse remédio na farmácia. Que gente como você não precisa ficar aqui. Você já viu quanta gente tem deitada aqui? Peguei-a pelo braço e fui mostrando. E ela falando: "ah!... Vocês não fazem nada, são uma cambada de vagabundos eu estou pagando você... Não sei quê..."[...] E eu mandei ela ir embora sem atendimento, mandei ela comprar o remédio na farmácia [...] e **hoje eu me arrependi**, pois eu não poderia ter mandado ela ir embora. Bem ou mal tinha que atender né?[...] (Abaetê).

As agressões verbais se manifestam de forma direta ou indireta, isto é, algumas vezes os usuários xingam, desacatam moralmente e direcionam aos trabalhadores toda a raiva sentida naquela situação àquela(e) trabalhador(a), outras vezes, eles atacam todo o corpo de enfermagem de forma indireta se expressando de forma generalizada, mas também com a intenção de ofender aquele trabalhador presente. A agressão verbal seja dirigida direta ou

indiretamente, afeta o equilíbrio emocional dos trabalhadores e eles precisam lançar mão de mecanismos de defesas psicológicas para manter a sua “normalidade”.

[...] às vezes eles são... Aqui no Pronto Atendimento Adulto, por exemplo, eles são grosseiros. Eles ficam ali, e você está fazendo a medicação e eles ficam falando um monte de besteiras do seu lado. - é porque enfermeira é isso... É porque não sei o quê - Mesmo que não seja direto com a gente, mas ele está querendo que você o escute. Querendo me atingir. Não foi você, mesmo que não seja direto, mas indiretamente ele aproveita, né? [...] (Potira).

Não é apenas o atendimento insatisfatório que está na gênese da constituição da violência de comportamento. Existem também, formas de violências decorrentes de costume cultural. Essa manifestação se dá, por exemplo, quando uma pessoa se julga superior às demais, exigindo por isso a primazia no seu atendimento ou no de seu familiar. Em geral, tem origem em pessoas com cargos públicos elevados, ou pessoas que possuem algum tipo de autoridade, julgando-se merecedora de uma atenção especial, inclusive não precisar esperar nas filas.

Este tipo de violência se mostrou bastante nefasta ao equilíbrio emocional dos trabalhadores, pois além de ser uma imposição a eles dentro de sua lógica de prioridade de atendimento, também violenta outros usuários que, muitas vezes, já estão há longo tempo aguardando a sua vez. Neste estudo essa forma de dominação foi expressa nos seguintes termos:

[...] Eu tive um caso de uma policial que estava com o parente dela internado, acho que a senhora se lembra né? Essa policial ela... ela... bom ela quis passar por cima de todo mundo. Dos procedimentos, da rotina de enfermagem. Quis... Exaltou-se, né? Passou na frente dos outros pacientes. Desrespeitou os outros pacientes. E... Autoritária, toda autoritária exigiu que o parente dela fosse atendido né? Com mais urgência do que os outros. Prometeu usar de violência! Então... o jeito dela ser policial pra... para que o serviço pudesse andar da maneira como ela queria. [...] (Toriba).

As agressões físicas dos usuários aos trabalhadores de enfermagem também fazem parte do cotidiano profissional, como já referido na descrição do espaço insuficiente ao trabalho de enfermagem. Quando ocorrem, sempre ocasionam desequilíbrio psicológico na pessoa agredida e nos outros trabalhadores que as presenciaram. Todo o corpo de enfermagem se sente agredido juntamente com o colega. Além disso, afeta os usuários presentes durante o episódio e dificulta ainda mais o atendimento de enfermagem naquele turno de trabalho, pois, em geral, a(o) enfermeira(o) precisa se afastar do setor para acompanhar o processo de atendimento ao trabalhador. Como o setor dispõe de apenas uma(um) enfermeira(o) e não está adequadamente organizado para esse tipo de atendimento, uma ocorrência de agressão física compromete ainda mais a qualidade do atendimento. Observe o seguinte relato!

[...] às vezes vai fazer uma medicação e eles são agressivos, né? Por exemplo, eu já fiz queixa... Eu já fui pra delegacia é... Com uma funcionária... – eu nem sei se tem a CI que eu mandei pra coordenação lá. – mas assim: ela foi fazer uma medicação, a paciente não queria ela, quando ela virou a paciente meteu a mão na cara dela! [...], mas bateu mesmo no rosto dela! E aí eu fui parar na delegacia.. [...] A funcionária teve que ir teve que ir a pessoa que bateu nela, né? Pra prestar depoimento, lá, dizer porque, qual foi a causa, né? E assim, no caso desta funcionária, este paciente... Não era nem paciente, era acompanhante de paciente... Achou que estava assim; estressada – foi a desculpa, né? – com problemas e achou que ela tava... E ela foi fazer e ela não gostou... E bateu na menina, mas bateu mesmo no rosto dela! (Iaé).

Além do estresse ocasionado pela doença e a precariedade do sistema público de saúde, os comportamentos violentos dos usuários e acompanhantes decorrem, muitas vezes, da própria condição do doente, como no caso dos dependentes químicos ou de doentes psiquiátricos com distúrbios de comportamento. Nesta situação, mesmo os trabalhadores já estando preparados psicologicamente para a possibilidade de um comportamento violento, não conseguem se livrar dele. Os exemplos não se limitam aos episódios violentos de um único contexto de trabalho, o que nos leva a deduzir que situações violentas semelhantes estão presentes também em outras instituições.

[...] Episódios de violência assim... Na realidade foram dois, né? É física... Eu uma vez aqui à noite... Tipo assim: graças a Deus não chegou a acertar ninguém... Um paciente... Eu acho que era drogado... Jogou uma cadeira e por pouco não acertou uma auxiliar de enfermagem... E foi vidro pra tudo quanto é lado! [...]Uma vez... Eu já trabalhei em hospital psiquiátrico, né? Tenho uma mordida de uma paciente que eu fui tentar conter, mas tinha pouca gente, como é normal ter pouca gente pra trabalhar... Levei uma mordida e tenho uma marca até hoje (risos). [...] Essa situação assim, é muito comum. Esse tipo de coisa. Às vezes, não só a agressão física, mas além da agressão física... Mas agressão verbal mesmo, agressão moral, é muito comum! [...] (Naurú).

A quantidade insuficiente de pessoal de enfermagem para o desenvolvimento das atividades hospitalares, a formação inadequada e a própria natureza profissional frente a usuários dependentes de drogas e álcool são destacados como fatores contribuintes para a ocorrência de violência aos profissionais de enfermagem. Além disso, é preciso considerar as reações emocionais decorrentes do processo de enfermidade e da hospitalização como a ansiedade, a hostilidade produzida pelo medo da morte ou de ficar incapacitado, dentre outros fatores, como fontes geradoras de reações violentas dos usuários aos trabalhadores de enfermagem (SUAZO; SANZ, 2002).

As agressões físicas e verbais não se originam apenas da parte dos usuários, mas são ainda mais visíveis e sentidas quando relacionadas aos médicos. Neste caso, elas fazem parte

do jogo de poder e dominação existente no contexto de trabalho. Este jogo, no contexto investigado, é condicionado pelo saber e pelo discurso médico.

É preciso lembrar que no Brasil a presença médica apodera-se do espaço hospitalar e o disciplina na forma de seu funcionamento: determina desde sua arquitetura até a escolha de seus utensílios. Indica temperatura ideal e a forma de produzi-la. A ordenação se faz com base na justificação da teoria médica sobre o homem e no conhecimento científico fundamentado na observação que o próprio hospital oferece. (MACHADO et al., 1978).

No Brasil, a partir do momento em que se esboça a constituição de um saber médico sobre a sociedade, o objeto da medicina ganha uma dimensão de totalidade; “o que é possível de intervenção da medicina passa a não possuir fronteiras no interior da vida social. Medicalização da sociedade que aparece como uma evidência, em suas dimensões globais [...]” (MACHADO et al., 1978, p. 234).

Desse modo, a medicina no Brasil se constituiu dentro do espaço hospitalar como uma organização que, apoiada no saber médico impôs as regras de seu funcionamento. Assim, os demais profissionais atuantes no contexto hospitalar – dentre eles a enfermagem – são condicionados, desde o início, às formas de organização deste espaço conforme a ótica médica e os jogos de poder aí estabelecidos devem levar em consideração o saber médico nas estratégias de poder empreendidas.

Foi possível observar que a relação profissional cotidiana estabelecida entre os trabalhadores da equipe de medicina e de enfermagem, muitas vezes se caracteriza como relações de violência, ou a tentativa de eliminação de uns sobre os outros, como relações de força, ou seja, imposição de valores de uns sobre os outros e como relações de poder caracterizado pela simetria dos participantes.

A violência observada e descrita nas narrativas dos trabalhadores se manifestou na forma de violência física e verbal. Na forma física não ocorreu nenhum episódio durante o período de coleta de dados no contexto investigado, mas fazem parte dos relatos das(os) trabalhadoras(es) que, afirmaram também, ter melhorado o relacionamento entre as equipes com a saída de um médico de comportamento agressivo e com a entrada das equipes de administração atuais.

A violência é mais sentida e mais dificilmente superada pelos trabalhadores de enfermagem quando é causada por alguém da equipe de trabalho, do que quando tem origem na relação com os usuários do sistema público de saúde. Isto porque acham inconcebível a idéia de que alguém que vivencia a mesma realidade contextual estressante e desgastante tenha coragem de impor aos colegas um sofrimento ainda maior. Quando se trata de violência

praticada por um(a) médico(a), seja direcionada aos colegas da equipe de saúde ou ao usuário, é ainda mais ressaltada como inconcebível e imperdoável nos seus juízos de valores.

Talvez, porque, a violência nesta situação se caracterize como um tipo de violência política, como afirma Sluzki, (1996), no sentido de que é perpetrada por aqueles que têm a responsabilidade legal de proteger as pessoas. Sua transformação de caráter protetor em caráter violento dentro de um contexto e discurso que destrói, ou falsifica, ou nega esta transformação é vista como o aspecto mais ameaçador. Isto quer dizer que na violência política aquelas pessoas, autoridades ou instituições que deveriam proteger a vida dos cidadãos se transformam em seus violentadores. Assim, de fonte de proteção se transformam em fonte de medo dentro de um contexto enganoso.

Além disso, esse tipo de violência se caracteriza como ainda mais nefasta porque faz parte do imaginário social dos trabalhadores a figura do médico como alguém que salva vidas e não como alguém que as ameaça. Na relação estabelecida entre trabalhadores de medicina e enfermagem os episódios de violência física foram mais referidos como pertencentes ao passado, mas ao mesmo tempo mostrando a possibilidade de sua repetição no presente, se não for mantida uma vigilância constante e atenta. A narrativa a seguir mostra isso.

[...] Bem, quando é o médico... Já teve um caso de uma funcionária – também foi no meu plantão e esse médico hoje não está mais lá – Ele bateu nela. Deu um tapa nela. Aí chamou a polícia, fez boletim de ocorrência, denunciou ele no Conselho [...] Mas ele chegou de bater! [...], mas ele saiu de lá nessa época, ele foi demitido também, né? [...] Mas assim: **tem um lá agora que a gente tem que ficar de olho nele, porque qualquer coisinha ele quer agredir** o funcionário, sabe? [...] (Iaé:)

Mas não é só esta situação extrema que afeta a saúde física e mental dos trabalhadores de enfermagem no contexto de trabalho, pois em geral quando a violência é escancarada como no relato acima, a probabilidade de uma ação mais efetiva e direta é maior, pois as instâncias administrativas dispõem de dados objetivos para subsidiar sua ação. Há situações, contudo, em que a violência se manifesta de forma menos explícita e nesta situação é mais difícil de ser rastreada e enfrentada, é o que acontece com a violência verbal de médicos aos trabalhadores de enfermagem.

A violência manifestada verbalmente pode gerar grandes sofrimentos psíquicos, inclusive com repercussões no plano fisiológico. Considerando que o ser humano possui três dimensões indissociáveis: a espiritual, a social e a física, que estão em constante interação, mesmo uma agressão verbal sendo dirigida às dimensões espiritual e social, pode afetar também a dimensão física. Assim, por exemplo, quando um ser humano é cerceado em suas

ações, ou coagido a agir de certa forma, seus sistemas orgânicos manifestam importantes perturbações, principalmente quando esta situação se repete com uma certa frequência.

Chanlat; Bérard (1996, p.137), descrevem o mecanismo fisiológico quando um ser humano sofre esse tipo de frustração, afirmando que,

o organismo segrega a adrenalina necessária para os movimentos de fuga ou de agressão, como comprova a imediata aceleração dos batimentos do coração. Quando o organismo está em estado de “inibição da ação”, a adrenalina deixa de ser consumida e provoca uma contração do sistema vascular. Por outro lado, essa secreção conduz também a liberação de corticóides pelas glândulas córtico-suprarrenais, o que igualmente tem por efeito contrair o sistema vascular. Esse duplo efeito constritor aumenta as possibilidades de hipertensão e pode ser a causa, em médio prazo, de acidentes cardíacos e aneurismas. Os corticóides liberados têm igualmente a propriedade de bloquear o timo, uma glândula cuja função é produzir número de anticorpos naturais que o organismo segrega. Por causa desse bloqueio, o organismo torna-se vulnerável às agressões externas. Apenas essa perspectiva é suficiente para tomarmos consciência de que se as palavras podem fazer sofrer psiquicamente, podem também causar danos consideráveis no plano fisiológico.

Neste sentido, destaca-se a conduta patronal do médico, como se todos os trabalhadores do contexto fossem seus subordinados e lhe devessem obediência irrestrita. Nesta ótica impõem aos trabalhadores obrigações e deveres, como chamá-lo no repouso sempre que necessário, mas não deve ser incomodado por qualquer coisa, ou seja, só ser chamado naquelas situações extremas em que sua presença for absolutamente imprescindível. Aqui se estabelece um dos paradoxos mais presente nas relações de poder e de força entre a enfermagem e a medicina, pois embora o diagnóstico das doenças seja privativo do médico, mas nas situações em que ele não quer ser incomodado, a enfermagem “diagnostica” a gravidade do caso.

Logicamente, esse diagnóstico feito com sua autorização verbal deve ser o mais correto possível, pois caso contrário ele acusará a equipe de enfermagem de não tê-lo chamado, como se deslocar até o local do seu repouso fosse uma das funções específicas de enfermagem. Mas, ao contrário se ele for chamado e se tratar de algo banal, a exemplo, se aquela dor no peito não for um sintoma de um infarto, mas apenas uma manifestação de ansiedade, então alguns médicos reagem agredindo verbalmente a(o) trabalhador envolvida(o). Observe o relato a seguir.

[...] Apesar de que eu já ouvi de médico ali dentro... Eu fui chamar... o clínico estava atendendo outra emergência que tinha acontecido na observação do box, o paciente estava parando, e ele estava entubando o paciente... Eram 10 para as 03 da manhã e eu fui chamar o plantonista das 03 horas, ele chegou lá em cima, era 05 para 03. E ele falou assim para mim: eu não deveria atender - e era um edema agudo de pulmão - Eu já tinha

puncionado a paciente, já tinha instalado oxigênio e estava esperando ele. Aí ele falou para mim: eu não deveria atender porque faltam 05 minutos para o meu horário, você tinha que ter chamado o doutor fulano. Eu falei: o dr. Fulano está numa outra emergência, entubando um paciente, por isso que eu te chamei. Ele falou: não me interessa! O meu horário começa as 03. (Risos e indignação...) Quer dizer: falou na minha cara. Sabe?[...] Então existe muito este jogo de empurra, onde você chama um e fala assim: Ah chama o doutor fulano, Ah, chama o doutor fulano, isto existe muito, é horrível! [...] (Yamí).

As(os) trabalhadoras(es) de enfermagem se sentem indignadas(os), pois mesmo sabendo qual a conduta correta a ser assumida, não pode atuar, pois são legalmente impedidos. Assim, sofre juntamente com o doente e seus familiares pela demora ou recusa do atendimento. Paradoxalmente, nesta situação, mesmo sofrendo, as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem, em geral adotam a conduta de não tornar explícita a inadequada atuação do médico, disfarçando o acontecimento de diversas maneiras, como pode ser constatado na descrição da nota de campo a seguir.

0850- No posto de enfermagem eu conversei com uma técnica de enfermagem (Lauré). Ela me fala das rotinas e suas dificuldades. O setor tem um visitador diário (Dr. Ararê) que é excelente, que avalia criteriosamente todos os doentes internados e em observação todos os dias. Ele fica, em geral, todo o período da manhã. Algumas vezes, porém, outro médico (Dr. Jamecó) o substitui..O Dr. Jamecó, no entanto, não avalia todos os pacientes, sendo que, em sua maioria, ele apenas repete a prescrição dos dias anteriores. “Algumas vezes, aquelas pessoas mais esclarecidas metem a boca: como me prescreveu ou prescreveu o meu pai, se o médico nem me viu ou viu o meu pai?” – Nesta situação, diz ela: “ a gente tem que dar um jeitinho e inventa alguma coisa para o doente não ficar muito chateado. Mas, quando o doente está muito ruim, que a gente mesmo vê que é mais grave, a gente fala para o plantonista. Muitas vezes o plantonista diz: “mas isto não é função minha, isto é do visitador!” [Notas de campo – outubro/2003].

A via social cotidiana – e dentro dela o cotidiano de trabalho – opera com a suposição de um implícito contrato social entre as pessoas em termos de “viver e deixar viver” e quando acontece uma violência, esta hipótese é traída. Qualquer evento catastrófico ocorrido quebra a ilusão de que o mundo e a vida evoluem de forma ordenada. Estes eventos podem estar envoltos dentro de um contexto mistificante (justificante) no qual é assumida uma culpa e a responsabilidade individual por tal acontecimento (SLUZKI, 1996).

Parece ocorrer um processo semelhante com os trabalhadores de enfermagem envolvidos no processo de emergência e urgência, mesmo sabendo que não é sua competência assumir funções médicas sentem-se culpados pela não-assistência, mas não a denunciam para as instâncias administrativas.

Os relacionamentos estabelecidos entre trabalhadores da medicina e enfermagem no contexto de urgência e emergência, algumas vezes se caracterizam como tentativa de dominação dos profissionais médicos sobre os profissionais de enfermagem. Este tipo de relação depende dos atores envolvidos na situação para se caracterizar como uma relação de força e, portanto de violência (sentido arendtiano), ou como relação de poder (sentido foucaultiano).

No sentido foucaultiano, se numa situação específica, um médico de conduta violenta quer impor sua forma de atuar aos trabalhadores de enfermagem que, por temor ou conhecimento insuficiente sobre o problema não lhe opõem resistência, então se caracteriza um estado de dominação. Ao contrário, quando a uma ação arbitrária e equivocada do médico é oposta uma resistência respaldada em um conhecimento, então se caracteriza uma relação de poder na luta estabelecida pela vida no contexto de trabalho. Essa forma de resistência pode ser caracterizada da seguinte maneira:

[...] E eles (médicos) gritam assim também: **“eu sou o médico!”** Como diz: eu sou o médico eu mando e você obedece! Só que a coisa não é bem assim.[...] Aí tinha uma medicação preparada... Era uma... Solução analgésica e era... de dois dias antes do nosso plantão. Eu fui lá e pedi pra ele... Levei a prescrição e falei: “o médico deixou, mas a solução que tem é essa aqui e essa que é antiga e eu queria que você fizesse uma receita de dolantina para eu fazer outra solução”. Ele falou: “não, de jeito nenhum! Pode fazer esta que já está preparada!” E falei: “não, esta daqui é de antes de ontem... eu preciso fazer uma de agora, o paciente está com dor”. Ele falou: **“eu sou o médico e eu estou mandando fazer esta!!!”** Eu falei: “esta é sua última palavra?” Ele falou: “é”. Então, eu peguei a solução e despejei no lixo, na frente dele! Ele falou: “você não poderia fazer isto!!!” Eu falei: “você também não poderia me mandar fazer uma solução de dois dias atrás” .[...] Então... É bater de frente... Porque ele batia de frente com todo mundo e ficava do jeito que ele queria, mas comigo não ficou. Teve dias assim, da gente ter brigas violentas, mas com o tempo ele aprendeu a me respeitar como profissional [...] (Yami).

Foi possível deduzir que, embora de forma pontual, já começa a se esboçar uma nova forma de relação interpessoal na enfermagem, pelo enfrentamento de situações de dominação nas quais as atuações firmes de trabalhadores de enfermagem, principalmente de algumas(uns) enfermeiras(os) com maior respaldo de conhecimento clínico e de relações humanas, têm conseguido manter o poder em movimento, não permitindo que ele se fixe exclusivamente nas mãos de médicos de condutas autoritárias. Isso confirma as afirmações de Foucault de que o saber confere poder e a necessidade de capacitação das(os) trabalhadores de enfermagem.

Por outro lado, como mecanismo de defesa usado para suportar a violência do contexto de trabalho, uma reação é a de reafirmar os acontecimentos agradáveis do setor

fechando os olhos para as pequenas e as grandes violências vivenciadas, ou seja, acostumando-se às situações violentas, como se as mesmas fossem parte inerente ao trabalho assistencial. Assim, juntamente com as precárias condições de trabalho, também a violência comportamental de que são objetos, é banalizada e normalizada. A descrição seguinte evidencia a banalização até mesmo das grandes violências comportamentais, pelos profissionais de enfermagem. Ao mesmo tempo, revela que as doenças relacionadas aos ambientes precários de trabalho não se limitam aos danos físicos, mas compromete integralmente a saúde dos trabalhadores. Assim, pode-se evidenciar um comportamento interacional doentio, onde o médico lança mão de violência física e verbal, como mecanismos de defesa individual colocando em risco a vida e a saúde das pessoas do contexto de trabalho.

[...] O pronto socorro é uma instituição muito boa pra você trabalhar. [...] Tirando essas coiseirinhas assim que acha que auxiliar é pra lá... Entendeu? Então eles maltratam... Não são todos como eu estou falando... É o caso desses dois médicos... O restante é gente fina... [...] Tirando esse lado... Esse segundo (médico)... Comprovado mesmo! Que ele vem com... – agora eu não sei – mas até uns tempos aí, **ele vinha mesmo com uma arma na bolsa mesmo!** – **“Eu dou um tiro! Eu dou um tiro na cara...”** (imita a voz do médico) [...]. O pronto socorro é um local muito bom de você trabalhar. Tirando esses problemas assim... **Umás coisinhas** assim... Que... É só uma questão de... Talvez até, o pessoal da direção e da coordenação, às vezes nem sabe **destas coisinhas**. Talvez é por isso que não sana, entendeu? (Aracy).

O estudo traz indícios de que a violência vivenciada nas interações entre os membros das equipes de trabalho se assemelha às violências domésticas, ou seja, embora causando sofrimento pelos danos físicos, morais e psicológicos, causa também sofrimento admitir e tornar pública a sua existência. Além disso, há implicações do imaginário coletivo, onde existe a idéia de que um mesmo médico que em um dado momento apresenta comportamento agressivo afetando todas as pessoas envolvidas, em outra situação pode ajudar a salvar uma vida.

Ressaltamos que, tais sugestões imaginárias não minimizam a agressividade, ou torna o médico uma pessoa que deve ser poupada em função das idealizações coletivas simbólicas ao seu respeito. Sua formação profissional o habilitou para salvar vidas, institucionalmente ele é pago para isto e legalmente ele é responsável por seus atos. A função de médico não lhe garante prerrogativas de direito de ser violento, agressivo ou perturbar os demais com gestos ou ações violentas.

Sluzki, (1996), chama a atenção para a cotidianidade da violência. Esclarece que a violência cotidiana causa um certo embotamento na sensibilidade das pessoas que a vivenciam por funcionar como uma lavagem cerebral. As pessoas expostas vão incorporando

gradativamente e de forma não refletida os valores impostos pelos opressores e, ao mesmo tempo, vão negando e descartando os pontos de vista alternativos, bem como as evidências em contrário. O resultante comportamento pode ser de negação ou de normalização. Assim, toda violência reiterada independente de sua intensidade, leva a uma distorção cognitiva, necessitando, portanto o desenvolvimento de mecanismos de sensibilização para favorecer os processos de mudanças em relação à permanência do círculo vicioso. Ou seja, as situações de violências rotineiras exigem o desenvolvimento de uma sensibilização cotidiana.

No contexto específico deste estudo essa sensibilização, pode ser feita por meio de capacitação sobre os modos operatórios da violência, de investigação sobre o relacionamento pessoal das equipes de trabalho, do estabelecimento de um programa de cuidado dos trabalhadores em geral e de tratamento para aqueles já afetados.

Mas não são apenas os acontecimentos nefastos à saúde física e mental que se inscrevem sobre o corpo dos trabalhadores de enfermagem do contexto investigado. Fosse assim, em pouco tempo muitos trabalhadores seriam incapacitados para o exercício profissional. Há muitas formas de significar e de re-significar o próprio trabalho. E nestas formas de dar significado ao seu trabalho dá significação a si mesmo através daquilo que realiza. Assim, cada trabalhador(a) busca tirar do próprio trabalho todas as alegrias no mesmo local onde ele é realizado e no convívio relacional com os usuários e com os colegas de trabalho.

Assim o prazer do exercício profissional é buscado no cuidado relacional e na afirmação naquilo que ele tem de humano e de suave. Desse modo, o trabalhador no próprio contexto de trabalho abre brechas para as brincadeiras, para o riso e para o estético, apesar de toda a precariedade existente. Isto significa que no enfrentamento da morte de todos os dias há sempre um espaço maior para o movimento, para a criatividade e para a exaltação da vida (RAMOs, 1996), como expressado a seguir:

[...] Eu às vezes... Até extrapolo um pouco (risos), eu até brinco de mais com o paciente... Com o acompanhante... E tal... Quando eu penso que não, já estou inteirado com todo mundo. Eu tenho essa facilidade assim, muito grande de comunicar e aproximar das pessoas, independente da idade, independente de idade, de sexo, cor, raça é... Eu gosto de lidar com o ser humano assim... Eu tenho um prazer de lidar com o ser humano. [...]
(Javahê).

Sentir prazer de lidar com o ser humano não quer dizer apenas se relacionar com os usuários do sistema de saúde, mas também ter atenção e cuidado para com os colegas da equipe de trabalho. Considerá-los como parceiros numa relação simétrica, pois navegam no mesmo barco merecendo apoio, estímulo e alegria recíprocos.

Assim, na forma de realizar o seu trabalho, abre possibilidades para múltiplas interações e relações. Sabe que o seu trabalho é relacional por natureza e, que é realizado por pessoas que precisam de liberdade de expressão e de alguma forma de leveza para compensar sua natureza sombria caracterizada pelo enfrentamento cotidiano da dor, do sofrimento e da morte. Essa forma de leveza foi manifestada da seguinte forma:

[...] Porque sem querer ali você ouve muitas bobearas. Porque ali na minha sala eu tenho: os maqueiros que entram, os secretários de unidades... e eu os deixo livres para serem pessoas... Gente... Eles colocam o que eles bem querem e eu não me importo. Exceto quando aquela fala é prejudicial para o nosso trabalho, aí eu peço ponderação. Mas, no mais eles falam o que bem... entre eles tudo o que eles acham que devem... (Nungara).

Mas o prazer se faz também no imaginário desses trabalhadores em alguns instantes, ao se sentirem como pequenos deuses, que participam da recriação da vida, vencendo a morte com paciência, dedicação e constância. Sentir que pode fazer algo, que faz uma grande diferença a sua atuação na assistência ao doente, dá aos trabalhadores esse gosto pelo trabalho. Gosto que é ressaltado a todo instante, como se quisesse mostrar para si mesmo a sua importância e o seu poder sobre a morte.

[...] Há... Eu gosto muito do meu trabalho! Eu gosto assim... Gosto... e atualmente eu estou descobrindo que eu gosto mesmo!... Sabe?... é... Apesar de tudo isto no Pronto Atendimento adulto, o pouquinho que você faz... um pouquinho a mais... é... Você vê a diferença, sabe? Isso é gostoso... É gostoso. [...] Eu gosto de saber que esta minha assistência faz a diferença. Porque quando eu era estudante eu tinha esta reclamação das enfermeiras, né? Que há... Ninguém vê o nosso serviço... Ninguém vê o serviço da gente, né? Ninguém dá valor... Tem isso mesmo... Mas assim, eu valorizo o meu. Eu gosto de ver o meu serviço. A diferença que faz! [...] (Abaetê).

O prazer surge também naquelas situações em que constata o reconhecimento daquelas pessoas que ao receber uma pequena ou grande atenção se mostram gratos. Essa forma de reconhecimento gratifica as(os) trabalhadoras e as(os) ajudam a suportar as agruras do dia-a-dia, principalmente quando uma(um) mesma(o) trabalhadora(or) é reconhecida(o) por pessoas de classe econômica distinta, como pode ser evidenciado no seguinte relato.

[...] então assim... Eu ficava preocupada com a família. Porque... aí eu me lembro que um dia... O paciente saiu... a família falou assim para mim: “olha minha filha, eu vou te dar um presente que você jamais vai esquecer!” Aí eu virei assim e falei: “não precisa de presente, que é isto!?” [...] Isso foi assim no meio do ano, quando foi no final do ano ela veio e me deu esse relógio. (mostra, orgulhosa, o relógio importado). [...] Teve uma vez que eu atendi um paciente que era um senhor andarilho... Eu vinha... eu mandava dar banho nele... Aí um dia eu estava quieta... Aí não sei de onde ele apareceu. Ele estava com um pão e uma carne. Aquela carne assim...Ele falou: “olha enfermeira, isso daqui é para a senhora” (risos). – É para mim essa carne? – “É, eu lembrei da senhora”. Aí eu falei: oh! Muito obrigada! [...] Então

assim: eles agradecem você com comida, ou falam: eu me lembrei da senhora!... são poucos... muito poucos, entendeu?[...] (Batarra).

O prazer é também ressaltado, pelas características inerentes ao trabalho de emergência, exigindo atenção constante, habilidade e rapidez na realização de procedimentos de enfermagem, decisões rápidas e firmes e domínio nas atuações e nas técnicas. A segurança no exercício destas habilidades proporciona prazer que se manifesta explicitamente na maioria das(os) trabalhadoras(es).

[...] é verdade, e muitas vezes é... engraçado... que a gente tem funcionários que têm afinidade com o setor, né? Gostam daquilo lá . [...]" (Naurú).

“[...] ADORO! Passei a gostar, né? da profissão. Que... Sinto tão bem quando eu faço... realizo um procedimento, né? Principalmente, invasivo mesmo, [...] E dá tudo certo!... Isso é uma gratificação, né? E... então eu segui em frente, fazendo o que eu faço e procurando fazer sempre bem feito. Né? [...] (Aracê).

O prazer é ressaltado também como chance de recriação da vida e como participação nas atividades assistenciais possibilitando a recuperação da pessoa assistida, ou seja, o prazer é sentido pela própria observação do resultado do trabalho realizado, mesmo quando a pessoa, sujeito e objeto do trabalho, não demonstra ter percebido em seu processo de cura a atuação da enfermagem.

[...] Dá prazer... é gente vê aquela pessoa grave, e você cuidar dela e depois vê ela recuperada, né? Isso é muito gostoso!!! Quando a gente vê o paciente muito grave naquele primeiro momento e depois você cuida... e de repente você olha assim... puxa vida, pensei que ia morrer!... De repente a pessoa sai ali... (Potira)

O exercício do trabalho em emergência é também prazeroso pela variedade de atuações que permite ao trabalhador estar sempre em contato com atividades novas e com pessoas diferentes em situações nas quais pode exercer um maior controle. A oportunidade de novas aprendizagens e de sua certificação na prática cotidiana, ou seja, ter a oportunidade de demonstrar na prática o aprendido quase que de forma instantânea, parecem dar a essas(es) trabalhadoras(es) um prazer que compensa até mesmo as condições precárias de trabalho, como referido na narrativa a seguir.

[...] Tudo de uma maneira geral, dá prazer. Tudo. Principalmente, a hora que eu estou aprendendo uma coisa nova! Fico de olhão!!!... Aquela hora é para mim a mais prazerosa! E mais prazerosa ainda é aquela hora que... depois de aprender eu vou lá e faço! Essa!... É extraordinária!... Nossa!!! Esta é o êxtase, é o êxtase para mim é essa hora! Esta é a hora do Êxtase! Hora que eu acabo de aprender ali, aí eu vou e boto em prática e numa outra ocasião eu boto em prática. Entendeu? [...] (Aram).

Mesmo sendo paradoxal que em situações tão adversas as(os) trabalhadoras(es) possam sentir um prazer real, isso foi evidenciado também no estudo de Deslandes, (2002), junto a trabalhadores de dois hospitais de emergência no Estado do Rio de Janeiro. Também naqueles contextos, os trabalhadores demonstraram sua afinidade pelo trabalho de emergência, colocando em evidência que o mesmo trabalho que produz sofrimento, produz, por outro lado satisfação por ser fonte de realização. O prazer, foi relacionado pela autora à possibilidade do exercício de poder diante do inexorável, à resolutividade das ações ali desenvolvidas, à capacidade de tomada de decisões e de domínio das técnicas, à iniciativa individual e ao orgulho de se sentir capaz de atuar na salvação da vida diante de mortes iminentes.

4.4 O TEMPO NO TRABALHO

O hospital, fazendo parte do setor de serviços sofre estas mesmas influências, sendo o tempo de trabalho um aspecto que merece ser estudado, principalmente considera-se que o produto do trabalho em saúde é consumido conjuntamente com a sua produção. Deste modo, a organização do processo de trabalho em saúde, ao adotar o tempo linear e quantitativo na condução das atividades de saúde pode causar danos à integridade dos trabalhadores e das pessoas assistidas no processo terapêutico.

A fundamentação teórica sobre a linearidade do tempo no modo de produção capitalista (GASPARINI, 1996; HASSARD, 1996) permite a consideração da vida cotidiana do trabalhador de enfermagem hospitalar, nesse modo de produzir a vida produzindo saúde. Assim, foi possível compreender a existência de uma nítida distinção da pressão exercida pelo tempo presente, aos trabalhadores e aos clientes assistidos.

4.4.1 O Tempo Presente como Duração e como Ritmo

A análise dos dados mostrou que na percepção dos trabalhadores de enfermagem o tempo é **o presente** e se manifesta como **duração** e como **ritmo**. Na percepção dos usuários o tempo é **o agora** e se manifesta como **possibilidade** de alívio da dor, recuperação da saúde e manutenção da vida. Isto significa que o trabalhador, embora perceba e empenhe-se para a realização das atividades de forma rápida, não o faz na imediatividade esperada e requerida pelos usuários.

Observou-se que no trabalho, o quadro temporal é marcado pelo tempo do relógio, pelo ritmo da demanda de usuários e pela jornada de trabalho. Além da exigência de pontualidade e regularidade, há também uma pressão para rapidez na realização das atividades, não só pela alta demanda, mas também pela necessidade de vencer a corrida em benefício da vida. O corpo do trabalhador precisa ajustar-se a velocidade exigida pela necessidade do usuário e pelas exigências institucionais.

Nesse ajustamento do tempo às atividades assistenciais, cada trabalhador reage de forma singular: para alguns esse ritmo acelerado faz parte das motivações para o trabalho, assim, o fator rapidez se constitui num elemento fundamental necessário ao exercício da mesma, desde que o trabalhador possa ter uma certa margem de liberdade na forma da realização da tarefa. Isto ocorrendo permite a diminuição da carga psíquica e o trabalho é

considerado como equilibrante e, portanto, prazeroso (DEJOURS, 1994).

[...] Essa adrenalina que rola aqui dentro oh... (mostra as veias) Faz uma falta!!! Faz uma falta!... Eu estou lá em casa, às vezes e as crianças estão brincando ou estão chorando... eu estou tentando bagunçar com as crianças que nem eu faço aqui... [...] Que nossa!... É muito louco... Isso daqui é muito legal! A d o r o! Adoro trabalhar aqui! [...] (Aram).

Neste relato pode-se considerar duas possibilidades na relação existente entre o contexto estressante do trabalho de emergência e seus efeitos na vida do profissional, quais sejam; os efeitos positivos para as pessoas que conseguem absorver o estresse laboral nas ações cotidianas e o efeito da organização científica do trabalho e os mecanismos de defesas protetores usados em resposta pelos trabalhadores.

Considera-se o efeito positivo de contextos estressantes para pessoas que gostam de ação e de vivenciar situações limites. Neste caso a pessoa situa-se em uma posição ativa em face das inúmeras fontes de estresse da vida profissional e o ambiente de trabalho tem um efeito benéfico. É o que parece acontecer com *Aram*, onde as características imprevisíveis, intempestivas e falta de controle se caracterizam como estímulos provenientes do trabalho em emergência clínica. A intensidade, a gravidade e as dificuldades da situação que pode ser insuportável para algumas pessoas, são vividas por ele de forma prazerosa, casos como esse são descritos na literatura (AUBERT, 1996).

Em segundo lugar, é preciso considerar que sendo o trabalho de emergência clínica condicionado à produtividade pela organização científica do trabalho a pessoa assume, o mesmo comportamento dentro ou fora do horário de trabalho. O ser humano como ser integral, sendo condicionado e despersonalizado no trabalho é também, igualmente, na sociedade. Desse modo, pode manter um ritmo acelerado em suas atividades diárias.

Essa situação é interpretada pela maioria dos autores como contaminação involuntária do tempo fora do local de trabalho. Considera-se que o tempo fora do trabalho faz parte de um *continuum* do tempo da vida da pessoa, dificilmente dissociável. Neste caso, a aceleração do ritmo na realização das atividades fora do trabalho seria um esforço a adaptação de nova atividade repetitiva, cuja performance deva ser mantida. O ritmo do tempo fora do trabalho não é somente uma contaminação, mas, antes, uma estratégia que tem por finalidade manter eficaz a repressão dos comportamentos espontâneos que marcariam uma brecha no condicionamento produtivo (DEJOURS, 1992).

Para outros trabalhadores que não têm como característica prazer pela ação e velocidade na realização de suas atividades, essa pressão do tempo exigindo aceleração no ritmo de realização das tarefas em uma situação em que os erros podem ser fatais, se

manifesta como um fator desestabilizante, que gera cansaço e estresse que se refletem na vida doméstica.

[...] às vezes eu chego em casa com os nervos lá na ponta do... do... né? Eu falo pra minha esposa: olha, deixa-me ficar quietinho... e tomo um banho, né? E vou me deitar, não quero conversa com ninguém. [...] (Etê).

O tempo externo está relacionado à duração da jornada de trabalho e a delimitação da quantidade de tempo necessária a prestação das atividades nessa jornada. O tempo interno se relaciona com as características e a intensidade do trabalho inserido em determinada duração de tempo (GASPARINI, 1996).

Isto significa que a mente do trabalhador está voltada, não só para o seu tempo de permanência no local de trabalho, mas também para sua quantidade disponível à realização das atividades assistenciais. Assim, o tempo caracteriza-se como pressão psicológica no sentido de aceleração do ritmo de trabalho para conseguir atingir os objetivos assistenciais, dividindo sua atenção com todas as pessoas assistidas e os colegas da equipe de saúde.

Lunardi; Lunardi Filho e Borga (1994) estudaram junto a categoria de enfermeiros, as diversas formas de utilização do tempo numa unidade de internação e constataram que, além de suas atividades específicas, eles têm assumido outras que poderiam ser desenvolvidas pelos demais trabalhadores da equipe de saúde. Tais atividades se destinam em geral, a facilitação do serviço dos outros profissionais e não ao cumprimento de metas estabelecidas pela própria profissão. Assim, ao assumi-las, reduzem o tempo de trabalho em suas atuações específicas.

Na unidade de emergência e urgência, também foi observada a utilização do tempo que deveria ser específico aos procedimentos da enfermagem para propiciar à toda equipe de saúde as condições necessárias ao salvamento da vida e à assistência ao doente. Assim, no trabalho hospitalar de emergência e urgência clínica, o ritmo do trabalho é ditado pelas pela quantidade de usuários do serviço, pelo risco de vida e pelas condições de trabalho disponibilizadas para o atendimento. Além disto, a motivação para a aceleração do ritmo das atividades não se deve só à quantidade de usuários e a pressão dos administradores, mas também ao significado simbólico assumido pelos trabalhadores para este tipo de atividade, onde alguns minutos podem significar a morte.

Essa forma de percepção do tempo como duração, não surge espontaneamente para o trabalhador, mas é um modo de pensar direcionado pelas formas de organizações científicas do trabalho. Nessa perspectiva de entendimento do tempo, o trabalhador age em conformidade com o tempo “como um elemento-chave para a empresa” que, por meio de procedimentos racionais, maximiza o rendimento de trabalho (GASPARINI, 1996, p.117).

A temporalidade é vivida no contexto do trabalho estudado de forma característica onde a noção de atualidade, se constrói a partir da noção do tempo presente. O que é este tempo presente? O quê ele exige de cada um? Mesmo considerando que trabalhadores e usuários participam do momento presente, a percepção, a pressão psicológica e as exigências do tempo sobre cada um, acontece de forma distinta. Há distinção entre o momento presente e o momento atual, ou entre “o hoje” e “o agora”. Os trabalhadores se situam no hoje, enquanto que os usuários se situam no agora.

O tempo percebido pelo trabalhador é o **presente (o hoje)**, compreendido como um intervalo necessário para a tomada de decisões rápidas com a finalidade de manter ou salvar a vida humana. Neste sentido, sabe-se que é preciso manter a atenção constante e observar as pessoas sob seus cuidados, mas há necessidade de programar o tempo de atendimento, selecionando e priorizando os usuários a serem assistidos.

O trabalhador procura direcionar suas atividades em ritmo acelerado se empenhando ao máximo para conseguir realizar suas atividades, mas por mais que intensifique seu ritmo de trabalho e mantenha sua cadência não consegue atender a alta demanda. Em algumas situações, é necessário o empreendimento de maior velocidade na realização das tarefas se situando no tempo atual (o agora). Isso acontece nos casos de parada cárdio- respiratória como refere o trabalhador:

[...] Então é tipo assim: você sabe... Ah... É engraçado, como um pede daqui e outro pede dali, pede dali... Aí quando um diz: Ah, aquele paciente parou!!!... Vamos correr agora!!! É emergente! (Naurú).

O trabalhador tem consciência dos seus limites, porque sabe que a capacidade dos meios disponíveis, do espaço físico e da complexidade inerente ao serviço, condiciona a atuação da equipe não permitindo o atendimento da demanda mesmo aumentando o seu ritmo individual de trabalho. Mesmo assim, a pressão do tempo se torna uma constante nas suas ações cotidianas, gerando no trabalhador pressa e a sensação de impotência.

Essa pressão constante do tempo desencadeada pelas carências estruturais do sistema de saúde participa na gênese da violência, pois leva o trabalhador ao realizar atividades apressadamente expondo-o ao risco de imperícias e negligências e com isto desencadear reações violentas nos usuários.

[...] É o que eu falei pra você: ali **são muitas pessoas para serem atendidas e não dá tempo**. Porque quando chega, você vê que chega bastantes pessoas com AVC*.... Outros com parada, ou até duas paradas seguidas, né?. E tem pessoas de todo tipo, né? Então... Muitas vezes, aquela **espera das pessoas ali na porta as irritam** [...] (Etê).

* Acidente Vascular Cerebral.

Mesmo consciente de que deveria desempenhar com qualidade as atividades para as quais está habilitado, o trabalhador não consegue realizá-las de forma satisfatória por não dispor dos meios necessários para tal. Esse reconhecimento, mesmo sendo justificado pelo excesso de trabalho, não diminui sua sensação de impotência e culpa pela baixa qualidade da assistência prestada.

A pressão do tempo se torna mais intensa pelos conflitos que se estabelecem entre os usuários e os demais membros da equipe de saúde, como mostra o relato a seguir.

[...] Você sabe que o setor ali não **dá de você ficar de hora em hora** em cima de certos pacientes, né? Você os olha, mas não dá para ficar... Então, às vezes eles (os médicos) ficam assim: instigando os pacientes a cobrar da enfermagem alguns procedimentos, que teria que a enfermagem realmente fazer, só que pelo número de funcionários não dá... Não consegue! Aí o quê é que fica? Fica aqueles acompanhantes ali... sabe? De olho na enfermagem! Aí toda hora eles (cobram): você não fez!!! Você não fez! Você está menosprezado a minha mãe, ou o meu pai? [...] **Como se você não quisesse fazer**. Como se eles fossem... tipo um guarda, né? Um vigia do funcionário de enfermagem [...] (Iaê).

O tempo percebido pelo trabalhador como o momento presente, faz com que ele organize suas atividades direcionando-as às doenças e à probabilidade de morte. Nesse tempo, ele conduz suas atividades de forma assistemática, ou seja, executa ações que considera prioritárias dentro do que constitui os problemas rotineiros do atendimento, mas com a observação voltada para abandoná-las a qualquer momento e dedicar-se integralmente às situações de emergência que o posiciona “no agora”.

[...] Ela (a pessoa usuária) aguarda o atendimento, mas como sempre é dada prioridade para quem precisa de atendimento de mais urgência, né? Aí, muitas vezes a pessoa se sente constrangida, porque outra pessoa é passada para frente e as vezes ela acha que está sendo excluída por parte do atendimento. Mas é que nós damos prioridade para quem precisa mesmo de atendimentos... os pacientes mais graves.... [...] (Toriba).

Dessa forma, a sobrecarga de trabalho leva o trabalhador a experimentar cotidianamente o dilema ético, de ter que optar entre dois ou mais atendimentos, igualmente necessários, e acaba naturalizando esta situação e justificando sua opção como uma decisão naturalmente lógica que deveria ser compreendida pelos usuários e pelos seus familiares, como narrado a seguir:

[...] Não que elas (as pessoas doentes) não precisem de cuidados, elas precisam. Só que **elas têm que entender que quando a gente está naquela correria não é porque a gente não quer atender a elas... a necessidade do outro que está ali perto delas é maior do que a delas** [...]. Então, muitas vezes, a gente tem que... as vezes, deixar de atender um que tá mais ou menos para atender outra pessoa que está com um problema maior, né? Com uma dor... Muitos não entendem isso... (Etê).

Entendendo culturalmente o tempo de forma linear, o trabalhador atua como elemento na constituição da violência no contexto hospitalar e colabora para sua perpetração. Assim, atos de violências são praticados inconscientemente, pois o trabalhador incorporou estas situações como parte “normal” do atendimento de emergência e urgência clínica. Assim, a violência se forma na própria dinâmica do atendimento, ou seja, como a quantidade de trabalhadores é insuficiente para o atendimento das demandas de trabalho, as prioridades são definidas no momento em que todos aguardam na fila esperando ansiosos pelo atendimento. O relato descrito a seguir evidencia como são determinadas as prioridades no serviço de emergência e urgência.

[...] É pelo andar, né? Pela avaliação que fazemos, muitas vezes, diante da fila, né? Que chegou o caso de eu ver um paciente infartado aguardando na fila, tive que tirar uma paciente com problema de DNV* diante do consultório, para dar prioridade para o que estava infartando.. [...] (Toriba).

Mesmo considerando que existem situações que exigem atuação imediata pelos profissionais da saúde, esse critério não pode ser usado como uma forma rotineira de atendimento, pois todas as pessoas que procuram os serviços de emergência clínica precisam de avaliação e tratamento adequados para a resolução de seus problemas de saúde.

Os dados mostram que a organização do trabalho na unidade estudada, evidenciada pelo número insuficiente de profissionais de enfermagem, estão em desacordo com as instruções normativas do Ministério da Saúde e do Conselho Federal de Enfermagem, que preconizam a quantidade suficiente de enfermeiros, técnicos e auxiliares para o atendimento dos serviços de emergência e urgência nas 24 horas do dia (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2004b).

Outro aspecto a ser considerado na análise da equalização do tempo de trabalho é a forma utilizada para garantir a organização do processo de trabalho e a delimitação do tempo destinado a cada tarefa. A disciplina como técnica de controle institucional tem sido um dos modos de manifestação de violência nos locais de trabalho, muitas vezes imperceptível aos olhos dos trabalhadores. A disciplina é uma espécie de contra-direito, conforme descrito a seguir:

[...] as disciplinas têm o papel preciso de introduzir assimetrias insuperáveis e de excluir reciprocidades. Em primeiro lugar porque a disciplina cria entre os indivíduos um laço ‘privado’, que é uma relação de limitações inteiramente diferente da obrigação contratual; a aceitação de uma disciplina pode ser subscrita por meio de contrato; a maneira como ela é imposta, os mecanismos que faz funcionar, a subordinação não reversível

* DNV é abreviatura de Distúrbios Nero Vegetativos.

de uns em relação aos outros, o ‘mais-poder’ que é sempre fixado do mesmo lado, a desigualdade de posição dos diversos ‘parceiros’ em relação ao regulamento comum opõem o laço disciplinar e o laço contratual, e permitem sistematicamente falsear este último a partir do momento em que tem por conteúdo um mecanismo de disciplina (FOUCAULT, 1996, p.195).

Pela caracterização descrita da disciplina e, observando-a em várias situações no hospital, podemos fazer uma aproximação da utilização das técnicas disciplinares no contexto de trabalho hospitalar e recomendar o estudo mais aprofundado da relação destes conceitos: poder e violência e, disciplina e violência. Nosso entendimento é de que as expressões: “assimetria”, “exclusão de reciprocidades”, “relação de limitações”, “aceitação”, “imposição”, “subordinação”, “mais-poder...”, referidos por Foucault quando fala sobre o papel das disciplinas, reportam a sentimentos de violência. Desse modo, sua inserção no processo produtivo, pode se constituir em um dos modos de gerir o tempo sobre a vida das pessoas, de forma que o mesmo seja amplamente utilizado (FOUCAULT, 1996).

Assim, a pressão do tempo mecânico das horas, age como modalidade do controle que coage o corpo continuamente em relação às atividades que deve realizar mais do que sobre o efeito das mesmas e, é exercida por meio de códigos que pormenoriza ao máximo o tempo, o espaço e os movimentos.

A disciplina atuante sobre o corpo do trabalhador se dá no sentido material da carga excessiva de trabalho, mas a motivação para a sua prática se faz por vias emocionais, ou seja, os clientes precisam que sua atuação seja eficiente e o colega da equipe seguinte “merece” seu esforço para que não receba o trabalho acumulado.

[...] uma das coisas que revoltam também... Chega até ser assim: tipo assim, massacrante. Porque... Vê se você me entende? A gente chega as sete... Nós temos um horário a cumprir... chegar às 7 horas é sagrado, tem que ser fiel. Chegar 7 horas em ponto. Nessas 7 horas, independente do volume... Independente da quantidade... Se tá calmo... Se tá agitado... Nessas 7 horas a gente tem aquela carga horária para cumprir. [...] (Aram).

As disciplinas se tornaram, nos séculos XVII e XVIII, fórmulas gerais de dominação. Elas dizem respeito a uma arte do corpo humano para o aumento de suas habilidades e para formação de um mecanismo que o torne mais obediente e útil. Elas fabricam corpos pacíficos, ou seja, corpos de fácil condução e adestramento. Corpos que não se opõem a serem guiados. Elas aumentam as forças do corpo no sentido de produzir mais, trabalhar mais e diminuir suas forças no sentido da reação, ou de contrapor àquilo que o coage. Aumentam também, a aptidão do corpo e, ao mesmo tempo, o impedem de agir livremente (FOUCAULT, 1996).

[...] Eu não faço mais porque é... Muitas vezes a gente não tem aquela

força, né? [...] (Etê). Ou, [...] Embora a gente seja preocupada com o paciente, mas sempre a gente acha que teria que ser feito alguma coisa a mais no plantão e que a gente deixou de fazer e isso é uma sensação ruim. [...] (Naurú).

A disciplina como técnica de sujeição atua pelo controle da atividade. A princípio, esse controle atua sobre o horário, visando a utilização máxima do tempo, ou impedindo o seu desperdício. Essa atuação ocorre por meio de três grandes processos: “estabelecer cesuras, obrigar as ocupações determinadas, regulamentar os ciclos de repetição”. Esses processos, por sua vez, implicam: tempo, ritmo e regularidades; tempo integralmente útil e tempo medido e pago, deve ser um tempo limpo, de boa qualidade e que no seu decorrer, o corpo seja movimentado e exercitado (FOUCAULT, 1996, p. 136).

Em segundo lugar, controle da atividade atua sobre “a elaboração temporal do ato”. O corpo deve ser ajustado aos imperativos temporais. Estabelece-se um quadro geral para uma atividade. Implica um programa. “o tempo penetra o corpo, e com ele todos os controles minuciosos do poder” (FOUCAULT, 1996, p. 138). Esse controle rigoroso sobre o corpo produtivo leva o trabalhador a sentir-se como eterno devedor de suas tarefas, como expressado a seguir:

[...] é você ter sempre a impressão de que alguma coisa que era pra ser feita deixou de fazer. Você não conseguiu concluir... Às vezes uma pressão que você deixou de olhar de um paciente que estava hipertenso... Aquilo lá, você sai do plantão, né? Pô!... E se ele piorar? [...] (Nauru).

Mas apesar da força de tudo isso que diz, os trabalhadores também demonstram resistência de diversas formas, a este a estes mecanismos disciplinares operantes sobre o seu corpo, até mesmo quando faz de um jeito que não é o mais ágil e o mais produtivo. Dentre as formas de resistências, foi possível observar que após o término de plantões mais extenuantes que os usuais, alguns trabalhadores faltavam ao serviço e eram plenamente justificadas a sua falta pelos seus colegas de trabalho, mesmo sabendo que esta falta acarretaria um maior acúmulo de atividade sobre eles. Além disso, foi também possível evidenciar algumas formas de negociações entre os membros da equipe de enfermagem com vistas a um favorecimento mútuo, como relatado por esta enfermeira.

[...] às vezes você chega a um acordo... Agora tem gente que trabalha em outro local. Então, ali tem equipe que ta assim: hoje eu vou dormir no primeiro horário... Aí... Plantão que vem eu vou o segundo horário... Então, o que vem no segundo, retorna no segundo, esse passa o plantão, né? [...] (Iaé)

Em terceiro lugar, controle da atividade imprime ao corpo e aos gestos pontos de correlação. Implica um controle disciplinar que, além de ensinar, ou impor uma série de

gestos definidos, também impõe uma relação entre um gesto e a atitude global do corpo. Promove a condição de eficácia e rapidez: nada deve ficar ocioso ou inútil, tudo deve dar suporte ao ato requerido. O gesto eficiente tem por base o corpo disciplinado (FOUCAULT, 1996, p. 139).

Em quarto lugar, o controle sobre a atividade se dá pela “articulação corpo-objeto: a disciplina define cada uma das relações que o corpo deve manter com o objeto que manipula. Ela estabelece cuidadosa engrenagem entre um e o outro”. Estabelece-se, uma codificação instrumental do corpo (FOUCAULT, 1996, p. 139).

Em quinto lugar, o controle da atividade atua pela utilização exaustiva. Trata-se da utilização crescente do tempo “[...] extrair do tempo sempre mais instantes disponíveis e de cada instante sempre mais forças úteis. [...]”. O controle da atividade como técnica disciplinar é sentido pelos trabalhadores, sendo expresso da seguinte forma (FOUCAULT, 1996, p. 140).

[...] Eu acho que é um massacre porque você trabalha ali, praticamente as 12 horas noturnas, tem noite a gente não consegue repousar. Fica todo mundo direto naquele pronto atendimento. E... Essa carga horária de trabalhar a noite, ir para casa dia... que entre aspas, na verdade ele não vai para casa mas para um outro serviço [...] e trabalha muito! Porque aqueles meninos(auxiliares e técnicos) trabalham...(Nunguara).

Essa técnica de controle do trabalho implica uma intensificação do uso do tempo. Busca unir ao máximo de rapidez o máximo de eficiência. Tem como lógica que quanto mais o tempo se decompõe, mais acelerada é a operação, ou, pelo menos, mais regulável de acordo com um rendimento ótimo de velocidade. Para isso é necessário regular o tempo de ação. Por meio dessas técnicas de sujeição vai se constituindo, lentamente, um novo objeto que substitui o corpo mecânico: o corpo natural possuidor de forças e sede de algo durável (FOUCAULT, 1996, p. 140).

A lógica que direciona a conduta dos trabalhadores em relação a sua percepção do tempo no trabalho, tem como base a sua concepção sobre doença, morte e os meios de que dispõe para evitá-las.

Outra percepção do tempo é utilizada pelos usuários do sistema público de saúde, que buscam o atendimento de emergência e urgência clínica, e essa percepção se confronta com a lógica de tempo do trabalhador de enfermagem.

4.4.2 O Tempo “Atual” Como Possibilidade de Alívio da Dor, Recuperação da Saúde e Manutenção da Vida.

A concepção de tempo para os usuários tem como lógica dominante: a possibilidade de alívio da dor, do sofrimento e do medo da morte. A dimensão temporal é, para eles, **o agora**.

Os usuários do sistema público de saúde e seus familiares ao procurarem o pronto atendimento esperam ser atendidos, pronta e imediatamente, pois estão tensos devido aos seus problemas de saúde. Quando esse atendimento não se faz na tolerância de tempo por eles definidos como adequados, iniciam-se manifestações de diversas formas de violência. Esta concepção de um tempo imediato do doente e seus familiares não passa despercebida pelos trabalhadores de enfermagem que se manifestam da seguinte forma:

[...] porque a partir do momento que o usuário chega aqui e ele precisa do serviço, pra ele o problema dele é importante e ele quer uma solução. Então, ele não vai aceitar chegar ali e voltar para casa. [...] (Yamí).

Associado à dor e ao temor da morte, outros fatores colaboram para que os usuários concebam o tempo presente como **o agora** e exijam um atendimento imediato, destacando-se dentre eles: a) o conceito de pronto socorro como um espaço do sistema de saúde capaz de oferecer um atendimento rápido e eficiente; b) a informação por parte dos meios de comunicação de que a saúde é um direito do cidadão, sem uma orientação mais clara e específica sobre os canais que devem ser usados para essa reivindicação e sobre o fluxo de atendimento da rede básica e hospitalar estruturado em níveis de complexidade e regionalização; c) a incitação dos usuários por parte de alguns médicos, quanto a exigência da realização imediata da prescrição médica.

Esses fatores, associados ao espaço físico inadequado para a realização das atividades assistenciais, dimensionamento insuficiente do quadro de profissionais de enfermagem e organização precária do processo de trabalho, propiciam tensões gerando conflitos que se manifestam de forma intensa e estressante sobre os trabalhadores de enfermagem, como se observa no relato:

[...] Essa coisa de está pondo o paciente ou o próprio acompanhante cobrando da enfermagem é... Procedimentos... Cuidados, né? [...] “porque tem que olhar a pressão, porque o médico falou que tem que tá olhando... é 10 horas? 10 e meia?”- Eles têm que tá lá olhando.. - E ainda define hora, entende? [...]” (Iaê).

O trabalhador se vê triplamente pressionados pelo tempo: o tempo de ação exigido por eles mesmos, o tempo como uma determinação social e de cidadania e, o tempo requerido

pela necessidade biológica da prescrição médica.

Essa exigência de atuação imediata, sem as devida infra-estrutura para um atendimento de qualidade, leva o trabalhador a atuar com pressa. Esse atendimento apressado está na gênese de algumas manifestações violentas nesse contexto de trabalho: a) **as omissões** de violências presenciadas, mas não denunciadas por falta de tempo, (tempo para diálogo, comunicações internas ou denúncias); b) **as negligências** devido a cuidados deixados para depois e que acabam sendo esquecidos, porque, a todo o momento, novos atendimentos precisam ser priorizados; c) **informações e orientações fragmentadas**, ou **negadas**. Enfim, a banalização de várias manifestações de violências, pois mesmo quando observadas, pouco ou nada é feito para seu enfrentamento e contenção.

A análise mostrou que quando as instituições de saúde não adequam sua quantidade de profissionais aos parâmetros exigidos à quantidade de tempo necessário à realização de suas atividades, o tempo insuficiente pode se tornar uma das causas que impulsiona a manifestação de diferentes formas de violência no local de trabalho.

Desse modo, uma violência estrutural pode gerar outras formas de violência. Assim, foi evidenciado que a **violência estrutural** das condições precárias de trabalho e da quantidade insuficiente de trabalhadores para a realização com qualidade do trabalho de enfermagem leva: a sobrecarga física e mental; a **violência clássica** como agressão física ou verbal de colegas da equipe multiprofissional e da clientela; a **violência repressiva** como a negação do direito de exercer com segurança as atividades assistenciais e a um ambiente de trabalho seguro; e a **alienação** manifestada no empecilho de usufruir o prazer de uma realização competente e eficaz e de ser valorizados socialmente junto a clientela e a sociedade.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na intenção de destacar alguns elementos fundamentais revelados nas análises realizadas sobre a violência operante no trabalho de enfermagem de um serviço público de emergência e urgência clínica no Estado de Mato Grosso e que, de um modo geral, sugerem também sua ocorrência em outros espaços semelhantes de atuação no país, foram feitas algumas considerações finais com a finalidade de situar o objeto estudado em uma dimensão ética e política com possibilidade de possíveis mudanças. Assim, foram resgatadas algumas indicações de violências sofridas por trabalhadores de enfermagem no exercício de sua prática cotidiana delineando aspectos relevantes do processo de trabalho e sua relação com as manifestações de violência neste contexto de atuação profissional.

A organização do processo de trabalho em saúde, de conformidade com os princípios norteadores do SUS, encontra muitos entraves para sua efetivação na prática cotidiana do trabalho em urgência e emergência clínica, dentre os quais se destacando a alta demanda dos serviços de pronto socorro como porta de entrada do sistema de saúde por usuários com problemas passíveis de resolução nos postos de saúde e nas policlínicas. Esta demanda correspondeu a 98% dos atendimentos ocorridos no período da realização deste estudo sendo responsável pela sobrecarga de trabalho regulamente imposta aos trabalhadores da instituição estudada (CUIABÁ, 2005).

Assim, na realidade da saúde pública do Estado de Mato Grosso, o serviço de emergência e urgência clínica expressa as contradições estruturais da lógica organizacional do serviço público de saúde. A lotação excessiva na unidade de emergência e urgência clínica se faz por um fluxo massivo diário extrapolando a capacidade do setor. A saída é lenta, com permanência de usuários vários dias até conseguir uma vaga de internação nos hospitais ou nas UTIs. Nesta situação, as(os) trabalhadoras(es) se vêem obrigados a se desdobrar para o atendimento de todos, conforme também evidenciado por Skaba (1997) e Deslandes, (2002).

Embora salientando especificamente a realidade de um contexto do trabalho em saúde em Mato Grosso, entendemos que esta questão está inserida num quadro mais amplo de mudanças onde a questão da saúde nos tempos neoliberais, fica em um segundo plano. O grande dilema reside no fato de termos um dos mais avançados sistemas de saúde pública – o SUS – mas que não funciona de acordo com a necessidade da população - este fato é determinante das formas de violências sofridas pelos trabalhadores da saúde que trabalham em condições precárias, tendo que optar por este ou aquele usuário, ou seja, a quem destinar o tratamento adequado, já que não há possibilidade de atendimento a todos.

Como tão bem explicita Thébaud-Mony (2000, p. 174), uma das conseqüências da reestruturação produtiva à saúde é a agressão à dignidade do trabalhador pela insegurança econômica decorrente do trabalho precário. Os trabalhadores temporários, mesmo que procurando trabalhar o tempo todo, não conseguem permanência no emprego. “Isto significa dizer que eles têm, também, dificuldades para conseguir recursos estáveis para a sobrevivência pessoal e da família. Como trabalhadores e provedores, essa insegurança se coloca como agressão a sua dignidade”. Dentre os efeitos da agressão a dignidade pode-se destacar o anonimato dos sujeitos do trabalho e o desaparecimento da memória desse trabalho juntamente com o término do contrato. Assim, os trabalhadores sequer são reconhecidos como tais. Além disso, os efeitos dessas agressões na saúde nem sempre são visualizados, pois se refletem como sofrimento mental.

Observaram-se, duas vias através das quais a violência toma corpo e se manifesta no ambiente de trabalho do contexto pesquisado: a estrutural/institucional e a comportamental/relacional. Ambas causam danos a saúde e a vida das(os) trabalhadoras(es) de enfermagem e das pessoas sob os seus cuidados.

A via operatória estrutural se processa por meio da alta demanda que compromete a organização do processo de trabalho em saúde e de enfermagem, pois a pressão do fluxo de atendimento obriga os trabalhadores a organizar o trabalho conforme as necessidades e as possibilidades do momento. Não sendo planejado e sistematizado previamente, torna-se difícil um satisfatório acompanhamento do processo-saúde-doença aos usuários atendidos e uma eficiente avaliação do trabalho em saúde e enfermagem. Por outro lado, a realização do trabalho dessa forma prejudica o envolvimento dos trabalhadores em ações conjuntamente assumidas e a concretização como compromissos também conjuntos, o que possibilitaria um maior vínculo interacional e profissional das equipes de trabalho favorecendo maiores satisfações profissionais.

Os meios de trabalho também são pensados em função das doenças. Assim, os aparelhos e instrumentos técnicos necessários aos cuidados básicos e rotineiros não são priorizados e disponibilizados na quantidade necessária a uma assistência de enfermagem de qualidade. A insuficiente quantidade de tais recursos, aliada ao dimensionamento de profissionais e aos espaços insuficientes de trabalho, lhes impõe os quatro tipos de violência definidos por Galtung (1981), quais sejam: a violência estrutural, manifestada como sobrecarga física e mental, uma vez que precisam estar constantemente improvisando meios de atender, ainda que minimamente os usuários e, a se desdobrarem para atender a uma demanda assistencial além de suas capacidades; a violência repressiva, explicitada na negação do direito dos trabalhadores de exercerem com segurança as atividades assistenciais e a um ambiente de trabalho seguro; a alienação, evidenciada na privação dos profissionais de usufruírem o prazer de uma realização competente e eficaz e de serem valorizados socialmente junto à clientela e a sociedade; e a violência clássica se apresenta como agressão física ou verbal de usuários, familiares e médicos aos trabalhadores de enfermagem, se forma a partir das relações de poder e dominação existentes e das precárias condições de trabalho, bem como das características pessoais, culturais e institucionais envolvidas no cotidiano assistencial.

A via operatória comportamental da violência foi caracterizada pelas relações assimétricas estabelecidas entre os componentes do contexto de trabalho em emergência e urgência clínica. O caráter totalitário do conhecimento clínico, da medicina hegemônica e das tecnologias de saúde, associados a “virilidade” como uma norma social androgênia secular sobre os trabalhadores do contexto estudado, geram manifestações de violência relacional afetando a todos indistintamente, mas principalmente as(os) trabalhadoras(es) de enfermagem e as(os) usuários que são os mais expostos.

A organização do espaço de trabalho se faz com base no atendimento à doença, o que leva a maior distribuição dos espaços físicos hospitalares a esta finalidade do que aos espaços de acolhimento à pessoa doente e aos trabalhadores da equipe de saúde.

Os espaços necessários à realização das atividades básicas da assistência, caracterizada principalmente pelo trabalho de enfermagem, também se mostraram insuficientes para o desenvolvimento de tais atividades, exigindo intensificação do esforço físico e mental dos trabalhadores para atender minimamente os usuários do setor.

Sendo o atendimento planejado prioritariamente para o atendimento à doença, o corpo da pessoa doente acaba sendo cuidado como o espaço de manifestação das doenças e se constituindo espaço das práticas profissionais. Este entendimento do corpo dos doentes

favorece a desconsideração de outras dimensões da vida humana e no planejamento organizacional dos espaços não são previstos as intolerâncias pessoais, as diferenças sexuais e inclusive os espaços pessoais como área de proteção humana.

Não sendo prioridade a integralidade da pessoa assistida, os cuidados básicos e rotineiros como os específicos de enfermagem, não recebem a devida importância, ou seja, juntamente com o doente também o trabalho de enfermagem é despersonalizado.

Os corpos dos trabalhadores são também considerados como espaço institucional distribuído nos turnos de trabalho e nos diferentes espaços assistenciais. Um espaço de disciplinarização e controle da instituição e um espaço de inscrição dos acontecimentos hospitalares, que embora ofereçam algumas satisfações e favoreça a auto-realização profissional e humana dos trabalhadores que se identificam com as atividades de emergência e urgência, também os violentam cotidianamente pelo poder disciplinar e pelos acontecimentos específicos das atividades assistenciais.

Mesmo considerando a violência como inerente à condição humana e tão antiga quanto a humanidade, observa-se no momento atual um maior destaque de algumas de suas manifestações e a quase imperceptibilidade de outras. Assim, o estudo buscou uma aproximação desse fenômeno no contexto do trabalho de enfermagem, procurando discernir sobre suas diferentes manifestações e as razões pelas quais muitas vezes ela não se manifesta explicitamente.

Concordando com a impossibilidade da abolição da violência, mas entendendo-a como algo previsível e também prevenível, este estudo se respaldou no entendimento de Galtung (1981), de que a violência embora dificultando ou mesmo impedindo a auto-realização humana pode ser evitada. Sendo assim, torná-la explícita em suas diversas manifestações no contexto do trabalho de enfermagem em emergência e urgência tornou-se uma exigência, compreendendo que a partir disso se torna possível a viabilização dos meios para seu enfrentamento.

A importância do estudo se justificou pelo fato de contemplar o fenômeno violência como algo real, destrutivo e ambíguo, mas com possibilidades de enfrentamento e controle. Neste sentido, algumas pistas de estratégias aplicáveis nas situações de violência no contexto do trabalho de emergência e urgência clínica foram delineadas no decorrer da pesquisa de forma que, em situações específicas, possam favorecer o diálogo e tomadas de decisões. Para tal, o pensamento de Arendt (1994), se mostrou um referencial importante.

Necessitando de implementos técnicos planejados e usados para aumentar o vigor individual, a violência necessita igualmente, de orientação e justificação pelo fim que visa

alcançar, mas nunca pode ser legitimada. Entendendo-se, portanto, que ela se restringe às relações de força e não se aplica no exercício legítimo do poder (ARENDRT, 1994).

Domenach (1981) afirma a necessidade de analisar a violência em série, como uma rede, pois as grandes violências são sustentadas por pequenas violências cotidianamente praticadas e por se tratar de um fenômeno ambíguo se manifesta de forma singular exigindo vigilância para a sua apreensão a partir da qual é possível buscar os métodos para o seu enfrentamento.

A investigação ora finalizada evidenciou a idéia de Domenach, que a violência no contexto do trabalho em saúde atua de forma interligada, confirmando este pressuposto do início do processo investigativo. Esta interligação não ocorre apenas no sentido de pequenas violências cotidianas sustentando as macro-violências, mas também no sentido inverso, ou seja, de que as grandes violências desencadeiam e mantêm pequenas violências nos micro-espacos de atuação humana e profissional. No trabalho de emergência e urgência clínica as grandes e pequenas violências se retroalimentam continuamente. Assim, a apreensão de suas diversas manifestações descritas nos capítulos desse estudo, pode ser considerada como um primeiro passo para encontrar os meios necessários ao seu combate.

Na realidade investigada, a alta demanda por atendimentos associada às precárias condições de trabalho leva os trabalhadores a realizar um atendimento sempre apressado aos usuários. Mesmo assim, a rapidez dos atendimentos não se faz de conformidade com as necessidades e na temporalidade esperada por eles, pois enquanto os primeiros concebem o **tempo como duração e ritmo**, dimensionando o tempo no **presente** que se entende por cada turno de trabalho, os segundos concebem o tempo no **presente**, mas o dimensionam no **agora** de sua situação de dor, sofrimento e medo da morte.

O atendimento apressado faz parte da gênese de violências manifestas no contexto investigado: as omissões, as negligências, as informações e orientações fragmentadas, ou negadas. Enfim, a normalização das atuações que embora violentando trabalhadores e usuários se perpetuam em um circulo vicioso.

Em relação às abordagens usadas, a pesquisa qualitativa, os fundamentos marxistas e alguns conceitos arendtianos e foucaultianos, justificou-se pela visão distinta, mas complementar destas correntes teóricas sobre a sociedade capitalista moderna e contemporânea. Compreendendo que o processo de trabalho na sociedade atual se constitui um espaço social e político importante, uma vez que o trabalho ainda é uma categoria central na vida das pessoas nas sociedades capitalistas. Sendo este espaço sócio-político de relevância, as relações antagônicas e conflitantes com interesses diferentes estão

constantemente em jogo, com relações de poder e violência sempre presente exigindo atenção, ação e reação contínuas. Assim, os subsídios teóricos utilizados respaldaram o entendimento sobre os fenômenos que decorrem das relações sociais e políticas presentes nos locais de trabalho.

A visão de Foucault (1996) permitiu visualizar o poder como um modo de ação no qual algumas pessoas conseguem determinar, mesmo que de forma aproximada, a conduta de outras pessoas. Essa forma de ação se faz por meio de uma racionalização e não da força, como ocorre nas relações de violência. Assim, para opor resistência a uma forma de poder não basta denunciar as múltiplas formas de violência ou criticar as instituições, é necessário entender a racionalidade pela qual o poder se constitui e criar nova racionalidade em relação ao mesmo. Neste sentido, cabe o questionamento: de que forma é racionalizada as relações de poder no mundo do trabalho de enfermagem?

Os processos disciplinares evidenciados neste estudo comprovaram suas funções de “normalizar” as ações individuais e coletivas para que ocorram de uma determinada maneira, de tal forma que com o passar do tempo assumam contornos “naturais”, corriqueiros e até mesmo banais. Sendo assim, constituem um mecanismo violento na relação trabalho versus trabalhador. A aplicação do conceito de violência utilizado neste estudo pode abrir possibilidades ao estabelecimento de uma relação interessante com o conceito de disciplina, tomando esta como implicada na gênese da violência nos contextos de trabalho. Pensar a existência de uma possível correlação entre violência e disciplina pode favorecer a visualização de aspectos violentos até então considerados como naturais ao trabalho e à atuação profissional.

A busca de mecanismos que possam romper a circularidade e perpetuação da violência no contexto de trabalho em saúde, e nas atividades de enfermagem em emergência e urgência clínica deve constituir tema para futuros estudos. De igual modo, deve ser estimulado o aprofundamento de estudos relacionados ao tempo no trabalho, o que não foi possível durante este estudo. Como enfermeiras e docentes atuantes em contextos de trabalho semelhantes ao investigado, a aproximação, a abordagem e a análise do objeto de estudo nos causaram certo “estranhamento”, pois embora convivendo e recebendo os impactos do trabalho assistencial hospitalar não tínhamos o grau de entendimento da dimensão do fenômeno violência para a saúde e a vida dos trabalhadores e dos usuários por eles assistidos.

Quando delineamos o objetivo deste estudo não tínhamos a exata noção de sua complexidade. Ao finalizá-lo tomamos consciência de suas limitações relacionadas, principalmente à necessidade de um maior aprofundamento teórico e a sua ampliação a um

maior número de instituições brasileiras de modo a subsidiar negociações visando transformar favoravelmente esta realidade. Além disso, consideramos imprescindível a criação de mecanismos de cuidado à saúde dos trabalhadores, dentre eles a capacitação para a compreensão e o enfrentamento da violência no seu local de trabalho. Apesar das limitações sentidas entendemos como importante sua realização, pois os seus resultados podem respaldar mudanças no contexto social e nos locais de trabalho como as que se processaram em nós. Assim, sua divulgação no âmbito das instituições de saúde e na educação destes profissionais se constitui uma de nossas preocupações de continuidade do mesmo.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS*

ALVES, A. Fiscalização: a soma dos resultados. **COREN/MT Informativo**, Cuiabá, Jul-Set., 2003. v. II, n. 11, p.8.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo editorial, 2000. 365p.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 1997. 155p.

_____. **Os sentidos do trabalho**: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 5ª ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2002. 258p.

ARENDT, H. **Sobre a violência**. Tradução André Duarte. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994. 114p.

AUBERT, N. A neurose profissional. Tradução Maria Irene Stocco Betiol. In: CHANLAT, J-F. (Coord.). TÔRRES O. L. S. (Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas v.2. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996 p. 163-193.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977. 225p.

BELLATO, R. **Vivência da hospitalização pela pessoa doente**. 2001. 209f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2001.

BELLATO, R.; CARVALHO, E. C. **Insignificâncias essenciais** (A busca pelo reencantamento no cotidiano hospitalar). Cuiabá: Edufmt, 1998. 196p.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1993. 454p.

* De acordo com UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Diretrizes para a apresentação de teses e dissertações da USP: documento eletrônico ou impresso. São Paulo, 2003.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para NOB/RH/ MS/CNS**. 2ª ed. revisada e atualizada, 3ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 112p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem Fixa e estabelece **parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas**. Resolução COFEN nº 293/2004. de 21 de Setembro de 2004. Brasília, 2004b. Disponível em: <http://www.portalconfen.com.Br/section_int.asp?infoID=3836&EditionSectionID=11&se...> Acesso em 18/12/04.

BRASIL. Ministério Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **População residente de 10 anos ou mais de idade**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo/2000/univ...>> Acesso em 19/01/05

BRASIL Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção às urgências**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a 236p.

BRASIL. Agência Nacional de Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Dispõe sobre o **Regulamento Técnico destinado ao planejamento programação, elaboração, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde**. Resolução RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002. Brasília: 2002.

BRASIL. **Mundo do trabalho**: banco de dados estimulará prevenção de acidentes de trabalho. *Jornal Segurança e Saúde no Trabalho*, 2004c. Disponível em: <<http://www.dnamicosite.com.br>>. Acesso em: 12/12/04.

BRASIL. Ministério da Previdência Social: Agência Nacional de Notícia da Previdência Social. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL TRABALHO, SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA. Ministério da Previdência Social: 2004d. Disponível em: <<http://www.med.net.saudeocupacional>>. Acesso em: 12/12/04.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. Área técnica de Saúde do Trabalhador. **Cadernos de saúde do trabalhador**: legislação. Elaboração e organização: Leticia Coelho da Costa. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 124p.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. Rio de Janeiro: LTC, 1987. 379p.

CAMPOS, G. W de S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERTHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Editora Hucitec, Buenos Aires: Lugar Editorial, 1997.p.229-65.

CHANLAT, A.; BÉRDARD, R. Palavras: a ferramenta do executivo. Tradução Mauro Tapias Gomes. In: CHANLAT, J-F. (Coord.). TÔRRES, O. L. S. (Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas v. 1. 3ª ed.** São Paulo: Atlas, 1996, p.125-148.

CLEGG, S. Poder, linguagem e ação nas organizações. Tradução Ofélia de Lanna Sette Torres. In: CHANLAT, J-F. (Coord.). TÔRRES O. L. S.(Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas v. 1. 3ª ed.** São Paulo: Atlas, 1996. p.47-66.

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO USP. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Ribeirão Preto: CEP-EERP/USP, 1999. 44p.

CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS - Directrices: para hacer frente a la violencia en el lugar de trabajo. Genebra (SWZ): CIE, 1999.

CORRÊA. H. Justiça determina internações em UTIs. **Folha de São Paulo**. São Paulo, 17 jul. 2003. Cotidiano, Caderno C, p. 4.

COSTA, A. L. R. C. **O cuidado como trabalho e o cuidado de si no trabalho de enfermagem**. 1998. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem e Nutrição – Universidade Federal Mato Grosso/Universidade Federal de Santa Catarina.

COSTA, A. L. R. C.; RAMOS, F.R.S. A busca do cuidado de si como uma “prática refletida e voluntária” no contexto do trabalho de enfermagem. In: **Anais eletrônico**. 56º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Disponível em: <<http://www.aben.org>>. Acesso em 25/02/05.

CRUZ NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (Org.) et al. **Pesquisa social: teoria método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994. p.51-65.

CUIABÁ. MS/DATASUS(GEIUH). Hospital e Pronto Socorro de Cuiabá. Sistema De Gerenciamento de Unidades de Emergência v. 10.1.1. **Atendimento por data de entrada E setor** de 23/02/03 a 23/10/02. Cuiabá/MT, 2005.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Saúde. **Plano municipal de saúde 2001-2005**. Cuiabá/MT, Fevereiro, 2002.

CUIABÁ. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Saúde. **Relatório de Gestão 2003**. Cuiabá/MT, Fevereiro, 2004.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI E.; JAYET, C. **Psicodinâmica do trabalho**: contribuições da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. In: BETIOL, M. I. S. (Coord.). Tradução Maria Irene Stocco Betiol. São Paulo: Atlas, 1994. 145p.

DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. Tradução Arakey Martins Rodrigues. In: CHANLAT, J-F. (Coord.). TÔRRES O. L. S. (Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas v. 1. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996. p.149-173.

_____. **A banalização da injustiça social**. Tradução Luiz Alberto Monjardim. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999. 155p.

_____. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. Tradução Ana Isabel Paraguay e Lúcia leal Ferreira 5ª ed. ampliada. São Paulo: Cortez, 1992. 168p.

DESLANDES, S. F. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002. 196p.

DI MARTINO V. **Workplace violence in the health sector** – country case studies (Brazil, bulgaria, Lebanon. Portugal, South Africa, Thailand, and an additional australian study): synthesis report. Genebra (SWZ): OIT/OMS/CIE/ISP. 2002.

DIAS, H. H.Z. R.; RAMOS, F. R. S. O “des”cuidado em saúde: a violência no processo de trabalho em enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 12 n. 1, p. 44-51, jan/mar. 2003.

DINIZ, N. M. F. et al. Mulher, saúde e violência: o espaço público e o privado. **O mundo da saúde**. São Paulo, ano 23, v. 23, n.2, p.106-12, mar-abr. 1999.

DOMENACH, J-M. La violencia. In: JOXE, A. (org.) **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981. p.33-45.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault, uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Tradução Vera Porto Carrero. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. 299p.

DUARTE, E. L. Políticas de recursos humanos e a microrregionalização. In: MATO GROSSO SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. **Regionalização da saúde em Mato Grosso**: em busca da integralidade da atenção. Júlio Strubing Muller Neto (org.). Cuiabá: SES, 2002a.. 336 p. ilustradas.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 3ª ed. São Paulo: Editora Saraiva, 2001. 200p.

FERREIRA, L. C. organização e relações de trabalho. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 12, n. 4, p. 461-69, Out/Dez. 2003.

FISCHER, N. Espaço, identidade e organização. Tradução Arakcy Martins Rodrigues In: CHANLAT, J-F. (Coord.). TÔRRES O. L. S.(Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas v. 2. São Paulo: Atlas, 1994. 285p.

FONSECA, T. M. G. **Gênero subjetividade e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2000. 213p.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**: história da violência nas prisões. Tradução Lígia M. Ponde. 13ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996.

_____. **Microfísica do poder**. Roberto Machado (Org.). 17ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002.295p.

GAIDZINSKI, R. R. Dimensionamento de pessoal de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. p. 91-115.

GALTUNG, J. Contribución específica de la irenología al estudio de la violencia: tipologias. In: JOXE, A. (org.). **La violencia y sus causas**. Paris: Unesco, 1981. p.91-106.

GASPARINI, G. Tempo e trabalho no ocidente. Tradução Ofélia de Lanna Sette Tôres In: CHANLAT, J-F. (Coord). TÔRRES O. L. S. (Org. ed. brasileira) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas v. 3, São Paulo: Atlas, 1996. p.175-193.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989. 323p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1994. 207p.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo, M. C. S. (org.) et. al. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994. p. 64-80.

GOMEZ, C. M.; THENDIM-COSTA, S. M. da F.. Precarização do trabalho e desproteção social: desafios para a saúde coletiva. **Ciência & Saúde coletiva**, ABRASCO, v. 4, n.2, p.411-21, 1999.

GRANDA, E. Salud: globalización de la vida y de la solidaridad. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v.24, n.56, p.83-101, set/dez. 2000.

HASSARD, J. Tempo de trabalho: outra dimensão esquecida nas organizações. In: CHANLAT, J-F. (Coord.). OFÉLIA DE LANNA SETTE TÔRRES (Org. da edição brasileira) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas** v. 1, 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1996. p.175-193.

HIRIGOYEN, M-F. **Mal-estar no trabalho: redefinindo o assédio moral**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002. 350p.

IANNI, O. O mundo do trabalho. **São Paulo em perspectiva**, v. 8 n. 1 p. 2-12, Jan/mar, 1994.

KIGMA, M. Enfermeria y violència. Boletim SWE del CIE. Disponible en: <<http://www.icn.ch/vilencia>. 1998> acesso em 21/08/2001.

LEHER, R. Reforma do Estado: o privado contra o público. **Rev. Trab. Educ. e Saúde**. v. 1 n. 2, p. 203-28. set. 2003.

LEOPARDI, M. T. Introdução. In: _____ (Org.). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**, Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC; (Org.) – Ed. Papa-Livros,1999. p.09-22.

LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D.; BORBA, M. R. Como o enfermeiro utiliza o tempo de trabalho numa unidade de internação. **Rev. Brás.Enferm.** Brasília, v. 47, n. 1, p. 7-14, jan/mar. 1994.

LUNARDI, V.L. A sanção normalizadora e o exame: fios visíveis/invisíveis na docilização dos corpos das enfermeiras. In: WALDOW, V. R.; LOPES, NM. J. M.; MEYER, D. E. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.79-108.

_____. **Do poder pastoral ao cuidado de si: governabilidade na enfermagem**. 2000. 279f. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 1997.

_____. **História da enfermagem: rupturas e continuidades**. 2ª ed. Rev. Pelotas: Ed. do autor, 2004. 88p.

LUNARDI-FILHO, W. D. **O mito da subalternidade do trabalho da enfermagem à medicina**. 2ª ed. Pelotas: Edição do autor, 2004. 206p.

- LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1.p. jan.-jun. 1991.
- MACHADO, R. et al. **Danação da norma: medicina social e constituição da Psiquiatria no Brasil** Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.
- MACHADO, R. Introdução: por uma genealogia do poder. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Roberto Machado (Org.). 17ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2002. p. VII-XXIII.
- MACHADO, J. M. H.; MINAYO G. C. Acidentes de trabalho: uma expressão da violência social. **Cad. Saúde Públ.** Rio de Janeiro, v. 10 (suplemento 1) 74-78, 1994.
- MACIEL, J. A. C. **Desempregado ou supérfluo?** Globalização. São Paulo: LTr, 1998. 112p.
- MARX, K. **O capital: crítica da economia política**. 3ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1998. 294p.
- MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec, 1991. 138 p.
- MARZIALE, M. H. P. A violência no setor saúde. **Rev. Latino Americana de Enferm**, Ribeirão Preto, v. 12 n. 2, p.147-8, mar./abr. 2004.
- _____. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Rev. Latino Americana de Enferm**. Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, . p. 1-2, mai. 2001.
- MARZIALE, M. H. P.; CARVALHO, E.C. Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. **Rev. Latino Americana de Enferm**. Ribeirão Preto, V. 6, n. 1, p. 99-117. jan. 1998.
- MARZIALE, M. H. P.; ROBAZZI, M. L. C.C. A postura adotada pelos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados e a adaptação ergonômica do procedimento técnico. **Acta Paul. Enferm**, v. 14, n.3, São Paulo, p. 71-9, set/dez., 2001.
- MARZIALE, M. H. P.; ROZESTRATEAN, R. J. A. Turnos alternantes: fadiga mental na enfermagem. **Rev. Latino-am. Enferm**. Ribeirão Preto. v. 3, n. 1, p. 59-78. Jan. 1995.
- MATO GROSSO, Secretaria de Estado de Saúde. **Saúde em números 4 –1998: sistemas de informações em saúde** 2ª ed. revisada. Cuiabá: SES, 2000. 145p.
- MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS: tomo II**. Salvador: Casa da Qualidade Editora, 2001. 144p.

MENDES-GONCALVES, R. B. Práticas de saúde: processo de trabalho e necessidades. **Cadernos CEFOR**. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria Municipal de Saúde, São Paulo, 1992.

MICHAUD, Y. **A violência**. Tradução de L. Garcia. São Paulo: Editora Ática, 1989. 116p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 3ª. ed. São Paulo: Hucitec – Abrasco, 1993. 269p.

MINAYO, M. C. S. A violência sob a perspectiva da saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10 (supt. 1): 06-08, 1994.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. Tradução Maria D. Alexandre e Maria Alice Sampaio Dória. 2ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1998. 350p.

MUROFUSE, N. T. **O adoecimento dos trabalhadores de enfermagem da Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais**: reflexo das mudanças no mundo do trabalho. São Paulo, 2004. 297f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2004.

NAVARRO; V. L.; ALESSI, N. P.; LIMA, M. da G. A violência no trabalho e a saúde do trabalhador no contexto da reestruturação produtiva no Brasil. In: SILVA, J. F.; LIMA, R. B.; DAL ROSSO, S. **Violência e trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: MNDH, 2001. p. 229-57.

NEGRI FILHO A. de. **Reflexões sobre poder, práxis e hegemonia na experiência da rede brasileira de cooperação em emergências** – RBCE. Disponível em: <<http://www.read.adm.ufrgs.br/read12/artigo/artigo1.htm>>. Acesso em 05/08/04.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência pré-natal**: prática de saúde a serviço da vida. São Paulo: Hucitec, 1994. 157p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Informe mundial sobre la violencia y salud**. Genebra (SWZ): OMS, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **La violencia en las américas: la pandemira social del siglo XX**. Genebra (SWZ): OPS /OMS, 1997.

PEREIRA, W. R. **Poder, violência e dominação simbólicos em um serviço Público de Saúde que atende a mulheres em situação de gestação, parto e puerpério**. 2000. 181f.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2000.

PEREIRA, W. R.; BELLATO, R. A relação entre a precarização do ambiente físico e o risco de infecção hospitalar: um olhar sob a perspectiva da ética, dos direitos humanos e da cidadania. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 13, p. 17-24, 2004. Número especial.

PIRES, D. A Estrutura objetiva do trabalho em saúde 1999. In: LEOPARDI, M. T. **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Programa de Pós Graduação em Enfermagem/UFSC (Orgs.). Ed. Papa-Livros, 1999. p.25-48.

_____. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana de Enferm.**, Salvador, v. 12, n. 1/2, p. 83-92, abr/ out., 2000.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998. 253p.

PITTA, A. M. F. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5ª ed. São Paulo: Annablume/Hucitec, 2003. 198p.

POLAK, Y. N. de S. **Corporidade como resgate do humano na enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPel.1997. 151p.

RAMOS, F.R. S. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador da saúde**. Pelotas: Editora universitária UFPEL; Florianópolis: programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFSC, 1996. 171p.

RIBEIRO, R. L. **Violência a criança hospitalizada**. Cuiabá, 1998. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem e Nutrição – Universidade Federal de Mato Grosso/Universidade Federal de Santa Catarina.

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

ROSSO, S. D.; FREITAS, E. S. A violência na história brasileira do trabalho. In: SILVA, J. F.; LIMA, R. B; DAL ROSSO, S. **Violência e trabalho no Brasil**. Goiânia: Ed. da UFG; Brasília: MNDH, 2001. p.31-48.

SANT'ANNA, D. B. de. **Corpos de passagem: ensaios sobre a subjetividade contemporânea**. São Paulo: Estação da Liberdade, 2001. 127p

SANTOS, M. D. dos. **Violência institucional em serviço de saúde**: representações sociais de mulheres em processo de parturição. Salvador, 2000. 87f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

SATO, L. Prevenção de agravos à saúde do trabalhador: replanejando o trabalho através das negociações cotidianas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5. p. 1147-66. set/ out., 2002.

SELIGMANN-SILVA, E. **Desgaste mental no trabalho dominado**. Rio de Janeiro: Editora UFRJ; Cortez Editora, 1994. 322p.

SILVA, G. B. da. **Enfermagem profissional**: análise crítica. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1989. 143p.

SILVA, M. A. R. da. **Mulheres em conflitos com a função materna na internação conjunta de uma unidade pediátrica**: vivenciando o altruísmo. Cuiabá, 1999. 108f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal Mato Grosso/Universidade Federal Santa Catarina.

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

SLUZKI, C. Violência familiar e violência política: implicações terapêuticas de um modelo geral. In: SCHNITMAN, D. F. **Novos paradigmas, cultura e subjetividade**. Tradução Jussara Haubert Rodrigues. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.228-43.

SOARES, L. T. As atuais políticas de saúde: os riscos do desmonte neoliberal. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 53, p. 17-24, Dez. 2000. Número especial

SUAZO, S. V; SANZ, P. L. Violencia: fenomeno relevante de estudio en campos clinicos intra-hospitalarios de enfermeria. **Ciencia y enfermeria**, Chile n. 8 v. 2, p. 21-26, 2002.

SULLIVAN, E. J. Violence and nursing. **Journal of professional nursing**, v. 15, n. 5. p. 259-260, September-October, 1999;

SUSSEKIND, A.; TEIXEIRA FILHO, J. L. **Instituições de direito do trabalho**. Vol. I. 20ª ed. São Paulo: LTr, 2002. 725p.

THÉBAUD-MONY. Trabalho e saúde na nova ordem econômica mundial. In: SCAVONE, L.; BATISTA, ED. L. (Orgs.) **Pesquisas de gênero: entre o público e o privado**. Araraquara: Faculdade de Ciências e Letras, Laboratório Editorial, 2000. 244p.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 128p.

VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. S. Mercado de trabalho em Saúde no Brasil: Empregos para os enfermeiros nas três últimas décadas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 54, n. 4., p. 623-9, out/ dez. 2001.

VILLA, T. C. S; PALHA, P. F. A descentralização como eixo norteador na reorganização e operacionalização dos princípios do Sistema Único de Saúde. **Rev. da Escola de Enferm. da USP**, São Paulo, v. 3 n. 3, p.19-25, set. 2003.

WAGNER, G. Os cenários do trabalho no Brasil. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, 2003, v. 12, n. 4, p. 451-60, Out/ Dez. 2003.

WISNER, A. **A inteligência do trabalho**: textos selecionados de ergonomia. São Paulo: FUNDACENTRO, 1994.

YOUNG-EISENDRATH, P. A pessoa do sexo feminino e como falamos dela. In: GERGEN-ed, M. M. **O pensamento feminista e a estrutura do conhecimento**. Tradução de Ângelo Melim. Rio de Janeiro: Rosa dos tempos: Edunb, 1993. p. 177-201.

APÊNDICE – B

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

CONSENTIMENTO APÓS INFORMAÇÃO

O Projeto de pesquisa intitulado: A DINÂMICA DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR, será realizado pela Pesquisadora **Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa** com o apoio da Faculdade de Enfermagem e Nutrição da Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT) e sob orientação da Doutora Maria Helena Palucci Marziale da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP)

O projeto de pesquisa tem como objetivo principal: **Identificar e analisar as distintas formas de violência sofridas pelo trabalhador de enfermagem** durante a realização de suas atividades em emergência e urgência em um Hospital e Pronto Socorro de Cuiabá/MT.

Os procedimentos que serão usados para identificar as formas de violências sofridas pelo trabalhador serão:

- Observação direta dos trabalhadores de enfermagem hospitalar em suas atividades habituais, procurando aprender as formas de relações sociais através dos rituais, procedimentos técnicos e atuação profissional e humana.
- Após autorização prévia por escrito, será realizada entrevista gravada com narrativas da história de vida dos informantes sobre sua vida no trabalho hospitalar em urgência e emergência.

A pesquisa não oferecerá risco à saúde do trabalhador, pois sua participação será definida por ele mesmo, uma vez que será respeitado sua vontade sobre aquilo que quiser informar e a observação dos trabalhadores durante o processo de trabalho hospitalar será feita com a máxima discrição possível.

Os resultados da pesquisa terão os seguintes benefícios previstos:

- ✓ permitirá a sistematização das diferentes formas de violência sofridas pelo trabalhador de enfermagem através de suas ações e práticas diárias, auxiliando, com certeza, na delimitação de novas formas de **promoção humana do trabalhador e da profissão de enfermagem**,
- ✓ oferecerá subsídios para **umentar a probabilidade da realização humana no trabalho em saúde contribuindo para ampliar a cidadania** de todos os sujeitos que estão envolvidos no processo de trabalho em saúde e enfermagem.
- ✓ possibilitará traçar um esboço do fenômeno violência no contexto do trabalho em saúde, favorecendo sua **visualização precoce e a criação de estratégias para uma atuação mais humana em relação ao trabalhador da saúde e das pessoas sob os seus cuidados**
- ✓ Possibilitará também a criação de **mecanismos para o controle ou superação da violência no trabalho hospitalar**

Eu....., fui informado dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descrito acima.

Entendo que terei garantia de confidencialidade, ou seja, que apenas dados consolidados serão divulgados e ninguém, além dos pesquisadores, terá acesso aos nomes dos participantes desta pesquisa. Entendo também, que tenho direito a receber informações adicionais sobre o estudo a qualquer momento, mantendo contato com o pesquisador principal. Fui informado ainda, que a minha participação é voluntária e que, se eu preferir não participar ou deixar de participar deste estudo em qualquer momento, isso NÃO me acarretará qualquer tipo de penalidade.

Compreendendo tudo o que me foi explicado sobre o estudo a que se refere este documento, concordo em participar do mesmo.

Assinatura do participante:

Assinatura do pesquisador principal:

Em caso de necessidade, contate com: Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa - Telefone: (65)-
637-4138 - Rua L quadra 11 casa 12 Jardim Araçá- 78035-300 -
Cuiabá/MT - E-mail: aldenan@yahoo.com.br

Data (Cidade/dia mês e ano) _____ de _____ de 20__

APÊNDICE – C

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Data: _____ Início: _____ Término: _____

Local: _____ Número: _____

1. Dados de identificação

Idade: ___ Sexo _____ Estado civil _____ Escolaridade _____

Tempo de serviço: _____ Turno de trabalho: _____

Tipo de vínculo empregatício: _____

2. Fale sobre sua experiência de trabalho:

Cheque liste:

- Como se deu sua aproximação ao trabalho de enfermagem? Como você percebe o seu processo de trabalho?
- Momentos mais marcantes de sua vida.
- Relação dos momentos marcantes com a sua atividade de trabalho hospitalar.
- Relação com as pessoas da equipe de saúde
- Relação com as pessoas da equipe de enfermagem.
- Relação com as pessoas que você cuida durante o seu trabalho no hospital.
- O que lhe dá mais prazer.
- O que faz você sofrer
- Vivências de violência durante o seu processo de trabalho cotidiano no hospital. Experiência e seus sentimentos ou reações frente a ela.
- Situações que criam obstáculos ou impedem a sua auto-realização como pessoa humana

3. Alguma vez você já se sentiu lesada(o) em seus direitos ou presenciou isto com alguém de sua equipe de trabalho?

APÊNDICE – D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Roteiro para complementação de coleta de dados administrativos no Hospital da coleta dos dados. – Data: 12/07/04

Ilma. Sra.

MD. Coordenadora do serviço de Enfermagem.

Prezada Coordenadora,

Durante os seis meses que permaneci nesta instituição de saúde fazendo observação do contexto de trabalho, ficaram alguns aspectos administrativos que exigem maiores esclarecimentos, razão pela qual solicito agora tais informações enumeradas a seguir;

1. Qual é a filosofia do trabalho em saúde no hospital?
2. Como é organizada administrativamente a assistência de saúde no hospital?
3. Como é organizado administrativamente a Assistência de enfermagem no hospital?
4. Como são estabelecidos os cargos de chefia dentro do hospital? Eleição? Indicação?
Critérios usados?
5. Qual é a capacidade de atendimento assistencial no hospital? Porte Hospitalar: Quantos Leitos de internação possui? Especialidades que atende?
6. Quais são os serviços existentes dentro do hospital? Quais são os serviços conveniados?
Quais são tercerizados?
7. A quais órgãos o hospital está ligado financeira e administrativamente? Seus recursos são provenientes apenas do SUS ou conta com outras fontes de recursos? {como recursos Federais ou filantrópicos?}
8. Onde fica o repouso das enfermeiras escaladas no setor de emergência e urgência clínica?
E o repouso dos maqueiros?
9. A quem os maqueiros estão subordinados? Qual a função específica deles?
10. Como são realizados os contratos de trabalho dos prestadores de serviço? Quais são seus deveres e direitos? Quanto tempo, em geral, eles permanecem na instituição?
11. Como são realizados os contratos de trabalho dos voluntários? Quais são os benefícios que eles têm da instituição? (o que a instituição oferece a eles?) Quais são os critérios usados para a aceitação dos trabalhadores voluntários? Quanto tempo eles podem ficar na instituição?

APÊNDICE – E

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
 UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
 PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS JUNTO AO COREn/MT - Data: 08/07/04

Ilmo. Dr. Vicente Pereira Guimarães
 MD. Presidente do Conselho Regional de Enfermagem de Mato Grosso
 Rua Batista das Neves, 22, 7ª andar – Salas 703-704 Centro.
 78005-380 – Cuiabá-MT

Sr. Presidente,

Sou professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Atualmente matriculada no Curso de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, estou realizando uma pesquisa junto aos trabalhadores de Enfermagem aqui em Cuiabá.

A pesquisa provisoriamente intitulada: **“A dinâmica da violência no contexto do trabalho da Enfermagem hospitalar”**, tem como objetivo principal: **identificar e analisar as distintas formas de violência sofridas pelos trabalhadores de enfermagem** durante a realização de suas atividades rotineiras dentro dos hospitais. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de nosso Estado conforme Termo de aprovação em anexo. Atualmente estou realizando análise dos dados.

Para contextualização dos dados da pesquisa preciso de dados oficiais sobre a situação do trabalho de enfermagem em Mato Grosso daí a solicitar as seguintes informações:

1. Como está ocorrendo a formação dos Profissionais de Enfermagem em Mato Grosso?
 (Opinião pessoal)
2. Como é feito o trabalho de fiscalização do exercício profissional de enfermagem junto às escolas de enfermagem? (junto com o Conselho de Educação? De que forma? Quais as competências de cada um?)
3. Quais são as exigências feitas para o funcionamento das Escolas de nível superior e de nível médio?
4. Existem quantas escolas de nível superior em Mato Grosso? Destas, quantas estão em Cuiabá e quantas estão no Interior do Estado? Quantas são públicas?
5. Como é feito o trabalho de fiscalização do exercício profissional de enfermagem nos hospitais no Estado e na Capital? Quais são as principais dificuldades encontradas?
6. Quais são as irregularidades mais frequentes detectadas pelo COREn/MT nos hospitais?
7. Quais são os requisitos exigidos pelo COREn aos hospitais? Até onde o COREn pode intervir em relação ao trabalho hospitalar dos profissionais de enfermagem? {Limites }
8. Como tem se dado a questão das denúncias? Os profissionais de enfermagem têm exercido esta prática? O que eles mais denunciam?
9. Qual a sua opinião sobre o mercado de trabalho para os profissionais de enfermagem em Mato Grosso? Quais as áreas de maior oferta de trabalho para esses profissionais?

10. Em relação aos estágios acadêmicos: eles podem ser realizados sob quais condições? [quais são as exigências para a instituição e para o acadêmico?] Existe possibilidade de um acadêmico de enfermagem conseguir um estágio remunerado?
11. Qual é a diferença que existe entre um técnico e um auxiliar de enfermagem? Existe um tempo definido para a passagem de todos os auxiliares para técnicos? Como tem ocorrido esta passagem ou esta mudança de nível?
12. Qual é a posição do COREn frente ao trabalho voluntário? Existe algum problema detectado pelo Conselho de Enfermagem em relação ao trabalho voluntário? Qual?
13. Qual é a posição do COREn em relação aos estágios extra-curriculares de alunos dos cursos de enfermagem?

Desde já agradeço as informações e me coloco a disposição para as informações que se fizerem necessárias.

Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa
Fone: (65) 637-4138 – e-mail: aldenan@yahoo.com.br

APÊNDICE – F

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Questionário para coleta de dados junto Presidente ao Conselho Estadual de Educação.

Cuiabá, 08 de Julho de 2004

Ilm^a Sr^a Alaíde Alves Medieta
MD. Presidente do Conselho Estadual de Educação
Rua Comandante Costa, 348 – Centro
Cuiabá – MT

Sr^a Presidente,

Sou professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Atualmente matriculada no Curso de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP estou realizando uma pesquisa junto aos trabalhadores de Enfermagem aqui em Cuiabá.

A pesquisa provisoriamente intitulada: **“A dinâmica da violência no contexto do trabalho da Enfermagem hospitalar”**, tem como objetivo principal: **identificar e analisar as distintas formas de violência sofridas pelos trabalhadores de enfermagem** durante a realização de suas atividades rotineiras dentro dos hospitais. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de nosso Estado conforme Termo de aprovação em anexo. Atualmente estou realizando análise dos dados.

Para contextualização dos dados da pesquisa preciso de dados oficiais sobre a situação da formação dos profissionais de enfermagem em nosso Estado. E nesse sentido, venho solicitar de V. S^a. informações a respeito das Escolas Formadoras dos profissionais de Enfermagem do Estado de Mato Grosso. Preciso saber:

1. Quantas escolas de Graduação em Enfermagem estão atualmente em funcionamento no Estado de Mato Grosso? Destas, quantas são públicas e suas denominações? quantas são privadas e como se denominam? Onde se situam? Quantas vagas oferecem? Desde quando estão em

funcionamento? Em resumo: Relação das Escolas de Graduação em Enfermagem de Mato Grosso e sua situação junto ao Conselho.

2. Quantas escolas profissionalizantes de Enfermagem – nível médio – existem em nosso Estado? Quantas são públicas e quantas privadas? Onde se situam e desde quanto estão em funcionamento? Quantas vagas oferecem e como se denominam? Em resumo: Relação das Escolas profissionalizantes de Enfermagem, nível médio, e sua situação junto ao Conselho.
3. Se existe alguma denuncia de irregularidade e que tipo de irregularidade são mais frequentes em relação às Escolas formadoras dos profissionais de enfermagem?

Desde já agradeço a colaboração e me coloco à disposição de V. S^a. para outras informações ou esclarecimentos que se fizerem necessário.

Atenciosamente,

Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa

Telefone: (65) 637-4138 – E-mail: aldenan@yahoo.com.br

APÊNDICE – G

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO – FACULDADE DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO
PRETO – PROGRAMA DE ENFERMAGEM FUNDAMENTAL

Questionário para coleta de dados junto a Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá

Cuiabá, 10 de Julho de 2004

Ilm^a Sr^a Eugênia Calejas

MD. Diretora de Planejamento e Controle da
Secretaria Municipal de Saúde de Cuiabá
Rua são Joaquim, Secretaria Municipal de Saúde
Cuiabá – MT

Sr^a Diretora,

Sou professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso. Atualmente matriculada no Curso de Pós Graduação em Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP estou realizando uma pesquisa junto aos trabalhadores de Enfermagem aqui em Cuiabá.

A pesquisa provisoriamente intitulada: **“A dinâmica da violência no contexto do trabalho da Enfermagem hospitalar”**, tem como objetivo principal: **identificar e analisar as distintas formas de violência sofridas pelos trabalhadores de enfermagem** durante a realização de suas atividades rotineiras dentro dos hospitais. A referida pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética de nosso Estado conforme Termo de aprovação em anexo. Atualmente estou realizando análise dos dados.

Para contextualização dos dados da pesquisa faz-se necessário conhecer dados oficiais sobre a situação do Sistema Único de Saúde aqui em Cuiabá. Preciso saber:

1. Como é feita a organização do Sistema de Saúde Pública em Cuiabá?
 - Postos de saúde
 - Programa de saúde da família
 - Policlínicas

2. Quais são as orientações dadas aos profissionais de saúde no que se refere ao atendimento de Emergência e Urgência em Cuiabá? Como deve ser realizado o fluxo dos usuários do SUS que necessitam de um atendimento de Emergência e Urgência?
 3. Quando teve início e como se dá o funcionamento da Central de Regulação?
 4. Quais são os critérios usados pela Central de Regulação para o encaminhamento dos usuários que precisam de internação hospitalar e, particularmente, de UTI?
 5. Quais são os principais problemas detectados pela Central de Regulação em relação aos encaminhamentos dos usuários do SUS aos hospitais?
 6. Sabemos que a maioria das emergências e urgências de todo o Estado de Mato Grosso e de alguns Estados próximos são encaminhadas para Cuiabá. Como tem sido organizado o atendimento de saúde a essas pessoas?
 7. Em relação ao Pronto Socorro Municipal de Cuiabá: Como tem sido efetuadas as contratações dos trabalhadores de enfermagem? – Concurso público? Seleção? Indicação?
 8. Como são definidos os cargos de chefias no Pronto Socorro Municipal de Cuiabá?
 9. Como são feitos os contratos de trabalho dos prestadores de serviço do PSMC? Quais são as garantias legais dada a eles? (Seus deveres e direitos?)
 10. Existe algum texto escrito sobre o funcionamento do SUS em Cuiabá nos últimos 5 anos que eu pudesse usar como referencial teórico? Como poderei ter acesso a esse tipo de documento?
- Desde já agradeço a colaboração e me coloco à disposição de V. S^a. para outras informações ou esclarecimentos que se fizerem necessários.

Atenciosamente,

Aldenan Lima Ribeiro Corrêa da Costa

Telefone: (65) 637-4138 – E-mail: aldenan@yahoo.com.br

ANEXO 1

Ministério da Educação
 FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JÚLIO MÜLLER

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Júlio Müller
 Registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em 25/08/97

**TERMO DE APROVAÇÃO ÉTICA
 DE PROJETO DE PESQUISA**

REFERÊNCIA: PROJETO DE PROTOCOLO Nº 090/HUJM/2003

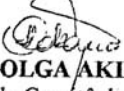
SOLICITADAS ALTERAÇÕES

APROVADO "Ad Referendum"

APROVAÇÃO FINAL X

O projeto de pesquisa intitulado "A DINÂMICA DA VIOLÊNCIA NO CONTEXTO DO TRABALHO DE ENFERMAGEM HOSPITALAR" de responsabilidade da pesquisadora ALDENAN LIMA RIBEIRO CORRÊA DA COSTA, foi avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em reunião realizada no dia 16 de abril de 2003, que concluiu pela sua aprovação final, tendo em vista que o mesmo atende aos requisitos da Resolução 196/96 do Ministério da Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos.

Cuiabá, 17 de abril de 2003.


PROFª. DRA. OLGA AKIKO TAKANO
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - HUJM