

JULIETA ORO

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: contextos e desafios**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Francine Lima Gelbcke.

**Florianópolis
2017**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Oro, Julieta

Organização do Trabalho em Hospitais Universitários
Federais : contextos e desafios. / Julieta Oro ;
orientadora, Dr^a Francine Lima Gelbcke, 2017.
286 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2017.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Hospitais Universitários. 3. Gestão
de Serviços de Saúde. 4. Organização e Administração. 5.
Ergologia. I. Gelbcke, Dr^a Francine Lima. II.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. III. Título.

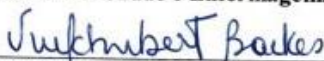
JULIETA ORO

**ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HOSPITAIS
UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: CONTEXTOS E DESAFIOS**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca
Examinadora para obtenção do Título de:

DOUTORA EM ENFERMAGEM

e aprovada em 21 de fevereiro de 2017, atendendo às normas da
legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa
de Pós-graduação em Enfermagem, área de concentração: **Educação e
Trabalho em Saúde e Enfermagem.**

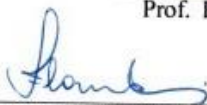


Prof. Vânia-Marli Schubert Backes, Dra.
Coordenadora do Programa

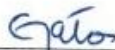
Banca Examinadora:



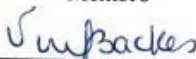
Prof. Prof. Francine Lima Gelbcke, Dra.
Presidente



Prof. Flávia Regina de Souza Ramos, Dra.
Membro



Prof. Eliane Matos, Dra.
Membro



71 Prof. Magda Duarte dos Anjos Scherer, Dra.
Membro (videoconferência)



Jacks Sorato, Dr.
Membro



Prof. Laura Cavalcanti de Farias Brehmer Dra.
Membro

Dedico a todos os profissionais que atuam nos Hospitais Universitários e que, verdadeiramente, incorporam o tripé [assistência, ensino e pesquisa] no cotidiano do seu trabalho.

AGRADECIMENTOS

Estes últimos anos foram, com certeza, um período muito especial, de muita aprendizagem, de desafios e conquistas no campo profissional e pessoal. Agradeço imensamente a TODOS que contribuíram para que eu concluísse o doutorado. Certamente, são muitas as pessoas a agradecer... Todas as contribuições foram importantes, essenciais mesmo para que eu pudesse chegar até aqui. Muito obrigada!

À Universidade Federal de Santa Catarina, através do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e seus Funcionários, em especial, aos Professores do Doutorado, pelo ensino, disponibilidade e apoio nesta caminhada.

À minha Orientadora, Francine Lima Gelbcke, que tornou possível a realização deste trabalho, atuando com competência, sabedoria e bom-senso, estando comigo em todos os momentos, encorajando-me e ensinando-me. Certamente a caminhada tornou-se mais fácil e produtiva com suas contribuições. Obrigada por tudo!

Aos Integrantes da Banca: Flávia Regina Souza Ramos; Magda Duarte dos Anjos Scherer; Jacks Soratto; Eliane Matos; e, Laura Cavalcanti de Farias Brehmer, agradeço pela disponibilidade de participar da Banca, pela leitura deste estudo, pelas sugestões e contribuições.

A todos os integrantes do Estudo Multicêntrico do HU/UFSC e HUB/UnB e, em especial, à Virgínia, que me ajudou imensamente para a realização de toda a coleta dos dados do HU/UFSC, minha eterna gratidão.

À coordenadora do Estudo Multicêntrico, Magda Duarte dos Anjos Scherer, que, ao possibilitar a inserção de diferentes pesquisadores no macrojeto tornou possível a realização da minha pesquisa.

À equipe do Estudo Multicêntrico de Brasília, que me acolheu com carinho e dedicação, me introduzindo-me afetuosamente nos serviços do Hospital [HUB]. Certamente o meu percurso não seria tão fácil sem o auxílio de vocês!

A Jacks Soratto, por dar todo o suporte no uso do programa do

Atlas. ti.

Às instituições pesquisadas [HU/UFSC e HUB/UnB] e respectivos serviços [Serviço de Emergência Adulto e Unidade de Internação de Clínica Médica-HU e Setor de Urgência/ Emergência e Unidades de Internação de Clínica Cirúrgica-HUB por meio dos Sujeitos participantes da pesquisa, por se disponibilizarem em participar deste estudo: com certeza, sem vocês eu não teria como chegar aos resultados da pesquisa!

À grande Família do HU, em especial ao Ambulatório de QT e a CMI, pelos muitos anos de convivência, carinho, atenção e parceria em todos os momentos ali vividos, meus sinceros agradecimentos.

Às Colegas do Doutorado, pelo apoio incondicional, pela oportunidade de conviver, de compartilhar e de aprender...

À Edenise, por sua disponibilidade e sensibilidade em me auxiliar na recepção durante a apresentação do estudo, minha gratidão!

Aos meus Filhos, Luiz Henrique e Emanuel Henrique, presentes de Deus, luz e alegria em meu viver, que souberam compreender a amplitude de mais este 'passo' e relevaram os muitos momentos de ausência e impaciência, a minha eterna gratidão!

Aos meus queridos Pais, Reinaldo (in memoriam) e Maria, que com seus exemplos me ensinaram a viver com dignidade, dando liberdade para buscar o meu caminho, oferecendo apoio, incentivo para transpor as barreiras e principalmente viver a vida. Eterna gratidão!

Aos meus familiares, que me incentivaram e acreditaram nos meus potenciais. O meu muito obrigada!

Às minhas Amigas e Amigos, desculpem pelos muitos momentos de ausência. Certamente foi por um bom motivo!

Ao DEUS Onipresente, por estar comigo em todos os momentos do meu existir e, principalmente, neste período de estudos.

Tente uma, duas, três vezes e se possível tente a quarta, a quinta e quantas vezes for necessário. Só não desista nas primeiras tentativas, a persistência é amiga da conquista. Se você quer chegar aonde a maioria não chega, faça aquilo que a maioria não faz.

(William Henry Gates III).

ORO, Julieta. **Organização do Trabalho em Hospitais Universitários Federais: contextos e desafios**. 2017. 286.p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMO

Estudo com objetivo de analisar e comparar os contextos e desafios no trabalho dos profissionais da saúde que atuam em dois Hospitais Universitários Federais (HU), com abordagem qualitativo-descritiva e transversal. A amostragem foi intencional, tendo sido realizada, respectivamente, no Serviço de Emergência Adulto e Unidade de Internação de Clínica Médica do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) e Unidade de Urgência e Emergência e Unidades de Internação Cirúrgica do Hospital Universitário de Brasília, vinculado à Universidade de Brasília (HUB/UnB). A coleta de dados ocorreu entre janeiro de 2014 e novembro de 2016, com as seguintes etapas: análise de documentos disponibilizados pelas instituições e pelos serviços, com informações acerca da estrutura, organização e pessoal; observação flutuante do serviço, totalizando cento e trinta e cinco horas; sessenta e sete entrevistas com gestores e demais categorias profissionais que realizam atividades nos serviços; e, seis acompanhamentos de turnos de trabalho dos profissionais (médico, enfermeiro e técnico em enfermagem), em um total de trinta e seis horas. Para análise, os dados foram alicerçados segundo a técnica de Análise de Conteúdo Temática e organizados com auxílio do software Atlas.ti, norteados pelo referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde, na abordagem Ergológica e em produções que orientam a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil. Todos os preceitos éticos foram respeitados. Os resultados da investigação apontam que existem mais semelhanças do que diferenças no desenvolvimento das gestões e das práticas nestas instituições. Os HU vivem momentos diferentes de gestão administrativa, mas ambos buscam novas formas de aperfeiçoá-la e padronizá-la, visando reduzir os gastos, aumentar a produtividade, ampliar o número de servidores e benfeitorias estruturais, com ganhos para os usuários, o ensino e a pesquisa. Evidenciou-se que as limitações e/ou insatisfações do trabalho interferem negativamente em sua organização e que se agravam quando o número de trabalhadores é insuficiente para atendimento aos usuários do serviço ou quando o espaço físico é inadequado. Observaram-se

ganhos nas relações multiprofissionais, nas práticas de ensino e no atendimento ao usuário dos serviços, que se dá de forma mais horizontalizada, em um olhar mais aproximado dos princípios preconizados pelo Sistema Único de Saúde. Na realidade do HU/UFSC, o déficit no número de profissionais, principalmente da enfermagem, independente do serviço investigado, interfere na assistência prestada e na saúde do trabalhador. Ao comparar o trabalho prescrito e o real, percebeu-se a existência de debates diários entre as normas, estabelecendo movimentos de renormalizações que vão além de reproduzir o existente, refletindo e interferindo na realização das atividades de trabalho. A organização do trabalho dos Hospitais Universitários Federais enfrenta desafios na superação da fragmentação e na construção da integralidade assistencial, para as quais é fundamental a compreensão da relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real. O momento atual dos HU pesquisados parece representar uma oportunidade no que concerne à discussão da organização do trabalho multidisciplinar, visando sua construção e consolidação, uma vez que as instituições estão em fase de mudança de gestão e reestruturação do modelo assistencial.

Palavras-Chave: Hospitais Universitários. Gestão de Serviços de Saúde. Organização e Administração. Condições de Trabalho. Sistema Único de Saúde. Equipe de Assistência ao Paciente. Ergologia.

ORO, Julieta. **Work organization in federal university hospitals: context and challenges.** 2017. 286p. Thesis (Doctorate in Nursing). Post-Graduation in Nursing Program, Universidade Federal de Santa Catarina [Federal University of Santa Catarina], Florianópolis, 2017.

ABSTRACT

This descriptive qualitative cross-sectional study was aimed at analyzing and comparing the context and challenges faced by healthcare professionals who work in two University Hospitals (UH). Intentional sampling was performed in the Department of Adult Emergency and Internal Medicine Admission Unit of the University Hospital of Universidade Federal de Santa Catarina (UH/UFSC) and in the Emergency Unit and Surgical Admission Unit of the Brasília University Hospital, part of the Universidade de Brasília [Brasília University] (HUB/UnB). Data were collected from January 2014 and November 2016 in the following stages: review of documents provided by the institutions and departments, including information on the structure, organization and staff; fluctuating observation of the department, totaling 135 hours; 67 interviews with managers and other staff who work in the departments; and monitoring of six staff shifts (physician, nurse and nursing technician), totaling 36 hours. The data were based on the Thematic Content Analysis method and organized using the Atlas.ti software. The theory of Work Process in Healthcare's approach to Ergology and the Unified Health System in Brazil [SUS, Sistema Único de Saúde] guidelines were used. All ethical precepts were respected. The investigation results indicate there are more similarities than differences in the development of management and practices in the two institutions. Although at different stages, both UHs seek new ways to improve and standardize their administration management in order to reduce expenditure, increase productivity and increase the number of staff and structural improvements to benefit the users, teaching and research. The work limitations or dissatisfactions have a negative effect on the organization, which becomes worse when the number of staff is insufficient to care for the users or when the facilities are inadequate. It was observed that the multiprofessional relationships, teaching practices and horizontal healthcare services provided to the user have improved, which is close to one of the recommendations made by the SUS. The lack of staff at the UH/UFSC, especially nursing staff, regardless of the department, has an impact on the care provided and on the healthcare

professional's health. When the recommended and the actual work routines were compared, the existence of daily discussions of the standards. This led to the establishment of new standards that not only reproduce the existing standard but also reflect and interfere on how the tasks are performed. In the Federal University Hospitals, work organization is challenged to overcome fragmentation and build healthcare integrality, which demands that the relationship between the recommended and the actual work be understood. It seems that since the institutions are changing and restructuring the healthcare model, the UHs investigated in this study currently offer an opportunity to discuss multidisciplinary, build and consolidate work organization.

Key Words: University Hospitals. Healthcare Management. Organization and Administration. Work Conditions. Unified Health System. Patient Healthcare Team. Ergology.

ORO, Julieta. **Organización del trabajo en hospitales universitarios federales: contextos y desafíos**. 2017. 286.p. Tesis (Doctorado en Enfermería). Programa de Postgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

RESUMEN

Estudio con el objetivo de analizar y comparar los problemas y desafíos en el trabajo de los profesionales de salud que actúan en dos Hospitales Universitarios Federales (HU), con abordaje cualitativo-descriptivo y transversal. La muestra intencional fue obtenida del Servicio de Emergencia Adulto y Unidad de Hospitalización de Clínica Médica del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) y Unidad de Urgencia y Emergencia y Unidades de Hospitalización Quirúrgica del Hospital Universitario de Brasilia, vinculado a la Universidad de Brasilia (HUB/UnB). La cosecha de datos fue de enero de 2014 a noviembre de 2016, con las siguientes etapas: análisis de documentos proporcionados por las instituciones y servicios, con informaciones de la estructura, organización y personal; observación del servicio, totalizando 135 horas; 67 entrevistas con gestores y otras categorías profesionales que trabajan en los servicios; y seis seguimientos de turnos laborales de los profesionales (médico, enfermero y técnico en enfermería), totalizando 36 horas. Los datos fueron basados en la técnica de Análisis de Contenido Temático y organizados utilizando el software Atlas.ti, orientados por el referencial teórico de la Ergología en el Proceso de Trabajo en Salud y en producciones que orientan la construcción del Sistema Único de Salud [SUS] en Brasil. Todos los preceptos éticos fueron respetados. Los resultados de la investigación apuntan que hay más similitudes que diferencias en el desarrollo de las gestiones y prácticas en las instituciones. Los HU experimentan momentos distintos de gestión administrativa, pero ambos buscan nuevas maneras de mejorar y estandarizar la gestión, objetivando reducir costes, aumentar la productividad, ampliar el número de servidores y mejoras estructurales para beneficiar los usuarios, la enseñanza y la investigación. Las limitaciones o insatisfacciones del trabajo interfieren negativamente en su organización, y son más graves cuando el número de trabajadores es insuficiente para atender a los usuarios del servicio o cuando hay limitaciones físicas. Se observó que las relaciones multiprofesionales, las prácticas de enseñanza y la atención al usuario han mejorado, y son

más horizontales y más próximas de las recomendaciones del SUS. En el HU/UFSC, independientemente del servicio investigado, la falta de profesionales, especialmente en enfermería, interfiere en la asistencia prestada y en la salud del trabajador. Cuando el trabajo prescrito y el real son comparados, hay la existencia de reflexiones diarias sobre de las normas, que establecen re-normalizaciones que además de reproducir lo que ya existe, reflejen e interfieren en la realización de las actividades laborales. La organización del trabajo en los Hospitales Universitarios Federales enfrenta desafíos para superar la fragmentación y construir una integralidad asistencial. Para eso, la comprensión de la relación entre el trabajo prescrito y el trabajo real es fundamental. El momento actual de los HU investigados parece representar una oportunidad para que se discuta la organización del trabajo multidisciplinario, objetivando su construcción y consolidación, ya que las instituciones están en fase de cambio de gestión y reestructuración del modelo asistencial.

Descriptor: Hospitales Universitarios. Gestión de Servicios de Salud. Organización y Administración. Condiciones de Trabajo. Sistema Único de Salud. Equipo de Cuidado al Paciente. Ergología.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Percurso metodológico para operacionalização deste estudo. Brasil, 2017.	79
Figura 2 - Codificação para garantia do anonimato dos participantes. Brasil, 2017.	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Detalhamento dos estudos selecionados para a pesquisa, n = (11).	33
Quadro 2 - Observação de campo dos serviços – HU/UFSC e HUB/UnB, Brasil, 2017.	76
Quadro 3 - Número de entrevistas e categoria profissional dos serviços – HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil, 2017.....	77
Quadro 4 - Relações entre as fases da análise de temática e o software Atlas.ti.	82

MANUSCRITO I

Quadro 1 - Estrutura assistencial das instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.	101
Quadro 2 - Estrutura de pessoal, incluindo a formação nas instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.....	103
Quadro 3 - Organização da pesquisa, os tipos de pesquisa realizada e atividades de extensão nas instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.	104

MANUSCRITO II

Quadro 1 - Horas de observação realizadas no SEA (HU/UFSC) e Unidade de Urgência e Emergência (HUB/UnB). Brasil.	126
Quadro 2 - Entrevistas realizadas no SEA- HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência - HUB/UnB. Brasil.....	126
Quadro 3 - Relações entre as fases da análise de temática e o software Atlas.ti.	128
Quadro 4 - Distribuição da quantidade de quotations (n=686) de acordo com os codes (5) de organização do trabalho dos profissionais do SEA- HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência- HUB/UnB. Brasil, 2017.....	135

MANUSCRITO III

Quadro 1 - Número de horas de observação das UICM-HU/UFSC e UICC-HUB/UnB. Brasil, 2017.	188
---	-----

Quadro 2 - Número de entrevistas dos UICM-HU/UFSC e UICC-HUB/UnB. Brasil, 2017.....	189
Quadro 3 - Distribuição da quantidade de <i>quotations</i> (n=) de acordo com os <i>codes</i> de Organização do Trabalho e de Condições do Trabalho, a partir dos dados coletados em unidades de internação no HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil, 2017.....	190

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGHU	Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários
AIH	Autorização de Internação Hospitalar
AP-HM	Assistência Pública – Hospitais de Marseille ⁷
BDEFN	Base de Dados Bibliográficos Especializada na Área de Enfermagem do Brasil
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAS	Centro de Atenção à Saúde
CACON	Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CDEP/FS	Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CONSUNI	Regimento pelo Conselho Superior Universitário
CPA	Centro de Pronto Atendimento
CHU	Hospital Universitário de Tlemcen
DEA	Análise Envoltória de Dados
DF	Distrito Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
FAPEU	Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária
FIDEPS	Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde
FUB	Fundação Universidade de Brasília
HDA	Hospital Docente Assistencial
HDFPM	Hospital do Distrito Federal Presidente Médici
HU	Hospital Universitário Federal / Hospitais Universitários Federais
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HU/UFSC	Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São

	Thiago / Universidade Federal de Santa Catarina
HUB/UnB	Hospital Universitário de Brasília /Universidade de Brasília
IAC	Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IPASE	Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado
LILACS	Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde
MEC	Ministério da Educação
MEDLINE	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
POPs	Procedimento Operacional Padrão
PNH	Política Nacional de Humanização
PNHOSP	Política Nacional de Atenção Hospitalar
RAS	Redes de Atenção à Saúde
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SEA	Serviço de Emergência Adulto
SES/SC	Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina,
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNACON	Unidades de Assistência de Alta Complexidade
UnB	Universidade Federal de Brasília
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	21
1.1	OBJETIVOS	26
1.1.1	Objetivo Geral.....	26
1.1.2	Objetivos Específicos	26
1.2	TESE.....	26
2	MARCO CONTEXTUAL.....	27
2.1	GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ABORDAGENS NA LITERATURA.....	27
3	SUSTENTAÇÃO TEÓRICA.....	51
3.1	O TRABALHO NO CAMPO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR.....	51
3.2	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	57
3.3	ERGOLOGIA: UM OLHAR PARA O MUNDO DO TRABALHO	64
4	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	69
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	69
4.2	LOCAL DO ESTUDO.....	70
4.3	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	73
4.4	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO	75
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	79
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	83
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	87
5.1	MANUSCRITO I – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: PRÁTICAS COMPARADAS.....	88
5.2	MANUSCRITOS II – ORGANIZACAO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS.....	118

5.3	MANUSCRITO III - ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS .	180
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	235
	REFERÊNCIAS.....	240
	APÊNDICE A - QUADRO COMPARATIVO DOS SERVIÇOS (HU/UnB E HU/UFSC).....	265
	APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO (EMERGÊNCIA E UNIDADE DE INTERNAÇÃO).....	267
	APÊNDICE C - OBSERVAÇÃO FLUTUANTE - CARACTERIZAR O SERVIÇO E O TRABALHO (UNIDADE DE EMERGÊNCIA E UNIDADE DE INTERNAÇÃO).....	269
	APÊNDICE D - ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PROFISSIONAIS E OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E UNIDADES DE INTERNAÇÃO.....	273
	APÊNDICE E - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO – OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DO TURNO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL.....	275
	ANEXO.....	277
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	279

1 INTRODUÇÃO

O interesse em realizar este estudo teve origem em minha trajetória profissional como enfermeira e servidora em um Hospital Universitário Federal (HU). No decorrer dos anos de trabalho, algumas inquietações surgiram acerca da organização do trabalho de enfermagem, dos modelos assistenciais, do trabalho multidisciplinar, da qualidade de vida no trabalho, entre tantos outros aspectos do cotidiano dos profissionais da saúde no ambiente intra-hospitalar.

Durante o curso de mestrado profissional, realizei estudo com enfoque nos modelos de cuidado de enfermagem, em uma unidade de internação, com abordagem crítico-reflexiva, que possibilitou a experimentação de novas propostas de organização do trabalho, com aproximação ao modelo de cuidados integrais, construídas coletivamente com os trabalhadores da enfermagem em seus turnos de trabalho. O resultado do estudo apontou para limitações impostas pelas condições de trabalho quando se fala em mudanças na organização do trabalho coletivo. Dentre elas, o quantitativo de pessoal reduzido no turno noturno foi uma das justificativas para a não adoção do modelo de cuidados integrais. Mesmo com as dificuldades apontadas, evidenciou-se que em condições de trabalho adversas é possível produzir mudanças que beneficiem o usuário do serviço e o trabalhador, se houver investimento do coletivo de trabalhadores (ORO, 2011).

Com base nas experiências vivenciadas no cotidiano de trabalho e nas reflexões propiciadas pela academia, entendo que a organização do trabalho da equipe da saúde não atende de forma integral e não considera todos os pressupostos da integralidade da assistência, na realidade do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Na enfermagem, apesar da existência de um modelo híbrido, que integra alguns aspectos do modelo de cuidados integrais e alguns aspectos do modelo de cuidados funcionais, em minha percepção, este não alcança a integralidade da assistência, pois não permite uma aproximação maior com o usuário do cuidado (ORO, 2011). Consequentemente, esta maneira de organização do trabalho não responde inteiramente às políticas públicas de saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) no que se refere a contemplar o atendimento de forma integral, pautado no vínculo com o sujeito do cuidado, conforme descrito na Política Nacional da Humanização (PNH).

Neste sentido, a integralidade da assistência vai muito além dos cuidados integrais da enfermagem descritos anteriormente, abrangendo

aspectos do cuidado com a saúde individual e aspectos da organização do trabalho, enquanto sistema de atenção à saúde. Deste modo, a integralidade pode ser entendida como “uma das diretrizes do SUS que preconiza o acesso da população ao sistema nos diversos níveis de atenção, seja ele primário, secundário ou terciário, preventivo ou curativo, técnico ou político” (PINHO *et al.*, 2007, p. 836). Sendo assim, “a integralidade tem sido defendida como o eixo condutor dos processos de mudanças para uma ruptura de valores tradicionais na Saúde, como a fragmentação da atenção e do cuidado às pessoas” (VIEGAS; PENNA, 2015, p. 1090).

A integralidade apresenta diferentes dimensões, como a macroestrutura, que inclui debates das políticas locais e regionais, até a dimensão mais subjetiva do usuário que é atendido nos serviços de saúde. Estas concepções sinalizam a multidimensionalidade de um modelo imaginado da integralidade frente aos níveis de intervenção em saúde do SUS (PINHO *et al.*, 2007). Inclusive, a integralidade constitui um elemento fundamental para a consolidação de um modelo de saúde que congregue, de forma mais efetiva, a universalidade e a equidade no atendimento, bem como, um princípio de organização do processo de trabalho nos serviços de saúde, com busca contínua no sentido de ampliar as possibilidades de alcançar ações resolutivas de saúde para um determinado grupo populacional (MATTOS, 2001; VIEGAS; PENNA, 2015).

Baseada nos conceitos descritos e, a partir das minhas experiências de trabalho e da formação acadêmica, pretendeu-se ampliar as reflexões para além da organização do trabalho em enfermagem, pensando-se no processo do trabalho dos profissionais da saúde, identificando os contextos e desafios contemporâneos do trabalho, visando contribuir em melhorias, tanto para o usuário, quanto para o trabalhador da saúde. Ressalta-se aqui, que os HU, de algum modo, servem como modelos de atendimento do SUS.

Os HU são instituições respeitáveis, com a finalidade de prestar assistência ao usuário; sendo locais imprescindíveis para formação acadêmica das profissões da área da saúde e optativa para muitas outras profissões. Eles também abarcam um vasto campo de pesquisa, o que lhes dá uma característica especial, única e singular no contexto geral das instituições hospitalares. Essas especificidades resultam em constantes desafios, principalmente na organização e gestão dos processos de trabalho, na qualidade de vida no trabalhador e na formação dos profissionais. Refletir sobre essa problemática pode

contribuir para a identificação de problemas comuns entre as instituições, assim como para a troca de conhecimentos e para que se possam prever meios de enfrentá-los.

O trabalho em saúde no cotidiano é mediado por relações essencialmente intersubjetivas. Isso significa pensar como se dão as relações no trabalho em saúde, com suas regras e disciplina, dando atenção não apenas às relações de domínio, mas também às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de inventar novas formas de lidar com as normas, inclusive com possibilidades de modificação destas, ou seja, vislumbrando outros espaços de gestão. Contudo, cabe considerar que o trabalho em saúde não segue apenas a lógica técnico-científica, mas também seguem as intervenções fragmentadas de profissionais que não consideram o espaço coletivo do trabalho. O reconhecimento da interatividade do trabalho em saúde implica na necessidade de “conhecer e compreender, em profundidade, a inserção e participação dos usuários, população e trabalhadores na prestação de serviços e nas ações de saúde tendo em vista o cuidado integral e resolutivo” (CARVALHO *et al.*, 2012. p. 25-26).

Outros estudos mostram igualmente preocupação com a forma como o trabalho é organizado nas instituições de saúde, principalmente as hospitalares, com base no parcelamento das atividades, o que, em tese, traz efeitos negativos para o trabalhador, que não tem domínio sobre o seu processo de trabalho, e para o sujeito do cuidado, que no dia-a-dia é atendido por inúmeros trabalhadores, recebe uma série de cuidados, dificultando-lhe identificar quem é seu cuidador. Este modo de organização do trabalho não contribui para uma formação que fomente a integralidade da atenção, conforme preconiza o SUS (MATOS, 2002; PIRES, 2008). Questionamentos acerca da organização do trabalho abrem espaço tanto para novas pesquisas que averiguem modelos de gestão do trabalho pautados na qualidade e na eficácia, em que os profissionais da saúde assumam um compromisso maior no processo de trabalho, quanto contribuem para melhorias nas condições de vida dos trabalhadores, refletindo, de forma ampla, os fundamentos do SUS.

O SUS, desde a década de noventa do século passado, tem destacado a importância de investir na gestão e organização dos processos de trabalho, de modo a provocar inovações gerenciais envolvendo os coletivos das equipes de trabalho, na perspectiva de construir novas formas de organização dos serviços e do trabalho, de forma a que estimulem o protagonismo dos sujeitos envolvidos, a

superação do modelo tradicional de organização do trabalho dos profissionais e a construção de modelos mais integradores de atenção à saúde. Em boa parte das instituições de saúde, o modelo de organização ainda fragmenta o cuidado e o próprio usuário que está sendo cuidado (BRASIL, 2006; BRASIL, 2009). Os modelos assistenciais que fragmentam a assistência, ainda predominantes em instituições hospitalares, dificultam a percepção das necessidades dos usuários como um todo e distanciam-se da formação acadêmica em relação à assistência integral (ORO; MATOS, 2013).

Ao discutir a organização do trabalho, percebe-se que o profissional, ao ingressar em uma instituição, traz consigo muitos sonhos, projetos a realizar. No entanto, a maioria das instituições é pouco propensa às mudanças, funciona de tal modo que os sonhos e projetos se percam no decorrer dos anos, transformando essas pretensões do trabalhador em acomodação e aceitação das regras estabelecidas e já consolidadas no ambiente (ORO, 2011), gerando com isso, prejuízos para si próprio, para o grupo e para a organização (MOSCOVICI, 2003).

Repensar a organização do trabalho no âmbito das instituições hospitalares implica em repensar a própria articulação dos profissionais assistenciais, visto que na saúde o trabalho é coletivo. A articulação e a integração das ações dos diversos profissionais podem potencializar a prática da assistência integral, mas para isso é necessária clareza sobre a finalidade do trabalho. Segundo Marques e Silva (2004), o trabalho em equipe facilita a identificação do objeto de trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação no sujeito do cuidado e não no procedimento em si. Para Schwartz e Durrive (2009) o trabalho jamais é só execução, pois ao realizá-lo o trabalhador faz “usos de si”, o que significa que mobiliza seu conhecimento sobre os recursos disponíveis, tomando suas próprias decisões para a produção de um determinado elemento.

Em anos recentes, houve um movimento crescente para fortalecer as políticas públicas de saúde, que hoje encontram-se, em parte, ameaçadas pelo avanço da política neoliberal de redução do Estado e de suas responsabilidades sociais. De certa forma, a gestão na área da saúde busca um novo olhar, objetivando melhores resultados ao associar ações à gestão e à prática cotidiana, trazendo resultados positivos para a população. Isso favorece também a formação dos profissionais na área da saúde, no que se refere ao conteúdo relacionado aos fundamentos de gestão, possibilitando aos profissionais (re)pensar sua atuação, não

apenas no fazer, mas ao gerir suas ações em busca de resultados produtivos. Concomitantemente, ocorrem reflexões sobre gestão e modelos assistenciais, no que diz respeito às organizações em uma determinada sociedade, nas ações de atenção à saúde, as quais abarcam os aspectos tecnológicos e assistenciais, ou seja, envolvendo as atuações que acontecem entre os espaços físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, a fim de enfrentar e resolver os problemas de saúde de uma determinada instituição. Neste sentido, Morosini e Corbo (2007) descrevem que a maior parte das propostas technoassistenciais desenvolvidas para o SUS ainda centram-se na reorganização da atenção básica, sendo fundamental que haja transformações no âmbito hospitalar e em outras partes do sistema de saúde.

Segundo Wanderley (2011), a rede hospitalar, no SUS, vem buscando superar a divisão ou a fragmentação da assistência, buscando novos espaços que valorizem o conjunto na rede de serviços e contribuam, eficazmente, com as necessidades dos usuários, antes e depois da hospitalização. A adoção de novas medidas contribuirá para melhorar a organização dos serviços, responder às necessidades da população e eliminar gastos desnecessários. Desta forma, cumpre com uma das funções enquanto instituição: de efetividade social, atuando como constituinte da Rede de serviços do SUS, disponibilizando serviços produtivos que atendam às necessidades do usuário, que neste contexto, é considerado a razão maior de todos os esforços.

Pesquisar a organização e os modelos de Atenção com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde, especificamente nos HU, visou construir conhecimentos que possam contribuir para práticas assistenciais que estejam em concordância com as políticas de saúde vigentes no país, bem como alternativas humanizadas e prazerosas de realizar o trabalho em saúde. Para tanto, desenvolveu-se um estudo de natureza qualitativa, à luz dos fundamentos teóricos do Processo de Trabalho em Saúde, dos que contribuem para implementar e efetivar o SUS e da Ergologia, com abordagem do trabalho prescrito e do trabalho real, buscando análises descritivas das situações de trabalho.

Esta pesquisa fez parte de um Estudo Multicêntrico intitulado “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia”, que busca identificar as diferenças e semelhanças entre as instituições, aportando elementos importantes para o trabalho em saúde e para a organização e gestão dos hospitais de ensino. O estudo está sendo desenvolvido em hospitais de três países: Brasil, no Hospital da

Universidade de Brasília-HUB, situado na Região Centro-Oeste, e no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC, situado na Região Sul; Argélia, no Hospital Universitário de Tlemcen-CHU Tlemcen; e, França, na Assistência Pública-Hospitais de Marseille-AP-HM. No presente estudo fez-se um recorte, discutindo-se apenas os dados dos hospitais brasileiros.

Deste modo, o presente estudo teve por finalidade buscar resposta para a seguinte questão norteadora: Quais os contextos e desafios atuais na organização do trabalho dos profissionais da saúde em Hospitais Universitários Federais?

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Comparar os contextos e desafios na organização do trabalho dos profissionais da saúde que atuam em dois Hospitais Universitários Federais (HU/UFSC e HUB/UnB).

1.1.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as instituições hospitalares (HU/UFSC e HUB/UnB) quanto à estrutura, à organização e ao pessoal;
- Caracterizar os serviços de emergência e unidade de internação (médica e/ou cirúrgica) do HU/UFSC e do HUB/UnB em termos de estrutura, organização e pessoal;
- Identificar os contextos e os desafios na relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, do ponto de vista de profissionais e de gestores dos serviços de emergência e das unidades de internação do HU/UFSC e do HUB/UnB.

1.2 TESE

A organização do trabalho dos Hospitais Universitários Federais enfrenta desafios na superação da fragmentação, portanto, para a construção da integralidade assistencial é fundamental que se compreenda de que forma de dá a relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

2 MARCO CONTEXTUAL

A revisão de literatura tem o intuito de situar o leitor à propósito do assunto investigado, explanando-se a respeito do que já foi produzido anteriormente acerca do tema. Assim, o presente capítulo apresenta uma busca específica por meio de uma revisão integrativa que investiga evidências, em estudos nacionais e internacionais, sobre a gestão dos Hospitais Universitários Federais brasileiros, buscando apontar avanços, limites e perspectivas em relação ao tema em questão.

A revisão literária permite apontar o que já foi publicado sobre o tema de interesse, sendo a revisão integrativa uma das estratégias para se construir uma revisão de literatura. É um método de pesquisa que permite a busca, a avaliação e a síntese das evidências disponíveis acerca de um determinado assunto. Como resultado, evidencia o que existe atualmente de conteúdo sobre o tema investigado, bem como identifica lacunas de conhecimentos que possam apontar para o desenvolvimento de futuras pesquisas (GANONG, 1987; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

2.1 GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ABORDAGENS NA LITERATURA

GESTÃO DOS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: ABORDAGENS NA LITERATURA¹

FEDERAL UNIVERSITY HOSPITAL MANAGEMENT: APPROACHES IN THE LITERATURE

GESTIÓN DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES: ABORDAJES EN LA LITERATURA

Julieta Oro²

¹ Paper apresentado como requisito para Qualificação em Banca, do Curso de Doutorado, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

²Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS (Grupo de estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em

RESUMO: Revisão integrativa de literatura, com objetivo de identificar os temas mais evidenciados nos estudos nacionais e internacionais sobre a gestão dos Hospitais Universitários Federais brasileiros nos últimos dez anos. Considerou-se a produção existente na Biblioteca Virtual em Saúde, no período de 2005 a 2014, totalizando onze (11) artigos. Os resultados indicaram três categorias principais: organização e gestão dos Hospitais Universitários; atribuições dos Hospitais Universitários enquanto ensino, pesquisa e assistência; e, por fim, a avaliação da produção dos Hospitais Universitários. Os Hospitais Universitários nascem como centros de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde da população, no entanto, ainda prevalece o binômio ensino e assistência à saúde. As dificuldades financeiras e de gestão têm se intensificado nos últimos anos e muitas medidas vêm sendo tomadas a fim de manter estes hospitais abertos com eficiência técnica e qualidade, inclusive gerando novas abordagens na gestão destas instituições.

Descritores: Hospitais Universitários. Hospitais de ensino. Hospitais Públicos.

ABSTRACT: An integrative literature review aimed at identifying the most frequently mentioned topics in national and international studies of Brazilian federal university hospital management in the past ten years. Existing literature in the Virtual Health Library from 2005 to 2014 totaled 11 articles. The results indicated three main categories: University Hospital organization and management; University Hospital attributions pertaining to teaching, research and healthcare and Assessment of University Hospital production. University Hospitals originate as teaching, research, extension and healthcare centers for the population. However, the teaching and healthcare pair prevails. Financial and management difficulties have become more marked in

Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julieta.oro@ufsc.br.

³ Enfermeira. Doutora em enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

past years. Several measures have been adopted in order to keep these hospitals open and functional with technical efficacy and quality, which has led to new management approaches.

Descriptors: University Hospitals. Teaching Hospitals. Public Hospitals.

RESUMEN: Revisión integrativa de literatura, con el objetivo de identificar los temas más comunes en estudios nacionales e internacionales sobre la gestión de hospitales universitarios federales brasileños en los últimos diez años. La producción existente en la Biblioteca Virtual en Salud, desde 2005 a 2014, totalizó 11 artículos. Los resultados indicaran tres categorías principales: organización y gestión de Hospitales Universitarios; atribuciones de enseñanza, investigación y cuidado de los Hospitales Universitarios y evaluación de la producción de Hospitales Universitarios. Hospitales Universitarios nacen como centros de enseñanza, investigación y cuidado a la salud. Las dificultades financieras y de gestión han sido más intensas en los últimos años, y muchas medidas han sido tomadas para mantener los hospitales abiertos con eficiencia técnica y cualidad, generando nuevas abordajes para la gestión de las instituciones.

Descritores: Hospitales Universitarios. Hospitales de enseñanza. Hospitales Públicos.

INTRODUÇÃO

No percurso histórico das instituições hospitalares, inúmeras mudanças conceituais e organizacionais passam a existir em respostas às transformações socioculturais e políticas da sociedade, decorrente da época vivida.

Os profissionais da saúde também vêm construindo novos saberes científicos na realização dos cuidados, os quais demandam novos níveis de atenção, que acabam por influenciar na reorganização das instituições de saúde (HEALY; MCKEE, 2002). Na literatura, encontram-se diferentes conceituações de unidade hospitalar que, de modo geral, pode ser entendida como: instituição que provê leitos, alimentação e uma rotina de cuidados para as pessoas enquanto elas estão submetidas à investigação e a tratamentos terapêuticos, em um processo que visa restaurar suas condições de saúde (MCKEE *et al.*, 2002), podendo, de modo geral, ser classificada como assistencial ou de ensino.

Na realidade brasileira, os hospitais universitários são considerados centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área de saúde, cuja qualidade dos serviços prestados à população garantem melhores padrões de eficiência, à disposição da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Estes estabelecimentos comportam programas de educação continuada, oportunizando atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Mesmo sendo instituições muito heterogêneas quanto à capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, todas desempenham papel de destaque na comunidade onde estão inseridas (BRASIL, 2015a).

Neste sentido, os hospitais universitários têm por finalidade o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência aos usuários do SUS e são responsáveis pela formação dos profissionais da saúde em significativo número, nos níveis de graduação e pós-graduação e, pela efetivação de múltiplas pesquisas no contexto da saúde (CHIORO DOS REIS; CECÍLIO, 2009). Inclusive, os hospitais universitários são responsáveis por incluir muitas inovações tecnológicas, as quais aprimoram e facilitam os processos de trabalho, gerando mudanças na assistência à saúde e aos cuidados aos usuários.

No cenário brasileiro, os hospitais universitários integram ao SUS e buscam dar viabilidade aos seus princípios, em especial à integralidade, sendo fundamentais para o desenvolvimento do SUS em diversas áreas, como a de “referência assistencial de alta complexidade, de pólos formadores de recursos humanos, de desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira” (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p.7).

No contexto mundial, percebe-se a ineficiência dos sistemas de serviços de saúde, que se agrava nos continentes e nações em desenvolvimento. Como ocorre em outros países, o governo brasileiro tem buscado medidas efetivas para implementar reformas nas instituições hospitalares, com o intuito de ajustar ações gerenciais que visem melhorar a atuação da governança hospitalar, as quais passam por alterações na administração direta e indireta. De modo geral, as propostas de reformas que vêm sendo estabelecidas nos ambientes hospitalares, como nos hospitais universitários, hospitais psiquiátricos, hospitais filantrópicos, entre outros, que se encontraram vinculados ao SUS, surgiram devido ao desgaste na forma de governar. As mudanças

em curso buscam novas alternativas de administrar, com o intuito de melhorar a qualidade e a eficiência dos serviços oferecidos à população (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Os hospitais universitários brasileiros convivem, na atualidade, com novos desafios no que se refere à gestão de pessoas, de assistência, de ensino e de estrutura e têm buscando alternativas de governança que garantam sua manutenção e sobrevivência. Estes hospitais, mesmo sendo importantes para o Sistema de Saúde, são pouco investigados na literatura, principalmente quanto à estruturação e ao funcionamento (ARAÚJO; LETA, 2014). Deste modo, propõem-se a seguinte questão norteadora: O que se encontra presente em estudos nacionais e internacionais sobre a organização do trabalho e gestão dos Hospitais Universitários Federais brasileiros (HU)? Para responder à pergunta de pesquisa, objetiva-se investigar a produção do conhecimento existente na literatura no que se refere à gestão dos hospitais vinculados às Universidades Federais de Ensino Superior no Brasil.

PERCURSO METODOLÓGICO

Trata-se de uma revisão integrativa de literatura, de natureza qualitativa, com abordagem exploratório-descritiva de base documental. Para nortear este estudo, utilizou-se uma estrutura formal e pré-definida de trabalho, baseado em um protocolo de pesquisa previamente elaborado e validado (GANONG, 1987). O percurso compreendeu a sequência do protocolo nas seguintes etapas: definição da participação dos pesquisadores; recursos materiais; pergunta; objetivo; desenho do estudo; critérios de inclusão; critérios de exclusão; estratégias de busca; seleção dos estudos; avaliação crítica dos estudos; informações a serem extraídas dos estudos; síntese e conclusões.

O presente estudo contou com a participação de dois pesquisadores em todas as etapas. Teve-se o cuidado de seguir o uso do critério de duplo-cego para avaliação dos estudos que foram incluídos na pesquisa.

Para a composição do estudo, utilizou-se a base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que congrega bases de dados que contêm publicações das fontes Ciências da Saúde em Geral, como: Literatura Latino-Americana em Ciências de Saúde (LILACS), Índice Bibliográfico Espanhol de Ciências da Saúde (IBECS), Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), Biblioteca Cochrane,

Scientific Electronic Library Online (SCIELO), e também áreas especializadas como Base de Dados Bibliográficos do Brasil.

A busca pelos estudos foi realizada na primeira semana do mês de outubro de 2014, utilizando as palavras “Hospital Universitário Federal” e “Hospitais Universitários Federais” em português, inglês e espanhol. Foram aplicados os seguintes critérios de inclusão: trabalhos publicados no formato de artigos científicos completos e disponibilizados na íntegra, de forma gratuita, com acesso via institucional da UFSC (artigos originais, revisões sistematizadas, relatos de experiências, ensaios teóricos, reflexões); estudos publicados nos idiomas inglês, português e espanhol, no período de 2005 a 2014, cujo objetivo geral e/ou específicos refere-se explicitamente ao tema organização do trabalho e gestão dos hospitais universitários federais. Foram considerados critérios de exclusão: publicações na forma de cartas, resenhas e editoriais; estudos fora do período de interesse; e, estudos duplicados ou que não fizessem parte do escopo desta pesquisa. Foram encontrados inicialmente vinte e sete (27) artigos, porém, considerando-se os critérios de exclusão, as publicações selecionadas totalizaram onze (11) artigos.

As publicações foram acessadas a partir das Bases de Dados supracitadas, pelos pesquisadores, separadamente, na modalidade duplo-cego. Como indica a Revisão Integrativa, os dados foram sistematizados em tabelas e, posteriormente, realizou-se uma leitura criteriosa, levando-se em conta o critério de exaustão e pertinência da coleta dos dados. Por se tratar de uma Revisão Integrativa de Literatura com abordagem qualitativa, a síntese foi realizada em forma de narrativa, a partir da análise e checagem dos dados coletados.

A partir dos achados na literatura, foram compostas as três categorias analíticas: Organização, Modelo de Gestão e Financiamento nos HU; Atribuições dos HU: ensino, pesquisa, extensão e assistência; e, Avaliação da Produção dos HU.

RESULTADOS

Os dados apresentados a seguir buscam evidenciar a relevância dos achados neste estudo, fazendo inter-relação à com a literatura na área e fornecendo conclusões quanto ao significado do tema abordado.

O Quadro 1 apresenta as especificações de cada um dos artigos e nele pode-se perceber um número reduzido de estudos que tratam da temática organização e gestão dos hospitais universitários, com aumento

após a implantação do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF).

Quadro 1 - Detalhamento dos estudos selecionados para a pesquisa, n = (11).

Título do Estudo	Autores(as)	Ano Publ.	Tipo de Estudo	Periódico/ Região
Balance between education- and research-oriented publications from a Brazilian University Hospital	KM, ARAUJO; PAS, MOURÃO; J, L.	2005	Revisão bibliográfica	Brazilian Journal of Medical and Biological Research; Ribeirão Preto-SP.
Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil	MACHADO, SP; KUCHENBECKER, R.	2007	Estudo reflexivo	Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro – RJ.
Hospital universitário e gestão do sistema de saúde – uma trajetória positiva de integração	CARMO, M; ANDRADE, E.L.G; MOTA, J.A.C.	2007	Estudo reflexivo	REME – Rev. Min. Enf. Belo Horizonte, MG.
O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros	LINS, M.E; LOBO, M.S.C; SILVA, A.C.M; FISZMAN, R; RIBEIRO, V.J.P.	2007	Estudo avaliativo	Ciência & Saúde Coletiva – Rio de Janeiro – RJ.
Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no	LOBO, M.S.C.I; SILVA, A.C.M; LINS, M.P.E;	2009	Estudo avaliativo	Rev. Saúde Pública – São Paulo – SP.

Brasil	FISZMAN, R.			
O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente	FERREIRA, S.R.V; MENDONÇA, M.H.M.	2009	Estudo reflexivo	RAS – www.cqh.org.br
Entre o ensino, a pesquisa e a assistência médica: um estudo de caso.	STRAUSS, F; LETA, J.	2009	Estudo de caso	História, Ciências, Saúde –Rio de Janeiro – RJ.
Assessment of teachinghealth care integration and performance in university hospitals	LOBO, M.S.C; LINS, M.P.E; SILVA, A.C.M; FISZMAN, R.	2010	Estudo avaliativo	Rev. Saúde Pública, São Paulo – SP.
Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino	CASTRO, E.A.B; STEPHAN-SOUZA, A.I.S.	2010	Relato de experiência	Rev. APS, Juiz de Fora – MG.
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares:	SODRÉ, F; LITTIKE, D; DRAGO, L.M.B;	2013	Estudo reflexivo	Serv. Soc. Soc., São Paulo- SP.

um novo modelo de gestão?	PERIM, M.C.M.			
Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente	ARAÚJO, K.M; LETA, J.	2014	Estudo investigativo	História, Ciências, Saúde – Rio de Janeiro –RJ.

Fonte: Produção das autoras.

Houve um predomínio de periódicos que tratam de temáticas referentes à saúde coletiva, todos provenientes da região sudeste do país. Também se constatou um predomínio de artigos publicados entre 2005 e 2009, o que pode ser decorrência do processo de certificação dos Hospitais Universitários, que ocorreu em 2004, por meio da Portaria Interministerial do Ministério da Educação/Ministério da Saúde (MEC/MS), publicada em 27 de maio de 2004. Quanto ao tipo de estudo, sobressaíram os artigos decorrentes de pesquisas, denominados artigos originais, bem como os estudos reflexivos, o que também pode estar relacionado ao processo de reorganização dos HU, após a certificação e ao próprio REHUF, que foi implantando em 2010 (BRASIL, 2012).

Dos onze artigos publicados, quatro (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; FERREIRA; MENDONÇA, 2009; CASTRO; SOUZA, 2010; SODRÉ *et al.*, 2013) estão relacionados com organização e modelo de gestão; outros quatro (MENDONÇA; MOURÃO; LETA, 2005; MACHADO; KUCHENBECKER, 2007; STRAUSS; LETA, 2009; ARAÚJO; LETA, 2014) abordam as funções dos HU, e por fim, três (LINS *et al.*, 2007; LOBO *et al.*, 2009; LOBO *et al.*, 2010) são estudos avaliativos pontuando aspectos relacionados ao contexto dos HU.

DISCUSSÃO

O modelo de organização dos HU vem sendo questionado, principalmente em função de não responder de forma satisfatória a seu papel no SUS, em função dos custos elevados e da falta de investimento ocorrida nos últimos anos.

O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), instituído pelo Decreto n. 7082, de 27

de janeiro de 2010, surge justamente para reestruturar e revitalizar os hospitais das universidades federais, integrados ao Sistema Único de Saúde (SUS), tendo como objetivo criar condições materiais e institucionais para que estes possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde.

As categorias analíticas estabelecidas a partir dos achados da literatura reforçam a necessidade de se repensar a organização e os modelos de gestão dos HU, visando o alcance de seus objetivos.

Organização, modelo de gestão e financiamento dos HU

No decorrer da história dos HU, observam-se constantes lutas com o desígnio de manter e ampliar as condições de atendimento destas instituições no que se refere ao ensino, à pesquisa, à extensão e à assistência aos usuários.

Esta categoria apresenta os achados relacionados à organização e aos modelos utilizados na gestão dos hospitais universitários ao longo de sua história.

No Brasil, a relação ensino-assistência teve início a partir de 1808, com a Escola de Cirurgiões, criada por D. João VI, que posteriormente se transformou na Faculdade de Medicina da Bahia. Oito meses após, foi criada a Escola de Cirurgiões, hoje Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, com a transferência da família real para esta cidade. As duas escolas realizavam práticas de ensino nas Santas Casas de Misericórdia (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Já os HU passaram por diferentes formas de inserção no Sistema de Saúde, sendo que os primeiros hospitais de ensino vinculados às Universidades datam do início do século XX. Os hospitais da esfera federal iniciaram seu funcionamento a partir do ano de 1948, quando foi criado o primeiro Hospital de Clínicas Federal, na Bahia (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Os HU nascem visando à ampliação das instituições assistenciais, de modo a articular o ensino na formação dos profissionais da área da saúde, estando submetidos à supervisão das autoridades competentes e propiciando atendimento médico de maior complexidade (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; BRASIL, 2012). Deste modo, são instituições com organizações complexas e de grande importância social para a nação. As gestões dos HU estão subordinadas às Universidades Federais (SODRÉ *et al.*, 2013).

Em sua maioria, os HU cresceram a partir da década de 60, do século passado, como instituições sustentadas geralmente com verbas públicas, de maneira independente, conceituadas por produzirem atendimentos de nível terciário, fazendo uso de inovações tecnológicas e se destacando no contexto dos hospitais assistenciais. No transcorrer das décadas, os desafios foram definindo mudanças nos serviços hospitalares, dentre eles a redução das verbas ofertadas, já que normalmente estas instituições possuem custos mais elevados e não apresentam relação eficiente entre custos e resultados (MEDICI, 2001).

Após a década de 60, as instituições hospitalares experimentaram uma mudança em seu financiamento devido à adesão aos convênios com o Ministério da Assistência e Previdência Social e da criação da Autorização de Internação Hospitalar (AIH), medidas que repercutiram fortemente na gestão financeira dos HU.

Na década de 1980, grande parte do financiamento hospitalar dos HU passou a ser custeado com a prestação de serviços assistenciais. Assim, o pagamento era realizado conforme a produção de serviços, e não mais por orçamentação global. Nesta conjuntura, os HU, criados com a missão prioritária de formar profissionais da área de saúde, passaram a ter também essencialidade na assistência, com criação de política de Estado para sua integração ao SUS, a profissionalização de sua gestão e sua sustentabilidade financeira (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Há que se ressaltar, no entanto, que, nos últimos anos, há uma crise nos hospitais de ensino, decorrente da crise econômica da década de 1980, a qual impôs significativa retração de recursos destinados aos HU (pelo MEC), que acabaram, àquela época, tornando-se unidades de custos mais elevados, passando a serem considerados responsáveis pela crise financeira das universidades às quais pertenciam. A crise financeira dos HU está interligada à própria crise financeira do setor de saúde (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007). A inclusão dos HU no SUS se deu a partir da Lei nº 8.080/1990, sendo que os que seguem vinculados ao Ministério da Educação passam a ser financiados também pelo SUS. A partir de então, o governo brasileiro vem desenvolvendo novas estratégias legais, com a finalidade de aprimorar, aproximar e fortalecer as relações entre as instituições assistenciais e os técnicos e gestores do SUS. Muitas ações normativas vêm sendo implantadas com propósito de fortalecer a organização e a gestão dos HU e a sua vinculação com o SUS, uma vez que as contribuições são de extrema importância para a população (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Com o intuito de melhorar a gestão dos HU, ocorreu a criação do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, do Ministério da Educação (MEC), em 2010, com inserção em uma agenda mais ampla de redefinição do papel do Estado e da Administração Pública brasileira. O programa se contrapõe a uma crise já crônica de desempenho, gestão e financiamento nesses hospitais, sendo utilizado como mecanismo para favorecer a eficiência técnica e a qualidade, inclusive com a finalidade de gerar novas abordagens na gestão do setor público brasileiro (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Estudo que analisa as características principais das inovações que ocorreram no campo da gestão e do financiamento dos HU do MEC a partir da instituição do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do SUS conclui que, apesar da carência de dados empíricos consolidados sobre as repercussões desse programa governamental no desempenho das instituições, ao longo dos últimos anos, o processo de contratualização beneficia a atuação institucional, quando desenvolvida em um contexto de regulação estatal sistemática e profissionalizada. Contudo, provoca novos custos de impacto ao setor público brasileiro em virtude do contrato de gestão, que incide em custos de negociações entre os dirigentes dos HU e gestores do SUS (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Relato de experiência de integração de um HU ao sistema municipal de saúde local, nos segmentos do SUS, aponta que apesar dos conflitos gerados pelo enfrentamento dos poderes e práticas instituídos no HU e do novo desafio, para o município, de gerir esse hospital, a experiência foi considerada positiva. Ampliou-se a prestação de serviço de forma mais equânime, resolutiva, qualificada, contribuindo para a redução no estrangulamento do sistema de saúde; houve aumento de ganhos organizacionais e financeiros e, ampliaram-se as possibilidades de atividades de ensino. O estudo indica que, nos espaços internos dos HU, acontece a busca por mudanças, de forma a garantir os princípios da integralidade, resolubilidade e equidade. Percorrida mais de uma década da reestruturação da gestão interna do HU em parceria com o gestor municipal, a experiência destaca resultados positivos no desempenho assistencial e financeiro, com possibilidades de novos investimentos. Neste sentido, contribui para novas discussões, para mudanças nas estruturas de sustentação e organização dos HU no conjunto dos serviços de saúde no Brasil (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007).

Para os técnicos e gestores do SUS, os HU são vistos como “unidades que possuem alta tecnologia e geram alto custo em suas ações, têm o dever de ser resolutivos e de prestar assistência de qualidade” (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007, p. 393). Na atual conjuntura, a eficiência e a qualidade dos serviços de atenção à saúde e a gestão dos hospitais públicos são frequentemente contestados pelos meios de comunicação em massa, pela comunidade, pelos gestores e pelos pesquisadores. Desta forma, iniciativas governamentais que se propunham a viabilizar ganhos de qualidade e de eficiência assumem destaque estratégico no país (FERREIRA; MENDONÇA, 2009).

Um dos desafios da atualidade, a ser considerado, é a integralidade do cuidado. Estudo, realizado em um HU com a finalidade de identificar a integralidade na assistência segundo as necessidades do usuário, na construção de um módulo ambulatorial do Hospital Universitário como Centro de Atenção à Saúde (CAS), e integrado à Rede de serviços do SUS, com completa tecnologia de diagnóstico, de modalidade assistencial e de gestão inclusiva na macrorregião, gerou discussões conceituais ao longo do processo de construção do referido módulo, provocando uma busca por mudanças das práticas assistenciais e de gestão do cuidado institucional de saúde a partir do nível secundário. Estas mudanças passavam por possibilidades de aproximação entre os modos de intervenção existentes no hospital de ensino, especificamente a assistência, e a gestão. Na operacionalização do CAS, surgiram dificuldades de implantação, dentre as quais, a de formação corporativa dos profissionais: a resistência a mudanças na organização do processo de trabalho e na estrutura das relações conservadoras do poder institucional deverá, certamente, ser superada pelo processo de educação continuada dos profissionais e gestores hospitalares (CASTRO; SOUZA, 2010).

A partir dos inúmeros questionamentos baseados no discurso de ineficiência da gestão pública e do alto custo dos hospitais federais, decorrentes da burocracia da legislação brasileira, o MEC, em conjunto com Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, elaboram a Medida Provisória n. 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autoriza o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Contudo, esta foi rejeitada na sessão do Senado Federal do Brasil. Diante desta situação, em 2011, a presidente da República, por meio da Lei n. 12.550, autoriza a criação da EBSERH, empresa pública com personalidade jurídica de direito

privado e patrimônio próprio, com a responsabilidade de gestão do conjunto dos HU, subordinada ao MEC (SODRÉ *et al.*, 2013).

A EBSEERH se enquadra em mais uma ação para atuar na modernização da gestão dos recursos humanos e surge como integrante da administração pública indireta, inserida na gestão pública, cujo regime jurídico passa a ser híbrido. Desta forma, a EBSEERH não representa ameaça ao SUS universal e equânime, pois mantém vinculação orgânica do ente estatal com o poder público (SODRÉ *et al.*, 2013).

Atualmente, os HU apresentam déficit no quadro de servidores, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade. Portanto, ao MEC compete responder pelas despesas com quadro de pessoal dessas instituições, enquanto que ao Ministério da Saúde cabe repassar os valores mediante pactuação de metas preestabelecidas com o governo federal e estadual (SODRÉ *et al.*, 2013).

Mesmo não pertencendo ao sistema único de saúde do estado de origem, os HU pactuam suas metas nas prestações de serviço, agregando a função de formação e pesquisa, o que o torna duplamente complexo (SODRÉ *et al.*, 2013). Pensando o macrocontexto do SUS, os HU são espaços estratégicos de atenção à saúde com referência à média e à alta complexidade. Inclusive, em muitos Estados, os HU sustentam a atenção secundária e terciária do SUS, embora com muitas dificuldades de gerenciamento e financiamento.

A garantia de funcionamento pleno dos hospitais universitários perpassa uma série de questões da administração dos serviços públicos, como a manutenção do SUS universal sonhado pela Reforma Sanitária Brasileira e a garantia do ensino, da pesquisa e da extensão aos graduandos e pós-graduandos das universidades públicas brasileiras (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Mas, existem muitas dúvidas que pairam no ambiente dos HU, nas universidades e na comunidade, conforme relatado em estudo realizado em 2013. Dentre elas, destaca-se a garantia de manter a autonomia administrativa dos hospitais universitários, à medida que se repassarão as gestões dos HU a uma empresa de direito privado e com interesses de gestão de recursos humanos em formato mercadológico, que abarca uma junção de discursos gerenciais impostos verticalmente, com metas padronizadas a serem cumpridas por profissionais de saúde. Por fim, a preocupação permanece no que se refere à transição

silenciosa, que pode ser mais um passo rumo à privatização dos serviços públicos, e à insegurança da gestão, dos salários e da organização dos processos de trabalho, ocultos sob o discurso de um suposto novo modelo gerencial (SODRÉ *et al.*, 2013).

No presente momento, o Brasil possui um total de cinquenta (50) HU, vinculados a trinta e seis (36) Universidades Federais, assim distribuídos: as regiões Sudeste e Nordeste possuem o maior número, com dezessete (17) instituições em cada região; a região Sul possui sete (07); a região Centro-Oeste cinco (05); e, por fim, a região Norte, com quatro (04), contemplando o menor número de HU. Atualmente, a EBSERH tem contrato de gestão com a maioria dos hospitais, ou seja, com quarenta (40) Hospitais Universitários Federais (EBSERH, 2016). Por fim, um estudo destaca a importância dos hospitais enquanto unidades de internação e descreve que os hospitais de ensino, correspondem a 10,3 % do total de leitos do SUS no país (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

A partir da presente categoria aqui exposta, torna-se evidente que, nesta última década iniciou-se um movimento específico, que busca superar os modelos gerenciais ultrapassados e uniformizar a gestão em todos os Hospitais Universitários Federais, oferecendo condições materiais, estruturais e organizacionais aos HU que são integrados ao SUS. Neste sentido, buscam-se novas iniciativas de gestão, com finalidade de experimentar melhorias de governança dos HU, e assim, oferecer serviços de excelência, que contemplam melhores resultados, incluindo formas de modernizar a gestão e avançar em direção à efetiva mudança de cultura no setor saúde. O governo federal, no que se refere às políticas de saúde, faz um movimento crescente em apresentar os esforços empregados com desempenho e transparência na produção de serviços que apresentem resultados na Rede pública, e que atendam às necessidades dos usuários dos serviços.

Atribuições dos HU: Ensino, Pesquisa, Extensão e Assistência

Esta categoria exhibe os achados relacionados com as atribuições específicas dos HU, que, além da assistência ao usuário, inclui o compromisso na formação, na pesquisa e na extensão para as diferentes categorias profissionais. Neste sentido, os HU tornam-se diferentes das demais instituições hospitalares especificamente assistenciais: segundo Machado e Kuchenbecker (2007); Carmo, Andrade e Mota (2007) aos HU compete incluir, dentre suas especificidades, as formações profissionais da área de saúde e a pesquisa.

No contexto atual e nas perspectivas futuras dos Hospitais Universitários vinculados às Instituições Federais de Ensino Superior, evidencia-se ampla disparidade entre eles, a qual abrange os perfis assistenciais, o tamanho e o modelo de gestão (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Os HU se apresentam, no contexto nacional, como colaboradores efetivos para ações criativas e integradoras, no âmbito das políticas do Estado ligadas à educação e saúde. Neste espaço, tornam-se visíveis os conflitos inerentes à complexidade de articulação das políticas do sistema de saúde, pois os HU integram o SUS de modo igualitário com as demais instituições hospitalares (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Deste modo, estas instituições têm sido pressionadas a apresentar respostas a problemas que muitas vezes transcendem sua capacidade e propensão. Cabe aos HU fortalecer a sustentabilidade organizacional, incluindo a implantação de mecanismos de rentabilidade financeira, de indicadores de avaliação e gestão, de ações que incluam a qualidade dos serviços prestados, a transparência e a responsabilidade social para não serem somente instituições prestadoras de serviços. A estas instituições hospitalares compete melhorar os serviços ofertados à população, ao funcionamento do SUS enquanto sistema, e desenvolver ações integradoras nas políticas de Estado voltadas para a educação e para a saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Em uma investigação específica entre os docentes de Medicina, buscando avaliar as relações entre ensino, pesquisa e assistência em um HU, os autores consideram recorrente, desde o princípio, o fato de a instituição exercer atividade com qualidade na assistência e no ensino. Contudo, a atividade de pesquisa vem ganhando espaço com a expansão da pós-graduação e com o surgimento da Epidemiologia Clínica,

incluindo mudanças na metodologia da pesquisa clínica, contando com um corpo docente mais equilibrado, a fim de alcançar as três missões acadêmicas: ensino, pesquisa e assistência. No entanto, o desafio está em motivar os jovens para a dedicação exclusiva à docência e à pesquisa, uma vez que tais possibilidades não são muito atraentes para esta profissão, se comparadas com a carreira médica, que dispõe de maior prestígio, reconhecimento e remuneração (STRAUSS; LETA, 2009).

Já em um panorama geral dos HU, para melhor compreensão das relações e atribuições vivenciadas no passado e na atualidade, estudo reafirma os objetivos destas instituições na articulação ensino, pesquisa e assistência. Contudo, prevalece como marca o binômio ensino–assistência, concluindo-se, deste modo, que a atividade de pesquisa ainda não foi institucionalizada na maior parte dos HU estudados. Os autores descrevem o fraco desempenho dos HU brasileiros no cenário da pesquisa, no contexto atual, destacando que, em termos mundiais, os principais hospitais vinculados a universidades são reconhecidos não somente como centros de ensino e assistência, mas, sobretudo, como centros de excelência na produção de conhecimento (ARAÚJO; LETA, 2014).

A possibilidade de institucionalização da atividade de pesquisa nos HU deve favorecer uma formação científica na graduação em saúde e também na pós-graduação, contribuindo na formação de profissionais mais críticos, reflexivos e resolutivos em suas práticas, inclusive abrindo possibilidades de despertar o interesse pela carreira da pesquisa, que, sem dúvida, é um setor estratégico para o desenvolvimento do país (ARAÚJO; LETA, 2014).

Ao analisar as tendências das publicações provenientes de um HU, evidenciou-se que inicialmente eram dirigidas para o público local, que procurava por informação atualizada sobre questões orientadas para a educação. Com o passar dos anos e com a introdução de novos grupos científicos, ampliou-se progressivamente a produção, com conteúdos novos e visibilidade científica em periódicos internacionais. No entanto, mesmo as especialidades que desenvolvem pesquisas publicadas em periódicos de dimensão internacional, em sua maioria, incluem produções cotidianas dedicadas ao público local, como folders. Neste sentido, o dilema da qualidade versus quantidade, e de educação versus publicação de pesquisa orientada, nos setores especializados, parece ainda existir; no entanto, é preciso avançar e suplantando o modelo instituído (MENDONÇA; MOURÃO; LETA, 2005).

Para concluir, nota-se que os estudos chamam atenção para a evolução histórica dos HU, em que prevalece o binômio ensino e assistência à saúde, mesmo que a missão da instituição inclua a pesquisa e a extensão. Além disso, aparece, também, como fator importante a disparidade de perfis assistenciais, tamanho e modelo de gestão. Apesar disso, percebem-se avanços lentos e progressivos para a iniciação em pesquisa, sendo que poucos HU começam a apresentar visibilidade internacional em suas publicações.

Avaliação da produção dos HU

Os modelos avaliativos têm sido utilizados principalmente para auxiliar nas reformas de sistemas de financiamento hospitalar, permitindo medir a eficiência total da unidade a ser investigada. Portanto, eles têm capacidade de diagnosticar aspectos do desempenho de uma instituição.

Estudos apontam que nos últimos anos, encontra-se em evidência a crise dos hospitais no Brasil, em especial, a dos hospitais universitários, “que perpassa elementos de financiamento e de gestão, implicando queda de desempenho dos seus respectivos modelos assistenciais, de ensino e de pesquisa” (LOBO *et al.*, 2009, p. 438). Com a finalidade de proporcionar melhoria financeira para os HU e reorientação da política nacional dos serviços, foi realizado estudo, pelo Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério da Educação, Ciência e Tecnologia e do Planejamento, que evidenciou no macrocontexto a necessidade de integração dos HU aos sistemas locais de saúde e melhoria nas capacidades de gestão de recursos (LOBO *et al.*, 2009).

Para avaliar o impacto da reforma de financiamento na produtividade de hospitais de ensino, diferenciando o componente tecnológico da mudança de mecanismo de transferência de recursos, foi realizado estudo a partir do Sistema de Informações dos Hospitais Universitários Federais, o qual estabeleceu fronteiras de eficiência e produtividade, no período de 2003 a 2006, com uso de técnicas de programação linear, para identificar mudanças de desempenho ao longo dos anos em análise quanto à eficiência técnica (razão entre os escores de eficiência em tempos distintos) e eficiência tecnológica (deslocamento da fronteira no período considerado). Os resultados apontaram melhoria evolutiva da eficiência técnica dos hospitais de ensino, o mesmo não ocorrendo com a mudança tecnológica, entendida

como o novo modelo baseado na gestão orçamentária fixa dos hospitais. A eficiência da produtividade assistencial pode estar associada à qualidade das atividades de ensino desenvolvidas pelos hospitais. A reforma permitiu o desenvolvimento de melhorias gerenciais, contudo ainda sem avaliação no que tange às metas de ensino e de pesquisa. Diante deste cenário, é necessário maior tempo de acompanhamento para observar mudanças mais efetivas do modelo de financiamento (LOBO *et al.*, 2009).

Estudo que buscou comparar o desempenho de Hospitais Universitários Federais, considerando a relação simultânea entre as dimensões de ensino e de assistência, apontou que no escore dimensional os hospitais priorizam o ganho de eficiência assistencial, pois é esta a dimensão que origina e garante os recursos para custeio dos hospitais, mediante a receita mensal proveniente do Ministério da Saúde. O modelo também se mostrou útil na aplicação tanto para os gestores das unidades, visando à integração docente-assistencial, como para os órgãos reguladores, na definição de políticas e incentivos. Assinala também para a necessidade do aumento do número de acadêmicos e residentes de medicina para que se tornem eficientes no ensino (LOBO *et al.*, 2010).

Outro estudo identificou as potencialidades e os limites na utilização da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de desempenho de Hospitais Públicos Federais de ensino geridos pelo Ministério da Educação-MEC/Brasil, de modo a demonstrar como a DEA permite aferir o desempenho dos hospitais e subsidiar a avaliação da implantação da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino. Os resultados parciais apresentados são compatíveis com as premissas conceituais, com as novas tendências de aplicação de DEA, além de estruturados de forma a serem levados aos julgadores, visando a garantir validade de conteúdo, de construto e a validade lógica, respectivamente (LINS *et al.*, 2007).

Os resultados evidenciam consenso nos estudos quanto à avaliação de desempenho hospitalar e à perspectiva da avaliação da eficiência, sendo estas fundamentais para a instituição e para o órgão regulador, principalmente para transformar os resultados em ações educativas, de ensino, pesquisa e extensão, visando à melhoria da oferta de saúde para a população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo permitiu evidenciar um número reduzido de publicações que tratam da temática organização do trabalho e gestão dos Hospitais Universitários. Dentre estes, percebe-se um aumento de publicações após a implantação do REHUF.

Foi possível identificar que os HU nasceram como centros de ensino, pesquisa, extensão e assistência à saúde da população, no entanto, nos dias atuais ainda prevalece o binômio ensino e assistência à saúde. Os avanços são lentos e graduais para a pesquisa e extensão. Há que se considerar, no entanto, que as pesquisas são essenciais para criar novos conhecimentos a serem utilizados tanto na formação acadêmica, quanto para melhorias das condições de trabalho e inovações tecnológicas para práticas assistenciais, o que deve ser estimulado nos HU.

Destacam-se, na trajetória da evolução histórica dos HU, a presença de obstáculos na gestão dos recursos financeiros e de organização das instituições. Estas dificuldades têm se intensificado nos últimos anos, e muitas medidas vêm sendo implantadas pelos gestores do SUS para auxiliar os gestores dos HU, com a intenção de favorecer o ganho de eficiência técnica e qualidade dos hospitais, bem como contribuir para que inovações sejam incorporadas na gestão do setor público brasileiro.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. M., LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Hist cienc Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 46, p.7-14, 2010. Disponível em:

<sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação

dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: **uma análise do processo de implantação da contratualização**. Série C: Projetos Programas e Relatórios, 2012.

_____. Ministério da Educação. Hospitais universitários: **apresentação**. 2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 20 out, 2015a.

CARMO, M.; ANDRADE, E, L, G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **REME. Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 4, p. 387-94, 2007. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>. Acesso em: 04 set. 2015.

CASTRO, E. A. B.; SOUZA, A. I. S. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. **Rev APS**, v. 13, n. 1, p. 46-49, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/791>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CHIORO, R. A. A.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/4063/406341772011.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conheça os hospitais universitários**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: ago.2016.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Rev adm. Saúde**, v. 11, n. 44, p. 113-26, 2009. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=211&p_nanexo=113>. Acesso em: 09 set. 2015.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

HEALY, J.; MCKEE, M. C. The evolution of hospital systems. In: Healy, Judith; Mckee, Martin (Org.). **Hospitals in a changing Europe**. **Buckingham**: Open University Press. 2002, p. 14-35.

LINS, M. E. *et al.* O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 985-98, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400020>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 437-45, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em: 15 nov. 2015.

LOBO, M. E. C. *et al.* Assessment of teaching-health care integration and performance in university hospitals. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p.581-90, 2010. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20676550>>. Acesso em: 22 out. 2015.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-7, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009>. Acesso em: 16 set. 2015.

MCKEE, M.; HEALY, J. the significance of hospitals: na introduction. In: Healy, Judith; Mckee, Martin (Org.). **Hospitals in a changing Europe**. **Buckingham**: Open University Press. 2002, p. 3-13.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras**, v. 47, n. 2, p. 49-156, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200034&script=sci...tlng...>. Acesso em: 20 set. 2015.

MENDONCA, A. K.; MOURÃO, P. A. S.; LETA, J. Balance between education- and research-oriented publications from a Brazilian University Hospital. **Braz J Med Biol**. 2005; v. 38, n. 9, p. 1285-1291. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100...>. Acesso em: 20 set. 2015.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-80, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

STRAUSS, F.; LETA, J. Entre o ensino, a pesquisa e a assistência médica: um estudo de caso. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 16, n. 4, p. 1027-43, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400011>. Acesso em: 20 nov. 2015.

3 SUSTENTAÇÃO TEÓRICA

No âmbito deste estudo, procura-se conhecer o modelo de gestão e de atenção dos Hospitais Universitários Federais (HU) com ênfase na dimensão do trabalho dos profissionais da saúde, mediante os pressupostos: dos princípios teóricos do Processo de Trabalho em Saúde, construídos por autores que trabalham o tema inspirados em Karl Marx; dos processos que contribuem para a implementação e efetivação do SUS, tais como as Redes de Atenção à Saúde e as Linhas de Cuidado; e, do referencial teórico da Ergologia, o qual foi desenvolvido principalmente pelo filósofo francês Yves Schwartz. O estudo busca conhecer o trabalho real das diversas profissões da saúde a partir da utilização da análise pluridisciplinar das situações de trabalho em contextos histórico-sociais distintos.

3.1 O TRABALHO NO CAMPO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO HOSPITALAR

A existência da espécie humana vem apontando movimentos de mudanças e transformações, ao longo da história. A manutenção da subsistência da vida pelo trabalho é comum aos seres humanos, que toma diferentes grandezas dependendo da localidade e do período histórico. “A busca de soluções para problemas práticos e da vida em sociedade, assim como de respostas para as questões existenciais, move a humanidade desde os seus primórdios” (LORENZETTI, 2013 p.41).

Segundo Marx (1982), o trabalho humano se distingue por três aspectos: por ser diferente das demais espécies de animais; por ser uma condição necessária ao ser humano, independentemente do período histórico; e, por tomar formas específicas em cada época, com as distintas maneiras de produção para a existência humana. Marx (1989, p. 202) define o trabalho como:

um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza

externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais.

Para o autor, a diferença do trabalho humano está no fato de que antes mesmo de realizá-lo, o trabalhador já possui em sua mente um projeto, um resultado a alcançar. “No fim do processo do trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador” (MARX, 1989, p. 202). Na realização do trabalho, o ser humano “não transforma apenas o material sobre o qual opera; ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mente”. Deste modo, no processo de trabalho, o homem, através da sua ação e com uso de instrumentos de trabalho, transforma um objeto em um determinado produto com a finalidade de uso para um fim específico. Portanto, os elementos componentes do processo de trabalho são: a atividade adequada a um fim, ou seja, o próprio trabalho; o objeto de trabalho, isto é, a matéria a que se aplica o trabalho; e, os meios ou os instrumentos de trabalho (MARX, 1982; MARX, 1989).

A teoria marxista do trabalho pode ser aplicada no campo dos serviços da saúde. Pires (2008) tece algumas considerações sobre o processo de trabalho na sociedade, a fim de comentar o trabalho em saúde, considerando que no desenvolvimento do trabalho são produzidos bens e serviços necessários à sobrevivência do ser humano e à manutenção da sociedade. Estes vão se modificando no decorrer da história e, pelas características da sociedade moderna, visto que a produção de bens e serviços foi sendo institucionalizada de modo que, na atualidade, grande parte do trabalho social é realizado em instituições.

Para Peduzzi e Schraiber (2008), o conceito de Processo de Trabalho em Saúde faz referência à dimensão individual do dia-a-dia do trabalho em saúde, consistindo nas atividades desenvolvidas pelos profissionais da área da saúde que estão inseridos no cotidiano da produção e do consumo dos serviços de saúde. Neste sentido, é importante compreender que, no processo de trabalho diário, encontra-se toda a dinâmica do trabalho humano.

Nas categorias teóricas ancoradas em Marx (1982), o debate sobre o processo de trabalho, interpretado como ação humana transformadora, intencional, dirigida a um fim social, envolve sujeitos, subjetividades e ressalta o contexto da existência do ser humano, com

atitudes de apreensão e modificação de elementos de intervenção, através da concepção e do aproveitamento de instrumentos, saberes, relações, comportamentos, estabelecendo deste modo ações sociais em um determinado tempo e espaço. Na prática específica da enfermagem, a articulação de categorias marxistas e outras correntes teóricas refletem a ampliação dos horizontes da Ciência da Enfermagem, reconhecendo-se, assim, os limites do quadro teórico do trabalho em saúde para a análise das mudanças na concepção do processo saúde-doença e no processo de trabalho, principalmente no que se refere à discussão do cuidado com enfoque na participação dos usuários e sua influência social (MANDU *et al.*, 2011).

O trabalho no campo dos serviços da saúde envolve múltiplas e complexas dimensões. Neste contexto, encontram-se inseridos aspectos que representam as escolhas internas de um estabelecimento, bem como as implicações externas de ordem política, econômica, tecnológica, sociocultural, dentre outras. O conjunto de todas as escolhas dos serviços e das influências externas delinea o trabalho em seu período histórico (LORENZETTI, 2013).

As profissões da saúde, influenciadas pelo trabalho parcelado utilizado nas indústrias, acompanham as tendências tecnológicas e organizacionais do setor na produção do trabalho. O modelo de “organização científica do trabalho”, proposto por Taylor, previa a separação total da concepção e da execução do trabalho, o parcelamento da atividade em tantas partes quanto necessário para aumentar a produção e o controle absoluto do processo de trabalho. Este projeto faz parte de um modelo idealizado, mas a administração científica nunca conseguiu promover a separação total do processo de trabalho. Os trabalhadores sempre detêm uma parte da concepção, constroem estratégias de resistência à alienação no trabalho. Em se tratando do trabalho em saúde, em que o trabalho se dá na relação direta entre trabalhador e usuário, o trabalhador mantém certa autonomia no processo (PIRES, 2008).

Por muitas décadas, a organização do trabalho estabelecida por Taylor, Fayol e Weber foi dominante nos processos de produção de bens e serviços na sociedade. Em meados do século XX, estas concepções passam a sofrer críticas e intensifica-se a busca de alternativas que acolham as novas reivindicações de produtividade diante das constantes transformações no mundo do trabalho. Esse processo amplia-se no término deste século, na perspectiva de superar a concepção que fragmenta o trabalho e substituí-la por práticas de organização do

trabalho que sejam inovadoras e participativas (LORENZETTI *et al.*, 2014).

Toda essa lógica da administração científica introduzida por Taylor e Fayol tem influenciado de algum modo a organização do trabalho dos diferentes núcleos profissionais da área da saúde (MATOS, PIRES, 2006). Desta forma, fica evidente que nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional (BRASIL, 2009).

Pires (2008) afirma que a organização do trabalho na saúde vem avançando, em termos legais, no direito universal à saúde; no entanto, são poucas as mudanças visualizadas em relação às práticas assistenciais. No gerenciamento do trabalho predomina o modelo hierarquizado, e, embora cada categoria profissional exerça certa autonomia sobre seu processo de trabalho, o médico ainda é o profissional que centraliza as decisões sobre a internação, o tratamento e a alta hospitalar.

Para a autora, “o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e a sociedade, fazendo parte do setor de serviços”, sendo um trabalho de natureza não material, que se finaliza no momento de sua realização, sem apresentar um produto material dissociado do processo de produção, pois este produto é consumido no mesmo momento que foi realizada a atividade. “Neste contexto, a prestação do serviço na assistência de saúde pode assumir formas diversas e envolve basicamente avaliação de um indivíduo ou grupo com a indicação ou realização de uma conduta terapêutica” (PIRES, 1999, p. 29-30).

No espaço hospitalar, as relações entre os sujeitos sofrem interferências em função de diversos fatores, dentre eles, as relações de trabalho, o modo como o trabalho é organizado e as condições estabelecidas para a realização das atividades. As diversas profissões se organizam para prestar assistência de acordo com as condições postas para a realização do trabalho, seu desenvolvimento técnico-científico e sua maior, ou menor, capacidade organizativa (CAPELLA, 1998; PIRES, 1999; 2000).

A complexidade das formas de organização do trabalho coletivo decorrentes da racionalidade mercantil capitalista e suas mudanças recentes, bem como o paradigma positivista e a hegemonia da biomedicina têm influenciado o trabalho em saúde. A fragmentação de atividades dentro de campos profissionais e a influência da gerência “científica” nos serviços têm resultado em mudanças relacionadas ao

controle sobre o processo de trabalho e a autonomia, característicos das profissões de saúde (PIRES, 2008).

O trabalho em saúde é coletivo, e se dá de forma multiprofissional, porém, também ocorre a fragmentação, em que cada especialidade ou subespecialidade cuida de uma parte da atividade. Há que se ressaltar que, em seu campo de ação, o trabalho em saúde envolve a vida e a morte, gerando a necessidade de domínio de vários conhecimentos que são postos em prática no cuidado ao ser humano, o qual possui uma história de vida singular (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Schwartz (1998) destaca que no debate contemporâneo sobre o trabalho, nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada e que o coletivo de trabalho se transforma acompanhando as mudanças sociais, culturais, econômicas e tecnológicas. Estas transformações reatualizam permanentemente o debate acerca do trabalho e da utilização da potência dos coletivos de trabalho. Neste sentido, torna-se fundamental aprofundar o significado do trabalho na prática cotidiana e investigar, entre os diversos profissionais da área da saúde, qual o trabalho realizado, de modo a minimizar a fragmentação da assistência.

No contexto hospitalar, os trabalhadores da área da saúde possuem como prática o cuidar do ser humano que necessita de atendimento à saúde. Este ambiente hospitalar é descrito por Capella (1998, p.102) como: “espaço social formal, isto é, materialmente definido, onde se estabelecem relações de diferentes ordens, porém determinadas principalmente pelas relações sociais de produção de um trabalho dirigido a um outro ser humano – o sujeito hospitalizado”.

As políticas públicas de saúde no Brasil têm estimulado, nas últimas décadas, a reflexão acerca do processo de trabalho dos profissionais de saúde por entender que as mudanças no modo de gestão dos serviços e no modo de prestar cuidados em saúde dependem de mudanças estruturais, mas também de ações nos microespaços em que se realizam os cuidados, o que demanda o envolvimento de gestores, trabalhadores e usuários nas decisões sobre a assistência à saúde (CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009). Nesta natureza coletiva do trabalho, as intervenções se constituem num campo aberto na direção das múltiplas profissões que envolvem o cuidado com a vida humana (SCHERER; JOASEIRO, 2015).

A Política Nacional de Humanização (PNH) de atenção e gestão do SUS “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde

e os modos de gerir os processos de trabalho”, e tem entre seus objetivos “provocar inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de produção de saúde, propondo para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços” (BRASIL, 2009, p. 4). A experimentação de novas formas de organização do trabalho em saúde depende, dentre outros aspectos, da iniciativa das diversas profissões em compreender seus processos de trabalho no conjunto do trabalho em saúde, tanto no que diz respeito à organização do trabalho quanto em relação ao seu objeto de trabalho, fazendo a inter-relação entre os diversos saberes e fazeres (MATOS, 2006).

O cuidar exige, por sua própria natureza, inter-relações entre os seres humanos que cuidam e os que são cuidados. Neste contexto, encontra-se a comunicação, um dos fundamentos essenciais das profissões da saúde, especialmente quando se cuida de seres humanos em processo de saúde-doença. Moraes *et al.* (2009) analisam o cenário hospitalar como possibilitando um cuidar mais autêntico ao usuário quando lhe permite exteriorizar suas necessidades, enfatiza sua individualidade, promovendo um relacionamento interpessoal como proposta de minimizar o processo de despersonalização experienciado na hospitalização. A partir do cuidado integral, que percebe o ser humano como ser biológico, psicológico, social e espiritual e não como um ser fragmentado em seus sistemas funcionais, é possível contribuir para a integralidade da atenção (MORAIS *et al.*, 2009).

A atenção integral e a integralidade ainda são percebidas como uma utopia na realidade dos serviços de saúde (URBANO, 2009). Faz parte do discurso oficial de reorganização da assistência, em um contexto macroestrutural, mas que ainda não se materializou nas práticas assistenciais, onde não se consegue demonstrar resultados concretos (OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; AVENA, 2009).

Contribuem para repensar a organização do trabalho no âmbito das instituições hospitalares os estudos que promovem discussão acerca do Processo de Trabalho em Saúde, defendendo que este necessita ser pensado e organizado a partir da articulação das equipes assistenciais, visto que na saúde o trabalho é coletivo. Neste sentido, vencer a fragmentação do trabalho ainda é um desafio quando se pensa na integralidade da assistência. A articulação e integração das ações dos diversos trabalhadores podem potencializar a prática da assistência integral, mas, para isso, é necessário clareza sobre a finalidade de seu trabalho. O trabalho em equipe facilita a identificação do objeto de

trabalho na saúde coletiva, permitindo que os trabalhadores focalizem sua ação no usuário e não no procedimento em si (MARQUES; SILVA, 2004; MATOS, 2006; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2007; AVENA, 2009).

Contudo, na organização do trabalho em saúde assinalam-se alguns avanços que contribuem para as mudanças na prática. A consulta coletiva, realizada em alguns serviços da atenção básica, por exemplo, está ligada ao princípio da integralidade. Com essa inovação, acredita-se estar contribuindo para se caminhar no sentido da ruptura do paradigma assistencial-biomédico e concretizar uma assistência humanizada que valorize verdadeira e efetivamente o usuário em sua integralidade (PENNA; CARINHANHA; RODRIGUES, 2008).

Refletindo sobre a assistência prestada, Pires, Gelbcke e Matos (2004) entendem que é preciso traçar uma prática profissional que busque gestão participativa, trabalho criativo e emancipatório, com práticas baseadas em princípios éticos e identificação das necessidades das pessoas que precisam de cuidados, para realmente produzir uma melhoria na qualidade da assistência prestada e o consequente reconhecimento, por parte da sociedade, do valor do cuidado humano.

Os hospitais são parte importante da Rede de Atenção do SUS e constituem-se em locais em que a fragmentação do cuidado é mais significativamente percebida. Os profissionais da saúde, como integrantes deste contexto, devem buscar formas mais integradoras de organização de seus trabalhos. Estes profissionais são responsáveis por todo o conjunto dos cuidados prestados aos usuários atendidos nos hospitais, portanto, pensar em atendimento integral implica em repensar a organização do trabalho das categorias, buscando modelos de organização do trabalho que potencializem uma atenção mais integral (ORO, 2011).

3.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Constituição de 1988, reafirma os princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde, que já vinham sendo discutidos pelo movimento de Reforma Sanitária, organizando-se com base na regionalização e hierarquização; resolubilidade; descentralização; e, participação da comunidade. O percurso desde sua construção apresenta avanços, mas os problemas recorrentes e as novas

demandas que vão surgindo implicam em constante aperfeiçoamento do sistema. Sendo assim, o SUS encontra-se em pleno curso de mudanças, ou seja, ainda são muitas as questões em debate, tais como as formas de organização do sistema, dos serviços e do trabalho em saúde, que definem os modos de se produzir saúde e onde investir recursos (BRASIL, 2008). Deste modo, o atual sistema de saúde brasileiro vem sendo constantemente transformado em termos políticos e estruturais. Pode ser considerado como um marco histórico para a população do país, a criação do SUS, que originou profundas mudanças na organização da assistência à saúde e trouxe novos elementos para o pensar e o fazer em saúde (BREHMER; RAMOS, 2016).

A partir da implementação da PNH, em 2003, buscou-se novamente enfatizar os princípios do SUS no cotidiano da saúde pública brasileira, incentivando trocas entre gestores, trabalhadores e usuários. Analisando os serviços, um dos aspectos observados é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva que toda prática de saúde supõe, bem como a presença de modelos de gestão centralizados e verticais, desapropriando o trabalhador de seu próprio processo de trabalho. Pensando em um novo contexto, foi criada a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde-Humaniza SUS, com a finalidade de instituir mudanças no modelo de atenção prevista por meio de mudanças no modelo de gestão (BRASIL, 2011).

A PNH considera dois temas principais: a gestão e a atenção, trazendo como aposta a intenção de modificar o processo de trabalho e tendo o desafio de buscar/alterar os modos de atenção e processos de gestão. Além disso, busca diferentes modos de fazer, permitindo que cada sujeito, envolvido em sua realidade, possa criar e construir novos modos de fazer. Neste cenário, a PNH mostra que não dá para transformar as relações e as práticas de saúde sem mudar os modos de trabalhar, sem transformar o processo de trabalho. Para que isso ocorra, é importante o protagonismo e a participação dos trabalhadores junto aos gestores e usuários, nos processos de gestão (BRASIL, 2011).

Santos Filho (2011, p. 14) descreve que a PNH se estrutura a partir de princípios, método, diretrizes e dispositivos, tendo como finalidade maior “estar em meio aos processos de trabalho, produzindo desvios nas relações instituídas, instigando novas composições, outras possibilidades de ser e trabalhar no âmbito da saúde”.

Atualmente, a organização da atenção e da gestão do SUS ainda apresenta intensa fragmentação de serviços, de programas, de ações e de

práticas clínicas, havendo incongruência entre os serviços ofertados e as necessidades de atenção (MENDES, 2011). No entanto, o cuidado aos usuários deveria se dar de modo integral. Para que isso ocorra, o atendimento precisa ser organizado em Rede: cada serviço deve ser repensado como um elemento essencial da integralidade do cuidado, atuando como um segmento na rede que cada indivíduo percorre para obter a integralidade de que necessita (MALTA; MERHY, 2010; MENDES, 2011).

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) tiveram origem na primeira metade dos anos noventa do século passado, nos Estados Unidos, como experiências de sistemas integrados de saúde, avançando pelos sistemas públicos da Europa Ocidental e para o Canadá, e posteriormente, chegaram a alguns países em desenvolvimento (MENDES, 2011; BRASIL, 2012a).

No Brasil, o tema tem sido tratado com uma evolução crescente por diversos pesquisadores e teóricos da área, a partir do final da década de 90, na intenção de apontar novas formas de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011; BRASIL, 2012a). Surge como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nos estabelecimentos de saúde e aprimorar as articulações político-institucional do SUS, buscando assegurar ao usuário os serviços de que necessita, com agilidade e qualidade (BRASIL, 2010).

Diferentes conceitos de Rede têm sido elaborados em diversas áreas de conhecimento. Em um conceito mais amplo, o sociólogo Manuel Castells (2000, p.498) aposta em estruturas vivas e democráticas na intenção de superar a fragmentação, afirmando que Rede “é um conjunto de nós interconectados. Nó é o ponto no qual uma curva se entrecorta. Concretamente, o que um nó é depende do tipo de redes concretas de que falamos”.

No âmbito da saúde, as RAS são definidas, oficialmente, segundo o anexo da Portaria GM nº 4.279/2010, que as instituiu no SUS, como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012a, p. 4).

Outras definições foram formuladas sobre o tema. Segundo a Organização Panamericana de Saúde - Organização Mundial de Saúde (BRASIL, 2012a, p.15) e Mendes (2009, apud MENDES, 2010, p.230),

as Redes de Atenção à Saúde são:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população.

Uma definição muito utilizada na literatura internacional é a de um grupo pioneiro de sistemas organizados de prestação de serviços de saúde, nos Estados Unidos, que caracteriza essas redes e definem os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde como sendo: “redes de organizações que prestam um contínuo de serviços a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos a essa população” (SHORTELL *et al.*, 1996 apud MENDES, 2011, p.80).

Para Borzel (1997), as Redes são um conjunto de relações não hierárquicas que compartilham interesses comuns entre diversos atores, com troca de recursos entre si, admitindo que a cooperação é a melhor forma de alcançar esses objetivos.

As RAS distinguem-se pela formação de relações horizontais na atenção contínua e integral aos usuários, na relação multiprofissional e no compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Contudo, para garantir resolutividade na Rede de atenção é necessário considerar a economia de escala, a qualidade, a suficiência, o acesso e disponibilidade de recursos (BRASIL, 2010; MENDES, 2011).

As RAS são construídas por três elementos fundamentais: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Entende-se como população todas as pessoas que vivem em territórios sanitários singulares, organizados socialmente em famílias e cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. Já a estrutura operacional é constituída por: centro de comunicação, atenção primária à saúde; pontos de atenção secundários e terciários; sistemas de apoio; sistemas logísticos; e sistema de governança da rede de atenção à saúde,

sendo que a estrutura organizacional apresenta ligações materiais e imateriais que se comunicam entre si. Por fim, os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente de saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Os modelos de atenção à saúde foram desenvolvidos para responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas. Contudo, existem modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas (MENDES, 2010; 2011).

As RAS pressupõem uma atenção básica estruturada, atuando como principal porta de entrada do sistema, constituída por equipes multiprofissionais integradas e organizadas para atender às necessidades de cuidados da população. Desse modo, conhecer a percepção dos usuários com relação à assistência prestada pelo serviço de saúde pode auxiliar no programa de gestão local e na busca por deliberação que proporcione novas direções para o atual modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2012a).

Neste sentido, as ferramentas de microgestão dos serviços nas Redes de Atenção à Saúde devem ser organizadas localmente, por meio de um processo de planejamento que considere a realidade e os determinantes de saúde específicos da região e da população local. Além disso, devem estar associadas (as redes) ao uso de critérios gerenciais e eficiência econômica, com vistas a soluções integradas de atenção à saúde. Na prática microgerencial, os profissionais de saúde possuem algumas microferramentas de gestão que podem facilitar o processo de trabalho, assim descritas como: as diretrizes clínicas, gestão da condição de saúde, gestão de caso, autonomia clínica, lista de espera e as linhas de cuidado (BRASIL, 2012a).

As Linhas de Cuidado são “formas de articulação de recursos e práticas de saúde entre as unidades de atenção de uma região (primária, secundária ou terciária), com acolhimento e condução dos usuários pelas possíveis vias de diagnóstico e tratamento dentro da rede de saúde” (BRASIL, 2012a, p.21).

As Linhas de Cuidado nascem com o intuito de superar a fragmentação do cuidado e apontar novos caminhos assistenciais, que

atendam às necessidades de saúde da população. Elas possibilitam mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas para assistir ao usuário quanto ao tipo, fluxos, mecanismos de regulação, tentativas de acesso, ações de vigilância à saúde, promoção, utilização dos recursos das clínicas especializadas, ou seja, as ações são desenvolvidas nas redes de serviços em nível primário, secundário e terciário, funcionando como instrumento de trabalho para a gestão e para a assistência (MALTA; MERHY, 2010).

Em nível de gestão, as Linhas de Cuidado podem orientar os gestores públicos quanto: ao planejamento, à programação e à avaliação das modalidades de atendimento que o sistema de saúde precisa oferecer à população; aos procedimentos necessários para prevenir e detectar precocemente os agravos à saúde; e, sobre quantos e quais tipos de serviços assistenciais os sistemas de saúde locais devem oferecer para o controle dos diferentes agravos à saúde.

Já em nível de assistência, as Linhas de Cuidado servem de roteiro para guiar os trabalhadores da saúde sobre os procedimentos mais efetivos para o controle da doença em questão, guardando coerência com o tipo de serviço de saúde em que trabalha (PRACCHIA, 2013).

Portanto, as Linhas de Cuidado, pensadas de forma plena, devem transpassar todos os níveis de atenção e serviços de saúde. Os hospitais, como parte integrante e fundamental dos serviços da saúde, precisam agregar-se à rede de atendimento em busca da integralidade do cuidado. Neste sentido, o usuário incluído nesta Rede consegue percorrer com agilidade e eficiência para obter o serviço que necessita (MERHY; CECÍLIO, 2003).

Segundo Malta e Merhy (2010, p. 605), para que se tenham mudanças no processo de trabalho em saúde é fundamental buscar qualidade dos serviços, capacitação dos profissionais e insumos estratégicos. Aos gestores, cabe a “organização dos serviços de saúde de forma a integrar os diversos níveis de atenção do sistema de saúde, onde acesso e resolutividade são palavras-chave e onde ganham espaço para o equacionamento das Linhas do Cuidado” (MALTA; MERHY, 2010, p.595).

As RAS determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde primários, secundários e terciários. Pode-se conceituar pontos de atenção à saúde secundários e terciários como nós das RAS que ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção individual. O que os diferencia são as respectivas densidades

tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente do que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. No entanto, no aspecto das redes poliárquicas, inexistem, entre ambos, relações de principalidade ou subordinação, uma vez que os dois são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das RAS (MENDES, 2011).

Pensando na reestruturação dos serviços, o Ministério da Saúde lança Normativa por meio da Portaria Interministerial n. 285, datada de 24 de março de 2015, em que redefine o Programa de Certificação dos Hospitais de Ensino. Este documento aponta, dentre outras considerações importantes, a necessidade de garantir progressivamente melhoria da qualidade dos serviços na área da saúde, oferecidos pelos hospitais de ensino, constituindo campo de prática baseada em evidências para ensino, pesquisa e incorporação tecnológica. Estes são considerados pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS) e devem ter a qualificação da atenção e da gestão, e a integração aos demais pontos de atenção como requisitos para a boa prática do ensino e da pesquisa de interesse para o SUS (BRASIL, 2015b).

Os hospitais de ensino devem dar viabilidade aos princípios do SUS, em especial à diretriz da integralidade. Os serviços prestados nestas instituições precisam estar integrados às Redes do SUS e contribuir para que todos os sujeitos do cuidado possam usufruir do que há de mais moderno e útil para reparar sua saúde. Permitem, também, a regulação de sua assistência, a maior participação na avaliação e incorporação tecnológica ao sistema e, criação de mecanismos de padronização de condutas e terapêuticas. Ou seja:

os hospitais de ensino têm importância fundamental para o desenvolvimento do SUS em diversas áreas, como a de referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p.7).

Com necessidade de integrar e garantir a atuação do SUS nos serviços oferecidos pelos hospitais de ensino, o Governo Federal adota

um conjunto de medidas objetivando viabilizar a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior. Entre as medidas, encontra-se a criação da EBSEH, que se deu por meio da Lei Federal nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011, considerada empresa estatal, vinculada ao Ministério da Educação, que passa a ser o órgão do Governo Federal responsável pela gestão do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), executado em parceria com o Ministério da Saúde e que contempla ações nos hospitais que integram a rede (EBSEH, 2013).

A proposta de adesão dos Hospitais Universitários à EBSEH inclui a modernização da gestão, a reestruturação da força de trabalho, a reestruturação física e tecnológica e a qualificação da gestão orçamentária e financeira. A estrutura organizacional proposta para os hospitais que aderem ao sistema EBSEH inclui diversos pressupostos, dentre eles, um dos pontos fundamentais diz respeito à implantação das diretrizes para a organização do modelo de atenção à saúde, o qual inclui a organização da assistência em Linhas de Cuidado, configuradas como unidades da Divisão de Gestão do Cuidado (EBSEH, 2013).

Todas as iniciativas propostas para o desenvolvimento do SUS, tais como a integração dos Hospitais Universitários à Rede do SUS, a adoção de modelo de atenção, entre outros, não pode ser vista separadamente da população que irá executar estas diretrizes. Portanto, não se pode desconsiderar que o trabalho é feito por seres humanos, com suas idéias, seus desejos e convicções na realização do trabalho. Cada trabalhador imprime um pouco de si, deste modo é necessário lançar um olhar para as relações no trabalho.

3.3 ERGOLOGIA: UM OLHAR PARA O MUNDO DO TRABALHO

A abordagem Ergológica propõe um novo olhar ao estudo da situação sobre as relações no mundo do trabalho. “Trata a realidade do mundo do trabalho considerando as normas prescritas, porém, indo além delas. As normas prescritas não antecipam de modo pleno o trabalho. Elas são confrontadas no cotidiano das situações reais de trabalho, renormalizadas pelos sujeitos trabalhadores” (ROSA, 2004 apud FIGARO, 2009, p.7).

Segundo Schwartz (2004, p.62, apud SCHERER, 2006, p.70), o trabalho é uma realidade enigmática e de difícil conceituação, que comporta sempre uma “parte de invisível provisório a espera de uma

eventual elucidação [...]”. Schwartz (2011) descreve a existência de impasses significativos na conceituação de trabalho, que persiste até os dias atuais, derivados do fato que, em todas as sociedades, os seres humanos trabalham e deste modo se envolvem como indivíduos para produzir os meios materiais necessários para suas existências em uma atividade socialmente programada.

Scherer (2006) acrescenta que para melhor compreender o trabalho, a Ergologia propõe estudar esta atividade entendendo a atividade humana como atrelamentos à normas antecedentes e de tentativas de renormalização na relação com o meio de vida, em que ocorre um debate permanente de valores que resultam em escolhas feitas por indivíduos e grupos.

No contexto do trabalho enquanto atividade remunerada e de direito, as normas antecedentes são assim descritas:

as prescrições, procedimentos, *contraintes*, relações de autoridade, de poder, mas também os saberes científicos, técnicos, as regras jurídicas, as experiências acumuladas, tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir. E as renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, furo de normas, construção de redes humanas, de canais de transmissão que toda situação de trabalho requer, sem por outro lado jamais antecipar aquilo que elas serão, na medida em que estas renormalizações são feitas por seres e grupos sempre singulares, em situações de trabalho sempre, elas próprias, em parte singulares (SCHWARTZ, apud SCHERER, 2006, p.70).

Segundo Muniz, Vidal e Vieira (2004), a gestão do trabalho não pode ser dissociada da gestão que cada trabalhador faz de si mesmo. Existe, em cada situação, a vontade dos sujeitos determinando a cooperação que estabelecem entre si, as quais podem determinar o sucesso ou o fracasso de uma determinada experiência.

Para Schwartz (2004), toda gestão pressupõe escolhas, arbitragens, uma hierarquização de atos e de objetivos, portanto, de valores em nome dos quais essas decisões se elaboram. Na execução da atividade, sempre há variabilidade na gestão do trabalho por parte de quem o realiza. A atividade é resultado de muitos compromissos: a

cadência de trabalho, os múltiplos incidentes a resolver, a gestão das obrigações colocadas por regras e valores. Para o autor, todo trabalho é sempre uso de si, considerando ao mesmo tempo o uso de si por outros e o uso de si por si (SCHWARTZ, 1987 apud MUNIZ; VIDAL; VIEIRA, 2004). O uso de si significa dizer que o trabalho é local de problema, de uma tensão, um espaço de possíveis sempre negociáveis. A tarefa cotidiana requer recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas. Muniz, Vidal e Vieira (2004) destacam que o uso de si pelo outro é bastante estudado e que desde o nascimento dos indivíduos, sua formação escolar e as experiências de trabalho delimitam seus campos de possibilidades, os espaços e temas das negociações a serem enfrentadas.

Como diz Schwartz (1998, apud SCHERER, 2006, p.78-9) “indivíduos e coletivos se enfrentam e negociam as normas antecedentes para construir o meio como o seu meio e desenvolvem capacidade para aprender o que está mudando nas situações de trabalho e as mudanças que eles próprios podem influenciar”.

Neste sentido, no trabalho prescrito devem ser consideradas as ações a serem executadas pelos trabalhadores, as quais correspondem ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar. Sua prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade (OLIVEIRA, 2011). Assim, as renormalizações acontecem continuamente no contexto das práticas em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011).

Buscando compreender o trabalho, a abordagem Ergológica propõe o conceito de atividade, em que considera o modo como as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, em um determinado tempo e lugar, servindo-se dos meios disponíveis, ou buscando outros meios, para fazer frente às variabilidades e produzir sentido no trabalho. A atividade é uma junção de normas antecedentes e de ensaios de renormalização, na relação com o meio de vida, em que ocorre um debate permanente de valores que resulta em escolhas feitas por indivíduos e grupos (SCHWARTZ, 2000; SCHERER, 2006).

As normas antecedentes são compreendidas como tudo que antecipa a atividade de trabalho que virá, antes mesmo que a pessoa tenha começado a agir, tais como os protocolos, as normas e os saberes

conceitualizados. As renormalizações são as múltiplas gestões de variabilidades, a transgressão de normas, assim como a construção de redes e da comunicação que toda situação de trabalho requer (SCHWARTZ, 1998; SCHWARTZ; DURRIVE, 2009).

No processo de trabalho, a tarefa compreende a prescrição, o comando e o que a organização oferece para a execução desse trabalho. A atividade é a ação, a maneira como o trabalhador executa a tarefa que lhe é determinada (OLIVEIRA, 2011).

Segundo Durrive (2011, p.47) toda situação de trabalho se presta a uma dupla abordagem:

e o local onde se realiza uma tarefa, pensada anteriormente e provocadora de uma intensa atividade intelectual pelo trabalhador. Mas é igualmente um momento único da vida, com suas arbitragens. Nesse caso, a tarefa não é mais vista como a primeira, ela entra no ‘debate de normas’ que caracteriza a atividade do trabalhador sob o ângulo vital, aquele das escolhas que um ser humano não cessa de fazer. Elas se completam e enriquecem a análise: seu entrecruzamento confere, notadamente, um destaque inédito à questão das competências.

Conforme a Ergologia, em toda a atividade humana estão presentes discussões de normas e a dupla antecipação. Inicialmente, a antecipação refere-se à própria presença do saber conceitual, da antecipação que se dá antes mesmo de ter encontrado o ambiente no qual irá realizar sua atividade. Em um segundo momento, a antecipação se dá antes mesmo do encontro do sujeito com a atividade a ser realizada, o que requer, do uso do corpo-si, realizar renormalizações e ressingularizações das normas que antecedem o aqui e agora da atividade. Esse encontro é fundamental, nele está presente a relação entre o “sujeito”, o conceito e a vida. Essa relação é sempre singular, pois cada um “antecipa o outro, em seu próprio esforço, para tornar inteligível um meio de vida ou de trabalho” (SCHWARTZ, 2007, p. 2).

Segundo Rossetti e Araújo (2015) a atividade do trabalho vai além do sentido de emprego, necessário à sobrevivência, operando na promoção da saúde ou da doença, considerando-se um espaço no qual as normatizações, a criatividade e a solidariedade estão continuamente presentes na prática cotidiana.

Lhuilier (2006) descreve o trabalho como base da prática da vida humana em sociedade, em que:

a atividade do trabalho tem um caráter fundamentalmente social: não pode ser somente uma atividade imediata, solitária, respondendo exclusivamente ao objetivo de satisfação de desejos individuais. O trabalho é realizado com outros, para outros, ele é subordinado a um foco coletivo, organizado, coordenado, canalizado, gerido... (...) assim, o trabalho implica sempre uma confrontação com o real das relações sociais (LHUILIER, 2006, p.275 apud ROSSETTI; ARAÚJO, 2015).

Por meio do trabalho, nos ambientes de serviços, os profissionais avaliam continuamente as possibilidades de mudança, consideram as condições existentes, os limites e as potencialidades de mudança levando em conta aquilo que conhecem das vivências individuais e coletivas e o quanto vão ter que dar de si em prol das novas possibilidades. As escolhas se dão também considerando o menor desgaste para si e para o grupo. Neste processo, o trabalhador considera valores que adota em sua prática. Deste modo, a responsabilidade pelas consequências dos atos praticados e da solidariedade deve orientar as práticas do trabalho, sendo este um fator fundamental na construção do trabalho em equipe.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esta pesquisa faz parte de um Estudo Multicêntrico que vem sendo desenvolvido em três países: Brasil, no Hospital da Universidade de Brasília-HUB, e no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC; Argélia, no Hospital Universitário de Tlemcen-CHU Telemcen; e, França, na Assistência Pública -Hospitais de Marseille -AP-HM.

No presente estudo, fez-se um recorte, abordando-se apenas as instituições brasileiras, considerando-se principalmente o momento político em que se vivenciam mudanças de estrutura de gestão dos HU no país.

A escolha dos serviços (unidade de urgência/emergência e unidade de internação adulta) encontra-se vinculada ao macroprojeto, que deliberou estes locais porque abrangem unidades comuns a todas as instituições envolvidas no estudo e, por entender que se encontram atreladas a uma Rede de Atenção à Saúde.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Para responder aos objetivos da pesquisa, este estudo adotou como proposta metodológica a abordagem qualitativa com delineamento exploratório-descritivo, desenvolvida com gestores e servidores dos Hospitais Universitários Federais (HU) vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e à Universidade de Brasília (UnB). As razões de optar por esta modalidade de pesquisa consistem na intenção de confrontar o trabalho real e o prescrito na organização do trabalho destas instituições e contribuir para a melhoria da eficácia e da qualidade do trabalho. Desta forma, fez-se uma análise transversal a partir de dados obtidos nos cenários político-institucionais pertinentes à pesquisa.

Os estudos de natureza qualitativa, de acordo com Creswell (2010), são utilizados para descobrir e apreender o significado atribuído a questões específicas para um determinado grupo. Minayo (2004, p.22-23) descreve metodologias qualitativas como “aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Para Moreira *et al.* (2003), o modelo de condução do estudo científico permite sustentar o percurso durante todo o seu processo, em estreita relação com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na situação social. Polit e Hungler (2002, p. 270) citam que os “pesquisadores qualitativos coletam e analisam materiais pouco estruturados e narrativos que propiciam campo livre ao rico potencial das percepções e subjetividade dos seres humanos”.

Trata-se de pesquisa transversal, considerada uma modalidade de pesquisa “quando se estudam variáveis simultaneamente em um determinado momento, fazendo um corte no tempo” (PINEDA; ALVARADO, 2009, p. 81).

Os estudos transversais no cenário do trabalho podem ser encontrados nas pesquisas com abordagem Ergológica, haja vista que analisam situações reais de trabalho, ou seja, a ação em si, em diferentes realidades, influenciadas pelo contexto macropolítico e institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho, incluindo suas escolhas. Neste aspecto, considera-se que as atividades são influenciadas pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, que se expressam, no dizer de Schwartz (2004) nas dramáticas do uso de si por si e pelos outros, resultando em diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

O desenho desta pesquisa requereu uma abordagem metodológica que permitisse captar as diferenças e semelhanças do trabalho dos profissionais da saúde nos HU, dialogando os dados obtidos com o referencial teórico que foi proposto para sustentar esta investigação.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi realizado em dois Hospitais Universitários Federais, localizados no Brasil: o Hospital da Universidade de Brasília-HUB/UnB, situado na Região Centro-Oeste, e o Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina-HU/UFSC, localizado no Sul do país, tendo como locais específicos de coleta de dados os seguintes serviços: unidades de urgência/emergência (Serviço Emergência Adulta, no HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência, no HUB/UnB) e unidades de internação hospitalar adulta (Unidade de Clínica Médica, no HU/UFSC e Unidade de Internação Cirúrgica, no HUB/UnB).

Os HU são importantes centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento das tecnologias para a área da saúde; prestam apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão das instituições federais de ensino às quais estão vinculados. Além disso, no campo da assistência à saúde, os HU são centros de referência de média e alta complexidade para o Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo melhores padrões de eficiência, estando disponíveis à Rede do SUS. Atuam também com programas de capacitações oferecendo oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde (BRASIL, 2015).

Os HU atualmente apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, no entanto, todos desempenham papel de destaque na comunidade na qual estão inseridos (BRASIL, 2015a).

No presente momento, o Brasil possui um total de cinquenta (50) HU, vinculados a trinta e seis (36) Universidades Federais, assim distribuídos: as regiões Sudeste e Nordeste possuem o maior número de HU, com dezessete (17) instituições em cada região; a região Sul possui sete (07) HU; a região Centro-Oeste cinco (05) HU; e, por fim, a região Norte, com quatro (04), HU (EBSERH, 2015).

No universo deste estudo, destaca-se o HUB, que foi fundado em 1972, como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado (IPASE) recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). Em 1987, foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial (HDA). Após manifestações públicas de professores e estudantes, que exigiam a administração plena do hospital pela Universidade de Brasília, em 1990, o hospital foi cedido pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) à UnB, passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB).

Vinculado à Universidade de Brasília desde 2013, o HUB mantém contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (UnB, 2015). O HUB pode ser considerado uma instituição de grande relevância na formação acadêmica nos cursos de graduação e pós-graduação na área da saúde, estendendo-se para outras áreas do conhecimento, este vínculo acadêmico inclui apoio à pesquisa e extensão. Tem como missão “Cuidar de pessoas e desenvolver ensino e pesquisa em harmonia com o Sistema Único de Saúde”, e dispõe de

atendimento exclusivamente SUS, tendo por objetivo a prestação de assistência à saúde de qualidade à população do Distrito Federal.

O HUB define suas diretrizes a partir do seu perfil assistencial voltado às necessidades de saúde da população, do ensino e da pesquisa. Na reestruturação do modelo assistencial segue as normativas da EBSEERH, que inclui as Redes de Atenção à Saúde, e que utiliza as ferramentas de microgestão, nas quais se encontram incluídas as Linhas de Cuidado. Sua capacidade de atendimento a usuários hospitalizados é de duzentos e noventa e nove (299) leitos gerais, com projeto de expansão de mais cento e cinco (105) leitos, totalizando quatrocentos e quatro (404) leitos (EBSEERH, 2013).

Também faz parte do universo do estudo o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, fundado em 1980, apesar das obras de construção terem iniciado em 1964. Sua fundação só foi possível em função de intensa luta reivindicatória de alunos, professores e comunidade junto às autoridades federais para a obtenção de recursos que permitissem a sua inauguração.

Na Estrutura Organizacional da UFSC, o HU é considerado um órgão suplementar diretamente vinculado à Reitoria. Foi concebido na perspectiva do trinômio do ensino, da pesquisa e da extensão na área da saúde e de outras áreas de conhecimento, as quais estão inseridas neste campo de estudos, e tem como missão “Preservar e manter a vida, promovendo a saúde, formando profissionais, produzindo e socializando conhecimentos, com ética e responsabilidade social” (HU/UFSC, 2015).

O HU/UFSC atende exclusivamente pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS), seja da comunidade local, estadual ou nacional, sem distinção. Busca, ao longo de sua história, responder às políticas públicas, atuando nos três níveis de assistência: atenção básica, média e alta complexidade nas diversas especialidades, dentre as quais, obstetrícia, neonatologia, ginecologia, pediatria, cirurgia, hemodiálise, tratamento intensivos e clínico, inseridos nas diversas unidades assistenciais. Atualmente o HU/UFSC possui um total de duzentos e dez (210) leitos ativos e cento e dezesseis (116) desativados (HU/UFSC, 2015). O HU/UFSC vem enfrentando dificuldades de recursos humanos e financeiros, com déficit significativo no quadro de servidores, instalações físicas deficientes e subutilizadas em relação à capacidade instalada, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade.

Diante destas circunstâncias, o HU/UFSC, por meio da Universidade Federal de Santa Catarina, em março de 2016, firmou

contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nos termos do Artigo 6º, da Lei nº 12.550/2011. O processo inicial de adesão à EBSEH vem ocorrendo, dentro do prazo de dezoito meses de vigência no âmbito do Contrato de Gestão. Nesta etapa, serão apresentadas algumas características do Hospital, consideradas relevantes para as ações a serem implementadas e a concretização de um trabalho conjunto a ser iniciado, em busca do padrão desejado para todos os hospitais universitários, que é de proporcionar assistência de excelência no atendimento às necessidades de saúde da população, com condições adequadas para a geração de conhecimento de qualidade e, para a formação profissional. Este período destina-se a apresentar às ações a serem implantadas no âmbito do plano específico para o HU/UFSC, em termos de melhorias da estrutura organizacional e do quadro de pessoal a ser autorizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Dimensionamento de Serviços Assistenciais, elaborado pela Diretoria de Atenção à Saúde e, Dimensionamento de Pessoas elaborado pela Diretoria de Gestão de Pessoas da EBSEH (EBSEH, 2016). Espera-se que esse plano seja um instrumento de pactuação de compromissos entre a EBSEH e a Universidade, além de configurar um subsídio para a melhoria da gestão e dos resultados.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para a seleção da amostra de participantes desta pesquisa, empregou-se o processo de amostragem intencional e por conveniência. Segundo Gil (2010) a amostragem intencional ou não probabilística consiste na seleção de um subgrupo de uma determinada população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerado representativo de toda a população. Este tipo de amostragem requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado.

O estudo qualitativo adota critérios que não correspondem aos padrões quantitativos: a escolha dos critérios a serem adotados decorre, sobretudo, da preocupação para que a amostra contenha e espelhe certas dimensões do contexto (MINAYO, 2010).

De qualquer forma, na amostragem intencional o fechamento da amostra ocorre por critérios de seleção e não são consideradas mensurações das ocorrências estudadas, em oposição ao que se preconiza em pesquisas quantitativas, que seguem regras do rigor estatístico, e não permitem que os resultados obtidos sejam generalizáveis. Este argumento é visto de forma equivocada, pois em

muitas situações, “[...] diferentemente das pesquisas quantitativas, a seleção dos elementos amostrais em pesquisas qualitativas não decorre da mensuração da distribuição de categorias como nos estudos matematizados de características clínicas e bio-sócio-demográficas” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008, p. 20).

Diante do exposto, foram elencados os critérios para escolha dos HU e dos profissionais estudados, conforme será exposto a seguir.

- em relação às instituições: que estas fossem parte integrante da macropesquisa à qual o estudo encontra-se vinculado, com exclusividade para os HU localizados no Brasil;

- em relação à escolha dos serviços: que estes estivessem atrelados ao macroprojeto;

- em relação aos participantes da pesquisa: que fossem elencados os profissionais que atuavam como gestores da instituição e dos serviços, independentemente do tempo de atuação no cargo.

- quanto aos informantes-chave: que fossem ligados aos serviços/instituições selecionadas, com amplo conhecimento—e que dispusessem de informações, a fim de caracterizar as instituições ou os respectivos serviços, sendo escolhidos de forma intencional;

- em relação à categoria profissional: que atuassem nos serviços definidos (urgência/emergência, clínica médica e clínica cirúrgica), que pertencessem às categorias profissionais: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, assistente social, farmacêutico, psicólogo e nutricionista, que estivessem disponíveis para a realização da entrevista

Além destes critérios, outros parâmetros foram definidos:

- realização de um mínimo de vinte (20) horas de observação flutuante do campo (serviços de urgência/emergência e unidades de internação), abrangendo todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno);

- entrevistas com um representante de cada categoria profissional: enfermeiro, técnico de enfermagem e médico, lotado nos serviços pesquisados e que atuassem nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno), e um representante das demais categorias, que também fosse lotado no serviço de urgência/emergência, nas unidades de internação de clínica médica adulta (HU/UFSC) e unidade de internação cirúrgica adulta (HUB/UnB), locais disponibilizados pelas instituições para efetuar o estudo;

- entrevistas intencionais, observando-se a disponibilidade do profissional em concedê-la, no momento em que o pesquisador estivesse presente ao serviço;

- realização de observação contínua de um turno de trabalho dos trabalhadores das seguintes categorias profissionais: enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos, nos serviços definidos nesta pesquisa.

Como critérios de exclusão da pesquisa foram considerados:

- os profissionais que não atuavam exclusivamente nos serviços estudados;

- os profissionais que no período da pesquisa não estavam na escala de trabalho dos referidos serviços por se encontrarem de férias ou afastados do trabalho por quaisquer outros motivos.

Ressalta-se que o calendário de coleta dos dados nas instituições foi de responsabilidade dos pesquisadores do macroprojeto, sendo este distinto entre HUB-UnB e HU-UFSC, o que permitiu a utilização apenas dos dados disponíveis no Banco de Dados até o momento de fechamento da tese.

4.4 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo utilizou dados do macroprojeto de pesquisa intitulado “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia”, aprovado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Edital Universal 14/2013 (SCHERER, 2013).

Salienta-se que a autora da tese vem atuando em todas as etapas da macropesquisa, com participação ativa nos estágios: projeto, coleta de dados, organização e análise dos dados, bem como na apresentação dos resultados. Para a coleta de dados, um grupo de pesquisadores ficou responsável pela instituição do HUB/UnB e outro pela instituição do HU/UFSC, sendo que a autora da tese participou principalmente da coleta de dados da unidade HU/UFSC. No entanto, em abril de 2016 ela permaneceu durante uma semana no HUB/UnB para auxiliar na coleta de dados, e principalmente para conhecer a realidade da instituição e com isso, gerar maior domínio de conhecimento pertinente aos objetivos específicos deste estudo.

Esta pesquisa foi produzida exclusivamente com os dados da macropesquisa coletados nos hospitais brasileiros (HUB/UnB e HU/UFSC), obedecendo às seguintes etapas da coleta:

- caracterização da situação de cada hospital em termos de estrutura, organização e pessoal, por meio de análise documental,

informantes-chave e gestores. Utilizou-se um instrumento que continha: identificação da instituição, informações sobre estrutura organizacional, número de atendimentos, número de pessoal, entre outros (APÊNDICE A);

- caracterização dos serviços: a) serviços de emergência (HU/UFSC e HUB/UnB); b) serviço de internação de adultos, sendo Unidade de Internação de Clínica Médica, no HU/UFSC, e Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica, no HUB/UnB. A caracterização se deu em termos de estrutura, organização e pessoal, com auxílio do instrumento (APÊNDICE B), através da apreciação de documentos, informantes-chave e gestores;

- observação flutuante do campo (APÊNDICE C), com objetivo de capturar e registrar o máximo possível do que ocorreu nos serviços, tanto em termos gerais quanto na dinâmica de trabalho dos profissionais, em um período mínimo de vinte (20) horas em cada serviço, abrangendo todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno), nos quatro serviços investigados.

Apresenta-se, a seguir, o Quadro 2, com o número de horas e turnos de observação de campo e seus respectivos locais e instituições, utilizado para este estudo.

Quadro 2 - Observação de campo dos serviços – HU/UFSC e HUB/UnB, Brasil, 2017.

Turnos	SEA – HU/UFSC	Urgência/ Emergência HUB/UnB	UICM – HU/UFSC	UICC – HUB/UnB
-	Horas/Min	Horas/Min	Horas/Min	Horas/Min
Matutino	17h10min	23h15min	13h00min	07h12min
Vespertino	16h15min	14h41min	04h00min	20h11min
Noturno	01h30min	07h08min	07h45min	03h00min
Total	34h55min	45h04min	24h45min	30h23min

Fonte: Produção da autora.

Além das etapas supracitadas, também foram desenvolvidas entrevistas com os gestores e trabalhadores dos serviços de emergência dos HU (no mínimo um profissional em cada turno de trabalho – enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos) e um representante das demais categorias profissionais que integram os serviços, tais como: farmacêutico, psicólogo, nutricionista e assistente social. Nas unidades

de internação (clínica médica ou cirúrgica) os participantes foram os gestores, enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Esta etapa serviu para identificar os problemas e desafios do trabalho do ponto de vista dos profissionais e dos gestores dos respectivos serviços. Para este estudo, foi adotada entrevista semiestruturada, individualizada e intencional (APÊNDICE D). Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas. Assim, participaram um total de sessenta e sete (67) participantes, sendo vinte e cinco (25) da unidade de emergência HU/UFSC; dezessete (17) da unidade de emergência do HUB/UnB; onze (11) da unidade de internação da clínica médica adulto do HU/UFSC; e, quatorze (14) da unidade de internação da clínica cirúrgica adulto do HUB/UnB.

O Quadro 3 demonstra essa divisão, incluindo a quantidade de entrevistados e a categoria profissional dos participantes dos respectivos serviços de emergência e dos serviços de internação, dos hospitais HU/UFSC e HUB/UnB.

Quadro 3 - Número de entrevistas e categoria profissional dos serviços – HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil, 2017.

Categoria profissional	HU/UFSC		HUB/UnB	
	Serviços de emergência	Unidade clínica médica	Serviços de emergência	Unidades clínica cirúrgica
	Nº total Entrevistas	Nº total Entrevistas	Nº total Entrevistas	Nº total Entrevistas
Gestor do serviço	1	1	1	1
Enfermeiro	8	5	6	4
Téc. Enfermagem	7	5	6	9
Médico	5	-	2	-
Nutricionista	1	-	1	-
Ass. Social	1	-	1	-
Psicólogo	1	-	-	-
Farmacêutico	1	-	-	-
Total	25	11	17	14

Fonte: Produção da autora.

Para finalizar a coleta, também se realizou acompanhamento de um turno de trabalho dos profissionais - enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos (serviços de emergência) e enfermeiros e técnicos de enfermagem (serviços de unidade de internação), registrando-se os aspectos de seu trabalho e as tarefas executadas por cada um deles. O acompanhamento foi intencional e pré-agendado, buscando identificar os detalhes das atividades do trabalho na prática cotidiana, bem como comparar o trabalho prescrito e o trabalho real. O acompanhamento efetuado foi registrado em um diário específico (APÊNDICE E).

Considerando-se que os dados foram coletados por equipes diferenciadas nas duas instituições, ocorreram algumas limitações na coleta de dados, em relação a algumas das etapas metodológicas que estavam previstas para este estudo, tais como a caracterização da unidade de internação cirúrgica, inviabilizando a comparação entre as instituições no que se refere às unidades de internação de adultos. Além disso, a equipe responsável pela coleta de dados no HUB não conseguiu realizar as entrevistas com profissionais médicos, assistente social, psicólogo, nutricionista e fisioterapeuta da Unidade de Clínica Cirúrgica, nem o acompanhamento de um turno de trabalho dos profissionais (médico, enfermeiro e técnico de enfermagem/ Serviço de Emergência e Unidade Cirúrgica), portanto, na análise dos dados do HUB/UnB, considerou-se apenas a observação flutuante para a comparação entre o trabalho prescrito e o real.

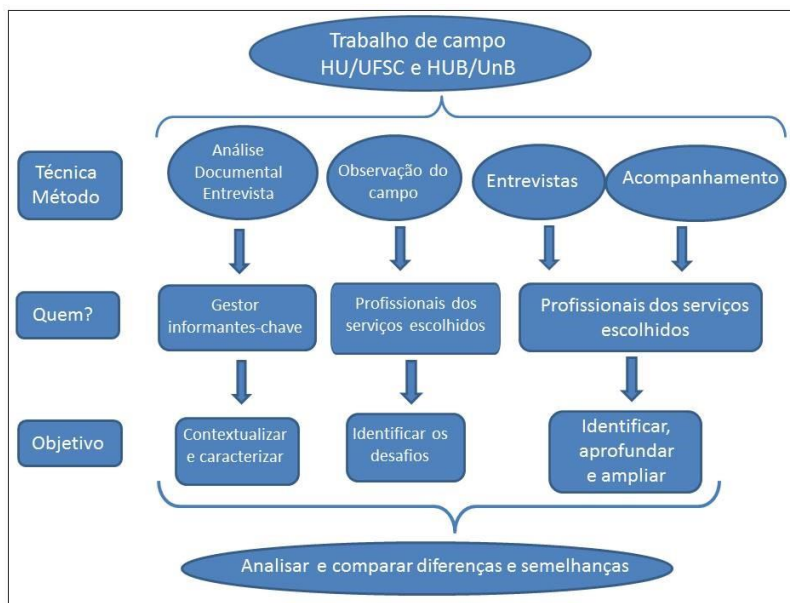
Devido ao limite no prazo para realização desta tese, na Unidade de Internação de Clínica Médica e na Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica foram considerados apenas os aspectos inerentes às categorias profissionais (gestores, enfermeiros e técnicos de enfermagem) para os quais havia dados das duas instituições. Sendo assim, neste aspecto, a análise centrou-se sobre o trabalho prescrito e real a partir da perspectiva de gestoras e trabalhadores de enfermagem das unidades de internação.

Todos os dados coletados foram digitados em arquivos construídos no *Microsoft Office Word 2010*[®]. Após cada etapa da coleta de dados (observações, entrevistas, acompanhamento) foram registradas as expressões-chave, as percepções dos pesquisadores, as notas metodológicas e teóricas incluídas no mesmo instrumento de registro. Angrossino (2008) aponta que nesta etapa da pesquisa é essencial realizar uma constante releitura da legitimidade dos fatos, com olhar

neutro e ético entre o que é apreendido pelo participante da pesquisa e o que é aplicado pelo pesquisador.

Durante o processo de pesquisa, foram coletados documentos impressos, digitados, entre outros, os quais permitiram elucidar o tema. Todo o percurso metodológico aplicado para esta tese pode ser visualizado na Figura 1.

Figura 1 - Percurso metodológico para operacionalização deste estudo. Brasil, 2017.



Fonte: Dados adaptados da macropesquisa.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Finalizada a coleta dos dados, iniciou-se a análise de todo o material coletado para o estudo, assinalando-se as sínteses geradas pelos participantes, o que permitiu relacionar os dados com o processo de teorização, que se desenvolve com base no desenho teórico, a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas fundamentais são finalmente definidos com base no referencial teórico-metodológico do estudo e os resultados constituem-se em categorias

finals de análise, as quais apontam as possibilidades evidenciadas para dar significado aos achados do estudo (MINAYO, 2010).

Polit e Beck (2011, p. 505) fazem referência à análise qualitativa como uma atividade árdua, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho duro, em que o pesquisador “precisa equilibrar a necessidade de concisão com a necessidade de manter a riqueza e o valor indicativo de seus dados”. Neste sentido, cabe ressaltar a necessidade de organização das informações obtidas durante a realização da pesquisa.

As notas de observação registradas pelos pesquisadores, durante o processo de coleta de dados, foram contempladas neste estudo, sendo que Trentini e Paim (2004) descrevem que, embora não exista uma forma única de registrar estes dados, porém o diário de campo é um instrumento indispensável para as anotações das práticas vivenciadas. Este registro deve contemplar aspectos minuciosos das informações, detalhes pertinentes ao estudo, sendo que o uso de gravações, observação de campo e análise documental podem evidenciar detalhes sutis, que ocorrem durante a coleta de dados.

Desta forma, os registros obtidos na caracterização das instituições, nas observações e nas entrevistas semiestruturadas foram interligadas, objetivando, através da triangulação de dados, o aprofundamento da análise e a discussão dos elementos que surgiram da investigação (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; MINAYO, 2010). Entende-se, assim, como Polit e Beck (2011, p. 541), que a triangulação de dados consiste no:

[...] uso de múltiplas fontes de dados [documentos, observações, entrevistas] para validar conclusões. [...] A variedade de métodos de coleta de dados fornece uma oportunidade de avaliar até que ponto emerge um quadro coerente e consistente do fenômeno (POLIT; BECK, 2011, p. 541).

A triangulação de dados se consolidou pelas relações dos instrumentos utilizados na coleta de dados deste estudo (documentos, entrevistas, observações, acompanhamentos). Todas as etapas foram examinadas e organizadas minuciosamente, para, posteriormente, compor as categorias de análise, sendo que, para Minayo (2010) a análise do material recolhido em campo e/ou documentos buscam: atingir os objetivos de ultrapassagem da incerteza (responder às

perguntas, às hipóteses e aos pressupostos); o enriquecimento da leitura (superar significados e estruturas relevantes e ocultas); e, a integração das descobertas (revelando a coerência interna subjacente às falas, aos comportamentos e às relações). Deste modo, a análise aconteceu por meio do processo de condensação e da identificação dos núcleos temáticos, interpretados com base em categorias analíticas do quadro teórico.

Esta fase da pesquisa consistiu em realizar uma avaliação apurada dos dados coletados em todas as etapas para, posteriormente, ser concluída. De acordo com Creswell (2007), a análise busca extrair o significado dos dados coletados, organizando-os em um processo sistemático, refletindo a partir das informações fornecidas e observadas, fazendo questionamentos analíticos e, deste modo, construindo uma análise, em um processo que se inicia desde a coleta de dados.

Buscando um meio de concretizar a análise dos dados, empregou-se uma das várias modalidades da Análise de Conteúdo, a Análise Temática, considerada de grande relevância e apropriada para investigações qualitativas da saúde (MINAYO, 2010, p. 316).

A Análise Temática consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algumas coisas para o objeto analítico visado”. Para sua aplicação cumprem-se três etapas: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010, p. 316).

A primeira etapa - pré-análise - é a fase de escolha dos materiais a serem analisados, na qual se pode utilizar vários processos, tais como: leitura flutuante, hipóteses, objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação. Nesta pesquisa, esta etapa se deu mediante a leitura flutuante e os indicadores estabelecidos nos quadros comparativos definidos à priori (MINAYO, 2010).

A segunda etapa - exploração do material - consiste essencialmente em encontrar o núcleo de compreensão das unidades de registro, formando a categorização, agregada por semelhanças e por diferenciação, com posterior reagrupamento, em função de características comuns. Para tanto, por meio dos objetivos estabelecidos e do instrumento adotado, chegou-se às categorias analíticas, quais sejam, Estrutura Organizacional, Estrutura Assistencial e Estrutura de Pessoal e Formação Profissional (MINAYO, 2010).

Na última etapa - tratamento dos resultados, inferência e interpretação - coloca-se em relevo as informações obtidas e se propõe a

interpretação dos achados, inter-relacionando-os com a representação teórica, o que leva a novas configurações teóricas, sugeridas com a leitura do material (MINAYO, 2010). Esta fase se configurou como a análise dos resultados, mediante confronto com a literatura.

Por fim, como um estudo de natureza qualitativa, as interpretações foram revisadas em termos de “credibilidade, importância, potencial de transferência e implicações” (POLIT; BECK, 2011, p. 557).

Após coletar os dados e organizar os registros em documentos no Microsoft Word (notas de observação dos serviços, transcrições das entrevistas e notas de acompanhamento), os dados foram inseridos no software para análise de dados qualitativos Atlas.ti 7.5.12 (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). No software, criou-se um arquivo de uso que reúne os dados da pesquisa, denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas e notas de observação/acompanhamento inseridas receberam o nome de *primary documents*, as quais podem conter inúmeros fragmentos selecionados, que são chamados de *quotations*. As *quotations* estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador mediante seu objeto de pesquisa.

Apesar de o processo de análise ser descrito por etapas, elas ocorreram de forma simultânea, portanto, para melhor compreensão das etapas analíticas e sua relação com os recursos disponíveis no software Atlas.ti, o quadro abaixo (Quadro 4) busca sintetizar essa associação.

Quadro 4 - Relações entre as fases da análise de temática e o software Atlas.ti.

Fases da análise	Software Atlas.ti
1ª Fase: Pré-análise	Criação e salvamento da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção de <i>primary documents</i> selecionados.
2ª Fase: Exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos <i>codes</i> em <i>families</i> . Criação de <i>memos</i> .
3ª fase: Interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>Codes</i> , <i>Families</i> e <i>Memos</i> , sob orientação do objetivo e referencial teórico. Geração de <i>Networks</i> . Extração de <i>Outputs</i> .

Fonte: Soratto (2016).

A partir do processo descrito anteriormente, estabeleceram-se as categorias analíticas, conforme apresentação dos resultados. Para esta pesquisa, inicialmente foram utilizados os *codes* da macropesquisa, em que os dados estão agrupados nas seguintes categorias (*codes*): organização: atribuições; organização: divisão; organização: equipes; organização: gestão; organização: ritmo; condições: espaço físico positivo; condições: espaço físico negativo; condições: materiais positivos; condições: materiais negativos; condições: recursos humanos positivo; condições: recursos humanos negativo; e, condições: biossegurança. Estes *codes* foram renomeados conforme as especificidades deste estudo, dando origem às categorias analíticas:

- No primeiro manuscrito emergiram três categorias principais: 1) Estrutura Organizacional; 2) Estrutura Assistencial e, 3) Estrutura de Pessoal e Formação Profissional.

- No segundo manuscrito, foram estabelecidas duas categorias principais: 1) Organização do Trabalho: caracterizando os serviços de urgência e emergência e, 2) Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real, com as seguintes subcategorias: Papel da Gestão; Ritmo de Trabalho; Trabalho em Equipe; Atribuição por Categoria Profissional; e, Divisão do Trabalho.

- No terceiro manuscrito emergiram duas categorias analíticas: 1) Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real, incluindo as seguintes subcategorias: atribuição, divisão, ritmo, equipe e gestão; e, 2) Condições do Trabalho: desafios para o trabalho de enfermagem com as seguintes subcategorias: biossegurança, espaço físico (negativo – positivo), materiais e equipamentos (negativo – positivo), recursos humanos (negativo – positivo).

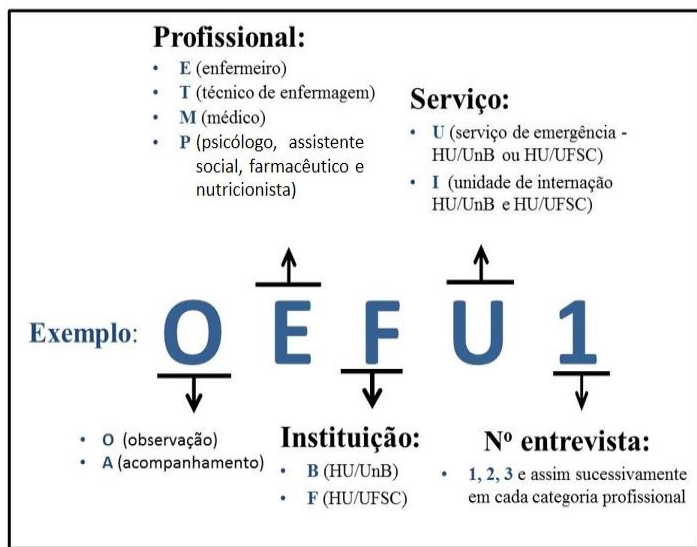
4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo, por estar integrado ao estudo multicêntrico intitulado “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia” foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS), o que ocorreu por meio da Plataforma Brasil, sob o número: 562.224, relatado em 17/03/2014, conforme ANEXO A. Para tanto, obteve autorização das instituições envolvidas, podendo ser desenvolvido no Hospital da Universidade de Brasília e no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina.

Por se tratar de uma pesquisa com seres humanos, os aspectos éticos foram seguidos durante o desenvolvimento da pesquisa, obedecendo aos requisitos estabelecidos pela Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções complementares, que dispõem sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b).

A adesão dos participantes foi voluntária, sendo-lhes assegurando o direito de se retirarem da pesquisa a qualquer momento. A proteção das informações fornecidas foi garantida através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores. O anonimato dos participantes foi garantido por meio de um código alfanumérico concebido: iniciais da profissão (G para gestor, E para enfermeiro, T para técnico de enfermagem, M para médico e P para os demais profissionais que tenham apenas um representante, tais como psicólogo, farmacêutico, assistente social e nutricionista); letra representativa das instituições B para hospital HUB/UnB e F para o hospital HU/UFSC, e dos serviços U para urgência e I para unidade de internação, seguidos de um número cardinal que expressa a numeração da entrevista da determinada categoria profissional. Para as notas de observação e do acompanhamento também foram utilizados os códigos O para observação e A para acompanhamento. Exemplo: EFU1 (enfermeiro, HU/UFSC, serviço de emergência e primeira entrevista), EBI2 (enfermeiro, HU/UnB, serviço de unidade de internação e segunda entrevista), assim, sucessivamente, para com todos os profissionais, serviços e hospitais. A Figura 2, a seguir, ilustra a codificação utilizada para garantir o anonimato dos participantes.

Figura 2 - Codificação para garantia do anonimato dos participantes. Brasil, 2017.



Fonte: Produção da autora.

Os dados obtidos tiveram por finalidade, inicialmente, a tese e as publicações que dela resultarem. Após o término deste estudo, as informações levantadas serão disponibilizadas para o estudo multicêntrico e ficarão armazenadas com os pesquisadores por um período de cinco anos, sendo, posteriormente, excluídas do acervo.

Quanto aos riscos e benefícios do estudo, esta pesquisa não envolveu riscos de natureza física ou psicológica, nem acarretou implicações institucionais aos participantes. Os benefícios do estudo são figurados no sentido de permitir ampliar as possibilidades da gestão e refletir sobre o processo de trabalho, com ênfase na organização do trabalho dos profissionais da saúde, identificando-se os problemas e desafios contemporâneos do trabalho, visando contribuir tanto para a melhoria da eficácia e da qualidade de vida laboral, quanto contribuir para uma assistência à saúde de maior qualidade. Por fim, é importante ainda destacar que a presente pesquisa não teve apoio financeiro direto, utilizou recursos do estudo multicêntrico, que foi aprovado pelo [redacted], conforme Edital Universal 14/2013 (SCHERER, 2013).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Nesta seção, seguindo as normas do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (Instrução Normativa 10/PEN/2011), apresentam-se os resultados e a discussão da tese, em forma de três manuscritos, visando futuras publicações e que possam responder aos objetivos definidos para o estudo.

O primeiro manuscrito aborda o tema acerca dos “Hospitais universitários federais: práticas comparadas”, cuja proposta é apontar um panorama geral acerca das semelhanças e diferenças entre dois hospitais universitários federais em relação à organização estrutural, do trabalho e de pessoal.

O segundo manuscrito apresenta a “Organização do trabalho em serviços de emergência de hospitais universitários federais”, com a finalidade de descrever especificamente os serviços, buscando identificar os desafios nas relações de trabalho a partir do ponto de vista dos profissionais e dos gestores dos serviços de emergência das instituições federais.

O terceiro manuscrito expõe a “Organização e condições de trabalho da enfermagem em unidades de internação - hospitais universitários federais”, com o objetivo de identificar as questões relacionadas com a organização e as condições do trabalho prescrito e do real, a partir do ponto de vista dos trabalhadores da enfermagem e respectivos gestores dos serviços em unidades de internação hospitalar.

5.1 MANUSCRITO I – HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: PRÁTICAS COMPARADAS

HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: práticas comparadas⁴

FEDERAL UNIVERSITY HOSPITALS: comparative practices

HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES: prácticas comparadas

Julieta Oro⁵

Francine Lima Gelbcke⁶

RESUMO: Estudo com objetivo de apontar semelhanças e diferenças em Hospitais Universitários Federais, em relação à organização estrutural, do trabalho e de pessoal. Emprega abordagem qualitativo-descritiva e transversal, utilizando-se, para a coleta de dados, entrevista com gestores, informantes-chave e documentos disponibilizados pelas instituições. A partir dos dados, elaborou-se um quadro comparativo, com informações acerca da estrutura, organização e pessoal. Os resultados evidenciam três categorias principais: Estrutura Organizacional, Estrutura Assistencial e Estrutura de Pessoal e

⁴ Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: contextos e desafios”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2017.

⁵ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julieta.oro@ufsc.br.

⁶ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional - da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

Formação Profissional. Constatou-se que existem mais semelhanças do que diferenças no desenvolvimento da gestão e das práticas nestas instituições, e que ambas caminham em direção de novas formas de aperfeiçoar e padronizar a gestão dos serviços dos HU, visando reduzir os gastos, aumentar a produtividade, ampliar o número de servidores e benfeitorias estruturais, com ganhos para os usuários, o ensino e a pesquisa.

Descritores: Hospitais Universitários. Gestão de Serviços de Saúde. Hospitais Públicos.

ABSTRACT: A study aimed at indicating the similarities and differences in the structural, work and staff organization in federal university hospitals. A descriptive qualitative cross-sectional approach was used. Data were collected in interviews with managers and key informers and from documents provided by the institutions. A comparative chart of the institutions, including information on the structure, organization and staff was prepared based on these data. The results indicated three main categories: organizational structure, healthcare structure and staff and professional training structure. It was observed that there are more similarities than differences in management and practice development in both institutions. Both are moving towards new means of improving and standardizing UH service management to reduce expenditure, increase productivity and increase the number of staff and structural improvements to benefit the users, teaching and research.

Descriptors: University Hospitals. Healthcare Administration. Public Hospitals.

RESUMEN: Estudio con el objetivo de indicar similitudes y diferencias en la organización estructural, de trabajo y de personal entre hospitales universitarios federales. Utilizando abordaje cualitativo-descriptivo y transversal, fueron entrevistados gestores e informantes claves para obtener datos, además de documentos proporcionados por las instituciones. Un cuadro comparativo de la organización estructural, de trabajo y de personal en las instituciones fue preparado con base en los datos cosechados. Los resultados evidencian tres categorías principales: estructura organizacional; estructura de cuidado y estructura de personal y cualificación profesional. Se constató que existen más similitudes que diferencias en el desarrollo de la gestión y de las prácticas en las instituciones, una vez que las dos caminan hacia nuevas maneras de

perfeccionar y estandarizar la gestión de los servicios de los HUs, objetivando reducir costes, aumentar la productividad, ampliar el número de servidores y mejoras estructurales para beneficiar los usuarios, la enseñanza y la investigación.

Descriptor: Hospitales Universitarios. Administración de los Servicios de Salud. Hospitales Públicos.

INTRODUÇÃO

Nas últimas décadas, as instituições hospitalares brasileiras vêm experimentando sucessivas transformações, incorporando avanços no campo do conhecimento técnico e de gestão em saúde, o que implica em grandes desafios para a organização e gestão. Tais avanços residem na capacidade de resposta dos serviços de saúde às necessidades da população e das próprias políticas públicas.

A decisão administrativa para construção social e política das instituições requer análise, consciência das contradições, perspectivas diversas e, principalmente, debate para o aprendizado coletivo. Em busca de equilíbrio surgem novas visões, alternativas e significado para as organizações. Na prática administrativa, os problemas são elementos do cotidiano da gestão, que mobilizam os gestores de forma dialética, em que buscam respostas aos problemas, impulsionando o seu trabalho com alternativas resolutivas na intenção de cumprir suas tarefas. Mas, frente a algumas situações ficam imobilizados e frustrados pela impossibilidade de solucionar problemas (MOTTA, 2014).

Neste sentido, há que se considerar que uma gestão moderna deve valorizar a capacidade de construir e reconstruir soluções, uma vez que o mundo está em constante transformação e todas as políticas e objetivos carregam, desde o seu conceito, um caráter de obsolescência. Sendo assim, as ações devem ser vistas apenas como uma referência provisória do presente e do futuro, pois existe um produto de transformação social constante a reacender a necessidade de se atualizar o que foi anteriormente decidido (MOTTA, 2014).

As organizações hospitalares são espaços complexos e utilizam tecnologias que estão em constante mutação, sendo afetadas por mudanças ambientais semelhantes às que ocorrem nas organizações industriais e comerciais e merecem constante atenção por parte dos dirigentes e pesquisadores (OSMO, 2014). Percebe-se, na atualidade, que os hospitais vivenciam situações de profunda transformação, e estas

têm sido confrontadas com múltiplas e simultâneas demandas que impõem desafios para a organização e gestão.

Os Hospitais Universitários (HU) brasileiros surgem devido à necessidade de expandir os estabelecimentos prestadores de assistência, de modo a articular o ensino na formação dos profissionais da área da saúde, bem como propiciar atendimento à saúde de maior complexidade, estando submetidos à supervisão das autoridades competentes (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; BRASIL, 2012c). Deste modo, são consideradas instituições com organizações complexas e de grande importância social para a nação (SODRÉ *et al.*, 2013).

Para os técnicos e gestores do SUS, os HU são vistos como “unidades que possuem alta tecnologia e geram alto custo em suas ações, têm o dever de ser resolutivos e de prestar assistência de qualidade” (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007, p. 393). Nas últimas décadas, as gestões dos hospitais públicos são, repetidas vezes, questionadas pelos usuários, pela mídia, pela comunidade acadêmica e expertises em gestão em relação à eficiência dos serviços de atenção à saúde (FERREIRA; MENDONÇA, 2009). Torna-se evidente que os HU vêm se deparando com muitas dificuldades, tais como o déficit no quadro de servidores, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à comunidade (SODRÉ *et al.*, 2013). Certamente o déficit de recursos financeiros da união disponibilizados para os HU tem limitado significativamente sua capacidade de atuação.

A partir dos inúmeros questionamentos baseados no discurso da ineficiência da gestão pública e no alto custo dos hospitais federais, foi criada, em 2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a responsabilidade de gestão do conjunto dos HU (SODRÉ *et al.*, 2013). Segue normativas, dentre as quais a reestruturação do modelo assistencial, que inclui as Redes de Atenção à Saúde (RAS), e que utiliza as ferramentas de microgestão, com inclusão das Linhas de Cuidado (EBSERH, 2013).

As RAS estão inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) e determinam a estruturação dos pontos de atenção à saúde primária, secundária e terciária. Cabe aos pontos de atenção à saúde secundária e terciária ofertar determinados serviços especializados. A diferença entre ambos está nas respectivas densidades tecnológicas, cabendo aos mais densos tecnologicamente os serviços terciários, como é o caso dos HU. No entanto, os diferentes pontos da Rede são importantes para que se possa atingir os objetivos comuns das RAS (MENDES, 2011).

No âmbito do SUS, as RAS são definidas como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2012a, p. 4).

Os HU, integrados às Redes do SUS, permitem regulação de sua assistência, maior participação na avaliação e incorporação tecnológica ao sistema, e criação de mecanismos de padronização de condutas e terapêuticas. Estes hospitais são considerados peças fundamentais no desenvolvimento do SUS nas mais diversas áreas, tais como, “referência assistencial de alta complexidade, polos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas, técnicas e procedimentos para a Saúde Pública e incorporação de novas tecnologias que colaborem para a melhoria das condições de saúde da população brasileira” (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p.7).

Entende-se, deste modo, que estas instituições concentram os elementos essenciais à promoção da saúde e ao desenvolvimento do conhecimento: assistência à população, ensino qualificado e pesquisa científica. Todas essas funções devem conviver em plena integração, transformando os HU em centros de excelência no atendimento à saúde.

Considerando-se que os HU são instituições do próprio Sistema Único de Saúde (SUS), este trabalho apresenta a seguinte pergunta de pesquisa: Quais as semelhanças e diferenças em termos de organização estrutural, de trabalho e de pessoal encontradas em hospitais universitários federais? Busca-se responder a esta questão com o objetivo de descrever semelhanças e diferenças entre Hospitais Universitários Federais em relação à organização estrutural, ao trabalho e ao conjunto de pessoal.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa exploratório-descritiva (MINAYO, 2010; POLIT; BECK, 2011), realizado nos Hospitais Universitários Federais vinculados à Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e à Universidade de Brasília (UnB). Realizou-se análise transversal a partir de dados obtidos com gestores e/ou informantes-chave, bem como análise documental disponibilizada dos cenários a serem investigados.

Os estudos de natureza qualitativa, de acordo com Creswell (2010) são utilizados para descobrir e apreender o significado atribuído

a questões específicas para um determinado grupo. Administradores da área da saúde se utilizam dos estudos descritivos para acompanhar as tendências e planejar recursos (GRIMES; SCHULZ, 2002), além disso, tais estudos buscam explorar, descrever e documentar aspectos de uma determinada população (POLIT; BECK, 2011).

O presente estudo utilizou dados da macropesquisa intitulada “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia”, aprovado pelo CNPq, Edital Universal 14/2013 (SCHERER, 2013). A coleta dos dados foi realizada por uma equipe de pesquisadores que participam deste macroprojeto, entre os anos de 2014 e 2015, incluindo as autoras do presente estudo. Para coleta dos dados, foi elaborado instrumento que continha identificação da instituição, informações sobre estrutura organizacional, atendimentos, pessoal, formação, entre outros.

A partir dos dados coletados, elaborou-se um quadro comparativo das instituições, o qual foi sendo completado com entrevista junto aos gestores e informantes-chave, incluindo documentos disponibilizados pelas instituições. Esta etapa de coleta de dados ocorreu no ano de 2014, sendo alguns dados complementados em 2015.

A escolha dos HU/Brasil se deveu ao fato de os proponentes do macropesquisa estarem vinculados a estas instituições. Desta forma, o estudo aqui apresentado faz um recorte dos dados, discutindo apenas os que concernem ao Brasil, o que se deve ao momento político em que se vivencia a mudança de estrutura de gestão dos HU no país.

O Hospital Universitário de Brasília (HUB) é instituição pública hospitalar universitária, vinculada administrativamente ao órgão federal da Fundação Universidade de Brasília-FUB e ao Ministério da Educação do Governo Federal do Brasil. O HUB foi inaugurado pelo Decreto nº 70.178, de 21 de fevereiro de 1972, e, desde 2013, mantém contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), seguindo as normativas e modelo assistência, conforme pactuação (HUB, 2014).

A outra instituição envolvida no estudo é o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, vinculado à Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC, fundado em 1980. Na estrutura organizacional da UFSC, é considerado um órgão suplementar diretamente vinculado à Reitoria, tendo sido concebido na perspectiva do trinômio ensino, pesquisa e extensão na área da saúde e

de outras áreas de conhecimento que estão articuladas a este campo de estudos (HU/UFSC 2015).

Ao término da coleta de dados, iniciou-se a etapa da análise. De acordo com Creswell (2010), a análise qualitativa dos dados constitui o processo de extrair significado dos dados coletados, organizando-os em um processo sistemático. Implica em refletir, a partir das informações fornecidas e observadas, fazer perguntas analíticas e construir uma análise, processo que se inicia desde a coleta de dados. Para tanto, exige-se criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho duro por parte do pesquisador, buscando equilibrar a necessidade de concisão com a necessidade de manter a riqueza e o valor indicativo de seus dados (POLIT; BECK, 2011).

Utilizou-se, neste estudo, a Análise de Conteúdo Temática, cumprindo três etapas: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na primeira etapa, ocorreu a leitura flutuante e a construção dos quadros comparativos definidos à priori, com base nos dados e indicadores. Na etapa de exploração do material, por meio dos objetivos estabelecidos e do instrumento adotado, chegou-se às categorias analíticas, quais sejam, estrutura organizacional, estrutura assistencial e, estrutura de pessoal e formação profissional. A última etapa – tratamento dos resultados, inferência e interpretação – configurou-se como a análise dos resultados mediante confronto com a literatura (MINAYO, 2010). Salienta-se que, apesar de parecer que as etapas analíticas foram descritas de maneira fragmentada, a análise dos dados aconteceu de maneira simultânea. Por fim, como um estudo de natureza qualitativa, as interpretações foram revisadas em termos de “credibilidade, importância, potencial de transferência e implicações” (POLIT; BECK, 2011, p. 557).

Os aspectos éticos foram respeitados no transcorrer do desenvolvimento do estudo, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções complementares, que dispõem sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O projeto multicêntrico foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS), por meio da Plataforma Brasil, sob o nº 562.224, relatado em 17/03/2014. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do estudo multicêntrico foi também utilizado para esta pesquisa.

A adesão dos participantes foi voluntária e garantiu-se a proteção das informações através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores.

RESULTADOS

Por meio da análise dos dados, emergiram três categorias principais: 1) Estrutura Organizacional; 2) Estrutura Assistencial e, 3) Estrutura de Pessoal e Formação Profissional. A primeira categoria aborda a vinculação administrativa, as fontes de financiamento e a governança. A segunda categoria aborda o nível de atenção, a média de permanência de internação, os serviços de emergência, a região geográfica da população atendida, o número de leitos total, a taxa de mortalidade, a taxa de ocupação, o número total de internações e demais atendimentos. A terceira categoria trata da jornada de trabalho, o serviço de saúde do trabalhador, a forma de admissão dos profissionais, a carreira, a organização da pesquisa, os tipos de pesquisas realizadas e as atividades de extensão, bem como o papel do HU e suas atividades de formação.

Estrutura Organizacional

Nesta primeira categoria, são apresentadas as duas instituições estudadas, expondo as semelhanças e diferenças em relação à vinculação administrativa, às fontes de financiamento e à governança.

Assinalando a primeira instituição estudada, o Hospital Universitário de Brasília (HUB) é considerado uma instituição pública hospitalar universitária, vinculada administrativamente ao órgão federal da Fundação Universidade de Brasília (FUB) e ao Ministério da Educação do Governo Federal do Brasil. O HUB possui uma área de construção de 45.247,50 m², localizado em Brasília, na região Centro-Norte do Plano Diretor de Regionalização do Distrito Federal. O Distrito Federal (DF) é dividido em trinta e uma (31) regiões administrativas, distribuídas em um quadrilátero de 5.789,16 km², localizado na região Centro-Oeste do Brasil, no estado de Goiás, Planalto Central (HUB, 2014).

O sistema de saúde no DF encontra-se organizado em Regionais de Saúde compostas por postos de saúde, centros de saúde e um hospital regional secundário. O Hospital de Base de Brasília é o hospital terciário

de referência para todas as Regionais do DF. O HUB ainda não se encontra oficialmente integrado a essa Rede (HUB, 2014).

O HUB foi inaugurado pelo Decreto nº 70.178, de 21 de fevereiro de 1972, como unidade do Instituto de Pensões e Aposentadoria dos Serviços do Estado (IPASE), recebendo o nome de Hospital do Distrito Federal Presidente Médici (HDFPM). Em 1979, o HDFPM passou a ser administrado pela Universidade de Brasília e, em 1987, foi integrado à rede de serviços do Distrito Federal por meio de novo convênio, assinado pela Universidade de Brasília com quatro ministérios, passando a chamar-se Hospital Docente Assistencial (HDA) (HUB, 2014).

Em abril de 1990, o hospital teve a sua cessão definitiva pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) à Universidade Federal de Brasília (UnB), passando a denominar-se Hospital Universitário de Brasília (HUB), um órgão complementar da UnB, com o regimento aprovado pela Resolução do Conselho Universitário nº 21/2008 (HUB, 2014).

A contratualização do HUB como hospital de ensino ocorreu em 2004 e 2005, e permanece certificado, conforme a Portaria Interministerial MEC/MS nº. 2400, de 2 de outubro de 2007 (HUB, 2014).

Em 2008, teve a aprovação do seu Regimento pelo Conselho Superior Universitário (CONSUNI), com integração institucional ao Sistema Único de Saúde, tendo início a implantação da Política Nacional de Humanização e seu alinhamento com as políticas assistenciais prioritárias para o SUS. Cabe ressaltar que, a partir desta época, a totalidade da capacidade instalada de internação e de produção de serviços passou a ser de exclusividade do Sistema Único de Saúde (SUS), recusando os serviços de atendimento a particulares, usuários de convênios e planos de saúde (HUB, 2014).

O Ministério da Educação, a fim de viabilizar a gestão dos hospitais universitários, cria, em 2010, por meio do Decreto nº 7.082, o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), cujo objetivo é a reestruturação e a revitalização dos Hospitais Universitários.

Neste contexto, em 2011, foi instituída a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), com a finalidade de gerir os Hospitais Universitários Federais, cujas diretrizes demandam cem por cento (100%) de atendimento SUS. Em 2012, a UnB firma termo de adesão à EBSERH, com a assinatura do contrato em 17 de janeiro de 2013,

propondo-se a fazer a qualificação da equipe gestora, o saneamento financeiro e a contratação de pessoal no regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis de Trabalho (HUB, 2014). Desde então, a governança e gestão do HUB ocorrem com contrato firmado entre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e o HUB/UnB, nos termos do Artigo 6, da Lei nº 12.550/2011 (EBSERH, 2013).

Ressalta-se que o HUB atende as áreas assistenciais, de ensino, administrativa e de manutenção e que após adesão à EBSERH vem ampliando os investimentos em infraestrutura, recursos humanos e equipamentos, com pretensão de alargar a capacidade de atendimento à população nos próximos anos. Todas as ações desenvolvidas no HUB são norteadas pelos princípios organizacionais, incluindo a missão, a visão e os valores desta instituição, que refletem o comprometimento assumido com a atenção à saúde integral e humanizada e com a formação de profissionais (HUB, 2014).

Atualmente, o HUB é constituído por nove complexos hospitalares que integram o conjunto de unidades/serviços por atividades afins. A população é atendida exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde, por demanda espontânea ou referenciada, que provêm do Distrito Federal e entorno, além de outros Estados. É considerado um Hospital de Referência para o atendimento à população indígena procedente do subsistema de saúde indígena. Sua área de abrangência encontra-se em fase de definição, com mediação de sua referência e contrarreferência para as áreas de São Sebastião, Paranoá e Itapuã, que concentra grande parte dos cenários de aprendizagem dos Cursos da Saúde, e outros, bem como do Campus Darcy Ribeiro/UnB.

Embora o HUB seja uma instituição de médio porte e se constitua, dentro da rede assistencial do Distrito Federal, como um estabelecimento de saúde referenciado para as ações de atenção à saúde de média e de alta complexidade, o fluxo de referência e contrarreferência necessita de maior aprimoramento, considerando-se que não existe a delimitação da população da área de atenção (HUB, 2014).

O organograma atual traz o desafio de integrar assistência-ensino-pesquisa. Para tanto, sua estrutura organizacional se dá a partir da constituição de Linhas de Cuidado, as quais estão em fase de implantação e constituem-se em um grande desafio. A maior dificuldade reside no fato de que na Linha de Cuidado a diretriz da atenção se dá de forma inter e multidisciplinar, quebrando a hegemonia do saber centrada no médico e nos procedimentos, e inova com uma abordagem em que os

saberes e responsabilidades são compartilhados pelos diversos especialistas envolvidos nos cuidados (HUB, 2014). Observou-se, na coleta de dados, que a organização das Linhas de Cuidado ainda se encontra de forma incipiente, o que demanda um preparo da equipe para esta nova forma de organização do trabalho.

Na proposta de gestão da EBSERH para os HU, estabelecem-se medidas específicas na intenção de viabilizar a construção de uma grande rede de atenção à saúde, levando em conta a real necessidade de seus usuários, respeitando o perfil epidemiológico da população assistida e promovendo um atendimento integrado (HUB, 2014). A adoção desta perspectiva de gestão também é inovadora, portanto, com graus de dificuldade na em sua implantação.

A segunda instituição investigada é o Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, também considerado uma instituição pública hospitalar universitária, vinculado administrativamente à Universidade Federal de Santa Catarina – HU/UFSC e ao Ministério da Educação (HU, 2010).

Inaugurado em maio de 1980, na estrutura organizacional da UFSC é considerado órgão suplementar previsto em seu Estatuto, Artigo 12, Inciso V, diretamente vinculado à Reitoria. O HU/UFSC possui uma área construída de 31.995,29 m², está localizado na capital do Estado de Santa Catarina, na cidade de Florianópolis, uma ilha situada na porção leste do Estado, com aproximadamente 523 km², na Região Sul do Brasil (HU, 2010).

O HU/UFSC pode ser considerado um hospital de médio porte e busca responder às políticas públicas, atuando nos três níveis de assistência: atenção básica, média e alta complexidades. No que concerne à gestão da instituição, destaca-se a elaboração da Missão, da Visão e dos Valores do HU/UFSC, desde o ano de 2005 (HU, 2010).

O HU/UFSC, desde sua implantação, busca responder às políticas públicas, com atendimento exclusivo pelo SUS. Assim, adota um modelo de gestão participativa e colegiada, de caráter consultivo e deliberativo (HU, 2010).

Em 2009, reestruturou-se a composição do Conselho Diretor do Hospital Universitário, aprovado em reunião deste mesmo órgão, conforme segue: diretor geral do Hospital, diretor do Centro de Ciências da Saúde (CCS), dois diretores setoriais do Hospital, três coordenadores de Curso de Graduação do CCS, três coordenadores de Cursos de Pós-Graduação do CCS, dois representantes discentes de Cursos de graduação do CCS, um representante discente dos Cursos de Pós-

Graduação do CCS, dois representantes dos servidores técnico-administrativos do quadro permanente da UFSC, lotados no Hospital Universitário e um representante da comunidade. A estrutura organizacional atual permanece composta por Direção Geral, Vice-direção e diretorias setoriais: Administrativa, Medicina, Enfermagem e Apoio Assistencial, com divisões, serviços e seções (HU, 2010).

Reconhecido como Hospital de Ensino, o HU, por meio de credenciamento junto aos Ministérios da Educação e da Saúde, de acordo com a Portaria Interministerial nº 1.000, de 15 de abril de 2004, na mesma ocasião também firmou convênio com a Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (SES/SC), pactuando serviços e atividades, bem como explicitando as diretrizes e metas físicas de qualidade para cada uma das áreas de atuação pactuadas: atenção à saúde; atividades de ensino e pesquisa e atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar (HU, 2010).

Não se poderia deixar de citar que, após o término da coleta de dados para este estudo, o HU/UFSC, diante das dificuldades de recursos financeiros, com déficit significativo no quadro de servidores, instalações físicas deficientes e subutilização da capacidade instalada, em março de 2016, também firma contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nos termos do Artigo 6º, da Lei nº 12.550/2011 (BRASIL, 2012). Este processo inicial de adesão à EBSEH deverá ocorrer nos dezoito meses iniciais de vigência no âmbito do Contrato de Gestão. Porém, o processo de implantação, principalmente da governança institucional, está ocorrendo de forma lenta, sendo que, ao final de 2016, os níveis hierárquicos da governança ainda não haviam sido empossados, apenas a Superintendência, o que pode comprometer as metas pactuadas para estes dezoito meses iniciais.

Vê-se que os hospitais (HU/UFSC E HUB/UnB) são Instituições Federais, com certificação expedida pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, e com contratualização com o Estado, portanto, respondem à organização federal. Assim sendo, o Ministério da Educação é responsável tanto pela contratação de pessoal e as diretrizes para sua formação quanto pela formação de residentes da área da saúde. Cabe, também, ao Ministério da Educação auxiliar com recursos para melhorias e ampliação da infraestrutura, com verba proveniente do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), destinada à reestruturação e revitalização dos Hospitais das Universidades Federais.

Os recursos financeiros disponibilizados aos hospitais, advindos do Ministério da Saúde por meio do Fundo Nacional de Saúde, incidem mensalmente a partir de pactuação, com atendimentos de média e alta complexidade, por procedimentos realizados, por serviços de apoio diagnóstico, FIDEPS (Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa Universitária em Saúde), IAC (Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino), Programa Interministerial de Reforço e Manutenção dos HU, e por reestruturação dos HU. Outros tipos de recursos advindos do governo do Estado, disponibilizados nas Redes de Atenção à Saúde, estão relacionados com o número total de leitos de terapia intensiva e cuidados intermediários, e por incentivo hospitalar estadual. Eventualmente, podem surgir outros recursos financeiros, como emendas parlamentares, porém estes são raros.

Por fim, em relação à governança das instituições pesquisadas, no HU/UFSC as políticas gerais acontecem com a participação do Conselho Diretor. Contudo, conforme descrito anteriormente, o HU/UFSC vem acertando detalhes do contrato na pactuação com a EBSEH. Já a governança no HUB/UnB se dá por meio do Conselho Executivo, composto por Conselho Consultivo e Colegiado Gestor Ampliado, seguindo a modelo da gestão das instituições com adesão à EBSEH.

Estrutura Assistencial

Esta categoria aborda as semelhanças e diferenças entre as duas instituições estudadas (HU/UFSC e HUB/UnB) referente ao ano de 2015, na qual se relacionam os diferentes aspectos, como: o credenciamento em alta complexidade, a média de permanência de internação, os serviços de emergência, a região geográfica da população atendida, o número total de leitos, a taxa de mortalidade, a taxa de ocupação, o número total de internações e demais atendimentos, que estão apresentadas no Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 - Estrutura assistencial das instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.

Itens	HUB/UnB	HU/UFSC
Referência em Alta Complexidade	Cirurgia bariátrica Implante coclear Nefrologia Oncologia (CACON) Transplante de córnea Pediatria Cirurgia em geral: adulto e infância Gestação de alto risco Ambulatório de transexualidade Dermatologia geral	Cirurgia bariátrica Implante coclear Nefrologia Onco-hematologia (UNACON) Transplante de córnea e fígado Cirurgia vascular Terapia nutricional
População usuária do hospital	100% SUS	100% SUS
Média de permanência de internação	Cirúrgica – 3,36 Médica – 10,54 UTI – 8,0	Cirúrgica – 5,86 Médica – 10,81 UTI – 6,82
Serviço de emergência	Adulto, Pediatria, Materno (referência de alto risco)	Adulto, Pediatria, Materno, Atendimento de intoxicação ou exposição a agentes tóxicos
Região geográfica e população atendida	DF e população do entorno (21 municípios), sem população adstrita, o que representa uma população em torno de 2.800.000 hab.	Grande Florianópolis – 1.500.000 hab., mas em algumas especialidades atende todo Estado.
Taxa de mortalidade	2,03%	4,10%
Taxa de ocupação	47,28%	74,70%
N. total de internações	12.187	8.934
N. de consultas ambulatoriais	149.511	130.393
N. de cirurgias	3.389	3.046

N. de atendimentos de emergência	34.222	84.034
N. de partos	1.060	1.935
Número total de leitos ativos	229	210
Número total de leitos desativados	34	109
N. leitos cirúrgicos	54	60
N. de leitos clínicos	69	46
N. leitos emergência	12	27
N. leitos gineco-obstétricos	35	61
N. leitos pediatria clínicos e cirúrgicos	39	20
UTI adulto	6	14
UTI neonatal	8	12
Transplante	14	Leitos cirúrgicos/ demanda
N. leitos emergência pediátrico	8	-
Hospital-dia	10	-

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto de pesquisa, coletados em 2015.

Neste quadro pode-se observar que as duas Instituições buscam atender a demandas assistenciais da região onde se encontram inseridas. Entre as semelhanças, também se observam: o atendimento ao usuário exclusivamente pelo SUS, referência para alta complexidade em algumas especialidades e o elevado número de atendimentos ambulatoriais. Como diferenças, destacam-se o número de leitos inclusive os desativados e suas especialidades, o número de atendimentos de emergência, o número de cirurgias, a taxa de ocupação e de mortalidade.

Estrutura de Pessoal e Formação Profissional

Esta categoria apresenta as semelhanças e diferenças entre as instituições HU/UFSC e HUB/UnB, relacionadas com: estrutura de pessoal, jornada de trabalho, serviço de saúde do trabalhador, forma de admissão dos profissionais, carreira - englobando a formação profissional -, conforme visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Estrutura de pessoal, incluindo a formação nas instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.

Itens	HUB/UnB	HU/UFSC
Residentes: formação/ano	80 - Residências médica 16 - Residências multiprofissionais	182- Residências médica e multiprofissional
Forma de admissão	Área técnica – concurso público Área gerencial – indicação, com avaliação de expertise/currículo	Área técnica – concurso público + contratos terceirizados (processo seletivo por fundação) Área gerencial – eleições por seus pares com aprovação pelo reitor
Carreira	Há plano de carreira para Servidores do Regime Jurídico Único	Há plano de carreira para Servidores do Regime Jurídico Único
Jornada de trabalho	Médico – 24 h Enfermagem – 36 h Dentista, Fonoaudiólogo, Fisioterapeuta, Serviço Social, Terapeuta Ocupacional – 30h Nutrição, Biólogo, Biomédico, Farmacêutico, Educação Física, Físico, Psicólogo – 40h Técnico em radiologia – 24h Técnicos em odontologia, ótica, farmácia – 40h	Médico – 20 ou 40 h Enfermagem, Serviço Social, Psicologia, Nutrição, Farmacêutico, Fisioterapeuta, Odontólogos, Fonoaudiólogos – 30 h Técnico em radiologia – 24
Serviço de	Serviço de atenção médica	Ambulatório de saúde do

saúde do trabalhador	ao trabalhador da UnB	trabalhador, para acompanhamento dos trabalhadores do Regime Jurídico Único da instituição.
Categorias formadas no hospital	Todas as categorias da área da saúde. Esporadicamente há outros profissionais que fazem estágio ou trabalho de conclusão no hospital, provenientes dos cursos de administração, engenharia, economia, dentre outros.	Todas as categorias da área da saúde. Esporadicamente há outros profissionais que fazem estágio ou trabalho de conclusão no hospital, provenientes dos cursos de administração, engenharia, economia, dentre outros.

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto de pesquisa, coletados em 2015.

Quanto às atividades de pesquisa e extensão, os dados encontram-se destacados no Quadro 3.

Quadro 3 - Organização da pesquisa, os tipos de pesquisa realizada e atividades de extensão nas instituições HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil.

Itens	HUB/UnB	HU/UFSC
Organização da pesquisa – Órgão específico	Gerência de ensino e pesquisa	Assessoria de pesquisa
Tipos de pesquisa	Todos os tipos, sendo mais prevalentes estudos clínicos.	Todos os tipos, com destaque para estudos clínicos, bem como projetos de intervenção, por conta do mestrado profissional.
Comitê de ética em pesquisa	Tem na Universidade, não próprio do HU	Tem na Universidade, não próprio do HU.
Atividades de extensão	Possui atividades de extensão.	Possui atividades de extensão.

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto de pesquisa, coletados em 2015.

Permaneceram aparentes, nesta categoria, as diferenças na estrutura de pessoal e na jornada de trabalho dos servidores, já que as duas instituições têm, em seu quadro de pessoal, trabalhadores com

vínculos diferentes. O HUB/UnB, com a adesão à EBSEH, contrata servidores via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), além de manter os servidores concursados, sendo que as categorias desempenham diferentes jornadas de trabalho; por outro lado, o HU/UFSC segue com servidores concursados e com servidores contratados via Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU) por tempo indeterminado, contratos estes também regidos pela CLT. Por fim, as duas instituições possuem organização de pesquisa com diferenças no organograma, mas visam atingir e expandir o ensino, a pesquisa e a extensão.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que os hospitais (HU/UFSC e HUB/UnB) são instituições de médio porte, semelhantes quanto à vinculação administrativa e fontes de financiamento.

Pode-se destacar, quanto à governança, que o HUB segue o modelo de gestão das instituições que aderiram à EBSEH. Esta governança é pactuada inicial e individualmente com cada instituição, e posteriormente repactuada de dois em dois anos. Neste contexto, existe relativa liberdade/flexibilidade de negociação/compromissos firmados entre o contratante (EBSEH) e o contratado (hospital).

Constatou-se, também, que com a adesão do HU/UFSC à EBSEH, a governança atual deve ser alterada, mudando para uma estrutura similar à do HUB, o que ainda não ocorreu, apesar de já se ter a nova estrutura organizacional discutida e pactuada com a EBSEH.

No HUB/UnB, destaca-se o compromisso firmado nesta parceria com relação ao modelo assistencial, que inclui as Redes de Atenção à Saúde, que utilizam as ferramentas de microgestão, nas quais se encontram incluídas as Linhas de Cuidado. Neste aspecto, o modelo assistencial encontra-se em fase de construção, ocorrendo um processo de discussão acerca da organização da assistência com base em Linhas de Cuidado, as quais vem sendo implementadas.

A Linha do Cuidado centrada nas necessidades dos usuários implica em “existência do cuidador, uso da tecnologia leve, projeto terapêutico adequado, existência da rede de serviços que suporte as ações necessárias, acesso aos recursos assistenciais disponíveis, além da atuação nos determinantes sociais e no processo regulatório” (MALTA; MERHY, 2010, p. 603). Sendo assim, a efetivação da Linha do Cuidado só ocorre mediante acordo, que deve ser realizado entre todos os atores

que controlam os serviços e recursos assistenciais (FRANCO; JÚNIOR, 2004).

Os dados deste estudo vão ao encontro de achados na literatura, os quais apontam que o Governo Federal, diante da necessidade de integrar e garantir a atuação do SUS nos serviços oferecidos pelos hospitais de ensino, adota um conjunto de medidas objetivando viabilizar a reestruturação dos hospitais vinculados às instituições federais de ensino superior (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; SODRÉ *et al.*, 2013). Dentre as medidas, encontra-se a criação da EBSEH, bem como do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), executado em parceria com o Ministério da Saúde e que contempla ações nos hospitais que integram a rede (SODRÉ *et al.*, 2013; EBSEH, 2016). Destaca-se que, na atualidade, o país possui cinquenta (50) HU vinculados a trinta e seis (36) Universidades Federais, dentre os quais, trinta e nove (39) possuem contrato pactuado com a EBSEH, ou seja, apenas onze hospitais universitários federais não aderiram a esta nova proposta de administração (EBSEH, 2016).

A EBSEH objetiva atuar na modernização da gestão e dos recursos humanos, surgindo como integrante da administração pública indireta, com personalidade jurídica de direito privado. Desta forma, mantém-se um SUS universal e equânime, com garantia de um sistema realmente público. Portanto, a EBSEH não representa uma forma velada de privatização, pois mantém vinculação orgânica do ente estatal com o poder público (SODRÉ *et al.*, 2013). No entanto, vale destacar que sua implantação ainda é muito recente para que se possam conhecer os reais benefícios da atuação da EBSEH para a gestão, os trabalhadores e usuários do serviço.

As duas instituições pesquisadas atendem à média e alta complexidade, seguindo normativas técnicas para operacionalização e efetivação do SUS, com reorganização dos serviços e da assistência ao usuário. Buscam, neste momento, formas de gestão que incluam, entre outros aspectos, meios de implantar um novo modelo centrado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS), com organização das Linhas de Cuidado. Investimento desta natureza retrata o caminho percorrido pelas intuições na realidade brasileira, pois após a implantação do SUS houve um considerável aumento da população com acesso aos cuidados de saúde. Pode-se dizer que, nos últimos vinte anos, ocorreram muitos avanços, como investimento em recursos humanos, em ciência e tecnologia, além de um grande processo de descentralização, com

participação social e maior conscientização sobre o direito à saúde. Pretende-se com o sistema de saúde brasileiro, entre outros acontecimentos, universalizar progressivamente o direito à saúde, garantindo o acesso de toda a população com serviços de atenção integral à saúde (PAIM *et al.*, 2011).

Neste sentido, foram implantadas as diretrizes organizativas, que visam à descentralização, com ênfase na municipalização, na regionalização e na hierarquização dos serviços e na participação comunitária. Percebe-se que, embora a municipalização tenha avançado bastante, ainda precisa avançar mais para que a integralidade do cuidado possa ser obtida por meio de Redes de Atenção à Saúde (RAS) regionais, que são ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde. Por fim, espera-se, na atenção terciária, incluir procedimentos realizados predominantemente por hospitais públicos de ensino e prestadores privados contratados, pagos com recursos públicos a preços próximos ao valor de mercado (PAIM *et al.*, 2011). Os HU estudados respondem ao preconizado pela RAS, atendendo uma população pactuada com os gestores, por meio dos processos de contratualização, nos quais são estabelecidos metas e serviços realizados.

Outra semelhança encontrada refere-se ao atendimento ao usuário exclusivamente pelo SUS, sendo que o HU/UFSC, desde a sua fundação, caracteriza-se como hospital público, que atende gratuitamente a população, e passa a integrar o SUS após sua criação; já o HUB atende com exclusividade pelo SUS desde 2008, quando passa a ser um órgão complementar da UnB.

No decorrer da história brasileira, os hospitais de ensino percorreram diferentes caminhos de inserção ao sistema de saúde, garantindo, desta forma, a necessidade de cumprir o preceito constitucional de equidade do acesso e da atenção, uma vez que são instituições públicas de saúde (CHERCHIGLIA; DALLARI, 2006).

A garantia de funcionamento pleno dos hospitais universitários perpassa uma série de questões de administração dos serviços públicos, como a manutenção do SUS universal sonhado pela Reforma Sanitária Brasileira, e a garantia do ensino, da pesquisa e da extensão aos graduandos e pós-graduandos das universidades públicas brasileiras (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Constatou-se que as duas instituições, além de prestarem atendimentos como referência para alta complexidade em determinadas

especialidades, prestam atendimento às demais especialidades, conforme a necessidade da população e a necessidade de formação profissional. Sodré *et al.* (2013) descreve que, considerando as fontes de financiamento, ao Ministério da Saúde cabe o repasse de valores mediante pactuação de metas preestabelecidas com os governos federal e estadual. Mesmo sendo instituições vinculadas ao governo federal, os HU pactuam suas metas nas prestações de serviço, agregando a função de formação e pesquisa, o que indica maior complexidade para o atendimento de suas atribuições e pactuações.

Os HU são organizações complexas, com múltiplos desafios a serem enfrentados em todas as áreas de atuação e buscar a eficiência dessas organizações certamente é um dos desafios mais importantes de uma gestão (MEDICI, 2001).

Estudo da Organização Mundial da Saúde (OMS) demonstrou que o fato dos HU serem públicos ou privados não acarreta nenhuma diferença substantiva nos problemas que apresentam e na efetividade dos serviços. Por apresentarem custos mais elevados se comparados aos hospitais não universitários, tornam-se menos competitivos. Mas, reduzir o papel dos HU a meros competidores da rede de saúde, considerando todas as funções existentes neste sistema, constituiria um mau uso dos recursos que estão sendo destinados a estas instituições (MEDICI, 2001).

Outro resultado encontrado neste estudo tem relação quanto à capacidade instalada: ao número de leitos e especialidades, o número de atendimentos efetuados e a taxa de ocupação, sendo que os dados encontrados confirmam a pactuação com Estado e Município, assumindo parte das necessidades assistenciais pertinentes à região onde se encontram inseridos.

Estes resultados acompanham os descritos na literatura, em que a contratualização estabelece uma nova modalidade de adesão dos hospitais de ensino com o SUS, à medida que pressupõe a definição de metas quantitativas e qualitativas que devem ser negociadas com os gestores locais e regionais do SUS. Este movimento estabelece nova forma de remuneração global para as instituições, com base na produção de serviços, incluindo o cumprimento de metas anteriormente definidas e pactuadas nas áreas de assistência à saúde, formação e pesquisa. (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007). Observa-se inclusive que a parceria do HU com o gestor local vem sendo considerada vetor da reestruturação da gestão hospitalar, apesar da baixa governabilidade da

direção sobre alguns serviços e da pressão da lógica do ensino (ARAÚJO; LETA, 2014).

Quanto ao quadro de pessoal, a pesquisa evidencia que os servidores ingressavam prioritariamente nos HU por meio de concurso público, que segue regras de caráter efetivo, regulamentado pelo Regime Jurídico Único (RJU). Vale destacar que este tipo de regime foi instituído pela Lei n. 8.112, em 11 de dezembro de 1990, a qual dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais (BRASIL, 1998).

As carreiras dos servidores seguem planos bem definidos e progressões baseadas em tempo de serviço e avaliações de desempenho. Os salários são determinados por lei específica e em tabela negociada com o sindicato. Contudo, o RJU permaneceu único até o advento da Emenda Constitucional nº 19, de 04 de junho de 1998. A partir de então, foi possível a admissão de pessoal ocupante de emprego público, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), na administração federal direta, nas autarquias e nas fundações públicas; por isto, o regime não é mais um só, ou seja, não é mais único. Os empregos públicos que são regidos pela CLT, estão descritos no disposto do art. 173, § 1º, II, da Constituição Federal (BRASIL, 1998; REZENDE, 2010; SILVA, 2012).

Nas últimas décadas, o ingresso dos profissionais ficou prejudicado pela falta de concursos regulares e pela morosidade desse processo seletivo (MORICI; BARBOSA 2012; SODRÉ *et al.*, 2013). Com a adesão do HUB/UnB à EBSEH, há alteração do regime de trabalho: mantém-se a admissão por concurso público, mas o regime passa a ser celetista. No HU/UFSC também existem servidores contratados pela CLT desde a sua fundação. Atualmente, os trabalhadores em regime de trabalho CLT são contratados por meio da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão Universitária (FAPEU), instituída como fundação de direito privado e sem fins lucrativos, contratos estes decorrentes da não realização de concursos públicos.

Os dados apresentados nesta pesquisa confirmam achados de Morici e Barbosa (2012), ao afirmarem que nas instituições administradas conforme as normas públicas incidem a falta de provisão de profissionais aprovados em concurso, fazendo com que seja necessária a contratação de trabalhadores por meio de outros vínculos de trabalho, garantindo assim a contratação imediata e o número adequado de profissionais indispensáveis para o atendimento assistencial. Essas

contratações são vistas, muitas vezes, como único meio para garantir o pleno funcionamento das instituições de saúde pesquisadas.

Os HU, nas últimas décadas, vêm sofrendo com o déficit no quadro de servidores, com instalações físicas deficientes e com a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade, reduzindo assim a oferta de serviços à sociedade. Compete ao MEC responder pelas despesas com quadro de pessoal dessas instituições (SODRÉ *et al.*, 2013). Achados comprovam que ambos os HU pesquisados apresentam leitos desativados e déficit no quadro de pessoal, mais evidenciado no HU/UFSC.

Os HU investigados são centros de formação acadêmica de graduação e pós-graduação para categorias da área da saúde e, esporadicamente, outros acadêmicos – dos cursos de Administração, Engenharia, Economia, dentre outros - fazem estágios ou trabalhos de conclusão de curso. As instituições investem na formação de residentes em especialidades médicas e da equipe multiprofissional. Além disso, as duas instituições visam atingir e expandir o ensino, a pesquisa e a extensão.

Neste aspecto, as atividades de ensino implicam em elevação de custos para as instituições, pois, durante o processo de aprendizado, os alunos podem precisar refazer um procedimento, uma técnica, uma medicação, ou até mesmo ficam inseguros e necessitam de auxílio do servidor, ou professor, gerando aumento dos gastos, o que resulta em impacto nos custos dos hospitais universitários.

Sabe-se que manter uma instituição hospitalar de ensino com alto nível de qualidade implica em considerar muitas questões, como: a segurança do paciente, do trabalhador e dos alunos, e inovações tecnológicas em equipamentos e processos, entre tantos outros, o que tem sido comprometido nos últimos anos com o sucateamento dos HU, um dos fatores para implantação da EBSEH e do REHUF.

Percebe-se que ainda há muito a fazer, os desafios atuais estão em sanar os HU por meio da reestruturação dos recursos financeiros e redefinição dos papéis de cada instituição, com a finalidade de garantir sua sustentabilidade em todos os aspectos.

Aos HU pressupõe a integração do ensino, da pesquisa e da assistência, contudo, o modelo que predomina nas instituições brasileiras ainda é o baseado no binômio ensino e assistência. Uma das questões levantadas com frequência nos HU é a eficiência da produtividade assistencial, que pode estar associada à qualidade das atividades de ensino desenvolvidas pelos hospitais. Apesar de as

atividades de ensino estarem relacionadas ao aumento do custo da produção assistencial nos hospitais, o desenvolvimento e a excelência do ensino e da pesquisa podem ser considerados estratégia prioritária para o enfrentamento da crise de financiamento dos hospitais de ensino, justamente por explorar aquilo que verdadeiramente os diferencia dos demais hospitais do país (LOBO *et al.*, 2009).

Segundo Bonacim e Araújo (2010), as instituições de ensino prezam pela pesquisa nas diversas áreas de conhecimento, e procuram identificar as inovações, buscando reconhecimento ao prestarem novos serviços, ou ao realizarem as mesmas atividades de maneira diferenciada, utilizando-se disso como pré-requisito, dando ênfase para as instituições de ensino. Obviamente, tudo isso tem um custo. Certamente, um dos principais entraves no setor de saúde se concentra na restrição de recursos diante de uma demanda cada dia maior e mais exigente pelos vários agentes envolvidos. Em relação à pesquisa, este objetivo institucional ainda se encontra desenvolvido de forma incipiente, sendo que sua incorporação na governança dos HU se projeta com a implementação da EBSEH, que prevê uma gerência de ensino e pesquisa, o que aponta a valorização do tripé ensino-pesquisa-assistência.

Pensando-se sobre o macrocontexto do SUS, percebe-se que as instituições pesquisadas são igualmente espaços estratégicos de atenção à saúde, como referência à média e à alta complexidade. Estas acompanham a realidade de outras instituições de ensino na realidade brasileira, de forma que, em muitos Estados, os HU alimentam a atenção secundária e terciária do SUS, embora com muitas dificuldades de gerenciamento e financiamento. Observou-se, neste estudo, que os HU em questão buscam atender à demanda assistencial da região onde estão inseridos, bem como à formação acadêmica, uma vez que são instituições de ensino.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando o objetivo do trabalho, qual seja investigar as semelhanças e diferenças em hospitais universitários federais em relação à organização estrutural, do trabalho e de pessoal, foi possível constatar que as duas instituições buscam responder às necessidades do SUS na região em que estão inseridas. No que concerne ao desenvolvimento da gestão, ambos caminham para a adoção do modelo EBSEH, porém em fases diferentes de incorporação. Quanto às atividades desenvolvidas, as

duas instituições atendem exclusivamente pelo SUS e demonstram compromisso com a formação profissional.

Na atualidade, a prevenção, a manutenção e a reabilitação da saúde geram um grande desafio no contexto nacional e mundial. Na realidade dos HU, buscar iniciativas de gestão e de práticas de saúde voltadas para o ensino, a pesquisa e a assistência, afirmando, deste modo, o papel de formação dos profissionais para os cuidados em saúde, de forma a produzir mais saúde com controle dos gastos, ainda é um dos grandes desafios para os gestores das instituições pesquisadas e para os gestores do SUS.

Percebeu-se, no decorrer deste estudo, um déficit da literatura acerca dos hospitais de ensino, o que limitou, inclusive, a análise dos dados. Por esse motivo, observou-se a necessidade de serem realizadas mais pesquisas que tenham os HU como tema principal por se entender que as instituições com atividades de pesquisa certamente irão contribuir para a formação de profissionais mais analíticos, centrados e decisivos no exercício de suas atividades, inclusive estimulando o interesse pela pesquisa, fonte essencial para o desenvolvimento das instituições e do país.

Por fim, ficou evidente a necessidade de programar ações para aperfeiçoar a gestão dos HU. Neste sentido, a finalidade de criação da EBSEH foi padronizar/melhorar as gestões dos serviços em todos os HU do país. Espera-se que, por meio da inserção da EBSEH nos HU, possam-se extrair reais ganhos para a assistência, o ensino e a pesquisa, com manutenção de atendimento totalmente gratuito ao usuário do SUS.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, K. M., LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Hist. Cienc. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 46, p.7-14, 2010. Disponível em: <sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **Rev. Adm. Pública**. Rio de Janeiro. v. 44, n. 4, p. 903-93, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>>. Acesso em: 03 set. 2016.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 19, de 1998 – Planalto**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011a**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 09 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010**: uma análise do processo de implantação da contratualização. Brasília. Série C: Projetos Programas e Relatórios, p. 90, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_reestruturacao_hospitais_ensino_filantronicos_2003_2010.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Curso de auto aprendizado: **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2012a. Disponível em: <[file:///C:/Users/julieta/Downloads/RAS_curso%20completo_semlogo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/julieta/Downloads/RAS_curso%20completo_semlogo%20(1).pdf)>. Acesso em: 20 jul. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. 2012b. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2013.

CARMO, M.; ANDRADE, E, L, G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 4, p. 387-94, 2007. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>. Acesso em: 04 set. 2016.

CRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, art.16, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://website.redalyc.org/articulo.oa?id=205114652007>>. Acesso em: 16 set. 2016.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário de Brasília. HUB/UnB. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. Brasília, fev. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103320/dimensionamento_de_servicos_hub_unb.pdf/ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conheça os hospitais universitários**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 03 set.2016.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Rev. adm. Saúde**, v. 11, n. 44, p. 113-26, 2009. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=211&p_nanexo=113>. Acesso em: 09 set. 2016.

FRANCO, T. F.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde:**

olhando e experienciando o SUS no cotidiano; Hucitec, 2ª. ed., São Paulo, 2004.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. **Descriptive studies**: what they can and cannot do. *The Lancet*, v. 359, n. 9301, p. 145-49, 2002.

HU – Hospital Universitário. **Plano de reestruturação HU/UFSC 2010-14**. Florianópolis, p.111, 2010.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília**. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2013-2014. p.217, 2014.

HU/UFSC- Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina. **Apresentação**. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12>. Acesso em: 18 nov. 2015.

LOBO, M. S.C., *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n 3, p.437-45, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em: 17 set. 2016.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-7, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009>. Acesso em: 16 set. 2016.

MALTA, D. C.; MERHY, E.E. The path of the line of care from the perspective of nontransmissible chronic disease–es. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/icse/v14n34/aop0510.pdf>. Acesso em: 27 out. 2016.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, p. 549, 2011.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, prestere e futuro. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 47, n. 2, p.149-156, 2001. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ramb/v47n2/a34v47n2.pdf>. Acesso em: 12 set. 2016.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. **Rev. Adm. Pública**, Minas Gerais, v. 47, n. 1, p.205-25, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>>. Acesso em: 03 set. 2016.

MOTTA, P. R. Formulação de Políticas e Definição de Objetivos: Imposições no contexto Administrativo. In: GONZALO, V. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.105-12, 2014.

OSMO, A. A. Processo gerencial. In: GONZALO, V. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.113-26, 2014.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios (Artigo) in: Saúde no Brasil. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <116onteudog.br/uploads/c conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** - avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

REZENDE, L. S. O Regime de emprego no âmbito da Administração Pública. **Revista CEJ**, Brasília, ano XIV, n. 51, p. 76-84, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.tre-rs.gov.br/arquivos/REZENDE_emplo_adm_publica.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

SCHERER, M. Projeto de pesquisa Problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudos Brasil, França e Argélia, submetido ao edital **Universal 14/2013 do CNPq**. Brasília, 2013.

SILVA, L. C. Agentes Públicos e Regimes Jurídicos dos Servidores. **Conteúdo Jurídico**, 06 out. 2012. Disponível em: <http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.39863&seo=1>. Acesso em: 16 set. 2016.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-80, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

5.2 MANUSCRITOS II – ORGANIZACAO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

ORGANIZACAO DO TRABALHO EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS⁷

WORK ORGANIZATION IN FEDERAL UNIVERSITY HOSPITAL EMERGENCY DEPARTMENTS

ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN SERVICIOS DE EMERGENCIA DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES

Julietta Oro⁸

Francine Lima Gelbcke⁹

RESUMO: Estudo com objetivo de caracterizar os serviços de emergência de Hospitais Universitários Federais em relação à estrutura, à organização e ao pessoal, e de identificar os desafios nas relações de trabalho, a partir do ponto de vista dos profissionais e dos gestores desses serviços. Utilizando-se de abordagem qualitativo-descritiva e

⁷ Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “ ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: contextos e desafios”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2017.

⁸ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julietta.oro@ufsc.br.

⁹ Enfermeira. Doutora em Enfermagem, Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

transversal, a coleta de dados ocorreu em dois Hospitais Universitários Federais, conforme as seguintes etapas: análise de documentos disponibilizados pelos serviços, com informações acerca de estrutura, organização e pessoal; observação flutuante do serviço; entrevista com gestores e demais categorias profissionais que realizam atividades nos serviços; e, acompanhamento de um turno de trabalho dos profissionais: médico, enfermeiro e técnico em enfermagem. Para análise, os dados foram organizados com auxílio do software Atlas.ti e alicerçada na Análise de Conteúdo, orientada pelo referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde e da Ergologia. Os resultados evidenciam as categorias: Organização do Trabalho: caracterizando os serviços de urgência e emergência; Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real, com as seguintes subcategorias: Papel da Gestão; Ritmo de Trabalho; Trabalho em Equipe; Atribuição por Categoria Profissional; e, Divisão do Trabalho. Evidenciou-se um ritmo intenso de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de emergência. Algumas situações do trabalho diário podem interferir significativamente no contexto da sua organização, entre elas, o déficit no quadro de trabalhadores, espaço físico inadequado e demanda de atendimento como porta aberta. Por outro lado, há ganhos nas relações multiprofissionais, nas práticas de ensino e no atendimento ao usuário dos serviços, que se dá de forma mais horizontalizada, em um olhar mais aproximado dos princípios preconizados pelo SUS. O momento atual pode ser um excelente período para que se discuta a organização do trabalho multidisciplinar, a fim de que este seja efetivamente construído e consolidado nas emergências, uma vez que as instituições estão em fase de mudança de gestão e de modelo assistencial.

Descritores: Hospitais Universitários. Hospitais Públicos. Assistência Ambulatorial.

ABSTRACT: A study to describe the emergency departments of federal university hospitals, focusing on their structure, organization and staff, and to describe the work relationship challenges from the standpoint of healthcare professionals and department managers. A descriptive qualitative cross-sectional approach was used. Data were collected in two federal university hospitals as follows: review of documents provided by the departments, with information on the structure, organization and staff; fluctuating observation of the department, interviews with managers and other staff who work in the departments; and monitoring of a shift: physician, nurse and nursing technician. The

data were based on the Thematic Content Analysis method and guided by the theory of Work Process in Healthcare's approach to Ergology, and organized using the Atlas.ti software. The results showed the following categories: Work Organization - describes the emergency departments; Work Organization - describes the recommended and the actual work, with the following sub categories: Role of Management; Work Pace; Team Work; Attribution per Professional Category and Work Division. An intense work pace was observed for healthcare professionals working in the emergency departments. Some daily work situations, such as reduced staff numbers, inadequate facilities and healthcare demands such as the open-door policy, can significantly interfere on the context of work organization. Conversely, it was observed that multiprofessional relationships, teaching practices and horizontal services provided to the healthcare user have improved, which is close to the recommendations made by the SUS. Given that the institutions are making changes to the management and healthcare models, the current moment may be an excellent time to discuss, build and consolidate multidisciplinary work organization in the emergency department.

Descriptors: University Hospitals. Public Hospitals. Outpatient Care.

RESUMEN: Estudio con el objetivo de caracterizar la estructura, organización y personal los servicios de emergencia de hospitales universitarios federales e identificar los desafíos de las relaciones trabajo del punto de vista de los profesionales y gestores de los servicios. El abordaje cualitativo-descriptivo y transversal fue usado. La cosecha de datos en dos hospitales universitarios federales siguió las siguientes etapas: análisis de los documentos proporcionados por los servicios, con informaciones sobre la estructura, organización y personal; observación del servicio; entrevista con gestores y otras categorías profesionales que trabajan en los servicios y seguimiento de un turno de trabajo de los siguientes profesionales: médico, enfermero y técnico en enfermería. Los datos cosechados fueron organizados usando el software Atlas.ti, y la análisis fue basada en la Análisis de Contenido, orientada por lo referencial teórico del Proceso de Trabajo y la Teoría Ergológica. Los resultados evidencian las siguientes categorías: Organización del Trabajo: caracterizando los servicios de urgencia y emergencia; Organización del Trabajo: entre el prescrito y el real, con las siguientes subcategorías: Papel de la Gestión; Ritmo de Trabajo; Trabajo en Equipo; Atribución por Categoría Profesional; y División del

Trabajo. Los profesionales de los servicios de emergencia tienen un ritmo de trabajo intenso. Algunas situaciones diarias de trabajo pueden interferir significativamente en el contexto de la organización del trabajo, como el déficit de trabajadores, espacio físico inadecuado y demanda de cuidado como porta abierta. Por otro lado, hay beneficios en las relaciones multiprofesionales, en las prácticas de enseñanza y en el cuidado a los usuarios de los servicios, que es más horizontal y más parecida con las recomendaciones del SUS. El momento actual puede ser excelente para la discusión de la organización del trabajo multidisciplinario, para que sea efectivamente construido y consolidado en las emergencias, una vez que las instituciones están en fase de cambio de gestión y modelo asistencial.

Descriptor: Hospitales Universitarios. Hospitales Públicos. Atención Ambulatoria.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A organização do trabalho em geral, incluindo o setor de saúde, envolve múltiplas e complexas dimensões e determinações, pois sua composição expressa escolhas internas e condicionantes externos, tais como os de ordem econômica, política, sociocultural e tecnológica, entre outros. Nesta lógica, as escolhas e condicionantes contém uma visão subjacente de mundo e de objetivos sociais em um determinado momento histórico (LORENZETTI *et al.*, 2014).

A organização do trabalho no campo dos serviços de saúde segue a lógica da administração científica, oriunda da produção industrial e tem influenciado de algum modo o trabalho dos diferentes núcleos profissionais da área da saúde (MATOS; PIRES, 2006; PIRES, 2008). A complexidade das formas de organização do trabalho coletivo introduzida pela produção capitalista e suas mudanças, somada ao paradigma positivista e a hegemonia da biomedicina têm influenciado o trabalho em saúde (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009). Neste contexto, as diversas profissões da saúde se organizam para prestar assistência de acordo com as condições postas para a realização do trabalho, seu desenvolvimento técnico-científico e sua maior ou menor capacidade organizativa (PIRES, 2008).

É por meio do trabalho que o homem estabelece uma relação de construir e reconstruir criativamente a vida, gerando a própria condição humana, o social e o processo histórico. Deste modo, o trabalho interpretado como ação humana em transformação, com intenção

dirigida a um fim social, envolve sujeitos, subjetividades e ressalta o contexto da existência ao ser humano, com atitudes de apreensão e modificação de elementos de intervenção, através da concepção e aproveitamento de instrumentos, saberes, relações, comportamentos, estabelecendo, deste modo, ações sociais em um determinado tempo e espaço (MARX, 1989).

Neste movimento, os processos de trabalho em saúde são mediados por relações essencialmente intersubjetivas. Estas relações possibilitam pensar como ocorrem determinadas regras e disciplina, dando atenção não apenas às relações de domínio, mas também às transgressões, aos conflitos e às possibilidades de inventar novas formas de lidar com as normas. Inclusive, nestas relações evidenciam-se possibilidades de modificação, influenciando novos espaços de organizar os serviços de saúde, no trabalho e nas interações, na perspectiva da integralidade e da prática interprofissional (PEDUZZI *et al.*, 2011; CARVALHO *et al.*, 2012).

O trabalho em saúde é coletivo e se dá de forma multiprofissional; porém também no trabalho em saúde ocorre a fragmentação, em que cada especialidade ou subespecialidade cuida de uma parte da atividade. Há que se ressaltar que, em seu campo de ação, o trabalho em saúde envolve a vida e a morte, gerando a necessidade de domínio de vários conhecimentos que são postos em prática no cuidado ao ser humano, o qual possui uma história de vida singular (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009).

Schwartz (2009) destaca que no debate contemporâneo sobre o trabalho, nenhuma atividade humana pode ser totalmente padronizada e controlada e o coletivo de trabalho se transforma acompanhando as mudanças sociais, culturais, econômicas, tecnológicas. Estas transformações reatualizam permanentemente o debate acerca do trabalho e a utilização da potência dos coletivos de trabalho.

Na realidade brasileira, a partir da implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) tem se incentivado novas perspectivas entre gestores, trabalhadores e usuários, visando modificar o processo de trabalho e tendo o desafio de buscar alterar os modos de atenção e processos de gestão. Além disso, buscam-se diferentes modos de fazer, permitindo que cada sujeito envolvido em sua realidade possa criar e construir novos modos de fazer. Neste cenário, a PHN mostra que não dá para transformar as relações e as práticas de saúde sem mudar os modos de trabalhar, sem transformar o processo de trabalho. Para que isso ocorra, são importantes o protagonismo e a participação dos

trabalhadores junto aos gestores e usuários, nos processos de gestão (BRASIL, 2011).

Os Hospitais Universitários (HU), como unidades integradas às Redes do Sistema Único de Saúde (SUS), precisam contribuir para que toda a população possa usufruir do que há de mais moderno e útil para reparar sua saúde. Estas instituições são fundamentais para a efetivação das políticas do SUS, uma vez que se encontram referenciados nas mais diversas áreas de atuação, tais como: assistencial de alta complexidade, pólos formadores de recursos humanos, desenvolvimento de pesquisas técnicas e procedimentos para a Saúde Pública, incorporação de novas tecnologias que contribuam para a melhoria das condições de saúde da população brasileira (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

No contexto dos HU, encontram-se diferentes serviços, entre os quais os de urgência e emergência, foco desta pesquisa. A viabilidade ao atendimento nos serviços hospitalares de urgência e emergência foi estabelecida pela Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013, que instituiu a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), as quais definem que as portas hospitalares de urgência e emergência são “serviços instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências e emergências clínicas, pediátricas, obstétricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, entre outros” (BRASIL, 2013, p. 3). Quanto à equipe de saúde, esta deve ser “integralmente responsável pelo usuário a partir do momento de sua chegada, devendo proporcionar um atendimento acolhedor e que respeite as especificidades socioculturais” (BRASIL, 2013, p. 5). Esses serviços, na maioria das vezes, são conhecidos por uma grande sobrecarga de trabalho devido ao alto número de atendimentos realizados, muitas vezes, superior à capacidade de recursos instalada (LIMA NETO *et al.*, 2016).

É com base nestas perspectivas que o presente estudo propõe as seguintes questões de pesquisa: Como os serviços de emergência dos hospitais federais se organizam quanto a sua estrutura, organização do trabalho e gestão de pessoas? Quais os desafios encontrados nos serviços de urgência e emergência no que se refere ao trabalho prescrito e ao trabalho real do ponto de vista dos profissionais e dos gestores?

O estudo teve como objetivos caracterizar os serviços de emergência do HU/UFSC e HUB/UnB em termos de estrutura,

organização do trabalho e gestão de pessoas; e identificar os desafios na relação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, do ponto de vista de profissionais e de gestores dos serviços de emergência do HU/UFSC e HUB/UnB.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de abordagem qualitativa, que trabalha com o universo dos acontecimentos, dos motivos, das aspirações, das realidades, dos valores, das atitudes, dos significados, os quais não podem ser quantificadas (MINAYO, 2010). Utilizou-se o delineamento exploratório-descritivo, que possibilita desvendar as dimensões, as variações e a importância dos fenômenos de uma realidade investigada (POLIT; BECK, 2011).

Os locais da pesquisa foram o Serviço de Emergência Adulto (SEA) do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), e Unidade de Urgência e Emergência do Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à Universidade de Brasília (UnB).

O presente estudo utilizou dados do macroprojeto de pesquisa intitulado “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia”, aprovado pelo CNPq (SCHERER, 2013). A escolha dos HU/Brasil se deveu ao fato de os proponentes da macropesquisa estarem vinculados a estes hospitais. Desta forma, no estudo aqui apresentado faz-se um recorte dos dados, discutindo apenas os que concernem ao Brasil, o que se deve ao atual momento político, em que se vivencia a mudança de estrutura de gestão dos HU no país.

Todas as etapas de coleta de dados ocorreram após o macroprojeto de pesquisa ser aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS), e autorizado pelas instituições.

A coleta dos dados aconteceu de janeiro de 2015 a novembro de 2016 e foi realizada por uma equipe de pesquisadores que participam do macroprojeto, sendo que as autoras desta pesquisa participaram da coleta de dados principalmente da unidade HU/UFSC. Contudo, a autora principal permaneceu durante uma semana no HUB/UnB, tanto para auxiliar na coleta de dados, quanto para, conhecer a realidade da instituição, aspecto fundamental para a confecção deste estudo.

A coleta dos dados seguiu as seguintes etapas: 1ª) aplicação de instrumento a ser preenchido nos dois serviços, contendo informações sobre estrutura organizacional, atendimento, número de pessoal, atividades de ensino, entre outros, o qual foi sendo completado com entrevistas realizadas com gestores dos serviços e com informantes-chave, bem como por meio de documentos disponibilizados pelas instituições; 2ª) observação flutuante, aberta, com intenção de registrar amplamente todos os aspectos do trabalho dos serviços; 3ª) entrevista individual e semiestruturada com gestores dos serviços profissionais de todos os turnos de trabalho (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos), e com demais categorias efetivas dos serviços; 4ª) observação de um turno de trabalho dos profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) dos serviços, registrando os aspectos do seu trabalho e as atividades executadas.

Os critérios de inclusão adotados nesta pesquisa foram: realização de, no mínimo, 20 horas de observação flutuante dos serviços de emergência, abrangendo todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno); entrevistas com um representante de cada categoria profissional (enfermeiro, técnico de enfermagem e médico), lotado nos serviços de emergência, nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno) e um representante das demais categorias profissionais, lotado nos serviços de emergência; entrevistas intencionais, observando-se a disponibilidade do profissional em concedê-la no momento em que o pesquisador estivesse presente ao serviço; observação contínua de um turno de trabalho dos servidores com jornada ininterrupta de trabalho (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos) do serviço de emergência.

Como critérios de exclusão da pesquisa, foram considerados: os profissionais que não atuavam exclusivamente nos serviços estudados; os profissionais que no período da pesquisa não estavam na escala de trabalho dos referidos serviços por se encontrarem de férias ou afastados do trabalho por quaisquer outros motivos.

Quanto às etapas de coleta de dados, ressalta-se: a observação flutuante foi realizada nas Unidades do Serviço Emergência Adulta (HU/UFSC) e Unidade de Urgência e Emergência (HUB/UnB), nos períodos matutino, vespertino e noturno, somando um total de setenta e nove horas e cinquenta e nove minutos (79h:59min), fazendo-se o registro amplo de todos os aspectos de trabalho nos serviços. Os números de horas observadas por turnos nas respectivas instituições poderão ser visualizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Horas de observação realizadas no SEA (HU/UFSC) e Unidade de Urgência e Emergência (HUB/UnB) - Brasil.

SEA – HU/UFSC		Urgência/Emergência –HUB/UnB	
Turno	Horas /min	Turno	Horas /min
Matutino	17:10	Matutino	23:15
Vespertino	16:15	Vespertino	14:41
Noturno	1:30	Noturno	07:08
Total	34:55	Total	45:04

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto da pesquisa, coletados em 2016.

Na etapa subsequente, foram realizadas as entrevistas com os gestores dos serviços e demais profissionais de saúde que realizam as suas atividades nos serviços SEA- HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência - HUB/UnB, em um total de quarenta e duas (42) entrevistas, nos respectivos turnos de trabalho, garantindo os critérios metodológicos. O número de entrevistas por categoria profissional e por instituição podem ser visualizadas no Quadro 2.

Quadro 2 - Entrevistas realizadas no SEA- HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência - HUB/UnB - Brasil.

Categoria profissional	SEA - HU/UFSC	Urgência/Emergência – HUB/UnB
	Nº total Entrevistas	Nº total Entrevistas
Gestor do serviço	1	1
Enfermeiro	8	6
Téc. Enfermagem	7	6
Médico	5	2
Nutricionista	1	1
Ass. Social	1	1
Psicólogo	1	-
Farmacêutico	1	-
Total	25	17

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto da pesquisa, coletados em 2016.

As entrevistas por categoria profissional (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos) seguiu os critérios de inclusão e foram realizadas em todos os turnos de trabalho.

Após cumprir as etapas descritas, realizou-se o acompanhamento de um turno de trabalho dos profissionais (enfermeiros, técnicos de enfermagem e médicos) no SEA – HU/UFSC, registrando-se os aspectos de seu trabalho e as tarefas executadas pelo profissional. Esta etapa foi realizada pelos pesquisadores da Unidade de Urgência e Emergência (HUB/UnB), pois o calendário de coleta nos dois hospitais foi distinto/independente, portanto, foram utilizados os dados disponíveis até o momento do fechamento deste manuscrito. Sendo assim, foram considerados, para se estabelecer a relação entre o trabalho prescrito e o real, os dados da observação fluante do HUB/UnB.

Após coletar os dados e organizar os registros em documentos no Microsoft Word (notas de observação dos serviços e transcrições das entrevistas), os dados foram inseridos no *software* para análise qualitativa Atlas.ti (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). No *software*, foi criado um arquivo de uso que reúne os dados da pesquisa, denominado *hermeneutic unit*. Todas as entrevistas e notas de observação inseridas receberam o nome de *primary documents*, as quais podem conter inúmeros fragmentos selecionados, denominados de *quotations*. As *quotations* estão sempre associadas aos *codes*, que são os códigos atribuídos pelo pesquisador segundo seu objeto de pesquisa.

O processo de análise foi desenvolvido mediante a triangulação de dados, alicerçado em uma das várias modalidades da Análise de Conteúdo, a Análise Temática (MINAYO, 2010) e orientado pelo referencial teórico do Processo de Trabalho (MARX, 1982) e pela abordagem Ergológica.

A análise qualitativa dos dados se constitui no processo de extrair significado dos dados coletados, organizando-os em uma técnica sistemática. Implica em refletir a partir das informações fornecidas e observadas, fazer perguntas analíticas e construir uma análise, processo que se inicia desde a coleta de dados (CRESWELL, 2010).

A Análise Temática é considerada de grande relevância e apropriada para investigações qualitativas em saúde. Consiste em “descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação, cuja presença ou frequência signifiquem algumas coisas para o objeto analítico visado”. Para sua aplicação, cumpriram-se três etapas: (1) Pré-análise; (2) Exploração do material; e (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010, p. 316). Apesar de o processo de análise ser descrito em etapas, elas ocorreram de forma simultânea. Para melhor compreensão das etapas analíticas e sua relação

com os recursos foram estabelecidas as seguintes Categorias Analíticas: Organização do disponíveis no *software* Atlas.ti, o quadro abaixo (Quadro 3) busca sintetizar essa associação.

Quadro 3 - Relações entre as fases da análise de temática e o software Atlas.ti

Fases da análise	<i>Software Atlas.ti</i>
1ª Fase: Pré-análise	Criação e salvamento da <i>hermeneutic unit</i> . Inserção de <i>primary documents</i> selecionados.
2ª Fase: Exploração do material	Seleção de <i>quotations</i> . Criação de <i>codes</i> . Agrupamentos dos <i>codes</i> em <i>families</i> . Criação de <i>memos</i> .
3ª Fase: Interpretação	Articulação entre <i>quotations</i> , <i>Codes</i> , <i>Families</i> e <i>Memos</i> , sob orientação do objetivo e referencial teórico. Geração de <i>Networks</i> . Extração de <i>Outputs</i> .

Fonte: Soratto (2016)

A partir deste processo, Trabalho: caracterizando os serviços de urgência e emergência; Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real, com as seguintes subcategorias: Papel da Gestão; Ritmo de Trabalho; Trabalho em Equipe; Atribuição por Categoria Profissional; e, Divisão do Trabalho.

Os aspectos éticos foram respeitados durante o transcorrer do desenvolvimento do estudo, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções complementares, que dispõem sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012b). O estudo multicêntrico foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS), por meio da Plataforma Brasil, sob o nº 562.224, relatado em 17 de março de 2014, sendo utilizado, para esta pesquisa, o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) do Estudo Multicêntrico.

Todos os sujeitos participantes assinaram o TCLE, sendo o anonimato garantido por meio da utilização de codinomes, com uso de um código sequencial e alfanumérico composto pelas iniciais: profissão (G para Gestor, E para enfermeiro, T para técnico de enfermagem, M

para médico, P para os demais profissionais (psicólogo, farmacêutico, assistente social e nutricionista); O para observação flutuante e A para acompanhamento individual, seguido da letra de identificação profissional); as instituições: B para o hospital HUB/UnB e F para o hospital HU/UFSC); U para os serviços Unidade de Emergência, seguido de um número cardinal que expressa a numeração da entrevista de determinada categoria profissional, conforme o exemplo a seguir: EFU1 (enfermeiro, HU/UFSC, urgência e primeira entrevista), assim sucessivamente para todos os profissionais, hospitais e serviços.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes, e a proteção das informações foi preservada através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores.

RESULTADOS

Os resultados evidenciaram duas categorias: a) Organização do Trabalho: caracterizando os serviços de urgência e emergência; b) Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real, com as seguintes subcategorias: Papel da Gestão; Ritmo de Trabalho; Trabalho em Equipe; Atribuição por Categoria Profissional; e, Divisão do Trabalho. Busca-se, desta forma, responder aos objetivos do estudo, bem como contribuir para a reflexão dos profissionais, com vistas a mudanças no processo de trabalho.

Organização do trabalho: caracterizando os serviços de urgência e emergência

O Serviço de Emergência Adulto (SEA) do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago faz parte do Programa de Reestruturação da Atenção de Urgência e Emergência do Município/Estado, sendo referência para o distrito de saúde Norte/Leste de Florianópolis e para as grandes emergências da Região Metropolitana de Florianópolis (a qual compreende 09 municípios) e entornos, totalizando 22 municípios na região da Grande Florianópolis, somando uma população de 1.012.831 habitantes (HU/UFSC, 2014).

As atividades do SEA estão em consonância com a Central de Regulação em Urgência e Emergência, com adoção da Política de Vaga Certa para pacientes encaminhados via central de urgência e emergência, acolhimento do paciente em ambiente adequado e com

classificação de risco, adoção de assistência multiprofissional, garantia de estrutura de apoio diagnóstico e terapêutico, mantendo, dentro do possível, privacidade dos usuários. Busca, também, sempre que possível realizar alta com referência estabelecida aos serviços de saúde da rede municipal e/ou estadual, contrarreferência dos casos acolhidos e classificados no serviço de emergência para a rede básica (HU/UFSC, 2014).

O SEA apresenta a seguinte estrutura: consultórios (05), sala cirúrgica (01), sala de acolhimento com classificação de risco até 23 horas (01), sala de procedimentos (01), área externa para o desembarque de ambulâncias (01), sala de reanimação para dois pacientes (01), sala de observação com dez poltronas (01), macas de observação (08) e ou internação (corredor), leitos para internação (12) e leito para isolamento (01), que são de uso para clínica médica e cirúrgica sem número específico para cada especialidade, intercalando-se seu uso de acordo com a demanda. O Serviço conta com os seguintes equipamentos técnicos de uso exclusivo do serviço: um aparelho de Eletrocardiograma, um aparelho de Ultrassonografia, um aparelho de RX, desfibrilador e bombas de infusão.

Quanto à governança, o SEA é gerido por uma chefia de enfermagem e outra de medicina e ambas trabalham em conjunto para que o serviço seja realizado da melhor maneira possível. Em relação ao fluxo de atendimento, depois que a chefia de medicina decide por internar o usuário, os servidores de enfermagem são responsáveis por acomodá-lo dentro da Unidade. Cabe ao serviço da enfermagem decidir quem permanece na maca, nos leitos de observação e, em conjunto com a medicina, decide-se quem tem a prioridade de internação nas clínicas do hospital. Devido à grande demanda de atendimento, episodicamente existe o serviço de hotelaria - permanência temporária -, após alta médica, para usuários com limitação e ou exclusão social, por exemplo, usuários sem moradia, mantendo-o como internação social.

Cabe à gestora de enfermagem a responsabilidade de comandar o serviço de enfermagem, deliberando escalas e demais documentos pertencentes a este grupo de servidores. Fica também sob sua responsabilidade a gestão estrutural, de materiais e de equipamentos necessários para o funcionamento do SEA, contando com a equipe de enfermagem e demais integrantes do serviço para auxiliá-la na manutenção e nas melhorias necessárias ao serviço. Para tanto, a gestora realiza reuniões periódicas com o colegiado de enfermeiros e em cada turno de trabalho (Enfermeiro, Técnico de enfermagem e Auxiliar de

enfermagem), a fim de levantar sugestões de melhorias, tanto para a categoria de enfermagem quanto e para o serviço.

A enfermeira gestora da Unidade tem autonomia para tomar decisões sem reunião prévia com o colegiado de enfermeiros do serviço, se assim julgar necessário, sendo esta uma autonomia relativa, já que está subordinada à Diretoria de Enfermagem. O enfermeiro de cada turno de trabalho tem autonomia e responsabilidade de comandar sua equipe de trabalho.

O serviço de medicina possui um médico gestor que realiza a escala de serviço e coordena todo trabalho da medicina, bem como a escala dos doutorandos e residentes da medicina. O SEA atende todo usuário que chega ao serviço, e cabe à medicina decidir a manutenção deste usuário na instituição ou sua transferência para outro hospital, para tratamento adequado.

Dentre as muitas funções das chefias da unidade (medicina e enfermagem), os sujeitos entrevistados destacaram o dever de primar pela excelência no atendimento ao usuário, seguindo-se os protocolos vigentes, buscando, de forma geral, o bom funcionamento do serviço e incentivando o bom relacionamento, tanto entre a equipe multiprofissional que atende no SEA, quanto entre as demais unidades do hospital.

Um cuidado de qualidade é minha responsabilidade ali na ponta. É muito difícil pra mim ver as pessoas sendo atendidas no corredor. Quando eu entrei aqui na chefia, nós tínhamos dezesseis macas no corredor. Nós temos hoje doze leitos, um isolamento, foi um trabalho, toda uma reforma. Hoje, com muito custo, eu tenho sete macas, então menos da metade. [...] estamos implementando pops administrativos e assistenciais[...] Eu tenho parcerias com a equipe multiprofissional, temos uma boa relação e muitos problemas têm que resolver obrigatoriamente juntos (GFU1).

Quanto ao efetivo global (servidor e estagiário) por categoria profissional, o SEA conta com noventa e seis (96) profissionais assim distribuídos: vinte e três (23) médicos, dezenove (19) enfermeiros, dez (10) auxiliares de enfermagem, trinta e oito (38) técnicos de

enfermagem, um (1) auxiliar em administração e cinco (5) estagiários com bolsa permanente.

Além das equipes de medicina e enfermagem, o SEA conta com um nutricionista, um assistente social, um psicólogo e um farmacêutico, que realizam a sua jornada de trabalho neste serviço, porém ligados ao organograma dos serviços de apoio assistencial. As demais categorias profissionais e especialidades médicas atendem na SEA, mediante parecer.

Quanto à carga horária, os servidores seguem a jornada pré-determinada em seu contrato, ou seja, têm médicos com vínculo de vinte (20) ou de quarenta (40) horas semanais. A equipe de enfermagem realiza jornada de trinta (30) horas semanais, mediante acordo institucional.

Quanto à formação/ao ensino, os cursos de graduação em saúde que realizam estágios no SEA são: Enfermagem, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Fonoaudiologia e Farmácia. Além dos acadêmicos de graduação, o serviço atende às residências de Medicina e Multiprofissional, e visitas técnicas de outras instituições. O SEA também é campo de pesquisa, contando, no momento, com mais de dez pesquisas em andamento, todas iniciadas após aprovação no Comitê de Ética da UFSC.

O Setor de Urgência/Emergência do Hospital Universitário de Brasília encontra-se vinculado administrativamente à Universidade de Brasília (HUB/UnB), localizado no andar térreo do hospital. No organograma do HUB a Unidade de Urgência e Emergência encontra-se subordinada à Divisão de Gestão do Cuidado, que está ligada à Gerência da Atenção à Saúde (HUB, 2016).

A Unidade de Urgência e Emergência engloba quatro unidades assim compostas: Unidade de Pediatria, Centro de Pronto Atendimento (CPA), Unidade de Cardiologia e Sala de Medicação. Este serviço oferece estrutura física organizacional para atendimento aos usuários, assim descrita: área externa para desembarque de ambulâncias; sala de triagem (classificar o usuário de acordo com o Protocolo de Manchester, para pediatria e usuários adulto na especialidade da oncologia em tratamento no HUB); cinco salas de exame indiferenciado (consultórios); a unidade de observação/internação para a pediatria (com capacidade de dez leitos e duas poltronas); a unidade de cardiologia (com capacidade para dezesseis (16) leitos, um bloqueado e três boxes de emergência); sala de serviço social; sala de medicação (três leitos e dez cadeiras); e, o CPA (com dez leitos, dois leitos de isolamento e dois

leitos bloqueados). O CPA conta com os seguintes equipamentos técnicos de uso exclusivo do serviço: respiradores, bombas de infusão, desfibrilador, bisturi elétrico e negatoscópio (MARTINS, 2016). No entanto, o foco desta pesquisa englobou apenas as atividades desenvolvidas na sala de triagem, na sala de medicação e na unidade do CPA, que ao longo deste estudo será denominado como CPA. O perfil de atendimento da Unidade de Urgência e Emergência é definido por Circulares e pelo Relatório de Contratualização do HUB com a Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF). Estas circulares instituem regras para o fluxo do Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), filas de espera, realização dos procedimentos cirúrgicos, regras para bom convívio no ambiente hospitalar, dentre outras.

É no Relatório de Contratualização que se encontra registrado o perfil dos usuários que poderão ser atendidos na Unidade de Urgência e Emergência do HUB. Segundo este relatório, as especialidades de pediatria em geral e as de oncologia são consideradas como atendimento porta aberta. Neste aspecto, toda criança que precisar de atendimento de emergência, independentemente das queixas que esteja apresentando, poderá ser atendida no serviço de emergência pediátrica em qualquer horário. Quanto ao atendimento de adultos, os usuários da oncologia, em tratamento no HUB, são atendidos por demanda espontânea. Os demais atendimentos se dão de forma regulada, ou seja, o usuário precisa passar por outro serviço de saúde, e por meio da central de regulação de leitos, será encaminhado para a Unidade de Urgência e Emergência do HUB. As especialidades com atendimento de forma regulada nesta Unidade são: cardiologia, cirurgia geral, endocrinologia, gastroenterologia; infectologia; pneumologia; dermatologia; geriatria; hematologia; nefrologia; e reumatologia (MARTINS, 2016).

O CPA atende a usuários com o perfil de cuidados semi-intensivos e recebe, além disso, os internados nas unidades de internação do HUB, seja por agravamento do quadro clínico, seja por necessidade de cuidados semi ou intensivo, se a regulação de leito assim decidir. Na sala de medicação, os usuários adultos são acolhidos para observação do quadro clínico, para infusão de medicamentos e para realização de exames, que geralmente são de análises clínicas.

Quanto à governança, a Unidade de Urgência e Emergência do HUB segue a estrutura administrativa pactuada com a EBSEH, segundo a qual a Unidade possui um Chefe da Unidade de Urgência e Emergência e um Chefe da Unidade de Pronto Atendimento, além de

dois enfermeiros rotineiros que auxiliam nos serviços administrativos ligados à assistência ao usuário. Os gestores fazem reuniões periódicas com as equipes de trabalhadores desta Unidade, durante as quais vêm sendo instituídos os Protocolos Assistenciais, tais como protocolo de passagem de plantão de enfermagem, horário da higiene corporal para os usuários dependentes, evoluções e anotações de enfermagem, divisões de tarefas dentro do setor, dentre outros. O CPA ainda não possui um protocolo específico para acompanhantes (MARTINS, 2016).

O dimensionamento de pessoal da Unidade de Urgência e Emergência do HUB foi realizado de forma conjunta com a EBSERH/Direção do HUB e equipe técnica do hospital, com o intuito de tornar mais eficaz a capacidade desta unidade, permitindo a perspectiva de sustentabilidade da instituição (EBSERH, 2013). Quanto ao efetivo global (servidor) por categoria profissional, o CPA conta com cento e oitenta e oito (188) profissionais da área da saúde, assim distribuídos: vinte (20) médicos, cento e cinquenta e oito (158) trabalhadores de enfermagem e dez (10) auxiliares em administração. Além das equipes de medicina e enfermagem, o CPA conta com um nutricionista e um assistente social que realizam sua jornada de trabalho neste serviço.

Quanto à carga horária, os servidores seguem a jornada pré-determinada em seu contrato, ou seja, os médicos com vínculo estatal possuem jornada de vinte (20) ou de quarenta (40) horas semanais, e os médicos com vínculo pela EBSERH possuem jornada de vinte e quatro (24) horas semanais. A equipe de enfermagem com vínculo estatal atende à jornada de trabalho semanal, conforme acordo institucional, ou seja, de trinta (30) horas semanais, e os colaboradores com contrato pela EBSERH realizam jornada de trabalho de trinta e seis (36) horas semanais.

Quanto à formação/ao ensino, os cursos de graduação em saúde que realizam estágios na Unidade de Urgência e Emergência são: Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia. Além dos acadêmicos da graduação, o serviço atende às residências com número variável, devido à rotatividade no hospital. A Unidade de Urgência e Emergência também é campo de pesquisa e atividades de extensão.

O SEA e CPA encontram-se habilitados para atendimentos de média e alta complexidade dos serviços referenciados pelo hospital, com oitenta e quatro mil e trinta e quatro (84.034) atendimentos anuais de emergência no SEA-HU/UFSC e, trinta e quatro mil, duzentos e vinte e dois (34.222) atendimentos anuais no CPA-HUB/UnB. O número

inferior nos atendimentos do HUB está possivelmente relacionada à mudança na forma de atendimento, passando de demanda espontânea para atendimento de forma regulada, no ano da coleta de dados para este estudo.

Organização do trabalho: entre o prescrito e o real

Para chegar ao resultado descrito em Organização do trabalho: entre o prescrito e o real, referente aos profissionais que atuam no SEA-HU/UFSC e no CPA-HUB/UnB, foi necessária a realização das etapas de observação flutuante, entrevistas e do acompanhamento dos profissionais em um turno de trabalho, nas instituições investigadas. Para facilitar a análise, os dados foram agrupados em cinco subcategorias analíticas, fragmentados em *codes*: Papel da Gestão; Ritmo de Trabalho; Trabalho em Equipe; Atribuição por Categoria Profissional; e, Divisão do Trabalho, conforme Quadro 11, apresentado a seguir, que aponta a porcentagem no número de *codes* das cinco subcategorias.

Quadro 4 - Distribuição da quantidade de quotations (n=686) de acordo com os codes (5) de organização do trabalho dos profissionais do SEA-HU/UFSC e Unidade de Urgência e Emergência- HUB/UnB. Brasil, 2017.

<i>Codes</i>	<i>Quotations</i>	
	Nº	%
Papel da Gestão	58	8,45
Ritmo de Trabalho	158	23,03
Trabalho em Equipe	83	12,09
Atribuição por categoria profissional	157	22,88
Divisão do Trabalho	230	33,52
Total	686	100%

Fonte: Dados da macropesquisa.

Papel da Gestão

Os *codes* Organização: Papel da Gestão representam 8,45% das citações (*quotations*) relacionadas com a organização do trabalho dos profissionais do SEA-HU/UFSC e CPA- HUB/UnB. Nesta subcategoria, observaram-se as diferenças da gestão entre os dois serviços: EBSERH-HU/UnB e administração pública-HU/UFSC.

Na gestão EBSERH os trabalhadores estão cientes da necessidade de cumprir metas quantitativas, apontam questionamentos quanto à necessidade da qualidade do serviço oferecido, na condução do gerenciamento da unidade e jornada de trabalho pouco flexível, decorrente do regime pautado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Por outro lado, os trabalhadores do SEA apontam um sistema engessado, burocrático, pouco resolutivo, em crise financeira, que se manifesta na redução significativa de trabalhadores, o que dificulta a assistência ao usuário do serviço, conforme destacado nas falas citadas a seguir:

Não sei se pela filosofia da empresa, as metas, às vezes, a gente é cobrado muito quantitativo não qualitativamente, acho que a gente deveria focar um pouco mais na qualidade do serviço. De qualidade mesmo, de conforto do paciente, não só de quantidades. Acho que por ser uma empresa, acho que visa um pouco também do lucro sim, mesmo que não seja a proposta (EBU7).

O HU é um hospital extremamente burocrático e tem umas hierarquias que atrapalham o andamento. Exemplo prático disso é a questão da radiologia. O radiologista diz que não vai dar o laudo ou que tal exame não vai ser realizado no noturno e o exame não sai (MFU1).

A estrutura que a gente tem aqui, a nossa chefia tenta com a direção resolver e devido a essas crises no serviço público, saúde, o

hospital universitário ficou um bom tempo sem verbas pra melhorias, então, ficou estagnado no hospital como um todo. Como eu trabalho na emergência, acho que teria que melhorar o espaço físico para atendimento do paciente que tem um espaço muito pequeno, maior agilidade para os pacientes que esperam vaga na enfermaria (MFU3).

Outro ponto descrito pelos trabalhadores de ambos os HU e que interfere na organização do trabalho dos serviços, faz referência à gestão, com relação ao número de leitos reduzidos das instituições, limitando a capacidade de atendimento dos serviços de emergência. Esta limitação fica ainda mais evidenciada no SEA, que atende à demanda espontânea e referenciada.

A chefia da divisão dos pacientes externos chega ao SEA e conversa com enfermeira sobre o número de pacientes internados no corredor e diz que vai investigar a possibilidade de leitos nas unidades. A enfermeira do SEA diz que quase todos os dias alguém da direção de enfermagem ou da medicina passa na emergência para saber o número de pacientes internados e avaliar possibilidades de transferências para as unidades (AFU1).

O paciente que não tem indicação de ficar aqui e fica, vai se infectar de novo. Isso é muito ruim para a equipe médica, porque fica naquela [...] já tinha indicação de alta para a enfermaria, falta vaga lá em cima [unidades de internação], não tem como mandar, não tem para onde mandar, e os pacientes daqui não tem nem como subir, aí fica isso (MBU1).

Acho que teria que ter uma comissão que

regulasse esses leitos porque a gente ainda vive uma realidade aqui no hospital que o leito é do médico, então, é da especialidade tal. Eu acho que esse tipo de coisa não deve acontecer num hospital como nosso principalmente na situação que está, com poucos leitos (EFU4).

Um cuidado de qualidade é minha responsabilidade ali na ponta. É muito difícil para eu ver as pessoas no corredor. Nós temos hoje doze leitos e um isolamento [...] eu tenho sete macas [...] o planejamento estratégico é focado em problema, e para mim, maca em corredor é um problema, é um desrespeito à dignidade das pessoas aquela exposição [...]. Eu penso hoje que a grande dificuldade que tem na gestão é mais a mudança de estilo de pensamento, a estrutura e o modelo organizacional, até mesmo na direção da nossa instituição hoje (GFU1).

O déficit de profissionais tem influenciado no gerenciamento do serviço, bem como vem limitando e ou dificultando o atendimento aos usuários, o que ficou muito evidente no SEA, principalmente em relação aos profissionais de enfermagem e medicina, enquanto que no CPA ficou evidenciado apenas na escala médica.

Eu te digo que hoje grande parte do meu trabalho eu dedico muito tempo com a escala, preenchendo a escala (serviço de enfermagem), fazendo cobertura no setor que a gente tem um déficit muito grande [...]. Agora estamos com déficit de cirurgiões então, ontem o único cirurgião que estava aqui, subiu para fazer uma apendicectomia de urgência, então os pacientes ficaram muitas horas aguardando (GFU1).

Hoje à tarde, por exemplo, eu vou estar só, de médica, [...] inclusive, esse novo concurso a gente quer que chegue novos médicos, para ficar pelo menos dois na escala (MBU1).

O atendimento, seguindo a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), vem sendo visivelmente adotado nas duas instituições estudadas. No âmbito do SEA-HU/UFSC, vêm sendo consolidadas as diretrizes da Política Nacional de Atenção às Urgências e da Rede de Atenção às Urgências no SUS. Por outro lado, a CPA-HU/UnB se torna unidade com atendimento referenciado, e, neste processo, vem se adequando a um serviço de saúde regulado e integrado à Rede de Atendimento do SUS, e assiste o usuário a partir da complexidade clínica pactuada para atendimento específico da instituição. As diferenças estão evidenciadas nos comentários apontados a seguir:

A gente trabalha com a rede então, é o posto de saúde, CRAS [Centro de Referência de Assistência Social], NASF [Núcleos de Apoio à Saúde da Família] e trabalha aqui dentro em conjunto com a equipe multiprofissional e com a rede de serviços de Florianópolis e outros municípios (PFU1).

A gente aqui dentro tem essa tendência, é uma característica do HU de tentar ser resolutivo então, a gente fica nessa angústia e até mais do que são nossas responsabilidades. Às vezes a gente está envolvido em coisas que não seriam responsabilidade do hospital na perspectiva que o papel da emergência não seja uma desova, para gente resolver só aquela situação e não em nada pensar mais na frente. Às vezes a gente acaba indo numa visita domiciliar, antes de orientar uma alta do paciente que talvez no script do Sistema Único de Saúde, não esteja previsto para uma unidade de emergência e, as maiores

dificuldades são justamente, essas de referenciar um paciente aqui dentro (PFU2).

Hoje a gravidade dos meus pacientes aumentou [CPA]. Não temos pacientes graves, como regulamos. Se tornou porta referenciada e nós estamos recebendo pacientes regulados e a demanda de pacientes vem. O paciente que chega à porta hoje é orientado, como porta regulada. Não estou conseguindo mais atender a esta demanda na população externa. Nós estamos ainda nessa fase de readaptação. Nessa fase de assinatura de contratos, contratualização, e a unidade está girando. Mudou o perfil de pacientes e a gente está firme e forte (GBU1).

A articulação com as RAS encontra-se presente nas duas instituições, o que demonstra que os serviços buscam responder ao SUS e ao que está sendo contratualizado com o gestor.

Ritmo de Trabalho

Os *codes* Organização: Ritmo de Trabalho representam 23,03% das citações (*quotations*) relacionadas com a organização do trabalho dos profissionais do SEA- HU/UFSC e CPA-HUB/UnB. Nesta categoria, observou-se inicialmente o ritmo de trabalho desgastante, intenso e cansativo, que necessita de tomada de decisão rápida e adequada, principalmente no SEA, evidenciada nas falas e comprovada tanto nas observações flutuantes, quanto no acompanhamento dos profissionais, conforme demonstrado nas citações abaixo.

Acelerado, é bem intenso. São vários pacientes e a rotatividade é muito grande, então a gente precisa às vezes tomar decisões e fazer os encaminhamentos de um dia para o outro. No máximo a média de internação não chega a dois dias na emergência. Tem que ser tudo muito rápido,

a entrevista é feita e aí a gente já começa a proceder com os encaminhamentos já na mesma hora, de um dia para o outro tem que render aquilo ali. É bem dinâmico (PFU1).

Meu ritmo de trabalho é cansativo desgastante. A gente atende cerca de cem ou cento e cinquenta prescrições por dia. O fato de trazer essa responsabilidade do bom uso faz com que tu olhes a prescrição inteira e não só entregue a medicação. Alguma coisa a gente fica analisando, então é desgastante (PFU2).

Exaustivo, eu não paro. O ritmo de trabalho é acelerado, quem trabalha na emergência está sempre correndo e não tem como parar, a gente está sempre resolvendo... é um ritmo de trabalho desgastante. Todo mundo trabalha exaustivamente também (MFU2).

Separa duas fichas explica o quadro geral e pede ao doutorando para tomar as condutas e liberar os dois pacientes. Conversa com a colega medica sobre informações e conduta para outro paciente; delega ao residente encaminhamento a ser feito para outro paciente que está em observação. Responde a enfermeira conduta a ser realizada para outro paciente. Responde ao residente sobre questões relacionadas a outro paciente. Segue avaliando exames liberados no computador, fazendo registro em fichas de atendimento e tomando condutas (AMFU3).

Dou entrada na unidade que se encontra bastante movimentada e cheia: todos os leitos do repouso estão ocupados e todas as macas também. A sala de medicação também está lotada com todas as cadeiras ocupadas

(OFU).

Quando o pronto-socorro era uma emergência, então era mais complicado. A gente tinha uma demanda muito grande aqui no Hospital Universitário, era incansável, era cansativo demais trabalhar aqui, muito cansativo. Era terminando de fazer uma coisa, tinha que fazer outra ou tinha que fazer mil coisas ao mesmo tempo, era terrível. Hoje em dia a gente já tem uma quantidade mais determinada de pacientes, não são todos que são admitidos, tem uma portaria, um documento, que diz quais pacientes podem ser admitidos aqui no Hospital Universitário, então, o fluxo de paciente realmente diminuiu bastante. Então, hoje em dia a gente tem possibilidade de dar uma qualidade melhor de assistencial para o paciente, bem melhor (PBU1).

Na semicrítica [CPA] são os pacientes que precisam de uma vigilância mais presente e constante, é bem mais pesado. Porque tanto no que diz respeito à atividade física, quanto no que diz respeito à atividade memorial, psicológica, cognitiva. Então, na unidade semicrítica, é o setor mais pesado, digamos assim, que exige mais esforço de você (TBU6).

Percebe-se nas observações flutuantes e nas falas que o ritmo de trabalho dos profissionais enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem tende a ser muito mais acelerado se comparado com os demais integrantes da equipe multiprofissional, o que foi, inclusive, verbalizado nas entrevistas. Observa-se também que o ritmo de trabalho do SEA tende a ser mais acelerado, se comparado com o CPA.

A emergência no geral é acelerada e sinto que especialmente a equipe médica e de enfermagem é muito mais acelerada que a minha, com certeza. Eu não me responsabilizo em atender todos pacientes porque reconheço que não tenho condições de passar por todos pacientes e eles têm responsabilidade de passar por todos os pacientes. A emergência tem dia que está com paciente subindo pelas janelas de tanto paciente então, eu os percebo muito mais acelerados numa forma geral. Muitas vezes dificulta a troca, às vezes eles querem passar uma situação assim acelerado porque tem outra coisa para resolver (PFU1).

Enfermeira realizando anotações e muitas vezes é interrompida por solicitações dos técnicos que querem relatar algo sobre os pacientes e também por médicos que querem saber onde está o prontuário, e até onde está o paciente. Também é solicitada pelo técnico do laboratório, o telefone toca sem parar e na grande maioria a enfermeira atende, alguns familiares querem informações sobre resultados de exames e sobre a hora que o médico chegará (OFU).

O ritmo da unidade pode ser regulado, de acordo com o comando da enfermeira que administra o ambiente em questão, e isto ficou evidenciado em falas nas duas unidades estudadas.

A questão do enfermeiro é extremamente importante porque ele impõe o ritmo do serviço e o plantão tem muito dessa coisa de refletir a personalidade do enfermeiro que está no plantão, e como colegas de trabalho considero toda equipe não só a de enfermagem, mas a multiprofissional no geral (TFU6).

Varia muito do quantitativo de paciente. Às vezes, geralmente a média é em torno de quatro a sete técnicos por noite. No período noturno na semi-intensiva [CPA]. Às vezes estão em quatro, mas tem dez pacientes e são pacientes bem complexos. Mas geralmente, é fruto do seguinte: quando nós enfermeiros estamos calmos, os técnicos geralmente estão. A gente tem certa condição mais ou menos no mesmo patamar de atividade. Eu dito rotina de correria (EBU8).

O ritmo do trabalho dos profissionais pode ser alterado de acordo com o número de trabalhadores existentes em cada turno de trabalho. O déficit de pessoal de enfermagem e de medicina ficou muito evidenciado nas falas do SEA, enquanto que no CPA percebe-se a necessidade de ampliar o quadro de profissionais de medicina.

O pessoal fica fazendo muitas horas extras, são muitas horas a mais para dar conta e não deixar faltar em nenhum horário, sempre falta funcionário tem sempre atestado (EFU3).

A maior insatisfação no momento é diminuição de pessoal. Nós estamos com menos pessoal e daí não tem qualidade. Tem que ter o mínimo de qualidade para o doente, como falei para ti, a diminuição [pessoal] acarreta em perda de qualidade (TFU5).

Tirando os períodos que a gente conta com déficit de servidor que gera uma sobrecarga que culmina no afastamento de muitos funcionários por motivo de saúde, a gente fica sobrecarregada. A partir de que se garante um número de funcionários na escala fica mais tranquilo de trabalhar, acabo não considerando um ritmo extremamente puxado ainda mais para uma

emergência (TFU6).

Recursos humanos poderia ser um pouquinho melhor. Acho que tem um déficit de seis para oito médicos para melhorar a escala. Ontem estava bem puxado, estava muito cheio (MBU2).

Altera-se o ritmo de trabalho devido ao aumento da demanda a ser atendida em espaço físico limitado e com número de profissionais reduzidos, principalmente no SEA, em que o atendimento na emergência é modelo porta aberta.

Todo mundo trabalha em prol daquilo que trava o nosso atendimento é assim, por exemplo, a enfermagem está triando a porta, eu estou atendendo a porta, mas a enfermagem não pode medicar porque não tem cadeira, então tudo aquilo que nos limita a dar atendimento muitas vezes; pelo número de funcionário que é limitando e a estrutura física que não está permitindo um melhor atendimento (MFU2).

Um paciente que passa mal na clínica médica, por exemplo, que precisa de cuidados críticos e de tomada de decisão imediata que vai vir para o pronto-socorro [PCA], o enfermeiro ou o médico precisa avisar previamente a equipe receptora para que se prepare para a recepção do paciente e aí, às vezes não há essa comunicação efetiva (TBU6).

Enquanto não são liberados os pacientes da maca ou leito na observação e na sala de medicação porque permanece cheia, a medicação para pacientes que vem da consulta médica não é realizada. O atendimento para. A enfermagem não medica

fora da sala de medicação porque o paciente pode apresentar alguma reação à medicação e causar um transtorno maior. Apenas são atendidos os pacientes classificados como amarelo, laranja ou vermelho. De acordo com funcionários o atendimento já parou por duas horas hoje (OFU).

Trabalho em Equipe

Os *codes* Organização: Trabalho em Equipe representam 12,09% das citações (*quotations*) relacionadas com a organização e articulação da equipe de trabalho do SEA- HU/UFSC e CPA-HUB/UnB. Nesta categoria, observaram-se semelhanças e diferenças entre os dois serviços na condução executada ao término da jornada de trabalho dos profissionais, sendo que no SEA a passagem de plantão da enfermagem ganha dimensão multidisciplinar. No entanto, constata-se que ações voltadas para um cuidado mais integral e multidisciplinar estão presentes nas duas instituições estudadas, com vistas a atender os fundamentos do SUS.

É um plantão multiprofissional, na verdade todos os profissionais participam do plantão da enfermagem e talvez seja o momento que a gente tenha mais demandas. A enfermagem como passa muito tempo perto do paciente ela traz alguma demanda nesse momento [...] eu não sei até que ponto isso era desta forma no hospital quando o plantão era exclusivo da enfermagem e hoje tomou essa proporção, por ser um plantão multiprofissional (PFU2).

Aqui (CPA) a reunião é multidisciplinar [...] a gente faz quase que diariamente [...] Eu faço com os doentes (visita diária), peço opinião da Enfermagem, Farmácia, Serviço Social e Nutrição, o olhar de cada um deles a gente tem sobre o doente. A psicologia recebeu o convite mas não tem vindo, veio algumas vezes (MBU2).

Eu percebo que não há um cuidado multiprofissional e sim interdisciplinar, pois diversas vezes durante o dia a gente para e discute um caso. Não é nada formal, é do momento, mas para e discute o caso não entre a equipe até pela dinâmica da emergência, mas, a gente esta sempre discutindo e vejo que é uma relação bem saudável (EFU4).

A passagem de plantão é feita de enfermeiro para enfermeiro, de técnico para técnico. Algumas especificações o enfermeiro passa para o técnico também que está recebendo (EBU7).

Em serviços que apresentam equipes grandes e multidisciplinares, geralmente com interesses em agilizar o próprio trabalho, surgem eventualmente alguns conflitos nas relações, evidenciadas entre os profissionais com jornadas ininterruptas de trabalho.

A gente vê que tem profissional que é ágil para as atividades e tem profissional que está sempre sentado, então é a mesma coisa em relação à medicina, só que são mais pessoas e talvez menos perceptível, mas é a mesma coisa. Tem gente que procura solucionar e tem gente que aguarda alguma coisa acontecer ou fazer quando alguém pede (MFU5).

Não resolve as coisas e não ir deixando para depois, tipo: deixa aí o papel que depois eu resolvo, aí fica uma pilha de papel de internação para fazer, de medicação, de exame para encaminhar e nada foi feito, e aí está chegando horário de ir embora e deixa que está na hora de ir embora mesmo. Deixa que o outro plantão se vira (TFU3).

Atribuições por Categoria Profissional

Os codos Organização : Atribuições por Categoria Profissional representam 22,88% das citações (*quotations*) relacionadas com o que se espera do trabalho dos profissionais do SEA-HU/UFSC e CPA-HUB/UnB. Nesta categoria, observou-se inicialmente que nos dois serviços busca-se cumprir o trabalho prescrito, ou seja, as normas, protocolos de atendimento. A sistematização da assistência de enfermagem aparece como ponto fundamental para a qualidade da assistência.

Quando eu assumi, eu entrei como EBSERH na assistência e trabalhei uns dois meses e já fui para rotina, da rotina, peguei a chefia e dali a gente construiu. Hoje, os meus pacientes têm prescrição do enfermeiro no AGHU, enfim. Os enfermeiros meus prescrevem, dentro do AGHU e estão utilizando a Nanda, eles prescrevem, dão diagnóstico, evoluem. A SAE está implantada (GBU1).

Na verdade, o meu trabalho é organizado pela sistematização da assistência de enfermagem. Pensando que a primeira coisa que eu faço ao chegar ao plantão é conhecer esses pacientes, avaliar clinicamente e depois eu faço o registro dessas minhas avaliações [evolução] e a prescrição de enfermagem. [...] O trabalho é organizado em cima disso, fazer avaliação, registrar essa avaliação e prescrever os meus cuidados [...] eu já vou avaliando se ele evoluiu e como evoluiu, positiva ou negativamente pensando o que eu posso mudar (EFU4).

As atribuições específicas de todas as profissões foram ressaltadas nas entrevistas, com empoderamento de conteúdo e domínio de conhecimento técnico do trabalho prescrito para a execução diária do

trabalho real.

A minha maior responsabilidade dentro da minha área é fazer o diagnóstico e tratamento emergencial. [...] Nosso hospital é um hospital que trabalha com a porta aberta, o que vem é feito uma triagem e são atendidos. É diferente de outros locais que são referenciados que precisa de encaminhamento, aqui não, a demanda é aberta (MFU3).

Coordenar a equipe técnica, prestar atenção de assistência de enfermagem, sobretudo o que é privativo ao enfermeiro e aos pacientes, faz a sistematização da assistência, que seria a evolução dos pacientes, a admissão, quais os procedimentos, e também a enfermeira acaba sendo um pouco administrativo aqui no CPA, se tem encaminhamento, marcações de exames, você tem que estar telefonando, e isso às vezes prejudica um pouco a assistência, porque às vezes você tem que direcionar uma atenção maior para estar resolvendo essa parte burocrática em detrimento do tempo que você poderia estar ali prestando cuidados para o paciente (EBU11).

Acho que o enfermeiro aqui é considerado o coração da unidade. O coração e o cérebro, se aqui não funciona, não funciona. A gente tem toda uma parte assistencial que é responsável e tem toda uma parte de gestão, desde um material que falta, um material que quebra é tudo com a gente [...] e assim vai, encaminhamento de exames passa tudo pelo enfermeiro, então a gente sabe tudo que está acontecendo na unidade. A gente faz um

monte de coisa ao mesmo tempo, o enfermeiro tem que ter uma habilidade de saber tudo que está se passando na unidade ao mesmo tempo em que sabe quem pode comer, quem vai ter exame, quem vai para cirurgia... Isso é muita responsabilidade, os processos gerenciais e assistenciais, a gente acha que emergência hoje tem múltiplas tarefas. E tem a supervisão também, ali na frente são cinco técnicos, tem isso também cinco técnicos de enfermagem (EFU7).

Conversa com técnico de enfermagem e passa conduta a ser executada num atendimento. Autoriza um técnico de enfermagem a liberar o motorista da ambulância para sair com paciente que não está na emergência. Responde a outro técnico de enfermagem que pode liberar o paciente para ir ao orelhão [fora do setor], e reforça para atentar que retorne assim que ligar. Vai até o leito na sala de RCR para checar as medicações feitas até o momento, conferindo e acrescentando horários na prescrição. Avalia bombas de infusão que aparentemente está com defeito, reinicia bomba de infusão ao paciente com ventilação assistida, mas antes confere se segue mesma dose e velocidade da infusão com o medico de plantão. Avalia as fichas de atendimento para tomar conduta. Autoriza a troca de turno de trabalho entre duas técnicas de enfermagem [fazendo registro em livro específico com a assinatura das duas técnicas de enfermagem] (AEFU1).

Uma das atribuições exclusivas da enfermeira nos serviços estudados foi a triagem dos atendimentos: classificação baseada nos sintomas, utilizando cores que representam a gravidade e o tempo de espera recomendado para atendimento. No CPA, a triagem acontece

apenas para os pacientes da pediatria (porta aberta) e, em algumas situações, para pacientes adultos, uma vez que a emergência se tornou referenciada, recebendo apenas pacientes regulados. Por outro lado, o SEA realiza a triagem de todos os pacientes.

A triagem que é a porta de entrada, onde a gente faz uma entrevista breve e avalia o paciente para saber qual o grau de gravidade do problema que ele apresenta, e classificar ele em azul, verde, amarelo, laranja e vermelho, priorizando o atendimento. Então o vermelho é o mais urgente, e na sequência seria laranja, amarelo, verde e azul (EBU11).

A triagem é realizada aos pacientes como porta de entrada da emergência. O paciente faz uma ficha na recepção e aguarda ser chamado. A enfermeira é responsável pelo primeiro atendimento, faz uma entrevista/acolhimento, faz a classificação de risco e presta esclarecimentos ao cliente (OFU).

Divisão do Trabalho

Os *codes* Organização: Divisão do Trabalho representam 33,52% das citações (*quotations*) relacionadas com a divisão do trabalho dos profissionais do SEA-HU/UFSC e CPA-HUB/UnB e com a forma como estas repercutem na organização do trabalho. Neste grupo, observaram-se muitas falas dos entrevistados acerca da divisão do trabalho entre as diferentes categorias profissionais, e, no que se refere especialmente a enfermagem, a divisão do trabalho entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, como também em relação à divisão do trabalho definida a partir da organização dos espaços.

Questão dos técnicos de enfermagem, se você precisar fazer remanejamento, eles mesmos gostam de se dividir, mas o enfermeiro tem autonomia para poder escalar os técnicos.

Por vezes, para ficar uma coisa mais justa e assim, se eles gostam de fazer o sorteio, então, eles fazem o sorteio entre eles, passam para a gente, e a gente vai preenchendo num livro de enfermagem. Esse livro de enfermagem consta quem é o enfermeiro que está no plantão, quais são os técnicos de enfermagem, com os respectivos leitos e os pacientes que estão internados (EBU9).

Tem uma escala. Aqui de dia tem três lugares que os enfermeiros ficam: acolhimento, SEI e repouso. SEI que é serviço de emergência interna que é ali na porta e o repouso. E cada um pega o seu plantão. Aí de noite não tem acolhimento geralmente, só o SEI e repouso.[...] tem acolhimento só até as 23hs00min, mas aí fica uma enfermeira no período intermediário, esse enfermeiro fica das 17h00min as 23h00min (EFU1).

Antes de ir para a passagem de plantão a gente vai para escala [atividades] para ver onde está locada e vai para o respectivo lugar para pegar o plantão. Aqui na parte da frente da emergência é dividida em medicação, cuidados e também na sala cirúrgica. Na parte que fica atrás, do repouso, é dividido em cuidados integrais pelos números de leito [diurno] (TFU3).

Segundo a enfermeira, o responsável pela medicação é o funcionário que vai atuar no setor da medicação. Existe um livro onde é anotado a atribuição diária dos funcionários da enfermagem (OBU).

O modo de organização do trabalho da enfermagem, utilizando diferentes modelos de cuidados, ficou evidenciado nas falas. Os dois serviços seguem o mesmo padrão para os doentes internados, ou seja,

durante o dia realizam-se os cuidados seguindo o modelo de cuidados integrais e à noite, o modelo de cuidados funcionais.

Geralmente à noite, como tem um intervalo de repouso, não se divide tantos pacientes para cada técnico. Eles se dividem na verdade, quem vai fazer medicação, aferir/verificar sinais vitais, quem vai auxiliar procedimento tal, dar banho no leito [...] Já é uma equipe reduzida em relação ao dia e no horário de repouso fica bem complicado porque reduz mais ainda. Porque a gente divide a equipe ao meio (EBU7).

A gente subdivide, se estamos em três técnicos, ficam dois com higiene e conforto e um na medicação, mas sempre assim, no período noturno a gente é mais unido, então a gente interage melhor um com o outro (TFU5).

Neste acompanhamento matutino, os técnicos de enfermagem realizam cuidados integrais e cada técnico assume quatro pacientes (OFU).

A equipe adotou a divisão de tarefas, e não de pacientes. [...] Elas dizem que a divisão de tarefas é mais viável devido a menor quantidade de trabalhadores, uma vez que a divisão de pacientes por profissional poderia sobrecarregar algum profissional [trabalho noturno] (OBU).

Percebe-se certa divisão na organização do trabalho dos médicos, onde o staff assume o papel de comando geral e delega funções, conforme o grau de formação/conhecimento dos residentes e estudantes de medicina sob sua responsabilidade. Esta organização de trabalho ficou evidenciada com similaridade nos dois serviços pesquisados.

A gente divide entre os colegas que estarão trabalhando no plantão para cada um ficar responsável em paralelo e ficamos orientando os residentes e os estudantes de medicina. Os residentes já são médicos, então tem uma certa liberdade pra atender as fichas, para se virar sozinho, mas estão sempre em contato com a gente [...] Basicamente os casos que são graves, classificados como laranja a gente vai ver junto com eles. Todos os procedimentos invasivos que vai fazer o médico, vai acompanhar junto o residente. As fichas amarelas que são atendidas no consultório, via de regra, o doutorando vê e passa o caso, dependendo a gravidade, da dúvida que houver a gente vai reavaliar esses pacientes. As fichas verdes, tanto os estagiários, doutorandos e residentes a mesma coisa. Os pacientes que liberam eu costumo reavaliar. O interno do último ano atende, aí discute com R1, o R1 com R2. R2 com o Staff. O Staff sou eu ou um plantonista. Eu sou a rotineira. Eu passo todos os dias para tentar dar a horizontalidade (MBU2).

Sobre o trabalho dos médicos, me dizem que a divisão é diferente e que eles pactuam entre eles. [...] A residente me diz que naquela noite havia 2 médicos staffs, 2 residentes e 1 interno. Diz que geralmente tem estagiários da medicina que ficam até meia-noite (OBU).

Divisão e composição de escala de serviço mensal das equipes de enfermagem e medicina seguem padrões similares, ou seja, são realizadas pelas chefias imediatas, e/ou colaboradores nos dois serviços pesquisados. Mas, as escalas de atividades diárias da equipe de enfermagem são realizadas no CPA, pelas enfermeiras supervisoras, e no

SEA pelas enfermeiras assistenciais de seus respectivos turnos de trabalho.

O chefe que organiza a escala na verdade. Ele organiza assim, por questão da demanda ser maior durante a semana, ele deixa dois médicos, até três. E final de semana às vezes fica com um, porque não tem e está faltando médico (MBU1).

Aqui na minha unidade eu tenho 2 supervisores, no momento. Esses supervisores fazem carga horária de 36 horas. Esse supervisor não ganha mais. Eu trago, busco ele de assistente para a administração comigo e ele é meu braço direito. Então ele me ajuda a fazer escala, confecção de escala. [...] Eu faço um escalão. Quando o rotineiro termina a escala com o meu supervisor e eu olho, eu vou pelo quantitativo. Eu sei que para fechar o meu plantão eu preciso de 20 técnicos e 7 enfermeiros [...] Na escala diária eu coloco enfermeiro na triagem, enfermeiro na pediatria, enfermeiro no CPA e assim por diante. [...] sigo a resolução no COREN, aquela resolução que a gente se baseia para o dimensionamento. Aí eu deixo 2 técnicos na medicação para 10 pacientes, boto 1 técnico para dois leitos de paciente grave, só que eu fichava. Eu arrumei uma estratégia que é um meio do colaborador não pesar. O cara que fica no box, uma semana é o limite psicológico dele. [...] A equipe que ficar no box essa semana, na outra semana fica na medicação. Na outra semana ele vai para a CPA, na outra semana pediatria e na outra semana. Então eu tenho enfermagem que está classificada para essas 3 áreas. Todo esse setor que você está vendo aqui não tem colaborador fixo. A minha é escalão. Eu

coloco ele na escala diária. Então eu tenho o total controle. Deu falta, eu vou na escala diária e coloco falta (GBU1).

A organização do trabalho dos profissionais que atuam nos dois serviços pesquisados segue a mesmo padrão, ou seja, os profissionais de cada categoria, com jornada ininterrupta de trabalho [medicina e enfermagem], são responsáveis por suas escalas e possuem chefia incluída no quadro de pessoal do serviço. As demais categorias que pertencem à equipe multiprofissional seguem as escalas das divisões de serviço a que estão subordinados.

DISCUSSÃO

Os resultados mostraram que na organização do trabalho as características dos serviços são determinadas por um conjunto de medidas, influenciadas por aspectos macroestruturais, como as políticas de saúde; ou seja, por múltiplos aspectos, desde o modelo de gestão adotado em cada instituição, até a divisão e organização diária do trabalho entre os profissionais que ali exercem suas funções.

Quanto à **organização do trabalho e à caracterização das instituições**, destaca-se que estas apresentavam modelos de gestão diferentes no período de coleta de dados, sendo que no HU/UFSC ainda não havia sido implantado o modelo proposto pela EBSEH. Desta forma, tal Hospital acompanhava a tendência dos demais serviços de saúde e das instituições de ensino, com dificuldades progressivas de gestão, relacionadas principalmente com déficit significativo no quadro de trabalhadores e de recursos financeiros, com instalações físicas deficientes e capacidade instalada subutilizada. Esta situação havia levado, nos últimos anos, a amplos e extensos debates, inclusive com plebiscito junto à comunidade universitária. No entanto, em março de 2016, o HU firmou contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, nos termos do Artigo 6º, da Lei nº 12.550/2011, buscando novas perspectivas de gerenciamento (EBSEH, 2016a).

Por outro lado, o HUB, já vinculado à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares desde janeiro de 2013, vem apresentando ganhos no quadro de pessoal e na capacidade instalada (HUB, 2014). Acompanha desta forma, a gestão dos hospitais vinculados a EBSEH, com a reestruturação do modelo assistencial, com normativas que incluem as Redes de Atenção à Saúde, e que utiliza as ferramentas de

microgestão, entre elas, as Linhas de Cuidado. O contrato entre a empresa e o hospital inclui metas de desempenho, indicadores e prazos de execução e a sistemática para o acompanhamento e avaliação das metas estabelecidas. Houve, neste sentido, um redimensionamento do quadro de pessoal e o estabelecimento de plano de reestruturação da unidade (EBSERH, 2013). Neste movimento, o HUB, se encontra inserido na rede local do SUS, tornando-se referência para atendimentos de média e alta complexidade na Região Leste e, em algumas especialidades, com oferta de serviços para todo o DF (HUB/UnB, 2016). Deste modo, houve ganho para a assistência ao usuário, na busca pelo atendimento organizado em Rede, preconizado pelo SUS.

Na reorganização dos serviços, as instituições, por meio das contratualizações junto aos gestores estaduais e municipais, buscam reduzir problemas da Rede de Atenção à Saúde, entre eles, o da superlotação das emergências, principalmente as que atuam como porta aberta.

Tal realidade ficou evidenciada nas falas dos entrevistados e na observação de campo, confirmando achados na literatura que descrevem a superlotação das emergências como sendo uma constante, cujas causas incluem a baixa resolutividade da Atenção Básica e a precariedade da rede hospitalar. Para tanto, as melhorias nestes serviços passam por efetivar a regulação de leitos, intensificar a capacitação de recursos humanos e buscar integrar os serviços de saúde da rede e o hospital (O'DWYER; OLIVEIRA; SETA, 2009). Contudo, os HU vêm apresentando, na atualidade, déficit no quadro de trabalhadores e instalações físicas deficientes, reduzindo assim a possibilidade de manter e ampliar a oferta de serviços à comunidade (SODRÉ *et al.*, 2013).

Mesmo o SEA, apresentando limitações em seu atendimento, tem procurando melhorias para o serviço, estando integrado ao Programa de Reestruturação da Atenção de Urgência e Emergência do Município/Estado (HU/UFSC, 2014). Deste modo, atende tanto à população por livre demanda, quanto aos pacientes referenciados, buscando alcançar os objetivos da Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), que passa a existir com a intenção de transformar o atual modelo de atenção hegemônico, fragmentado e desarticulado. As Redes de Atenção à Saúde (RAS) atuam como “estratégia fundamental para a consolidação do SUS de modo a promover e assegurar a universalidade e integralidade da atenção, a equidade do acesso, além da transparência na alocação de recursos”. Neste conjunto, a RUE busca

permitir uma “melhor organização da assistência, articulando os diversos pontos de atenção e determinando os fluxos e as referências adequados” (BRASIL, 2013a, p. 7).

A RUE tem como uma de suas finalidades a de qualificar as portas de entrada hospitalares de urgência e emergência, que prestam atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e das quais se encontra referenciada (BRASIL, 2013a). Neste aspecto, o SEA, com porta de entrada de urgência segue os critérios pré-estabelecidos pela RUE, dentre eles destaca-se a adoção do processo de acolhimento com classificação de risco em sala específica, identificando o paciente segundo o grau de complexidade ou de agravos à saúde e risco de morte, priorizando aqueles que necessitem de tratamento imediato; a articulação com o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192), as Unidades de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços da rede de atenção à saúde. De maneira ainda frágil, busca atender aos demais critérios, como o de construir o atendimento de fluxos de referência e contrarreferência; manutenção de equipe multiprofissional compatível com o porte da porta de entrada hospitalar de urgência; organização do trabalho das equipes multiprofissionais de forma horizontal, utilizando prontuário único compartilhado por toda a equipe; implantação de mecanismos de gestão da clínica, visando principalmente à qualificação do cuidado e a eficiência de leitos; realização do contrarreferenciamento responsável dos usuários para os serviços da rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência (BRASIL, 2013).

Achados desta pesquisa confirmam positivamente boa parte dos critérios - destacados anteriormente -, pré-estabelecidos pela RUE, nas mais diversas situações apreendidas nas entrevistas, no acompanhamento individual e nas observações de campo, como por exemplo, acolhimento com classificação de risco, atendimento por equipe multiprofissional, uso de prontuário único e iniciativas de referência contra referência na RAS.

O CPA realiza atendimento por demandas espontâneas apenas para a especialidade de Oncologia em tratamento no HUB, e os demais atendimentos aos usuários adultos se dão de forma regulada. Desta forma, o usuário precisa passar por outro serviço de saúde e este irá negociar junto a central de regulação de leitos o possível atendimento e encaminhamento para a Unidade de Urgência e Emergência do HUB (MARTINS, 2016). Diante desta nova forma de acolhimento, houve

uma redução da demanda como porta aberta e uma mudança no perfil dos doentes internados no CPA, que atende principalmente à média e alta complexidade em Oncologia. A Unidade de Urgência e Emergência segue atendendo ao usuário de acordo com a classificação do Protocolo de Manchester, para pediatria e aos usuários adultos na especialidade da oncologia em tratamento no HUB.

Quanto ao **papel da gestão** nos serviços investigados, evidenciou-se, pelas falas da maioria dos entrevistados do CPA, algum tipo de preocupação quanto à forma de gerenciamento hospitalar, sendo esta pautada na produtividade, com metas a cumprir, apontada como forma de pressão e possibilidade de inferência na qualidade da assistência, na condução do gerenciamento da unidade.

Além disto, os trabalhadores colaboradores da EBSEH são geridos pela CLT, e demonstram angústias relacionadas com produtividade e jornada de trabalho pouco flexível. Por outro lado, os entrevistados do SEA apontam um sistema engessado, burocrático, pouco resolutivo, em crise financeira e com déficit de servidores, que não consegue atender adequadamente todos os usuários que procuram o serviço.

Estes resultados acompanham a trajetória histórica dos HU em que se observa problemas de várias ordens, ressaltando-se déficit no quadro de servidores, gestão dos recursos financeiros, que se refletem no acesso universal dos usuários conforme previsto no SUS, além da garantia da assistência, ensino e pesquisa de qualidade e de ponta, conforme disposto inclusive nas legislações que tratam dos HU (CARMO; ANDRADE; MOTA, 2007; BARATA; MENDES; BITTAR, 2010; SODRÉ *et al.*, 2013).

Diante deste contexto, iniciativas governamentais propõem viabilizar inovações no processo de gestão dos hospitais universitários federais com a intenção de favorecer o ganho de eficiência técnica e qualidade e até gerar novas abordagens na gestão do setor público brasileiro (FERREIRA; MENDONÇA, 2009). Entre as medidas de reestruturação e revitalização dos hospitais universitários, encontra-se o Programa de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) e, mais recentemente, a criação da EBSEH, que estabelece diretrizes para modernizar a gestão, reestruturar a força de trabalho, a estrutura física e tecnológica, bem como qualificar a gestão orçamentária e financeira (EBSEH, 2013a).

Os hospitais são considerados parte importante da Rede de Atenção do SUS e constituem-se em locais em que a fragmentação do

cuidado é mais significativamente percebida (ORO; MATOS, 2011). Contudo, amplia-se a busca por alternativas que reduzam a fragmentação do trabalho e que acolham novas formas de se produzir diante das constantes transformações no mundo do trabalho. A perspectiva está em substituir o modelo vigente por práticas de organização do trabalho que sejam inovadoras e participativas (LORENZETTI *et al.*, 2014). Neste aspecto, emergiu, nos resultados deste estudo, a adesão dos HU a um novo modelo de gestão que visa, entre outros aspectos, um atendimento seguindo a organização da Rede de Atenção à Saúde, buscando desta forma, superar/reduzir a fragmentação do cuidado.

A EBSEERH apresenta-se como uma proposta de governar os HU assumindo o compromisso de buscar meios para prestar cuidado de qualidade no âmbito do SUS, atuando de modo a ser referência de gestão para os Hospitais Públicos, valorizando os seus profissionais, construindo coletivamente as diretrizes e metas, agindo com transparência nas ações administrativas, assistenciais e educacionais e fornecendo um cenário de prática adequado ao ensino e pesquisa para docentes e discentes (EBSEERH, 2016a).

Evidenciou-se, nos serviços pesquisados, que a atividade de gerenciamento-liderança-comando do enfermeiro pode interferir positivamente, ou não, no trabalho dos profissionais de enfermagem, incluindo a equipe multiprofissional atuante no serviço. Segundo Bueno e Bernardes (2010), o enfermeiro deve buscar meios que possibilitem melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, de forma a gerar satisfação para a equipe, com alcance dos objetivos da instituição. Resultados deste estudo incluem a atuação do enfermeiro, enquanto articulador, reconhecido em função de seu saber, de sua competência, o que gera credibilidade positiva junto à equipe: o enfermeiro organiza seu trabalho de forma que a equipe de enfermagem corresponda com eficiência e competência no atendimento à população, inclusive com reconhecimento dos demais profissionais da equipe (BUENO; BERNARDES, 2010).

Neste sentido, compete ao enfermeiro, em situação de atendimento de emergência, observações e decisões rápidas e seguras, buscando assumir o comando do cuidado e se responsabilizando em articular a atuação dos diversos profissionais de enfermagem e da equipe multidisciplinar. Nesta perspectiva, torna-se um ponto de apoio, quer na educação, quer na coordenação do serviço, estimulando a equipe para que desenvolva plenamente seu potencial, interferindo diretamente

na qualidade da assistência. O enfermeiro assume, assim, o papel de ser líder, o que implica ainda em ser facilitador e regente da equipe, buscando compreender claramente as competências e habilidades essenciais, e assim distribuir poder no grupo. Inclusive, a liderança vai se constituindo ao longo da trajetória do profissional (GELBCKE *et al.*, 2009). A autonomia das equipes, por sua vez, remete de imediato à “sua responsabilização e à definição de um sistema de prestação de contas pelo trabalho executado, pois liberdade e responsabilidade são duas faces da mesma moeda, tal como a autonomia e responsabilização profissional” (PEDUZZI *et al.*, 2011, p. 640).

No que se refere ao contexto diário de trabalho dos membros participantes deste estudo, pode-se dizer que, diante das adversidades, as tomadas de decisão fazem parte do cotidiano, o que reforça, de certa forma, a afirmação: “todos os trabalhadores de saúde são gestores, já que todos criam normas para conseguir eficácia” (FRANÇA; MUNIZ, 2011, p.210).

Neste sentido, buscam-se renormatizar cotidianamente as ações a serem desenvolvidas, o que implica na possibilidade de mudanças indispensáveis nas práticas de saúde, que, muitas vezes, configuram-se como transformações importantes diante de condições pouco favoráveis de trabalho (FRANÇA; MUNIZ, 2011). Certamente, um dos grandes desafios do gerente está em assumir a gestão existente e fazê-la de forma diferenciada, não caindo na tentação de adotar a “via mais simples, a de gerir de uma forma autoritária, com base no organograma, na prescrição, enquanto que não é a isto que se deve a eficácia de um coletivo” (SCHWARTZ, 2010, p. 163).

Acerca do **ritmo de trabalho** dos profissionais, este foi descrito como estressante, acelerado, desgastante, gerando sobrecarga de trabalho, em função da necessidade de tomada de decisão rápida, com gerenciamento de vários atendimentos ao mesmo tempo, sendo estes aspectos relacionados principalmente ao número reduzido de profissionais por turno de trabalho para atender à demanda espontânea e ou referenciada.

No SEA, ficou evidenciada a alteração do ritmo de trabalho para as categorias profissionais da enfermagem e medicina, que normalmente prestam atendimento a todos os usuários do serviço. Já no CPA, percebeu-se apenas déficit de profissionais da medicina, contudo, como o serviço é regulado, o atendimento se dá de forma diferenciada, não afetando significativamente o ritmo de trabalho.

Os achados da pesquisa vão ao encontro da literatura, em especial em Schwartz (1987), o qual afirma que na execução da atividade, sempre há variabilidade na gestão do trabalho por parte de quem o realiza. A atividade é resultado de muitos compromissos, tais como o ritmo de trabalho, os múltiplos incidentes a resolver, a gestão das obrigações colocadas por regras e valores.

Para o autor, todo trabalho é sempre uso de si, considerando ao mesmo tempo o uso de si por outros e o uso de si por si (SCHWARTZ, 1987 apud MUNIZ; VIDAL; VIEIRA, 2004). Por uso de si entende-se que o trabalho é local de problema, de tensão, espaço possível de contínua negociação. As tarefas cotidianas requerem recursos e capacidades infinitamente mais vastas do que aquelas que são explicitadas. Muniz, Vidal e Vieira (2004) destacam que o uso de si pelo outro é bastante estudado, e que desde o nascimento, em sua formação escolar e em suas experiências de trabalho, os indivíduos delimitam seus campos de possibilidades, espaços e temas das negociações a serem enfrentadas.

Quanto ao **trabalho em equipe**, os profissionais que atuam nos dois serviços pesquisados têm se empenhado para integrar o atendimento aos usuários, buscando, sempre que possível, realizar um cuidado multidisciplinar através de visitas diárias aos usuários, evidenciadas no CPA e, com encaminhamentos e discussão de casos diários entre os profissionais que atuam no SEA. Desta forma, visualizam-se melhorias na organização da assistência, com ações que visam promover e assegurar a integralidade da atenção, estando em convivência para a consolidação do SUS.

Segundo a perspectiva da integralidade da assistência, as práticas dos profissionais de saúde implicam em entender o ser humano em sua multidimensionalidade, considerando suas necessidades, desejos, vontades e capacidade de interferir em seu processo de vida e adoecimento (MATOS; PIRES, 2009). Representa a capacidade de repensar o trabalho em Rede, a assistência à saúde nas diversas esferas de Atenção, integrando os esforços empreendidos em cada nível e ofertando aos usuários assistência contínua. Estes aspectos traduzem as condições que se aproximam do ideal da integralidade da assistência (MATTOS, 2001; BRASIL, 2004).

Nos serviços pesquisados, que possuem equipes numerosas e com representação multiprofissional, as tomadas de decisões nem sempre podem ser consideradas tarefas fáceis e harmônicas, principalmente quando encontram-se atrelada à gestão institucional ou à

dependência de outros serviços, como, por exemplo, o gerenciamento de leitos, a resolutividade diagnóstica, o regime trabalhista e o cumprimento de metas estabelecidas, entre outros, uma vez que nos serviços hospitalares acontece o trabalho da equipe multiprofissional, em espaços nem sempre pacíficos e consensuais. Às vezes, diferentes interesses geram conflitos, resistências e disputas nas relações, mais evidenciadas entre as categorias como a medicina e enfermagem, em função de jornadas ininterruptas de trabalho.

Estes achados reafirmam outros estudos, os quais apontam que o espaço hospitalar tem sido um espaço de disputa dos poderes nas relações entre as profissões e nas relações entre profissionais de saúde (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). No espaço hospitalar as relações entre os trabalhadores sofrem interferências em função de diversos fatores, dentre eles, as relações de trabalho, o modo de organização e as condições estabelecidas para a realização das atividades.

Entre os profissionais com maior tempo de permanência institucional, a medicina e a enfermagem trazem conflitos advindos de raízes culturais e históricas, em função da formação profissional diferenciada e do espaço de autoridade assumido pela medicina na assistência ao doente. Esses conflitos, geralmente, têm relação direta com o processo de trabalho, mesmo que os profissionais considerem-se parceiros em sua efetivação. Deste modo, as diversas profissões se organizam em seus microespaços para prestar assistência de acordo com seus conhecimentos específicos, suas práticas distintas, com as condições existentes para realização do trabalho, e com a defesa que cada um faz de suas posições e profissões (MATOS; PIRES, CAMPOS, 2009). Portanto, as atividades de trabalho exigem que haja, sempre, um debate das normas existentes e a consequente inclusão de novas formas de realizar o trabalho. Assim, “a eficácia não é neutra, mas construída a partir desse debate de normas, dessas escolhas que têm grande consequência na vida no trabalho” (FRANÇA; MUNIZ, 2011, p.210), ou seja, procurar sempre, em um movimento contínuo, a construção de um novo jeito de conviver e trabalhar em grupo deve ser considerado elemento fundamental nos ambientes de trabalho.

Outro aspecto do trabalho em equipe em que se apresentaram diferenças entre os dois serviços investigados diz respeito à passagem de plantão dos profissionais da enfermagem, o qual, no CPA, é realizada de forma fragmentada, por categoria. Neste caso, cabe ao enfermeiro repassar as informações sobre os aspectos específicos para a assistência naquele turno de trabalho à equipe sob sua responsabilidade. Na

realidade do SEA, por sua vez, ocorre a passagem de plantão do enfermeiro para todos os profissionais da categoria de enfermagem que irão iniciar o turno de trabalho. Esta passagem de plantão inclui a participação dos demais profissionais que atuam no serviço, residentes, discentes e docentes, buscando incluir aspectos que visam à integralidade da assistência. Neste aspecto, Schwartz, Duc, Durrive (2007) descrevem que o trabalho foi sempre apreendido com base em mudanças e em um ritmo variável, modifica-se, recria-se nas diversas situações do trabalho, com novas dinâmicas/relações de grupos, em torno de uma atividade específica, ligadas a novas maneiras de trabalhar e de produzir.

O fato de a passagem de plantão apresentar extensão multidisciplinar no SEA demonstra um caminhar em consonância com a RUE, que espera dos serviços de saúde que se organizem a fim de funcionarem de forma harmônica e integrada, superando a lógica hegemônica de fragmentação da organização de serviços de saúde, em conexão com as necessidades da população a ser atendida, segundo a integralidade das práticas em saúde (BRASIL, 2013).

Em relação à **atribuição por categoria profissional**, constatou-se que os profissionais buscam ir além de cumprir o trabalho prescrito, descrito como atribuições específicas das profissões, as normas da instituição, os protocolos de atendimento, entre outros. As atribuições específicas das profissões foram descritas nas entrevistas, com empoderamento de conteúdo.

Neste movimento, a abordagem Ergológica propõe um novo olhar sobre o estudo da situação das relações no mundo do trabalho: “Trata a realidade do mundo do trabalho considerando as normas prescritas, porém, indo além delas. As normas prescritas não antecipam de modo pleno o trabalho. Elas são confrontadas no cotidiano das situações reais de trabalho, renormalizadas pelos sujeitos trabalhadores” (ROSA, 2004 apud FIGARO, 2009, p.7). Para Schwartz (1998), “indivíduos e coletivos se enfrentam e negociam as normas antecedentes para construir o meio como o seu meio e desenvolvem capacidade para aprender o que está mudando nas situações de trabalho e as mudanças que eles próprios podem influenciar” (SCHWARTZ, 1998, apud SCHERER 2006, p.78-9).

Deste modo, no trabalho prescrito devem ser consideradas as ações a serem executadas pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar. Sua

prescrição pode ser verbal ou escrita, ou pode, ainda, ser apenas implícita. O fato de o trabalho real diferir do prescrito constitui um dos elementos essenciais para a compreensão de como o trabalho se desenvolve na realidade (OLIVEIRA, 2011). Assim, as renormatizações acontecem continuamente no contexto das práticas, em função da insuficiência do prescrito para orientar o agir (BERTONCINI; PIRES; SCHERER, 2011). Neste aspecto, os resultados mostraram a busca em cumprir o trabalho prescrito, ou seja, as normas, as portarias, os protocolos de atendimento, a sistematização da assistência, entre outros. No entanto, nem sempre é possível seguir todas as normas vigentes, existindo a necessidade de mudança, que implica, em determinadas situações, principalmente nas assistenciais, uma tomada de decisão rápida. As ações efetivas da equipe multiprofissional diante das diversas situações de trabalho foram visualizadas neste estudo, em que o profissional assume a responsabilidade de dispor do melhor atendimento ao usuário, conforme as disponibilidades de instrumentos, materiais e pessoal para a sua efetivação.

Em relação ao trabalho da enfermagem no atendimento ao usuário, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) aparece como ponto fundamental para a qualidade da assistência, o que foi apontado pelos enfermeiros dos dois serviços. Contudo, nas falas das enfermeiras do SEA estas aparecem mais evidenciadas/consolidadas. Já em relação à equipe do CPA, destaca-se que a implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem Informatizada vem sendo instituída com uso do Aplicativo de Gestão para Hospitais Universitários (AGHU), o que permite que se diga, que estão em processo de incorporação do prescrito.

A SAE “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumentos, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem” como “instrumento metodológico que orienta o cuidado profissional de Enfermagem e a documentação da prática profissional”, dando maior visibilidade para o trabalho da Enfermagem (COFEN-358, 2009). Assim, a SAE deve estar fundamentada em conhecimentos científicos e em estratégias que contribuam para viabilizar a tomada de decisão na escolha das intervenções de cuidado, que colabore no processo de formação profissional e contribua para pensamento crítico da enfermagem. A consolidação da enfermagem com autonomia passa pelo bom emprego da SAE, tomada como base científica que represente impacto social no contexto do cuidado aos usuários dos serviços de saúde (PEREIRA *et al.*, 2016).

Na **divisão do trabalho**, percebe-se que ocorrem atividades específicas de cada categoria profissional, que com seu saber, no uso de sua competência se responsabiliza por uma parte das atividades do trabalho. No caso da equipe de enfermagem, esta é composta de profissionais com diferentes níveis de formação e com competências diferenciadas para enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A Lei do Exercício Profissional legitima a divisão do trabalho entre as categorias, considerando a formação e o quadro de pessoal disponível. Segundo esta Lei, compete ao enfermeiro realizar os cuidados de maior complexidade e coordenar, planejar e avaliar os cuidados prestados pela equipe de enfermagem. Esse modo de organização do trabalho gera fragmentação da assistência afastando-se dos indicativos de cuidados integrais e integralidade da assistência (PIRES, 1999; 2008). Torna-se essencial aprofundar o significado do trabalho de enfermagem enquanto prática coletiva e complementar entre os diversos trabalhadores da área de modo a minimizar a fragmentação da assistência.

Contribuindo para aumentar essa fragmentação da assistência, nos dois serviços pesquisados os técnicos de enfermagem organizam a jornada de trabalho diurna seguindo o modelo de cuidados integrais, e no período noturno, pelo modelo de cuidados funcionais. Estes modos de realizar as atividades do trabalho vão ao encontro da realidade nacional, já que cuidados integrais e funcionais são apontados como os dois principais modelos de organização dos cuidados entre os integrantes da equipe de enfermagem.

O modelo de cuidados funcionais fundamenta-se na divisão do trabalho por tarefas, com ênfase na técnica, no procedimento, importando-se com a quantidade de atividades, eximindo o trabalhador de prestar todos os cuidados ao doente. Por outro lado, o doente tem dificuldade de saber a quem se dirigir especificamente para solicitar ajuda (PIRES, 2008). O modelo de cuidados integrais tem sido defendido como uma alternativa para superar a fragmentação da assistência, bem como suas consequências negativas, tanto para os trabalhadores como para os pacientes. Essa modalidade significa a prestação de todos os cuidados a um ou mais pacientes por uma única pessoa durante um turno de trabalho (PIRES, 2008; ORO; MATOS, 2013).

Nas instituições hospitalares a lógica de fragmentação do cuidado está presente na organização do trabalho da enfermagem, independentemente do turno de trabalho e do modelo de cuidados adotados. Mesmo nos períodos em que se divide o trabalho segundo o

modelo de cuidados integrais, em muitos momentos promovem o parcelamento das atividades assistenciais (ORO; MATOS, 2013).

Na realidade brasileira, no entanto, a modalidade de cuidados funcionais ainda é realizada na maioria dos serviços de Enfermagem no período noturno, seja em função do número insuficiente de profissionais, da composição da categoria - que conta com trabalhadores de nível de formação e atribuições diferenciadas em função da formação -, de decisão política ou de alienação (ORO, 2011). No entanto, existe a possibilidade de efetuar mudanças na realidade, com a construção de modos mais integradores de cuidar em enfermagem, o que implica em repensar a organização do trabalho e os modelos de cuidados, que podem influenciar diretamente os resultados e a qualidade da assistência (ORO; MATOS, 2013).

Repensando a assistência prestada, percebe-se a necessidade de traçar uma prática profissional participativa, com trabalho criativo e emancipatório, baseada em princípios éticos e a partir da identificação das necessidades das pessoas que precisam de cuidados, o que realmente pode produzir uma melhoria na qualidade da assistência prestada e o conseqüente reconhecimento, por parte da sociedade, do valor do cuidado humano (PIRES; GELBCKE; MATOS, 2004).

Já em relação à organização do trabalho dos médicos, nas duas instituições estudadas identificou-se que a divisão do trabalho ocorre apenas entre os profissionais de plantão. O médico plantonista assume também a liderança na relação de aprendizagem com os residentes e graduandos da medicina. Desta forma, o responsável pelo turno de trabalho assume o papel de comando geral, delegando funções conforme o grau de formação/conhecimento dos residentes e estudantes de medicina sob sua responsabilidade.

Os HU são organizações complexas, sendo que no âmbito da formação em saúde encontram-se expectativas da instituição na formação, dos formadores e dos que estão no processo de formação (FEUERWERKER; CECÍLIO, 2007). Nos hospitais, evidenciam-se as características de fragmentação na área de formação e assistência entre as várias categorias profissionais, que se organizam seguindo suas próprias lógicas. De certa forma, a medicina ainda detém “autonomia profissional e social e o desenvolvimento de um corpo sistemático de conhecimentos científicos para o controle dos saberes dos pacientes e de outros profissionais não médicos”. A formação nas residências médicas se dá pela inserção dos médicos, nas unidades assistenciais, realizando o acompanhamento diário de um grupo de doentes com a supervisão e

orientação dos médicos *staff*. As decisões geralmente são de exclusividade da categoria, que nem sempre se preocupa com o cuidado multidisciplinar e a inclusão do paciente em seu próprio processo de cuidado (CECÍLIO; MENDES, 2004, p. 51).

Por outro lado, a residência multiprofissional em saúde apresenta bases para uma nova conduta e uma nova visão profissional, mais humanizada, centrada no usuário, com integralidade da atenção e com postura crítica e reflexiva. Oferece grandes potencialidades para romper paradigmas e para construir um novo modelo de cuidado para a população, a partir da formação dos profissionais, estando em consonância para a consolidação do SUS (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2006).

Percebe-se no percurso da constituição e implementação do SUS ênfase nas interfaces e singularidades entre trabalho, educação e saúde, e têm se estabelecido novas estratégias formativas para alinhamento a essas propostas, com necessidade de readequação da formação profissional para atuação nas instituições de saúde (AMÂNCIO FILHO, 2004). Nessa perspectiva, existe a necessidade de investir na integração entre educação e saúde para a transformação das práticas, mediante ações coletivas que superem e criem oportunidades para a melhoria da assistência e para a qualificação do ensino no campo da saúde (SILVA *et al.*, 2009).

No contexto desta pesquisa, percebe-se que o profissional-servidor atua como corresponsável na formação dos futuros profissionais. Certamente os HU são responsáveis por grande parte da formação acadêmica, pela produção e detenção de conhecimento no campo da saúde e os hospitais de ensino, de atenção especializada, são excelentes espaços para a formação de residências, pós-graduação e a realização de pesquisa de ponta.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As duas instituições pesquisadas vivem um período de mudanças na gestão com a adesão à EBSEH: na realidade HU/UFSC ainda em processo recente de implantação; e no HUB, em um estágio de maior consolidação.

Este processo visa expansão no campo do ensino, da assistência e da pesquisa, buscando uma gestão com padronização de metas qualitativas e quantitativas. Tal perspectiva de gestão também é inovadora, portanto, com graus de dificuldade em sua implantação.

Portanto, este é o momento de discutir a organização do trabalho dos HU, principalmente porque estão se vivenciando as mudanças internas, com definição de novos modelos de estrutura organizacional, em que se busca uma maior linearidade com plano de reestruturação e implantação de inovações nas questões voltadas ao ensino, à pesquisa e à assistência, em um movimento que visa garantir a integralidade na assistência.

Os HU, como sendo parte integrante do SUS, buscam meios de atender as suas determinações. No entanto, serviços de emergências, inseridos na RUE, têm dificuldade em seguir todas as determinações previstas na legislação, referentes ao modelo assistencial. As dificuldades perpassam principalmente pela deficiência de equipe multiprofissional compatível com a abrangência da porta de entrada hospitalar de urgência e a baixa efetividade nos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários aos serviços da Rede, fornecendo relatório adequado, de forma a garantir a continuidade do cuidado pela equipe da atenção básica ou de referência. No entanto, percebem-se ganhos nas relações multiprofissionais, nas práticas de ensino e no atendimento ao usuário dos serviços, que se dão de forma mais horizontalizadas, com um olhar mais aproximado dos princípios preconizados pelo SUS.

Evidenciou-se, neste estudo, um ritmo intenso de trabalho dos profissionais que atuam nos serviços de emergência, que certamente se intensifica entre os trabalhadores de enfermagem e médicos, que possuem a responsabilidade do atendimento a todos os usuários. Além disso, estes profissionais, possuem a responsabilidade de auxiliar na formação acadêmica e no gerenciamento da assistência.

Situações do trabalho diário podem interferir significativamente no seu contexto de organização, dentre elas, déficit no quadro de trabalhadores, espaço físico inadequado e demanda de atendimento como porta aberta. Considerando que este ritmo é intenso, o que é referendado por outros estudos, há necessidade de um olhar específico da gestão para os serviços de urgência e emergência.

Ao discorrer sobre o trabalho real das equipes multiprofissionais das instituições pesquisadas, constata-se que as ações apresentam aspectos que vêm se aproximando progressivamente da integralidade da assistência. A busca da integralidade passa pela possibilidade de incorporar novas formas de organização do trabalho, que possibilitem uma visão do usuário como sendo um ser único, social, com múltiplos aspectos, implicando em um trabalho multidisciplinar e que vá ao encontro do prescrito nos princípios do SUS e na própria

reorganização por Linhas de Cuidado, embora se saiba que ainda é um desafio a consolidação deste novo modelo de organização da instituição hospitalar. Neste aspecto, as mudanças do trabalho, habitualmente, são construídas de forma lenta e gradativa e compete aos governantes, aos profissionais e aos usuários, a definição do caminho em que se quer prosseguir.

O momento atual pode ser um excelente período para que se discuta a organização do trabalho multidisciplinar, a fim de que ele seja efetivamente, ou consolidado, nos setores da emergência, uma vez que as instituições estão em fase de mudança de gestão. As Portarias da RUE apontam para a necessidade de se constituírem equipes multidisciplinares com a finalidade de realizar práticas clínicas cuidadoras baseada na gestão de Linhas de Cuidado e, na realidade desta pesquisa, as equipes apresentam diferenças em sua composição. As Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências não definem especificamente a composição da equipe multiprofissional, deixando ao hospital a responsabilidade de efetuar a composição do quadro profissional que será responsável pelo cuidado do paciente.

Para finalizar, muito ainda há que se discutir para se garantir a reestruturação dos Hospitais Universitários e o atendimento dos Serviços de Urgência e Emergência como uma das portas efetivas de inserção dos usuários na Rede de Atenção à Saúde. Este estudo apresenta resultados com desafios para os serviços em termos de estrutura, organização do trabalho e gestão de pessoas. Mas, como todo caminho se faz ao caminhar, os primeiros passos estão sendo dados e compete aos gestores, trabalhadores e usuários, enquanto atores sociais importantes, a definição dos rumos que se quer tomar.

REFERÊNCIAS

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.

Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019>. Acesso em : 06 nov. 2016.

ATLAS.TI. **Atlas.ti Qualitative Data Analysis**. Version 7.5.10. Atlas.ti Scientific Software Development GmbH, Berlin, 2015.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais

de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde**, v. 12, n. 46, p.7-14, 2010. Disponível em: <sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2016.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-173, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/08.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br/bvs/171ontexto171171s/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 3. Brasília, p. 268, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizasus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html> acesso em: 21 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 84 p. disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/172ontexto172172s/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 45-53, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>. Acesso em: 25 out. 2016.

CARMO, M.; ANDRADE, E, L, G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **REME Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 4, p. 387-94, 2007. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>. Acesso em: 04 set. 2016.

CARVALHO, B. G. *et al.* Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. . **Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci...11692012000100004>. Acesso em: 05 nov. 2016.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saúde soc.** [online], v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Dispões sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 26 out. 2016.

HUB/UnB. Hospital Universitário de Brasília. **Dimensionamento de serviços assistenciais**. Brasília, 2013. Disponível em: <www.ebserh.gov.br/documents/...hub.../ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>. Acesso em: 25 set. 2016.

_____. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: **diretrizes técnicas**. Ministro de Estado da Educação. Versão 1.0ª 2013a.

EBSEH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Apresentação**. 2016a. Disponível em: <www.ebserh.gov.br/>. Acesso em: 26 out. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 965-71, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018>. Acesso em: 05 nov. 2016.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial rece. **Rev adm. Saúde**, v. 11, n. 44, p. 113-26, 2009. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=211&p_nanexo=113>. Acesso em: 09 set. 2016.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 965-71, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018>. Acesso em: 24 nov. 2016.

FIGARO, R. Estudo de Recepção e Ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação **E-compós**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 1-11, 2009. Disponível em: <www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/443/392>. Acesso em: 06 nov. 2016.

FRANÇA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. educ. saúde** (Online).

Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 201-221, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: 2.nd. Sage, 2014.

GELBCKE, F. L. *et al.* Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Bravereira. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n. 1, p.136-9, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GRESWELL, J.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª. ed. Porto Alegre: Artemed, 2007.

HU/UFSC – Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pelo lado do HU. **Plano de Reestruturação do HU/UFSC 2010-2014** e sua atualização em 2012.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. Portal EBS–RH/HUB-UnB - Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília/Sobre/Institucional/Organograma/ **Organograma**. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/organograma>>. Acesso em: 25 set. 2016.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília**. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio Libanês de Ensino e Pesquisa. – São Paulo, 2013-2014. 217 p.

HUB/UnB. Hospital Universitário de Brasília/ Universidade de Brasília **Gestão**. Conselho de Saúde aprova contrato entre HUB e SES-DF. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb>>. Acesso em: 22 out. 2016.

LIMA NETO, A. V. *et al.* Classificação de risco em emergência hospitalar: relações entre a prática, o profissional e o usuário. **Rev.**

Interd. v. 9, n. 2, p. 1-12, 2016. Disponível em: <revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/893>. Acesso em: 21 set. 2016.

LORENZETTI, J. *et al.* Work organization in hospital nursing: literature review approach. **Texto contexto - enferm.** [online] v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

MARTINS, N. R. A. V. **Desafios para gestão em uma Unidade de Urgência e Emergência.** Trabalho apresentado a disciplina de estágio supervisionado em saúde coletiva 2. Brasília, 2016.

MARX, K. **O Capital.** Processo de Trabalho e Processo de Produção de Mais Valia. 8. ed. v. 1, São Paulo: Difel, p. 201-223, 1982.

_____. **O Capital:** crítica a economia política. Tradução: Reginaldo Sant'ana. 4ª. ed. v. 1, São Paulo: Difel, 1989.

MATOS, E.; PIRES, D. E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v15n3/v15n3a17. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-46, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D. E.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. Enferm**, v. 62, n. 6, p.863-69, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado**

à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ImS/Abrasco; 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MUNIZ, H; VIDAL, M. C.; VIERA, S. **Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar**. In: FIGUEIREDO, M. *et al* (Orgs). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: DP&A, p. 322-344, 2004.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 435-39, 2006. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/443>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

O'DWYER, G. O; OLIVEIRA, S. P; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualisUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 14, n. 5, p. 1881-90. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200900050003>. Acesso em: 26 out. 2016.

OLIVEIRA, P. A. B. **Trabalho prescrito e trabalho real**. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2ª ed. Porto Alegre RS: Zouk, p. 461-465, 2011.

ORO, J. **O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar**. 2011. 163p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/enfermagem/wp-content/uploads/sites/10/2014/10/2011-JULIETA-ORO.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

ORO, J.; MATOS, E. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 137-140, 2011. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/113/95>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Possibilities and limits of organization of nursing work in the comprehensive care model in a hospital 177ontextotion. **Texto & context enferm.** v. 22, n. 2, p. 500-8, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072013000200028&scrvert=sci_arttext&tlng=en>. Acesso em: 24 out. 2016.

PEDUZZI, M *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

PEREIRA, M. G. *et al.* Liga acadêmica de sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 85-96, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/issue/view/8>>. Acesso em: 26 out. 2016.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 2008.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, D.; GELBCKE, F.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p.311-325, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/06.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de esquisa em enfermagem** - avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família:** possibilidades de construção da interdisciplinaridade. 2006, 232 f. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

_____. Projeto de pesquisa Problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudos Brasil, França e Argélia, submetido ao edital **Universal 14/2013 do CNPq**. Brasília, 2013.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009. Disponível em: <sites.univ-provence.fr/ergolog/Bibliotheque/Schwartz/Magda_Pires_YS_2009.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SCHWARTZ, Y. Dialogue 1 – Trajectoires et usages de soi. In: _____; DURRIVE, L. (Orgs.). **L'Activité en Dialogues:** entretiens sur l'activité humaine (II). Toulouse: Octarès, p. 9-33, 2009.

SCHWARTZ, Y. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: _____. DURRIVE, L. (Orgs.). **Trabalho e ergologia:** conversas sobre atividade humana. 2ª ed. Niterói: Eduff, 2010. p. 149-164.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho se modifica. In: _____. DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. (orgs.). **Trabalho & ergologia:** conversas sobre atividade humana. Niterói, 2007. p. 23-47.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-80, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

SILVA, K. L. *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Educação em enfermagem e os desafios parver promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000100013&script=sci...tlng.... Acesso em: 06 nov. 2016.

SORATTO, J. Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da estratégia saúde da família. 2016. 242 f. Tese (doutorado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://ppgenf.posgrad.ufsc.br/>>. Acesso em: 25 set. 2016.

UnB - Universidade de Brasília. Disponível em: <<http://www.unb.br/noticias/unbagencia/unbagencia.php?id=6599>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

5.3 MANUSCRITO III - ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS

ORGANIZAÇÃO E CONDIÇÕES DE TRABALHO DA ENFERMAGEM EM UNIDADES DE INTERNAÇÃO DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS¹⁰

NURSING WORK ORGANIZATION AND CONDITIONS IN FEDERAL UNIVERSITY HOSPITAL ADMISSION UNITS

ORGANIZACIÓN Y CONDICIONES DE TRABAJO DE ENFERMERÍA EN UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN DE HOSPITALES UNIVERSITARIOS FEDERALES

Julieta Oro ¹¹

Francine Lima Gelbcke ¹²

RESUMO: Estudo com objetivo de identificar semelhanças e diferenças encontradas nas condições e na organização do trabalho, entre o prescrito e o real, a partir do ponto de vista dos profissionais de enfermagem em Unidades de Internação de hospitais universitários federais. Pesquisa de natureza qualitativa com delineamento

¹⁰ Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “ ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS FEDERAIS: contextos e desafios”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2017.

¹¹ Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e membro do Grupo de Pesquisa PRAXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Gestão do Cuidado em Enfermagem da UFSC. Enfermeira do Hospital Universitário da UFSC. Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: julieta.oro@ufsc.br.

¹² Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação Gestão do Cuidado em Enfermagem – modalidade profissional - Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa PRÁXIS (Grupo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem). Florianópolis (SC), Brasil. E-mail: francine.lima@ufsc.br.

exploratório-descritivo e transversal. A coleta de dados se deu a partir de: observação flutuante do serviço, contemplando todos os turnos de trabalho; entrevista com gestores e profissionais da enfermagem; e, acompanhamento de um turno de trabalho do enfermeiro e do técnico de enfermagem. Os dados foram organizados com auxílio do software Atlas.ti, tendo sido utilizada a Análise de Conteúdo Temática, sustentada pelo referencial teórico do Processo de Trabalho em Saúde e da abordagem Ergológica. Os resultados evidenciaram duas categorias: Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real; e Condições do Trabalho: desafios para o trabalho de enfermagem. Apesar de um caminhar voltado para o cuidado horizontalizado e mais integral, viu-se que persiste a fragmentação do cuidado na enfermagem. Em um contexto de predomínio da organização científica do trabalho, os trabalhadores possuem condições de trabalho pouco favoráveis para realizar suas atividades cotidianas. Evidenciaram-se constantes debates entre o trabalho prescrito e o real, estabelecendo-se movimentos de renormalizações, redefinindo a organização do trabalho, uma vez que, no conjunto das atividades a serem efetivadas, nem tudo é antecipável. Há que se repensar o trabalho, pois as práticas podem ser modificadas a partir dos trabalhadores de enfermagem, que para tanto, necessitam buscar novos conhecimentos que fundamentem a reorganização do trabalho.

Descritor: Hospitais Universitários. Hospitais Públicos. Organização e administração. Trabalho. Enfermagem.

ABSTRACT: A study aimed at indicating the similarities and differences in work organization and conditions, comparing the recommended and actual conditions from the standpoint of nursing professionals working in federal university hospital admission units. A descriptive exploratory qualitative cross-sectional approach was used. Data were collected from the fluctuating observation of the department in all work shifts, interviews with managers and nursing staff and the monitoring of a nurse and nursing technician shift. The data were based on the Thematic Content Analysis method and guided by the theory of Work Process in Healthcare's approach to Ergology, and organized using the Atlas.ti software. The results showed two categories: Work Organization: differences between the recommended and the actual work and Work Conditions: challenges to the nurse's work. Despite tending to more horizontal and integral care, nursing care is still fragmented. In a context of predominantly scientific work organization,

workers have few favorable conditions to perform their daily activities. Constant discussions of the recommended and actual work standards led to new standards that redefine work organization, since not all activities that will be performed are foreseeable. Work has to be rethought: practices can be changed based on nursing staff work. It is crucial to seek new knowledge on which to base work reorganization.

Descriptors: University Hospitals. Public Hospitals. Organization and administration. Work. Nursing.

RESUMEN: Estudio con el objetivo de identificar similitud y diferencias encontradas para las condiciones y organización de trabajo, basado en el prescrito y el real, desde el punto de vista de profesionales de enfermería en unidades de hospitalización de hospitales universitarios federales. Investigación cualitativa con delineamiento exploratorio-descriptivo y transversal. Los datos fueron cosechados a través de la observación del servicio en todos los turnos de trabajo; entrevista con gestores y profesionales de enfermería; y seguimiento de un turno de trabajo del enfermero y del técnico en enfermería. Los datos fueron organizados usando el software Atlas.ti, la Análisis de Contenido Temática, basada en el referencial teórico del Proceso de Trabajo y Abordaje Ergológica. Los resultados evidenciarán dos categorías: Organización del Trabajo: entre el prescrito y el real y Condiciones de Trabajo: desafíos para el trabajo de enfermería. A pesar del caminar para el cuidado horizontalizado y más integral, la fragmentación del cuidado en enfermería persiste. En el contexto de predominio de la organización científica del trabajo, los trabajadores poseen condiciones poco favorables para realizar sus actividades cotidianas. Hay constantes debates entre el trabajo prescrito y el real, e surgen movimientos de re-normalización que redefinen la organización del trabajo, pues ni todo es previsible en el conjunto de actividades a realizar. Hay que repensar el trabajo, pues las prácticas pueden ser modificadas a partir de los trabajadores en enfermería. Para eso, es necesario buscar nuevos conocimientos para fundamentar la reorganización del trabajo.

Descriptor: Hospitales Universitarios. Hospitales Públicos. Organización y administración. Trabajo. Enfermería.

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Não há meio de pensar a evolução histórica da humanidade sem pensar o trabalho (SCHWARTZ, 2011). Por muitas décadas, a organização do trabalho estabelecida por Taylor, Fayol e Weber foi dominante nos processos de produção de bens e serviços na sociedade. Em meados do século passado, estas concepções passaram a ser questionadas, procurando-se alternativas que acolham novas formas de se produzir diante das constantes transformações no mundo do trabalho. Esse processo torna-se ainda mais evidente nas últimas décadas, na expectativa de superar a fragmentação do trabalho e construir práticas organizacionais que sejam participativas e inovadoras (LORENZETTI *et al.*, 2014).

No Brasil, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) “aposta na indissociabilidade entre os modos de produzir saúde e os modos de gerir os processos de trabalho” (BRASIL, 2009, p. 4). As formas de organização do trabalho em saúde dependem de múltiplos aspectos, dentre eles, compreender o processo de trabalho inerente à profissão, enquanto elemento integrante da equipe multiprofissional da saúde, tanto no que diz respeito à organização do trabalho, quanto em relação ao seu objetivo de trabalho, fazendo a inter-relação entre os diversos saberes e fazeres.

Na maioria das vezes, o trabalho em saúde acontece de maneira multiprofissional, mas por ações fragmentadas, em que cada profissão se responsabiliza por uma parte da atividade (PIRES, 2008). A especificidade do saber, com uso do domínio de competências em cada categoria profissional, delimita as fronteiras na equipe multiprofissional. Na divisão do trabalho, segundo Schwartz (2011), os atores sempre buscam de alguma forma interferir no processo de trabalho e essas ‘transgressões’ acabam por desestabilizá-lo. Sendo assim, toda divisão do trabalho tem sempre um resultado mais ou menos instável, provisório e conflituoso.

Desde que os seres humanos vivem em comunidades, existe a divisão do trabalho, visto que ninguém está apto a fazer tudo. Em uma divisão social do trabalho, aqui entendida como “um objetivo de produção de um grupo humano, presidido por uma repartição estabilizada de postos ou empregos a serem ocupados”, pressupõe-se “haver consenso sobre o uso mais racional de nossas potencialidades produtivas, consenso que jamais foi e não pode ser obtido, ao menos em nossas sociedades históricas”. Teorizar sobre a divisão do trabalho

pensado em gênero, lugares, *status*, categoria socioprofissional nunca corresponde à totalidade da realidade das atividades e das relações ligadas aos lugares de trabalho, pois existe sempre uma parte invisível no pensar do ator envolvido neste mundo do trabalho, dos próprios projetos a serem construído, do seu modo de fazer o trabalho (SCHWARTZ, 2011, p. 29).

Toda atividade de trabalho sempre apresenta em algum grau descritível, seja pelo seguimento de um protocolo experimental ou apenas pela experiência-encontro. Não se pode jamais eliminar os minúsculos atos ou debates entres normas antecedentes e renormalizações, ou seja, entre reprodução dos traçados anteriores e reinvenção reconfigurante dos atores explicitamente inseridos na função do transmitir profissional (SCHWARTZ, 2005). Transmitir descrito no sentido de agir, de movimento e não apenas de reproduzir, ou dito de outra forma, o transmitir nunca pode ser considerado neutro, pois no cotidiano se vai criando, renormalizando.

Nas atividades de trabalho sempre existe uma parte antecipável, uma vez que nas situações de trabalho encontra-se a aplicabilidade de normas, porém existe uma parte que não é possível antecipar. No *uso de si por si* e no *uso de si pelos outros* há uma relação dialética que faz parte da natureza humana, da maneira de ser, das relações de poder que se mantém todo o tempo, em constante disputa. O uso de si incorpora uma história em patrimônio da humanidade, de um contexto mais macro em direção a um micro-espço na sociedade, descrevendo um movimento que lhe é próprio. Leva a pensar os indivíduos como únicos, que trazem uma história, de conhecimentos exclusivos que refletem e interferem na realização de suas atividades de trabalho; mesmo que existam normas precisas, estas sempre serão insuficientes, pelo fato inevitável que nem tudo é antecipável (SCHWARTZ, 2000). Essa dimensão invisível do trabalho resulta em ‘renormalizações’, mesmo que mínimas (SCHWARTZ, 2014).

As ‘normatizações’ são realizadas a partir de valores e significa gerir o trabalho, criar novas regras em determinada situação (SCHWARTZ, 2004). Logo, o trabalho prescrito vem normatizar o processo de renormalização. As normas fazem parte da natureza humana - já que não existe nenhuma pessoa que viva sem normas -, e elas estão em acordo com o meio e são mutantes de acordo com o contexto histórico.

Pode-se dizer que o trabalho “é sempre (mais ou menos) combinação de trama e cadeia, debate entre normas antecedentes, mais

ou menos visíveis, acumuladas, passíveis de ensinar, prescritíveis, codificáveis e de renormalizações, sempre mais ou menos ressingularizantes” (SCHWARTZ, 2011, p. 39).

Ao abordar o conceito de trabalho através do conceito de 'atividade industriosa', Schwartz (2006, p. 459) diz que “qualquer atividade industriosa envolve sempre algo como um 'debate de normas’”. Por meio dessa noção, pode-se notar uma “ampliação da diferença entre o 'trabalho prescrito' e o 'trabalho real', considerando a formulação dos ergonômistas” (SCHWARTZ, 2006, p. 459).

Quando refletimos acerca do trabalho, em especial do setor serviços, constatamos que estes são normatizados, que têm antecedentes (SCHWARTZ, 2006). No trabalho prescrito estão as ações a serem executadas pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas, ao tempo concedido para cada operação, aos modos necessários e às regras a se respeitar (OLIVEIRA, 2011). Na realização do trabalho, percebe-se que a prescrição não contém apenas o oficial, mas também o conteúdo extraoficial, a maneira de se organizar para fazer, ou não, o que está prescrito. Neste movimento, o trabalho real pode ser compreendido como a “atividade realizada e também àquilo que é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento, por meio do debate de normas sempre presente” (SCHERER; PIRES; SCHWARTZ, 2009, p. 722).

Fundamentada nestas perspectivas de trabalho, a pesquisa busca responder a seguinte questão: Quais são as semelhanças e diferenças encontradas nas condições e na organização do trabalho prescrito e do real a partir do ponto de vista dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de internação em hospitais universitários federais?

As atividades de trabalho das instituições hospitalares sempre se dão de forma coletiva, ou seja, parte do trabalho individual depende do coletivo, dos demais trabalhadores de enfermagem, das relações de trabalho, visando dar conta do trabalho finalizado. A partir deste olhar, o estudo tem por objetivo identificar semelhanças e diferenças encontradas nas condições e na organização do trabalho, entre o prescrito e o real, a partir do ponto de vista dos profissionais de enfermagem em unidades de internação de dois hospitais universitários federais.

PERCURSO METODOLÓGICO

Estudo de abordagem qualitativa, com delineamento exploratório-descritivo e transversal, que possibilita desvendar as dimensões, as variações e a importância dos fenômenos de uma realidade investigada (POLIT; BECK, 2011).

Os estudos transversais no cenário do trabalho podem ser encontrados nas pesquisas com abordagem ergológica, haja vista que pesquisas com este enfoque analisam situações reais de trabalho, ou seja, a ação em si, suas diferentes possibilidades, influenciadas pelo contexto macropolítico e institucional e, também, pelas características dos sujeitos envolvidos no trabalho, incluindo suas escolhas. Neste aspecto, pode-se dizer que as atividades são influenciadas pelo domínio das normas antecedentes e pelo que a situação de trabalho exige, pela subjetividade dos trabalhadores, seus valores e concepções de mundo, que se expressam, no pensar de Schwartz (2004), nas dramáticas do *uso de si por si e pelos outros*, resultando em diferenças entre o trabalho real e o trabalho prescrito.

Este estudo fez uso de dados da macropesquisa intitulada “Problemas e desafios no trabalho contemporâneo de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudo comparado Brasil, França e Argélia”, aprovada pelo CNPq, Edital Universal 14/2013 (SCHERER, 2013). A escolha de serviços e hospitais exclusivamente brasileiros se deveu ao fato de os componentes da macropesquisa estarem vinculados aos mesmos. Todas as etapas de coleta de dados ocorreram após o projeto de pesquisa ser aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS) e de ter autorização das instituições para a sua realização.

Seguindo a macropesquisa, os locais específicos disponibilizados pelas instituições para este estudo foram: uma Unidade de Internação de Clínica Médica (UICM) do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago, da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), e Unidades de Internação de Clínica Cirúrgica (UICC) do Hospital Universitário de Brasília (HUB), vinculado à Universidade de Brasília (UnB).

A UICM está situada no terceiro andar da instituição, e conta com um total de vinte e cinco (25) leitos, sendo que destes, nove (9) são específicos da hematologia, e os demais (16) são ocupados de acordo com a demanda, pelas diversas especialidades, tais como: endocrinologia, pneumologia, neurologia, clínica médica, cardiologia,

gastroenterologia, nefrologia, entre outros. Constituem a equipe multiprofissional: nutricionista; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; médico especialista; e, equipe de enfermagem. Compõem a equipe de enfermagem: uma enfermeira, chefe da unidade (responde pela gestão estrutural, de materiais e de equipamentos necessários para o funcionamento da unidade); oito (8) enfermeiros; vinte e três (23) técnicos de enfermagem; um (1) auxiliar de enfermagem; um (1) auxiliar de saúde; um (1) escriturário; e, dois (2) bolsistas.

A UICC é subdividida em duas unidades, localizadas no segundo andar da instituição, com vinte (20) leitos, e no terceiro andar, com dezenove (19) leitos, totalizando trinta e nove (39) leitos, e atende às especialidades: cirurgia geral, otorrino, ortopedia, neurocirurgia, plástica, urologia, mastologia, cabeça e pescoço, entre outras, conforme a demanda. A equipe multiprofissional é formada por: nutricionista; fisioterapeuta; psicólogo; assistente social; médico especialista; e, equipe de enfermagem. A chefia geral da unidade cabe à medicina especialista em cirurgia geral, a qual não responde pelas demais especialidades, tais como otorrino, ortopedia, neurocirurgia, entre outras. A enfermeira responde pela chefia da UICC no que se refere à coordenação da equipe de enfermagem, gestão estrutural, de materiais e equipamentos necessários para o funcionamento da unidade. A equipe de enfermagem é composta por dezoito (18) enfermeiros; trinta e sete (37) técnicos de enfermagem e dezesseis (16) auxiliares de enfermagem, distribuídos nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno).

Quanto à formação/ensino, as unidades (UICM e UICC) recebem acadêmicos para estágios dos cursos da área da saúde, residências multiprofissionais e medicina, e atuam como espaços de campo de pesquisa.

A coleta dos dados ocorreu entre janeiro de 2015 e dezembro de 2016, com auxílio da equipe de pesquisadores que participam do Estudo Multicêntrico. As autoras deste manuscrito participaram da coleta de dados, sobretudo da unidade HU/UFSC. Entretanto, a autora principal permaneceu por uma semana no HUB/UnB, tanto para auxiliar na coleta de dados, quanto para conhecer a realidade da instituição e se apropriar dos fatos, a fim de desenvolver esta pesquisa.

A coleta dos dados seguiu as seguintes etapas: 1ª) observação flutuante, com intenção de registrar amplamente todos os aspectos do trabalho; 2ª) entrevista individual, semiestruturada, com os gestores de enfermagem dos serviços e com técnico de enfermagem e enfermeiro; 3ª) observação de um turno de trabalho dos profissionais (enfermeiros e

técnicos de enfermagem) nas instituições, registrando os aspectos de seu trabalho e das tarefas executadas.

Os critérios de inclusão ficaram assim definidos: a observação flutuante deveria ocorrer em todos os turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno), totalizando, no mínimo, vinte horas em cada serviço; entrevistas com um representante de cada categoria profissional: gestor de enfermagem, enfermeiro e técnico de enfermagem, abrangendo os três turnos de trabalho (matutino, vespertino, noturno); entrevistas intencionais, observando a disponibilidade do profissional em concedê-la no momento em que o pesquisador estivesse presente ao serviço; observação contínua em um turno de trabalho dos enfermeiros e dos técnicos de enfermagem.

Como critérios de exclusão da pesquisa foram considerados: os profissionais que não atuavam exclusivamente nos serviços estudados; os profissionais que no período da pesquisa não estavam na escala de trabalho dos referidos serviços por se encontrarem de férias ou afastados do trabalho por quaisquer outros motivos.

Quanto às etapas de coleta de dados: a observação flutuante foi realizada nas unidades (UICM e UICC), nos períodos: matutino, vespertino e noturno, somando um total de cinquenta e cinco horas e oito minutos (55h08min), com uso de roteiro pré-determinado, fazendo-se um registro amplo de todos os aspectos do trabalho. O número de horas observadas por turnos, nas respectivas instituições, é apresentado no Quadro 1.

Quadro 1 - Número de horas de observação das UICM-HU/UFSC e UICC-HUB/UnB. Brasil, 2017.

UICM - HU/UFSC		UICC - HUB/UnB	
Turno	Horas /min	Turno	Horas /min
Matutino	13:00	Matutino	7:12
Vespertino	04:00	Vespertino	20:11
Noturno	07:45	Noturno	03:00
Total	24:45	Total	30:23

Fonte: Dados adaptados do macroprojeto de pesquisa, coletados em 2016.

Na etapa subsequente, foram realizadas as entrevistas com os enfermeiros gestores dos serviços e demais profissionais de enfermagem que realizam as suas atividades nos serviços UICM-HU/UFSC e UICC-HUB/UnB, em um total de vinte e cinco (25) entrevistas.

O número de entrevistas realizadas e as categorias profissionais entrevistadas por instituição podem ser visualizados no Quadro 2.

Quadro 2 - Número de entrevistas dos UICM-HU/UFSC e UICC-HUB/UnB. Brasil, 2017.

Categoria profissional	UICM - HU/UFSC	UICC - HUB/UnB
	Nº total Entrevistas	Nº total Entrevistas
Chefia do setor	01	01
Enfermeiro	05	04
Téc. Enfermagem	05	09
Total	11	14

Fonte: Dados adaptado do macroprojeto de pesquisa, coletados em 2016.

As entrevistas por categoria profissional (enfermeiros e técnicos de enfermagem) seguiram os critérios de inclusão metodológica e foram realizadas em todos os turnos de trabalho.

Após cumprir as etapas descritas, realizou-se o acompanhamento de um turno de trabalho dos profissionais (enfermeiro e técnico de enfermagem) na UICM-HU/UFSC e do enfermeiro na UICC-HUB/UnB, registrando-se os aspectos do trabalho e as tarefas executadas pelos profissionais.

Considerando-se que os dados foram coletados por equipes diferenciadas nas duas instituições, a equipe responsável pela coleta de dados no HUB não conseguiu realizar acompanhamento do profissional técnico de enfermagem, sendo que, para este aspecto, considerou-se, na análise dos dados do HUB/UnB, a observação flutuante para a comparação entre o trabalho prescrito e o real.

Após a coleta de dados, as notas de observação dos serviços e as transcrições das entrevistas foram inseridos no *software* para análise de dados qualitativos Atlas.ti (FRIESE, 2014; ATLAS.TI, 2015). Neste *software*, criou-se um arquivo que agrupa os dados da pesquisa, denominado *hermeneutic unit*. Todas as informações inseridas receberam o nome de *primary documents*, com numerosos fragmentos selecionados, os quais são chamados de *quotations*. Os *quotations* estão sempre associados aos *codes*, que são os códigos, atribuídos pelo pesquisador, mediante seu objeto de pesquisa.

O processo de análise contou com o auxílio organizacional do *software* Atlas.ti, e foi desenvolvido mediante a triangulação de dados, alicerçado em uma das várias modalidades da Análise de Conteúdo, a

Análise Temática, que consiste em três etapas: (1) Pré-análise, (2) Exploração do material; e, (3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2010, p. 316); e orientado pelo referencial teórico do Processo de Trabalho e na abordagem Ergológica.

O processo de análise ocorreu de forma simultânea, apesar de ser descrito em etapas. A partir dele, estabeleceram-se duas categorias analíticas: Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real; e, Condições do Trabalho: desafios para o trabalho de enfermagem. Na categoria Organização do Trabalho foram definidas as seguintes subcategorias: Atribuição; Divisão; Ritmo; Equipe; e, Gestão; na categoria Condições de Trabalho, definiram-se as subcategorias: Biossegurança; Espaço Físico (negativo – positivo); Materiais e Equipamentos (negativo – positivo); Recursos Humanos (negativo – positivo).

As notas de observação flutuante, as entrevistas e as notas de acompanhamento individual foram inseridas no Atlas.ti como *primary documents*. As categorias analíticas e subcategorias definiram os *codes*, apontados no Quadro 3.

Quadro 3 - Distribuição da quantidade de *quotations* (n=) de acordo com os *codes* de Organização do Trabalho e de Condições do Trabalho, a partir dos dados coletados em unidades de internação no HU/UFSC e HUB/UnB. Brasil, 2017.

Codes	Quotations	
Organização do Trabalho	Nº	%
Atribuições	212	21,5
Divisão	316	32,5
Equipe	105	10,6
Gestão	103	10,3
Ritmo	247	25,1
Total	983	100%
Condições do Trabalho	Nº	%
Biossegurança	80	30,8
Espaço físico (negativo – positivo)	87	33,4
Materiais e equipamentos (negativo – positivo)	59	22,7
Recursos humanos (negativo – positivo)	34	13,1
Total	260	100%

Fonte: Dados da pesquisa coletados em 2016.

Os aspectos éticos foram respeitados, durante todo o transcorrer do estudo, de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de

2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e demais resoluções complementares, que dispõem sobre as diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). O estudo multicêntrico foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB (CEP/FS), por meio da Plataforma Brasil, sob o nº 562.224, relatado em 17 de março de 2014, tendo sido utilizado o mesmo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para esta pesquisa.

Todos os participantes assinaram o TCLE, sendo o anonimato garantido por meio da utilização de um código sequencial e alfanumérico, composto por: iniciais da profissão (E para enfermeiro, T para técnico de enfermagem e G para gestor; O para observação flutuante e A para acompanhamento individual (seguidos da letra de identificação profissional); instituições: B para o hospital HUB/UnB e F para o hospital HU/UFSC; serviços: I para unidade de internação (seguidos de um número cardinal que expressa a numeração da entrevista de determinada categoria profissional). Como exemplo deste código, citamos: EF11 (enfermeiro, HU/UFSC, serviço e primeira entrevista), assim, sucessivamente, para todos os profissionais, hospitais e serviços.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento dos participantes e a proteção das informações garantida através do armazenamento do material produzido em local de acesso restrito aos pesquisadores.

RESULTADOS

Os dados, sustentados pelo referencial teórico, deram origem a duas categorias principais: **Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real**; e, **Condições do Trabalho: desafios para o trabalho de enfermagem**, as quais serão apresentadas a seguir.

Organização do Trabalho: entre o prescrito e o real

O trabalho envolve múltiplos aspectos de ordem coletiva e individual, e para seu desenvolvimento, encontra-se presente o ser humano e sua capacidade de saber fazer, de interpretar, de tomar decisões, de repensar e de se reinventar sempre que perceba esta necessidade.

O cotidiano de trabalho da enfermagem hospitalar envolve inter-relações diárias da própria equipe e dos demais profissionais, com o impacto de melhores práticas que visam ganhos tanto para os profissionais, quanto para os usuários do serviço. A organização do trabalho envolve planejamento e normas que irão assinalar as funções específicas dos atores envolvidos no processo.

A enfermagem tem um espaço definido para cada membro da equipe, contudo, (re)normatizar o trabalho faz parte do ser humano. A tendência, na atualidade, está em buscar meios para que se envolvam em processos de trabalho coletivos, que englobam planejar, organizar, executar e avaliar as ações realizadas pelos profissionais envolvidos no contexto do trabalho. O coletivo da enfermagem busca meios de instrumentalizar-se para melhor gerenciar os processos sob sua responsabilidade, dando especial atenção a sua eficiência e à qualidade do trabalho.

Na categoria Organização do Trabalho, serão apresentadas as subcategorias relacionadas com: atribuições inerentes aos profissionais enfermeiros e técnicos de enfermagem e as funções que exercem; dificuldades de gestão relacionadas, principalmente, aos recursos financeiros e de pessoal, necessários para atender à demanda de trabalho; divisão de trabalho entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, e entre os demais profissionais que atuam na unidade; ritmo de trabalho, que sofre interferências relacionadas com o quadro de pessoal e as atividades do trabalho; e, por fim, descreve-se o trabalho como membro integrante de uma equipe, com suas potencialidades e dificuldades.

O **codes Atribuições** representou 21,5% das citações (*quotations*) relacionadas à organização do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM- HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. A similaridade das atribuições específicas dos profissionais, pensada como trabalho prescrito, ficou visível nos achados deste estudo, que, de modo geral, os profissionais procuram efetivar nas práticas diárias. Neste aspecto, compete especificamente ao enfermeiro a gerência da equipe e de alguns procedimentos mais complexos, e ao técnico de enfermagem a execução dos procedimentos. As gestoras possuem funções específicas relacionadas à gestão da unidade, que, muitas vezes, limitam sua busca em efetivar o prescrito, conforme evidenciado nas falas:

Minha atribuição é fazer medicação, é dar banho no paciente, quando o paciente precisa trocar fralda, puncionar os acessos do paciente, quando tem os casos de acesso periférico é a gente que faz. É isso, basicamente é isso (TBI3).

Técnica de enfermagem escuta bomba de infusão alarmando, fala para a enfermeira que terminou a QT, ela responde para deixar desligada e fechada que ao termino da reunião elas irão reinstalar (OFI).

É supervisionar a assistência, prestar o cuidado imediato em situações que necessitem do enfermeiro, os cuidados com a quimioterapia, instalação, retirada, a avaliação de pacientes, de intercorrências, fazer o histórico e a prescrição de enfermagem dos pacientes novos, fazer evolução de enfermagem do turno que me compete, avaliar a prescrição de enfermagem a cada dia de acordo com a situação atual do paciente, fazer o livro de ocorrências que é do enfermeiro também, passar o plantão, fazer a escala de atribuições do dia seguinte dos funcionários, buscar cobertura quando está faltando, quando alguém informa que não vai poder comparecer, buscar cobertura tanto de enfermeiro quanto de técnico, quando se faz necessário. Chamar o plantão para avaliar quando tem paciente com alguma necessidade ou quando fica faltando alguma coisa da parte da medicina, a gente chama o plantão para resolver. E aí tem tudo mais que a gente faz e que não seria na verdade exatamente da nossa competência, que é a parte da escrituração, de farmácia, desse

tipo de coisa que é um enfermeiro que resolve (EFI1).

Os enfermeiros da tarde fazem a admissão. Os da manhã também prescrevem, eles que fazem a evolução. Os da tarde, eles podem excluir ou adicionar algo nessa prescrição. E os da noite também. Os da noite vão evoluir aqueles casos que tenham alguma intercorrência, retorno do centro cirúrgico (GBI1).

Realiza leitura do livro de ocorrências, inicia a visita aos pacientes. Segue para o quarto para acompanhar um banho no leito, avalia pele do paciente, sai do quarto e volta com protetor para o calcâneo. Pega prontuários, confere a prescrição e inicia aprazamento de medicações. Fornece cartão para acompanhante e explica como funciona a unidade, pergunta se a pessoa entendeu e sai. Vai até posto de enfermagem conversa com técnicos para saber se houve alguma intercorrência neste período. Vai à sala de procedimento da unidade trocar informações com a colega enfermeira para preparar a passagem do plantão, tira dúvidas, confirma dados. Vai para a sala de passagem do plantão, aguarda a equipe toda chegar para realizar a passagem de plantão e ir embora (AEFI1).

A gente tem datas para realizar as tarefas, por exemplo, dia 1º é o dia de fazer adicional noturno, é o dia que o DAP recolhe o adicional noturno e a gente manda o nome dos profissionais para o Departamento de Pessoal, informando quem fez coberturas no período noturno. Até mais ou menos dia 5, a gente tem que encaminhar todas as coisas

relativas ao mês passado. As horas extras, as horas da APH, que dizem respeito ao mês anterior, bem como, as que têm programação para o mês que segue. Mais ou menos até o quinto dia útil também, a gente tem que fazer a homologação dos pontos. Esse mês que todo mundo vai fazer o ponto digital, então acho que nesse sentido vai ser mais claro, assim, mais fácil de fazer, acho (GFI1).

Desenvolvendo a gestão dos serviços, busca-se encontrar meios de garantir a qualidade da assistência aos usuários. Para que isso ocorra, os gestores percebem a necessidade de realizar o acompanhamento direto das atividades do enfermeiro assistencial, bem como da equipe, e disporem do número adequado de pessoal para assistir ao usuário em todos os turnos de serviço.

Você é o supervisor assistencial você tem que acompanhar, você tem que observar a técnica, você tem que atentar para a questão da medicação, dos cuidados como um todo, você tem que estar atento, você tem que ir lá, tem que ver, tem que entrar no sistema, ver as anotações deles, se estão coerentes. Eles estavam muito distantes dessa responsabilidade: Você é o assistencial, isso aqui é seu, é a sua autonomia, você tem que desenvolver isso aqui, vai passar para mim aquilo que você não conseguiu resolver (GBI1).

Eu pego plantão sete horas, aí vejo se tem alguma demanda urgente, que ocorreu da noite ou do final de semana. Se a equipe está completa eu os deixo ficar mais assistência, se está incompleta eu assumo a assistência com eles, ou se tem alguma intercorrência eu assumo a intercorrência logo cedo. Aí normalizando, ou se é num dia normal, minhas funções gerenciais. Eu faço bastante

assistência e gerência junto. [...] Enfim, a gente nunca sabe o nó que vai com a urgência (GF1).

O **code Gestão** apareceu em 10,3% das citações (*quotations*) relacionadas à organização do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM- HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Na realidade da UICM, evidencia-se a dificuldade de gestão relacionada ao déficit de pessoal no contexto diário, o que interfere diretamente nos cuidados dispensados aos usuários do serviço. Na realidade da UICC, não aparecem limitações no quadro de servidores e a organização do trabalho segue uma lógica diferente de gestão, em que ocorre a colaboração entre os setores, quanto há necessidade. A escala de serviço mensal é confeccionada pelo enfermeiro gestor da unidade nas duas instituições pesquisadas.

Porque o déficit de profissionais para trabalhar, é muito grande, há anos que nós estamos trabalhando com falta de funcionários exorbitante, uma carga de trabalho muito pesada, as horas extras que são bem remuneradas, que todo mundo fazia em grande quantidade, ninguém aguenta mais fazer mais do que uma ou duas horas extras por mês, enquanto antigamente eu lembro quando eu entrei aqui há cinco anos atrás, o pessoal fazia sete, oito horas extras, agora ninguém aguenta mais fazer, está fazendo uma ou duas no máximo, porque a carga de trabalho está muito pesada e ninguém aguenta mais (TF13).

Bom, a gente faz a escala mensal. Mais ou menos a gente publica entre o dia 18, 20, dependendo do mês, e a partir daí tenta tampar os buracos que a gente tem na escala. Hoje são muitos, a gente tem uma taxa de absenteísmo gigante na instituição, no setor também [...] (GF1).

A escala da clínica cirúrgica, quem faz é a chefia imediata. A gente tem uma escala de preferência, mas aí de acordo com a escala de preferência quando é possível, porque ela geralmente dá essas preferências para gente. Se não tiver como, infelizmente, não tem jeito (EBI4).

Nós temos uma escala de remanejamento, eu também tenho na clínica cirúrgica, escala de remanejamento por ordem alfabética, tanto para enfermeiro quanto para o técnico. Se eu com folga de técnico e a clínica médica precisa de um técnico, eu tiro o meu e remanejo para a clínica médica. E vou seguindo na ordem alfabética. Enfermeiro, a mesma coisa.[...]. Como a gente tem um grupo de supervisores, a gente lança: estou precisando de um técnico ou de um enfermeiro (GBI1).

O HUB/UnB vivencia, nestes últimos anos, mudança de gestão, com adesão à EBSEH, ficando evidenciadas algumas dificuldades de relação entre os servidores com vínculo empregatício estatutário e os vinculados à Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). As metas quantitativas estão presentes na gestão, incluindo prazos no processo de implantação e efetivação deste novo modelo de gestão. Percebe-se todo um processo de mudança, incluindo o acompanhamento contínuo no período inicial da admissão dos colaboradores CLT, com uso de protocolo de avaliação, a fim de justificar a permanência deste na instituição.

Porque com a chegada da EBSEH vieram muitos protocolos que antes não tinham na Instituição. As rotinas agora são mais estabelecidas, mais cobradas também. A gente tem que trabalhar com o sistema que EBSEH trouxe, a AGHU, onde a nossa sistematização da assistência de enfermagem é feita no sistema: o controle, as anotações

de técnicos de enfermagem – que a gente está iniciando em abril, também. Isso tem gerado certa dificuldade porque como estão acostumados há vinte anos a fazerem anotação manual, aí a gente está desde janeiro fazendo treinamento com a equipe do AGHU, [...]a partir do dia quatro, para fazer tudo no sistema. Se a partir desse momento você continua ainda se recusando, a gente vai notificar e vai encaminhar você para a direção de enfermagem para outras providências. Então esse tipo de embate é freqüente (GBI1).

Porque eu tenho muito problema com o pessoal da FUB, tem notificação, muitas ausências de trabalho [...] Eu tenho esse documento notificando a divisão quanto a recusa [auxiliar em outros serviços], ele são chamados à divisão e a divisão dá esse documento para assinar. É outra dificuldade que a gente tem com eles: “sou daqui não vou”. E o EBSEH não responde, ele pode até não estar satisfeito, mas ele vai. [...] porque ele é notificado, advertido, advertido, advertido e pode ser demitido (GBI1).

Nós hoje trabalhamos interligados, inclusive com centro cirúrgico, com o chefe do centro cirúrgico. Eu tenho um grupo, que eu participo junto com eles, nós estamos trabalhando com protocolo de cirurgia segura. [...] Agora aqui, ou você segue os critérios: o cirurgião, o enfermeiro tem a demanda dele, cada um com a sua responsabilidade. [...] Tem o colegiado [supervisoras junto com a divisão], a cada quinze dias, o colegiado de enfermagem, já é fixo, a cada quinze dias tem o colegiado (GBI1).

As dificuldades financeiras vivenciadas na instituição interferem diretamente nas ações da UICM, tais como dificuldade de aquisição de equipamentos necessários para auxiliar no bom atendimento ao usuário. Por outro lado, a reforma das UICC contempla pontos polêmicos entre os trabalhadores, uma vez que uma das unidades reformadas, e recentemente colocada em uso, não contém copa e banheiro para a equipe multiprofissional, nem quarto de repouso para os trabalhadores. Tais ambientes são considerados necessários, principalmente para longas jornadas, como as de doze (12) horas de trabalho, realizadas tanto no turno diurno, como no noturno.

Então, é muito complicado. Depois desses quase sete anos que foi 2010, que eu fiz solicitação de suporte de soro, agora que chegaram. Você imagina ficar seis anos, com 25 pacientes que tem lá, sem suporte de soro, o que é que a gente não teve que improvisar? [...] Fazer a gestão não é tão difícil. Agora fazer gestão sem pessoal e sem dinheiro, é impossível. É o que a gente vivencia hoje (GFI1).

Reformaram o hospital e não colocaram banheiros para os funcionários, que qualidade de profissional que eles querem? [...] A gente tem uma copa aqui minúscula no terceiro andar, improvisada, porque no segundo andar ela já foi destruída. [...] meu horário de trabalho são seis horas, mas eu, para chegar aqui, eu saio pelo menos meia hora antes e vou chegar em casa, pelo menos, meia hora depois, então são sete horas. Eu não posso ficar sete horas sem comer, então uma reforma que não prevê o mínimo espaço para que eu possa fazer a minha refeição, o lanche, a fruta, o que for também é desumano, porque o paciente, ele recebe café da manhã, lanche da manhã e almoço, tudo isso enquanto eu estou aqui (EBI2).

O *code* **Divisão do Trabalho** foi identificado em 32,5% das citações (*quotations*) relacionadas à organização do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM-HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Neste *code*, evidencia-se a divisão do trabalho entre as enfermeiras gestoras e assistenciais e dos demais componentes da equipe multiprofissional. Cabe ao enfermeiro responder por toda a gestão da assistência de enfermagem em unidade de internação, bem como atuar como articulador junto aos demais componentes da equipe multiprofissional.

Normalmente é o enfermeiro que conduz [reunião admissional dos pacientes]. Às vezes a gente chama a Assistente social para aproveitar aquele horário. Mas assim, de rotina não. Às vezes quando o pessoal da Assistente Social está aí ela fala: estou disponível. Quando ela sinaliza para a gente que está ok, que está disponível, a gente aproveita e já traz para fazer algumas orientações pertinentes a assistência social. Porque a gente trabalha assim, como muita gente carente (GBI1).

Às 16 horas é feita uma reunião de admissão dos pacientes que serão internados para as cirurgias. Os pacientes se acomodam em uma sala de reuniões localizada no segundo andar e a enfermeira comanda a reunião dando orientações detalhadas das rotinas da unidade e do procedimento cirúrgico, inclusive fazendo uma espécie de chamada e confirmando horário do procedimento. Neste dia havia uns 12 pacientes e alguns com acompanhantes. Ao término da reunião, acompanha todos os pacientes até o quarto (OBI).

Na UICM, a organização do trabalho dos técnicos de enfermagem adotada no período diurno considera o modelo de cuidados integrais, e no período noturno, o modelo de cuidados funcionais para a

realização dos cuidados. Por outro lado, na UICC, os cuidados são realizados, em todos os turnos de trabalho, seguindo o modelo de cuidados integrais. Constatou-se esta organização do trabalho tanto nas observações realizadas, quanto por meio das entrevistas.

Os cuidados integrais ocorrem durante o dia e à noite (GBI1).

E a divisão de tarefa é feita pelo número de pacientes, o cuidado é integral. Se eu estiver com seis na enfermaria, eu vou fazer todos os cuidados das seis enfermarias, como mudança de decúbito, que são as trocas, sinais vitais, medicação e esvaziar os drenos, é basicamente, isso. Mas, se tiver a soroterapia, a oxigenoterapia, depende da prescrição (TBI6).

A nossa equipe é bem integrada, nós conseguimos, assim, seguimos no mesmo ritmo, porque à noite nós temos uma organização diferente da organização das pessoas que trabalham em outros plantões, tudo à noite tem um horário definido, e uma organização e a equipe da noite se distribui melhor para atender os pacientes, quando durante o dia cada equipe tem seus pacientes para cuidar, à noite temos que atender todos, então a gente tem que ter uma distribuição melhor das atividades (TFI3).

Questionando como faziam o trabalho durante a noite, elas me responderam que duas ficam responsáveis pelas medicações e fluidoterapia e a outra com os sinais vitais e demais coisas externas. Que dividiam as medicações e fluidoterapia metade dos pacientes da clínica para cada uma. Mas, que todas se ajudam (OFI).

A divisão do trabalho diário dos técnicos de enfermagem, nas duas instituições, é realizada pelos enfermeiros, com suas particularidades, mas seguem a mesma lógica assistencial, considerando gravidade, número de pacientes, rodízio dos pacientes, cuidados de higiene e ou conforto, banhos no período matutino. Além dessa divisão, ainda seguem a escala das tarefas diárias, necessárias para o bom funcionamento da unidade, como organização do posto de enfermagem, revisão de carro de emergência, entre outros.

A organização do trabalho segue os dispositivos legais estabelecidos pelo Conselho Regional de Enfermagem (COREN), em que o enfermeiro gerencia as atividades realizadas pelos técnicos de enfermagem. Cabe exclusivamente ao enfermeiro responder por toda a gestão da assistência de enfermagem e a gestão de materiais e equipamentos em unidade de internação, e aos técnicos a realização das atividades relacionadas ao fazer da enfermagem.

A técnica de enfermagem responsável pela aferição dos Sinais Vitais informa ao enfermeiro todas as alterações (OFI)

Então, assim, porque os banhos ficam todos para o período da manhã e os de leito de auxílio também. Aí os que não precisam de auxílio, eles vão à hora que eles acharem melhor, que eles já têm esse costume. Então, por exemplo, hoje a gente já tinha oito banhos de leito. Então a gente forma duplas, ficou quatro para cada dupla (TFI1).

A escala é feita pela enfermeira, geralmente no dia anterior. No caso, hoje à tarde a enfermeira vai fazer a escala para amanhã o dia todo, a divisão. E daí ela vai ver, durante a semana, amanhã eu estou de manhã, então ela vai ver nos últimos dias quais os pacientes que eu fiquei para não ficar muito repetido, assim, muito seguido com os mesmos pacientes. Ela divide por quartos, então, e número de pacientes para tentar ficar cada um com número parecido (TFI1).

Para o técnico de enfermagem, como nós é que fazemos essa escala com eles, é feito dessa forma, qual é a prioridade daquele paciente. [...] Porque é feito assim, o período noturno faz a escala do período da manhã, para que no começo do plantão, aquele funcionário, quando chega, ela já recebe, [...] Então às vezes a gente mexe nessa escala também ao longo do período, do dia. Isso também é rotina. [...] Os técnicos revezam lá e cá[duas unidades cirúrgicas].[...] Os dias de semana você precisa de mais funcionários. Você tem os exames, você tem as cirurgias, você tem mais coisas para fazer (EBI1).

Tem a escala de divisão de tarefas, que seria responsável pela Sala de Curativo, a organização; pelo Posto de Enfermagem, para repor sempre material, manter a limpeza do balcão ali; pelos psicotrópicos, o controle de psicotrópicos; a rouparia, que dá inclui a retirada de roupa suja dos quartos, que às vezes eles deixam nos banheiros, então é passado também ao final do período para ver se não ficou nada no banheiro. E o HGT, que fica uma pessoa responsável por fazer o controle das glicemias (TFI1).

Comparando o número de trabalhadores de enfermagem por turno de trabalho e o número de leitos das duas instituições, pode-se perceber um número maior de servidores na UICC.

A equipe está completa com 5 técnicos de enfermagem e 2 enfermeiras residentes mais a chefia do setor e a enfermeira assistencial (OFI).

Técnica diz que normalmente são 8/9 técnicos pela manhã, 8/7 à tarde e à noite e finais de semana reduz para 6/5 técnicos. Os pacientes não são admitidos na sexta e no sábado, mas sim no domingo. Técnica diz que não fica tão pesado no domingo porque as prescrições não saem, como o paciente vem de casa precisa fazer mais os sinais vitais e admissão (OBI).

Normalmente manhã, dez técnicos e eu tenho quatro enfermeiros. No mínimo sete técnicos. E no mínimo três enfermeiros. À tarde normalmente eu tenho cinco enfermeiros. Porque as nossas admissões são à tarde. Ficam três em uma ala e dois em outra ala. [...] Essa daqui quase vinte, são dezenove leitos e um é isolamento. Só que ele nunca funcionou como isolamento porque não teve necessidade de ser utilizado e como a gente está com déficit de leito, está utilizando ele normalmente. E lá em cima dezenove leitos. Então são trinta e nove. Tem dias que chega a ter dez à noite [Tec. Enf]. Se eu estiver com oito técnicos, eu coloco cinco para cá e três para cima. Então a gente fica o tempo todo vendo a complexidade de assistência. Enfermeiro no mínimo dois, um em cada ala (GBI1).

Um diferencial evidenciado foi em relação ao fato de a equipe de enfermagem do serviço UICC contar com o auxílio de: maqueiro, que transporta os pacientes para o centro cirúrgico; da equipe de farmácia, que dispensa as medicações individualizadas na unidade; e, do serviço de hotelaria, que distribui os kits de roupas nos quartos.

Maqueiro traz paciente em cadeira de rodas junto de acompanhante e profissional e entram em enfermaria; profissionais da lavanderia e/ou hotelaria e limpeza

preparam enfermarias para recebimento de pacientes. Profissional da farmácia traz medicamentos e entrega no posto de enfermagem; profissionais da alimentação começam a distribuir refeições nas enfermarias; profissional da limpeza faz higienização de leitos (OBI).

A divisão de trabalho entre os dois serviços apresenta características diferentes, sendo que na Unidade Cirúrgica existe a possibilidade de redução do número de pacientes nos finais de semana, enquanto que a Unidade de Internação de Clínica Médica normalmente se mantém com todos os leitos ocupados.

Todos os pacientes do 2º andar foram transferidos para o primeiro, pois eram poucos e por ser final de semana, geralmente tem um número menor de profissionais trabalhando até porque, não se faz cirurgia (OBI).

A jornada de trabalho da enfermagem em unidade de internação é ininterrupta, ou seja, existe uma continuidade do trabalho, que se dá pela passagem de plantão do turno que está largando o serviço para o turno que irá iniciar as suas atividades. Esta passagem de plantão se dá de forma muito diferenciada nas duas instituições pesquisadas. Na UICM, o enfermeiro é responsável pela passagem de plantão e esta acontece em sala específica, entre todos os integrantes da equipe de enfermagem, inclusive com a participação da equipe multiprofissional. Na UICC, a passagem de plantão se dá no hall da unidade e ou no posto de preparo de medicação e, ocorre de técnico para técnico e, de enfermeiro para enfermeiro, conforme dados apresentados a seguir.

Passagem de plantão em sala específica com equipe sentada e mesa central: uma técnica de enfermagem está retirando medicações e cuidados dos prontuários em suas anotações durante a passagem de plantão. O enfermeiro do turno que se encerra está passando as informações, não há outros

funcionários do seu período. Registrando as informações repassadas estão uma enfermeira e uma residente de enfermagem. Estão presentes na sala também: uma fisioterapeuta, uma farmacêutica, duas psicólogas e uma nutricionista [residentes]. Há também uma aluna de enfermagem em intercâmbio, de Portugal. Entra um técnico de enfermagem atrasado que justifica imediatamente que foi solicitado por um médico para auxiliá-lo em um procedimento assim que chegou na unidade. Ao término das informações dos pacientes, a residente de farmácia avisa que faltará Unasyn (antibiótico) e ampicilina em poucos dias (OFI).

De enfermeiro para enfermeiro, de técnico para técnico [passagem de plantão].[...] no posto de enfermagem. O que às vezes gera algumas perturbações, por exemplo: está passando o plantão, aí o Dr. Vem: – eu quero uma sonda não sei aonde (GBII)

A divisão do trabalho entre os enfermeiros no mesmo turno de trabalho segue características diferentes nas duas instituições. Há um trabalho mais coletivo e articulado entre os profissionais da UICM ; já na UICC, o trabalho é dividido, seguindo uma lógica que visa à racionalização do trabalho , conforme relatos apresentados a seguir.

Enfermeiras acabam de passar a visita dos pacientes juntas, e discutem alguns casos ao chegarem no posto e dividem apenas as evoluções a serem feitas entre elas (OFI).

Bom, quando são dois profissionais, dois enfermeiros na ala, a gente divide por pacientes e aí faz essa divisão por número de pacientes e tenta equalizar essa questão da gravidade, quais são os acamados, qual tem

uma necessidade maior de assistência. [...] Na verdade a supervisão não divide o meu trabalho aqui, ela só me coloca na ala aqui, a gente é que se organiza mesmo, quem vai ficar com quem, é uma coisa nossa mesmo [...] Eu não fico com os mesmos pacientes, por exemplo, eu passo a semana toda numa ala, depois eu vou para outra (EBI1).

Entre nós, enfermeiros, para ficar didático, a gente vê a totalização dos pacientes, e divide. Vamos supor, têm dez pacientes, cinco para um, cinco para o outro. Não que exatamente a gente vai ficar só com esses pacientes. É para ficar de uma forma didática, prática, para a gente resolver as intercorrências (EBI3).

O **code Ritmo do Trabalho** representou 25,1% das citações (*quotations*) relacionadas à organização do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM -HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB.

Inicialmente no serviço UICM, foi observado um ritmo de trabalho intenso, desgastante e cansativo com necessidade de tomadas de decisão, evidenciada nas falas dos profissionais, transcritas a seguir.

A sensação é de nunca dar conta do que precisa ser feito. A gente corre, corre, corre, corre para tentar dar conta de tudo que precisa, mas a sensação, às vezes, é de terminar o teu dia, terminar o teu expediente e não ter terminado o que precisava ter feito (GF11).

Tem ser muito rápido. De manhã tem coisas que acontecem todas as manhãs por exemplo : toda manhã tem 25 pacientes pra ver é muito raro ter menos, a sistematização [evoluções, prescrições e quando der historico de enfermagem para X pacientes/

todas as manhãs] tem que fazer aprazamento [prescrições médicas] tem que fazer então, é sempre muito corrido. A gente acaba se acostumando a não tomar café direito a não ir ao banheiro, a não beber água (EFI2).

O enfermeiro é interrompido para dar informação e atender telefone. Trocar informações com técnicos de enfermagem, anotações em folha com registro individual dos paciente no plantão. Devolve os prontuários no balcão e organiza o corredor lotado. Coloca cadeira de rodas de um lado, macas de outro. Verifica o lixo e pede a funcionária da limpeza para retirá-lo (AEF11).

A visita do enfermeiro segue com algumas interrupções: atender telefone, orientação para técnico e muita informação para equipe médica (AEF11).

Os resultados desta pesquisa mostram que, na realidade da UICC, o ritmo de trabalho encontra-se dentro do esperado, com certa normalidade, sendo que os profissionais geralmente conseguem realizar as suas atividades dentro do horário estabelecido.

Até porque, são pacientes tranquilos de lidar. Tem uma rotatividade muito grande, aqui é clínica cirúrgica, que faz a cirurgia e 48/ 72 horas vai para casa. Só cirurgias que são mais complicadas que o paciente fica por mais tempo. Mas, geralmente, tem uma rotatividade muito grande. E assim, eu acho que é tranquilo, não é muita coisa, não está pesado demais, não. [...]O local de trabalho é tranquilo, a equipe é boa. Não tem muito a reclamar (EB14).

Então, pela manhã, geralmente é mais puxado, porque todos os procedimentos de banho e curativo são feitos pela manhã, mas varia de acordo com a demanda dos pacientes, então às vezes tem muitos pacientes, mas eles não demandam tantos procedimentos, então é bastante variável essa questão assim de ritmo de trabalho (EBI2).

Enfermeira sai de uma enfermaria e entra em outra, observo que a enfermeira é muito prestativa com os doentes e familiares (OBI).

O ritmo de trabalho sofre interferência na UICC, em decorrência dos seguintes fatores: rodízio dos trabalhadores de enfermagem entre as duas unidades de internação; momento de mudanças de gestão e contratação recente de trabalhadores, ainda em fase de adaptação aos novos padrões da instituição.

São sempre equipes diferentes, pessoas diferentes comandando o trabalho, no meu caso, enfermeiro, são colegas diferentes que trabalham de forma diferente, e são usuários diferentes. E isso é sempre, todo dia, todo plantão, senão, toda semana você lidar com uma situação diferente (TBI9).

Agora, a gente vive um momento de transição, saíram vários funcionários e entraram vários novos, devido à questão da EBSEH que tiveram as dificuldades normais iniciais de quem está entrando no setor (TBI9).

O *code Equipe* foi evidenciado em 10,3% das citações (*quotations*) relacionadas à organização do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem da UICM-HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Nestes serviços hospitalares, o atendimento se dá de forma multidisciplinar, geralmente o profissional tem interesse em

agilizar o seu próprio trabalho e, por vezes, acaba não percebendo a importância da passagem de plantão da enfermagem e outras demandas, gerando certos conflitos que podem ser resolvidos mediante a comunicação efetiva entre os profissionais.

Pode esperar, eles tem que aprender a respeitar. Eu falei para os meninos : gente vai ter que botar uma lâmpada aqui nesse posto : vermelho é passagem de plantão. Eles não entendem a importância da passagem de plantão. Os médicos são os que mais interferem na passagem de plantão, grande parte. Se você já prescreveu lá sua sondagem, não previsa ficar : Entendeu ? E eu sempre converso com os enfermeiros para deixar isso claro, clarear isso. Sinaliza que está no momento de passagem de plantão : Anota sua demanda aqui que depois eu vou ver. Valorize a passagem de plantão, faça com que quem está por ali perceba que aquilo ali é um momento importante para a equipe (GBI1).

Já foi passado para a rotineira que vai solicitar uma reunião para as pessoas[falando sobre dificuldades em cumprir protocolos] tipo, as chefias precisam falar a mesma língua. O protocolo, na verdade, prevê que esses termos venham preenchidos do ambulatório, então, na verdade, o paciente não deveria nem internar sem tê-los, e aí fomos notificados por uma coisa que agora eles mesmos não querem que a gente cumpra porque enquanto cumprimos, atrapalhamos o trabalho deles, mais ou menos isso. Mas vai ser feita uma reunião para eles decidirem o que eles fazem, mas a princípio é para ser cumprido (EBI2).

A demanda da comunicação por rede sociais como e-mail e WhatsApp entre a própria equipe de enfermagem e com as demais categorias profissionais apareceu nos resultados desta pesquisa como ferramenta de comunicação cotidiana.

Já, já teve parada de eu ter que bater na porta do Centro Cirúrgico. E aí a gente já chega esbaforido e já fala: - Estou com um paciente, parou lá, preciso um médico, não consegui ninguém. Aí alguém vai, você já tenta avisar, aqui, comunicação é uma dificuldade também,[...] Aqui eu não tenho telefone que eu consigo ligar, eu tenho que usar do meu celular. E aqui virou uma febre do tal do WhatsApp. Tudo é esse tal desse WhatsApp (EB14).

Enfermeira me diz que quando está mexendo no celular, ela está trabalhando, que utiliza muito o WhatsApp como ferramenta de trabalho [...] A enfermeira dá o recado para a camareira forrar o leito, pelo WhatsApp (AEB11).

E em função agora da tecnologia, é muito boa, mas por outro lado ela é muito ruim para o chefe, porque ele continua trabalhando em casa, envia WhatsApp, envia e-mail, envia... enfim. Então as pessoas não entendem que você tem um horário estabelecido, que você também é um ser humano, que você também tem família, que você também tem que fazer as outras atividades, então todo mundo quer uma resposta, a resposta imediata, você tem que estar online o tempo todo. [...] Acho que nesse momento agora, está cada vez mais difícil de você desmembrar a questão vida pessoal e trabalho, porque a tecnologia está ali (GF11).

Meu trabalho no HUB eu faço na minha carga horária no HUB. Não levo para minha casa, não levo para o outro serviço. Eu levo assim, as demandas do whatsapp, quando acontece alguma coisa, eu respondo, oriento o que tem que fazer (GB1).

Dentro da categoria organização do trabalho pode-se visualizar a existência de pontos fortes e de outros vulneráveis, na totalidade do trabalho real. Contudo, percebe-se que a organização do trabalho depende tanto do fazer na sua individualidade, quanto no fazer coletivo dos trabalhadores, uma vez que as diferentes categorias profissionais exercem diferentes funções que na sua essência são complementares e fundamentais para efetivação do trabalho. Neste aspecto, o trabalho prescrito vem normatizar e padronizar ações do contexto diário do trabalho da enfermagem, conforme achados descritos anteriormente.

Condições de Trabalho: desafios para o fazer da enfermagem

As condições de trabalho da saúde no espaço hospitalar dependem de múltiplos fatores, e elas podem estar relacionadas, dentre outros aspectos, com: recursos humanos; espaços físicos; materiais e equipamentos necessários para concretizar o trabalho. A presença ou a ausência destes recursos podem interferir diretamente na saúde do trabalhador e na qualidade da assistência.

Neste estudo, no conjunto que engloba as Condições de Trabalho emergiram as subcategorias relacionadas com: biossegurança; espaços físicos (negativo – positivo); materiais e equipamentos (negativo-positivo); e, com recursos humanos (negativo – positivo).

O *code Biossegurança* representou 30,8% das citações (*quotations*) relacionadas com as condições do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM - HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Nesta categoria, observaram-se algumas diferenças entre as instituições, como a padronização de kits (conjunto de materiais para realizar um curativo; uma sondagem, entre outros) para realizar procedimentos técnicos, que pode limitar e/ou dificultar a realização do cuidado, e o uso menos frequente de EPIs

(luvas) na execução dos procedimentos com risco para o trabalhador e o usuário do serviço UICC.

Na realidade da UICM não foram observadas dificuldades no uso de EPIs e não se trabalha com padronização de kits, existe apenas uma cota diária de materiais esterilizados e um estoque dos materiais descartáveis provenientes do almoxarifado, repostos semanalmente, e que são utilizados para a execução dos procedimentos.

Foi estabelecido no hospital um sistema de kit de material que a gente tem dificuldade de se adaptar [...] Eu tenho que pedir: vou fazer o curativo do seu fulano e eu preciso de um kit de curativo médio. Primeiro que o material contido no kit varia, às vezes vem um pacote de gaze de cinco, às vezes vem um de dez, eu nunca sei que quantia vai vir. Segundo que a hora que eu abro o curativo para realizar, é quando eu vou ter real noção do material que eu vou precisar, às vezes precisa mais do que o previsto, às vezes acontecem imprevistos e aí eu não tenho o material mais à disposição. Então eu entendo a necessidade do faturamento, mas a nossa ciência não é exata, e aí está ficando complicado [...] Já tivemos paciente que a gente teve que subir correndo para pegar uma bandeja de pequena cirurgia, era uma paciente de pós-operatório de traqueostomia, estava com falta de ar, sibilando, o médico precisava intervir e não tinha a bandeja próxima, isso é muito sério, isso é muito grave, essas coisas dificultam o nosso trabalho (EBI2).

Novamente técnica de enfermagem entra em enfermaria com materiais como: seringa, medicação e aparelho de medir pressão arterial sem luvas na bandeja [...] outra profissional coloca EPI para entrar em enfermaria para fazer medicação (OBI).

Inicia a visita aos pacientes. Antes de entrar nos quartos ele lava as mãos na pia que está ao lado de fora no corredor [...] Em alguns quartos ele faz uso de álcool gel e não lava as mãos (AEFI1).

Lava as mãos, inicia o preparo e ao fim coloca tudo na bandeja e se dirige ao quarto do paciente. No leito destino calça luvas, limpa as conexões com algodão e inicia administração da medicação após conversar com paciente e explicar o que está fazendo e qual efeito esperado do medicamento. Se coloca à disposição e volta ao posto de enfermagem para desprezar o material utilizado (ATFI1).

O **code Espaço Físico (negativo – positivo)** representou 33,4% das citações (*quotations*) relacionadas com as condições do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM-HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Nesta categoria, surgem poucos aspectos positivos nas falas dos entrevistados.

Depois dessa reforma ficou mais fácil, as coisas ficaram melhor divididas. Apesar de que ainda está faltando alguns armários para gente fazer bem bonitinho, organizadinho (TBI3).

No entanto, relacionado com espaço físico inadequado, emergiram questões relacionadas à ausência de banheiro, copa, e espaço para repouso (noturno), tanto para uso dos trabalhadores de enfermagem, quanto para uso da equipe multiprofissional, as quais não foram contempladas na reforma recentemente entregue, para uso da UICC, dificultando os cuidados com a saúde do trabalhador.

Hoje, apesar de ter tido uma reforma aqui, acho que ficou muito a desejar. O fato de não ter um banheiro para os funcionários. O

local do descanso para a equipe de enfermagem, não existe. Inclusive, essa sala que nós estamos aqui [sala de reunião], às vezes, é onde a gente joga o colchão no chão e que é o momento para descansar (EBI4).

Olha, não tem copa e não tem repouso [noturno]. Essa ala nova aqui já não tem nada disso nessa primeira ala que a gente recebeu. E naquela que está reformando também não está no projeto (GBI1).

Tem duas semanas que eu peguei infecção urinária, a gente usa muito o banheiro público. [...] E eu acho que devo ao HUB, porque como eu faço plantões e como, às vezes, eu estou aqui e você está ocupada, aí para ir lá em cima e para voltar (TBI6).

Emergiram dificuldades relacionadas com espaço físico restrito/limitado para atender toda a demanda da equipe multiprofissional e dos alunos que transitam na unidade. Esta limitação dos espaços físicos interfere e dificulta o trabalho dos profissionais de enfermagem, e, indiretamente, interfere no contexto do atendimento aos usuários. Estas limitações foram evidenciadas principalmente no serviço UICM.

A unidade está cheia com a equipe da medicina (doutorandos, residentes, estagiários) que ficam em grande número no balcão discutindo casos, e incluindo dados no prontuário eletrônico do paciente (OFI).

Maca [na sala de procedimento] é utilizada como mesa para escrever e examinar prontuários por alguns profissionais (OFI).

O balcão está lotado, a enfermeira se dirige ao posto de enfermagem com alguns prontuários, pois não há espaço para

trabalhar no balcão. Senta em uma cadeira dentro do posto de enfermagem com os prontuários no colo faz o aprazamento (AEF11).

No terceiro andar é um cubículo [posto de enfermagem], você tem que trabalhar esbarrando no colega (TBI7).

O **code Materiais e Equipamentos (negativo-positivo)** representou 22,7% das citações (*quotations*) relacionadas com as condições do trabalho dos profissionais (enfermeiros e técnicos de enfermagem) da UICM-HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Relacionada às condições favoráveis, estão a presença de equipamentos e materiais adequados para execução dos procedimentos e atendimento aos usuários.

Aqui é um hospital que não falta remédio, não falta material (TFI2).

E as camas melhoraram muito, porque você sobe e elas te deixam, ergonomicamente, numa posição legal para puncionar veia, para fazer uma troca (TBI6).

Eu acho aqui bom, porque aqui não falta material, medicação [...]. Você sempre tem roupas limpas, roupas para os pacientes, quando você quer, não falta (TBI10).

As facilidades que estão tendo no HU é a questão das tecnologias, nós temos equipamento para trabalhar, eu acho que dificilmente falta equipamento para trabalhar (TFI3).

Contudo, as condições desfavoráveis da manutenção de equipamentos ficaram muito evidenciadas no serviço UICM, interferindo diretamente na assistência oferecida ao usuário.

Técnico de Enfermagem questiona a Enfermeira sobre a limpeza do quarto, pois a paciente vai internar no quarto com cama quebrada e que ela está desde o período da manhã sentada em cadeira, aguardando a cama ficar consertada, que está cansada (OFI).

Hoje faz muito calor e o ar condicionado que funciona no posto de enfermagem faz muito barulho além de apresentar vazamento e molhar muito o chão. Há lençóis espalhados para conter a água que escorre, e em alguns quartos o ar também não funciona os pacientes trazem ventilador de casa (OFI).

O **code Recursos Humanos (negativo – positivo)** foi evidenciado em 13,1% das citações (*quotations*) relacionadas com as condições de trabalho dos profissionais [enfermeiros e técnicos de enfermagem] da UICM-HU/UFSC e da UICC-HUB/UnB. Nesta categoria, identificaram-se diferenças, com déficit de pessoal na UICM, enquanto que na UICC este dado não aparece como limitações no quadro de profissionais de enfermagem para a realização dos cuidados.

A questão de falta de recursos humanos não é a nossa realidade aqui. Aqui a gente não tem problema (GBI1).

Eu tinha exatamente 12 trabalhadores a menos para contar, contando licença e contando férias. Então numa população de 33, 34 trabalhadores, é muito alta a taxa de absenteísmo (GFI1).

A falta de funcionário é absurda, acho que é aí que vai puxando várias coisas, aí vai dificultando o teu serviço, tu não vai, muitas vezes, prestando uma assistência do jeito que tu querias prestar (TFI5).

Percebe-se, com estes resultados, que as condições de trabalho interferem diretamente no trabalho dos profissionais da enfermagem. Ao pesquisar os HU, que são tidos como centros de referência para o ensino, pesquisa e assistência, evidenciam-se algumas limitações, com destaque principalmente à estrutura física inadequada, interferindo diretamente no contexto diário do trabalho da enfermagem.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que as condições e a organização do trabalho dos profissionais da enfermagem que atuam na UICM-HU/UFSC e na UICC-HUB/UnB sofrem interferência diária de múltiplos aspectos.

Quanto aos aspectos organizacionais, principalmente em relação à divisão do trabalho e às atribuições dos profissionais, os dados corroboram outros achados na literatura, já que nas instituições de saúde os trabalhadores da enfermagem têm desenvolvido atividades no campo do gerenciamento e na realização da assistência. De modo geral, o enfermeiro fica com a responsabilidade de gerenciar a unidade terapêutica e as ações de enfermagem realizadas pela equipe de enfermagem, além de efetuar cuidados de maior complexidade. Cabe aos técnicos e auxiliares de enfermagem realizar a maior parte dos cuidados diretos aos usuários, sob a supervisão do enfermeiro (MATOS; PIRES, 2006; PIRES, 2008).

Acerca da divisão do trabalho na equipe de enfermagem, constata-se nas realidades pesquisadas que a equipe de enfermagem possui atribuições definidas e que desempenha atividades específicas da categoria profissional, de acordo com o que prevê a lei do exercício profissional, bem como atendendo aos preceitos definidos pelo Conselho Federal de Enfermagem, no que concerne às atribuições, quantitativo de pessoal e organização do trabalho (COREN/SC, 2013; 2016).

A enfermagem contribui de forma significativa para uma melhor qualidade dos cuidados hospitalares (YOU *et al.*, 2013). Certamente, os trabalhadores de enfermagem são responsáveis por parte expressiva dos cuidados prestados aos usuários atendidos nos hospitais (COSTA, 2004; MATOS; PIRES, 2006; YOU *et al.*, 2013; CANALES-VERGARA; VALENZUELA-SUAZOB; PARAVIC-KLIJN, 2016).

Este estudo vai ao encontro de achados na pesquisa, segundo os quais o processo de trabalho de enfermagem na realidade hospitalar

brasileira ainda acontece de modo mais fragmentado, porém com tendência à adoção de modelos de organização do trabalho integral, que possibilitem um cuidado com resultados mais positivos para a qualidade da assistência e para a satisfação do trabalhador (COSTA, 2004; MATOS; PIRES, 2006).

O modelo de cuidados integrais foi identificado nas duas instituições, apesar de no período noturno, em uma das instituições (HU-UFSC), ainda ser adotado o modelo de cuidados funcionais, com a realização de cuidados executados por divisão de tarefas, dando ênfase ao procedimento. Este modo de organizar o trabalho tem relação direta com o déficit de pessoal de enfermagem, com os diferentes níveis de formação dos profissionais, que determina quem deve prestar determinado cuidado e, com a complexidade das ações a serem realizadas (Pires, 2008; ORO; MATOS, 2013).

Ressalta-se que a adoção do modelo de cuidados integrais aparece nos turnos diurno e noturno (UICC), e no diurno (UICM). Este modelo tem sido defendido como uma das alternativas para superar a fragmentação da assistência, o que implica na realização de todos os cuidados a um, ou mais pacientes, por uma única pessoa durante um turno de trabalho, possibilitando uma visão mais global das necessidades dos usuários e tornando o trabalho potencialmente mais criativo. Mesmo assim, persiste a divisão entre trabalho intelectual e manual, uma vez que o enfermeiro planeja a assistência que será prestada pelos demais integrantes da equipe de enfermagem (PIRES, 2008; ORO; MATOS, 2013).

Independentemente do modelo de cuidados adotado, o trabalhador, ao realizar as suas atividades, usa de seu conhecimento técnico, suas crenças e sua experiência de vida, conforme afirmam Schwartz e Durrive (2009), para quem o trabalho jamais é só execução, pois ao realizar o trabalho, o trabalhador faz “usos de si”, referindo-se ao posicionamento que cada um adota diante das normas com as quais se depara, manifestando pequenos ajustes, recombina valores e critérios na busca por uma adequação a sua prática, tornando cada ato de trabalho único. Neste aspecto, poderia-se dizer que o profissional busca seu conhecimento sobre os recursos disponíveis, tomando suas próprias decisões para a produção de um determinado elemento. A autonomia nos processos de trabalho acaba por facilitar meios de transgredir algumas regras, como as normas de biossegurança, importantes na prevenção dos acidentes de trabalho. Os resultados deste estudo assinalaram que alguns trabalhadores de enfermagem ainda não fazem

uso destas medidas de prevenção. Negligenciar o uso de EPIs na execução de determinadas atividades expõe o próprio trabalhador e os usuários a riscos. A formação profissional, o tempo de trabalho e a supervisão podem ser alguns dos aspectos falhos que propiciam o descumprimento das normas institucionais.

Ao pensar o trabalho individual de forma segura e com autonomia, a qualificação permanente dos trabalhadores da saúde sobre aspectos de biossegurança pode fazer muita diferença nas práticas diárias. Entendendo-se biossegurança como um “conjunto de estudos e procedimentos que visam evitar ou controlar riscos provocados pelo uso de agentes químicos, físicos e biológicos”, vê-se que é de fundamental importância para formação acadêmica dos profissionais da área da saúde (FARIA; LIMA, 2013, p.363).

Neste aspecto, em estudo realizado a fim de avaliar o impacto do conteúdo prático de biossegurança oferecido em disciplina curricular constatou-se que serviu como instrumento de ensino e ação motivadora, levando o aluno a observar de maneira mais crítica a aplicação da teoria na realidade prática, servindo deste modo, como “troca de conhecimento num processo reflexivo sobre as questões teóricas aprendidas e sua aplicabilidade na prática” (FARIA; LIMA, 2013, p.363).

As atividades reflexivas no ambiente de trabalho favorecem a compreensão e contribuem para a adoção de medidas que oportunizem a prevenção dos acidentes de trabalho e a observância das normas de biossegurança entre os trabalhadores de saúde. Mas, as instituições devem legislar e fiscalizar as ações dos trabalhadores, a fim de que se cumpram as medidas estabelecidas.

Investir em educação permanente, com atividades educacionais que permitam ao trabalhador refletir sobre a produção do cuidado utilizando de normas de biossegurança, que possibilitam a proteção de si, de outros trabalhadores e dos usuários, reduz possibilidades de novos casos de desatenção/negligência, contribuindo para a redução de riscos e gerando ambientes favoráveis às práticas de saúde (GALLASI; FONTANAI, 2010).

Ambientes desfavoráveis de trabalho, como os identificados neste estudo (banheiros inadequados, ausência de copa, entre outros), interferem também no atendimento ao usuário. Os ambientes de trabalho inadequados podem levar a angústias, desgastes físicos, emocionais e gerar adoecimento aos trabalhadores de enfermagem. Em revisão integrativa da literatura, constatou-se que as condições de trabalho desfavoráveis podem gerar sobrecarga/excesso de trabalho e desgaste

emocional nos trabalhadores de enfermagem, levando a possíveis acidentes de trabalho ou a problemas de saúde.

Pensar práticas gerenciais com embasamento técnico-científico em defesa do quantitativo adequado de pessoal, educação continuada, formulação de estratégias de promoção de melhores condições de trabalho e de prevenção do adoecimento são estratégias que favorecem melhores condições de trabalho, reduzindo ou minimizando as cargas de trabalho dos profissionais da enfermagem (SCHMOELLER *et al.*, 2011).

Estudo expõe que as condições limitadas do trabalho, vivenciadas, muitas vezes, pelos trabalhadores de enfermagem no Chile podem estar associadas à organização do trabalho, demanda de trabalho precário e a limitados recursos financeiro. Associados a estes, os problemas de estresse, fadiga e esgotamento são os mais evidentes e, possivelmente, respondem a estas condições limitadas de trabalho, interferindo na saúde do trabalhador. Ainda, neste cenário há que se salientar que a maioria dos profissionais de enfermagem são mulheres, e em muitos casos, as mães devem desempenhar um papel triplo, o que aumenta o estresse físico e emocional (CANALES-VERGARA; VALENZUELA-SUAZOB; PARAVIC-KLIJN, 2016).

Para Palma, Suazo e Alvarado (2015), as funções e atividades dos profissionais de enfermagem são distribuídas em diferentes áreas, sendo realizadas muitas vezes em condições precárias, com alta demanda e alto estresse; no entanto, salientam que apesar de condições desfavoráveis, estes profissionais não perdem a motivação e o empenho. Os autores destacam que a eficiência e a eficácia dos serviços depende da satisfação, do bem-estar e da qualidade de vida dos trabalhadores, e, neste sentido, as instituições devem estar atentas a estas necessidades. No entanto, os próprios trabalhadores também têm papel importante, no sentido de construir ambientes favoráveis de trabalho por meio de atitude crítica e positiva, implicando também na melhoria da gestão do cuidado.

Nos últimos anos, os hospitais universitários brasileiros vêm apresentando dificuldades de gestão dos recursos financeiros, o que implica em queda de desempenho assistencial, ensino e pesquisa (LOBO *et al.*, 2009). O Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), executado em parceria com o Ministério da Saúde, auxilia com recursos para melhorias e ampliação da infraestrutura (SODRÉ *et al.*, 2013). Estas medidas vêm sendo implantadas pelos gestores do SUS para auxiliar os gestores dos HU,

com a intenção de ganho na eficiência técnica e na qualidade dos hospitais, e até em gerar novas abordagens na gestão do setor público brasileiro.

Após longas décadas sem reformas estruturais das unidades assistenciais dos HU, nos últimos anos vêm sendo realizadas algumas reformas. A UICM e uma das alas da UICC recentemente foram contempladas com reformas estruturais. Ganhos com equipamentos, tais como camas e ar condicionado central (UICM), também foram constatadas, trazendo facilidades para o trabalho dos profissionais da enfermagem e benefícios para os usuários dos serviços.

Contudo, algumas limitações foram observadas no decorrer deste estudo, tais como na UICC, cuja reforma não previu a instalação de ar-condicionado central, banheiros para os profissionais da saúde, espaço para alimentação, sala de repouso para os trabalhadores do noturno. Além disso, as duas instituições estudadas e já reformadas apresentam alguns déficits no mobiliário, existindo descompasso entre os projetos elaborados pelos responsáveis pela reforma predial e as necessidades de quem irá fazer uso destes ambientes. Mediante a devolução da unidade para uso, constatam-se as limitações e os desafios que os trabalhadores deverão enfrentar em suas jornadas de trabalho.

Segundo Scherer e Joazeiro (2015) inúmeras dificuldades estão presentes no cenário das políticas de saúde. No cenário dos HU, torna-se evidente sua importância para a saúde pública e para a consolidação do SUS. O desafio prossegue em gerenciar de modo a construir um trabalho coletivo, cooperativo, dinâmico e competente. Buscando novos caminhos diante das dificuldades e dos questionamentos baseados no discurso de ineficiência da gestão pública e do alto custo dos hospitais federais, aparece nova alternativa de gestão do conjunto dos HU, com possibilidades de mudanças (SODRÉ *et al.*, 2013; EBSEERH, 2013).

As duas instituições pesquisadas vivem momentos diferentes de gestão, em que a governança do HUB/UnB, desde 2013, segue sob comando da EBSEERH, adotando normativas de gestão, contratação de pessoal e modelo de assistência, conforme pactuação (HUB, 2014). Já o HU/UFSC recentemente, em 2016, assina contrato inicial de adesão à EBSEERH.

Com a adesão à EBSEERH, algumas mudanças vêm ocorrendo no HUB em termos de gestão, quadro de pessoal e modelo assistencial. Relacionado ao quantitativo de pessoal de enfermagem, foi realizado um redimensionamento que busca atender às necessidades da demanda instalada. Para tanto, seguindo as normativas da EBSEERH, houve a

necessidade de contratação de profissionais da enfermagem, sendo que a diferença de gestão e de vínculo foi fortemente percebida entre os trabalhadores de enfermagem na UICC, gerando conflitos que vêm sendo trabalhados no contexto diário.

Ao gestor da UICC cabe o desafio de assumir a gestão já existente e fazer desta a ‘gestão das gestões’, buscando transformar com base no prescrito uma gestão que inclua a eficácia do coletivo. No entanto, estas mudanças refletem um desafio que envolve debate de normas, de renormatizar as atividades do trabalho, de construção de um novo modo de trabalhar e viver em conjunto (FRANÇA; MUNIZ, 2011).

Desse modo, nas atividades de trabalho ocorre o debate de valores e as escolhas dos trabalhadores, e representa os usos que influenciam na maneira de se utilizar os saberes. Entendendo-se o ‘uso’ nas atividades do trabalho como escolhas, arbitragens, decisões, critérios e ponderações, ao mesmo tempo em que, nas ações de trabalho, o ‘uso’ não é somente o que você faz, mas também aquilo que cada um faz de si mesmo (SCHWARTZ, 2000).

Observaram-se, no decorrer deste estudo, limitações que interferem na realização da assistência, tais como déficit de pessoal, materiais e equipamentos, levando o trabalhador a renormalizar, ou seja, “fazer sua a norma que antecipa e ajusta seu agir, a fim de se manter - mesmo que seja pouco - na origem do ‘uso de si’, mesmo se conformando com a demanda que lhe é posta” (DURRIVE, 2011, p. 49). Deste modo, as normas não permanecem por muito tempo suspensas, sendo necessário decidir, arbitrar em um determinado momento, levando a optar pela maneira de fazer determinada ação (DURRIVE, 2011). Como resultado, o agir obriga o trabalhador a escolher uma maneira de concretizar suas atividades de modo que, neste percurso, o indivíduo tende a reconstruir a norma existente, ou seja, a renormalizar.

Neste sentido, existe um agir coletivo do trabalho da enfermagem, observado nas práticas cotidianas das instituições investigadas. Porém, existe também um agir individual em cada ação a ser executada, observado em múltiplos acontecimentos imersos nos resultados deste estudo, dentre eles, a organização-divisão do trabalho dos enfermeiros no mesmo turno de trabalho, que possuem um agir diferente dependendo dos integrantes do plantão. Ou seja, o enfermeiro pode trabalhar em parceria com o colega do mesmo turno de trabalho, ou dividir as ações a serem executadas, responsabilizando-se apenas por parte dos doentes /leitos. Desta forma, nos serviços hospitalares

encontra-se presente, nas atividades do trabalho, o uso de si por si e o uso de si por outrem (SCHWARTZ, 2000), estabelecendo relações de compromissos e responsabilidades, fazendo julgamentos diante do prescrito, buscando resolver as demandas do trabalho (SCHERER; JOAZEIRO, 2015) em um agir individualizado, em que se procura decidir as atividades de trabalho.

Associados a esses aspectos, o cuidado profissional individualizado implica em competência, destreza, habilidade, valores que fazem parte da formação profissional da enfermagem, que incluem práticas resolutivas para os problemas dos usuários que buscam os serviços de saúde (MATTOS, 2001; CAMPOS; AMARAL, 2007; BRASIL, 2009).

O ritmo de trabalho dos profissionais da enfermagem pode estar relacionado com múltiplos aspectos de características individuais, tais como: o conhecimento, a agilidade, a iniciativa, a criatividade; e, as particularidades de cada instituição, como o modelo de gestão, as condições materiais e estruturais, o número de profissionais existente para realizar as ações necessárias no turno de trabalho, gerando maior ou menor desgaste para o trabalhador.

Refletindo sobre o modo como a assistência vem sendo prestada, vê-se que as duas instituições apresentam ritmos distintos de trabalho. O aspecto com maior visibilidade que reflete sobre o ritmo de trabalho é decorrente do quantitativo de pessoal, seguido do modelo de gestão, os quais interferem diretamente na prestação dos cuidados.

Para Marziale (2001) as condições de trabalho dos enfermeiros, nos hospitais, têm sido consideradas impróprias devido às especificidades do ambiente e das atividades insalubres executadas. Associadas a estas circunstâncias, o enfermeiro vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada, optando muitas vezes pelo abandono da profissão, havendo conseqüentemente a insuficiência de profissionais no mercado de trabalho.

As condições de trabalho dos enfermeiros nos países da América do Sul são consideradas piores do que aquelas vivenciadas pelos enfermeiros americanos e europeus, devido a uma série de dificuldades econômicas e políticas enfrentadas pelos países ainda em desenvolvimento (MARZIALE, 2001).

Contudo, a busca contínua na construção de novas possibilidades de trabalhar em grupo deve estar constantemente presente nos ambientes de trabalho. França e Muniz (2011) citam que as atividades do trabalho exigem sempre um debate das normas existentes

e a inclusão de novas formas de realizá-las. Assim, “a eficácia não é neutra, mas construída a partir desse debate de normas, dessas escolhas que têm grande consequência na vida no trabalho” (FRANÇA; MUNIZ, 2011, p.210).

Nos últimos anos, com a gestão da EBSEH, estabelece-se um movimento para superar os modelos de atenção individualizados e fragmentados, buscando, para tanto, oferecer condições materiais, estruturais e organizacionais, com vistas a atender às necessidades dos usuários dos serviços, reorganizando o modelo assistencial (SODRÉ *et al.*, 2013). Na instituição HUB/UnB encontra-se, em fase inicial, o modelo de atenção pelas Linhas de Cuidado, bem como a utilização do Processo de Enfermagem Informatizado e uso eletrônico do prontuário por todos os membros da equipe. Contudo, independentemente da nova modalidade de gestão, o serviço IUCC oferece ações que visam o cuidado integral e a integralidade da assistência, comprovadas nas reuniões de admissão aos usuários do serviço, realizadas pelas enfermeiras que procuram incluir os demais integrantes da equipe multiprofissional. Ainda frágil, mas com a administração da EBSEH no HUB/UnB, começam a despontar alguns ganhos para a assistência e o trabalhador devido à inclusão do reordenamento dos serviços assistenciais, seleção e contratação de pessoal e implantação de uma nova arquitetura organizacional.

O processo de trabalho nas unidades hospitalares pesquisadas deveria ser pensado e organizado a partir da articulação das equipes assistenciais, visto que nestes espaços o trabalho se dá de forma coletiva. Porém, as ações específicas a serem executadas pelos integrantes das diversas categorias, que fazem parte da equipe multiprofissional, nem sempre ocorrem de maneira consensual, interferindo no trabalho das demais categorias profissionais. O limite deste impasse só pode ser dado pelos atores envolvidos no momento em que ocorre o problema.

No mundo do trabalho, que é constituído por diferentes categorias profissionais, apresentam-se diferentes situações que devem ser deliberadas, ou seja, as pessoas devem buscar as respostas apropriadas sobre determinado assunto, ou situação de trabalho. Isso implica em admitir que o conhecimento não pertence apenas a uma pessoa. O posicionamento, a postura, a atitude, mesmo que não partilhe das mesmas ideias, pode levar a entender que existem outras verdades, ou seja, “admitir e aceitar que não sabemos tudo e que nunca poderemos sabê-lo, quando se trata de agir sobre e com os humanos; que não há

verdade imutável e definitiva; que nunca há somente uma maneira certa para se fazer as coisas” (TRINQUET, 2010, p.100).

Os meios de comunicação vêm alterando os ambientes de trabalho entre os trabalhadores de enfermagem e equipe multiprofissional. O uso de redes sociais, como WhatsApp e e-mail, esteve evidenciado nas atividades diárias do trabalho, podendo se estender para o período de descanso do trabalhador. Desta forma, o espaço público do trabalho vem invadindo progressivamente o espaço particular do trabalhador.

Não existe dúvida de que os trabalhadores da área da saúde vêm adquirindo novas habilidades no uso de ferramentas com inovações tecnológicas, tanto para o uso pessoal, quanto no trabalho, e, ao socializar estes conhecimentos, geram transferências de tecnologia. Segundo Schwartz (2006) “qualquer aplicação técnica é sempre uma maneira de transferência de tecnologia, de recriação. Sempre há uma parte, mesmo que mínima, de recriação”. Isto demonstra que a atividade de trabalho real é sempre uma ação de renormalização do trabalho prescrito (SCHWARTZ, 2006, p. 464). Deste modo, ao discutir a atividade humana em geral no desenvolvimento das atividades do trabalho entre o local e o geral, de modo a transformar em melhorias das condições de trabalho para o trabalhador e para o usuário do serviço, levam a constantes renormatizações dos processos que irão construindo a história.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo das condições e da organização do trabalho, podem-se perceber semelhanças e diferenças no trabalho dos profissionais de enfermagem nas instituições investigadas. Destaca-se o empenho dos profissionais em cumprir as determinações/normas do trabalho prescrito, enquanto categoria e instituição. Por outro lado, evidencia-se que os trabalhadores da enfermagem possuem condições de trabalho pouco favoráveis para realizarem suas atividades cotidianas, quando se consideram as instalações físicas inadequadas. No entanto, com a gestão vinculada à EBSERH houve ganho no número de profissionais e alguns reordenamentos dos serviços assistenciais, possibilitando melhores condições para atender à demanda. Somente os trabalhadores de enfermagem podem transformar as suas práticas, e esta transformação passa pela busca por novos conhecimentos que fundamentem novas formas de realizar o trabalho.

Apesar de um caminhar voltado para um cuidado mais horizontalizado e mais integral, ainda existe a fragmentação do cuidado na enfermagem, que acontece devido à organização do trabalho, principalmente por ser exercida por diferentes categorias profissionais e pela escolha do modelo assistencial adotado, que não possibilita ver o usuário como um sujeito integral, com múltiplas dimensões. Pois, ao se fragmentar o trabalho, fragmenta-se também o sujeito que é cuidado.

As dificuldades de mudanças passam pelas limitações das condições de trabalho, pela formação acadêmica e pela carência de práticas reflexivas que levem os trabalhadores a buscar outros modos de produzir em saúde, tanto no espaço individual, como no coletivo do cuidado, repensando e recriando o trabalho da enfermagem no caminho da integralidade da assistência.

Ao pensar o trabalho real da enfermagem enquanto assistência prestada, independentemente do modelo assistencial adotado pelas instituições pesquisadas, as ações de enfermagem apresentam aspectos que se aproximam, e outros que se distanciam da integralidade da assistência. A busca da integralidade do cuidado passa pela possibilidade de incorporar novos modelos de organização do trabalho, que possibilitem olhar o usuário como um ser social, integral, com múltiplas dimensões, o que implica em um trabalho multidisciplinar, além do trabalho da enfermagem, que, de certa forma, encontra-se prescrito nos princípios do SUS e na própria reorganização por Linhas de Cuidado, que ainda encontra-se pouco visível no modelo de organização da instituição, sendo um desafio sua incorporação. Há que se salientar, no entanto, que o conjunto das mudanças normalmente se dá de forma lenta e gradativa e compete aos trabalhadores, aos gestores e inclusive aos usuários, a definição dos rumos que se quer seguir.

O momento atual vivenciado pelos HU certamente constitui um excelente período para se debater a organização do trabalho da enfermagem nas instituições hospitalares, uma vez que está em fase de discussão a reorganização do modelo assistencial, voltado para práticas cuidadoras baseadas na RAS e nas Linhas de Cuidado, o que implicará uma mudança também na forma de organização do trabalho da enfermagem.

REFERENCIAS

ATLAS.TI. *ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH*.
Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O HumanizaSUS na atenção básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <www.redehumanizaus.net/sites/default/.../10_0381_final_o_humaniza_sus_na_ab.pdf>. Acesso em: 10 set. 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos**. 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2013.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007>. Acesso em: 22 set. 2013.

CANALES-VERGARA, M.; VALENZUELA-SUAZOB, S.; PARAVIC-KLIJN, T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería ver Chile. **Enfermería Universitaria**, v. 13, n. 3, p. 178-86, 2016. Disponible: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358746914007>>. Acceso: 05 ene. 2017.

COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. IN: PIRES, D. E. *et al* (Org). Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Quorum Comunicação, 2ª ed., 2013. p. 132.

_____. **Legislação Comentada: Lei do Exercício Profissional e Código de Ética**. IN: BRESCIANI, H. R. *et al* (Org). Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Letra Editora, 2016. p. 137.

COSTA, J. S. **Métodos de prestação de cuidados**. Escola superior de enfermagem de Viseu - 30 anos. 2004. Disponível em: <www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67,

2011. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/03.pdf>. Acesso em: 21 set. 2013.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário de Brasília. HUB/UnB. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. Brasília, fev. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103320/dimensionamento_de_servicos_hub_unb.pdf/ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>. Acesso em: 18 nov. 2015.

_____. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH: **diretrizes técnicas**. Ministro de Estado da Educação. Versão 1.0. 203a.

FARIA, V. C.; LIMA, L. M. A critical analysis of biosafety regulation implementation in various settings. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23, n. 3, p. 363-67. 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/224>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

FRANÇA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 201-221, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 24 out. 2016.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: 2.nd. Sage 2014.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 63, n. 5 p. 786-92. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500015>. Acesso em: 15 nov. 2016.

HUB – Hospital Universitário de Brasília. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília**. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2013-2014. p. 217, 2014.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no versil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 437-45, 2009.

Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em: 15 nov. 2016.

LORENZETTI, J. *et al.* Work organization in hospital nursing: literature review approach. **Text– contexto - enferm.** [online] v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>>. Acesso em: 24 out. 2016.

MARZIALE, M. H. P. Nurses point out inadequate work conditions resulting in the deterioration of nursing care quality. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9 n. 3, 2001. Available in:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12040783>>. Access in: 05 jan. 2017.

MATOS, E.; PIRES, D. E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017>. Acesso em: 03 set. 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.

MINAYO, M. C.S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

OLIVEIRA, P. A. B. **Trabalho prescrito e trabalho real**. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). **Dicionário de Trabalho e Tecnologia**. 2ª. ed. Porto Alegre RS: Zouk, p. 461-465, 2011.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilities and limits of organization of nursing work in the comprehensive care model in a hospital institution. **Texto & context enferm.** v. 22, n. 2, p. 500-508, 2013. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-

07072013000200028&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 25 nov. 2016.

PALMA, F. S.; SUAZO, S. V.; ALVARADO, O. S. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. **Cienc. enferm.** [online], v. 21, n. 2, p. 11-20, 2015. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_02.pdf>. Acesso em: 05 ene. 2017.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª. ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social – CUT; Annablume, 2008.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em – enfermagem** - avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

SCHERER, M. Projeto de pesquisa Problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudos Brasil, França e Argélia, submetido ao edital **Universal 14/2013 do CNPq**. Brasília, 2013.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SCHERER, M. D. A.; JOAZEIRO, E. M. G. trabalho coletivo em hospitais de ensino: desafios e reservas de alternativas. In: **Trabalho e saúde: cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. Opção, 1ª. ed., São Paulo, 2015.

SCHMOELLER, R. *et al.* Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão inerrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200022>. Acesso em: 15 nov. 2016.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. **Revista Pro-posições**, Faculdade de Educação, Unicamp, 32. São Paulo, 2000. Disponível em:<<http://www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/32-artigos-schwartz.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004. Disponível em:
<<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAnterior&Num=61&Idioma=pt-br&Esp=22>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Transmissão e ensino: do mecânico ao pedagógico. **Pro-Posições**, v. 16, n. 3(48), p. 229-44, 2005. Disponível em:
<www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/48_artigos_schwartz.pdf> Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Entrevista: Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde** [online], v. 4, n. 2, p. 457-66, 2006. Disponível em:
<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200015>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. L'activité en dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II) suivi de: **Mverifeste pour un ergo-engagement**. Toulouse: Octarès Editions, 2009.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. educ. saúde** [online], v. 9, supl.1, p.19-45, 2011. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400002>. Acesso em: 02 nov. 2016.

_____. O Enigma do Trabalho: riscos profissionais e riscos do trabalho. In M. F.BIANCO (Coord.). **Competências e Gestão: dialogando com o trabalho e decifrando suas conexões** (p. 59-70). Vitória: PROEX/UFES. 2014.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-80,

2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

TRINQUET, P. trabalho e educação: o método ergológico. **Rev. HISTEDBR** [on-line], Campinas, número especial, p. 93-113, 2010.

YOU, L. *et al.* Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. **International Journal of Nursing Studies**, n. 50, p. 154–61, 2013. Available in: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748912001563>>. Access in: 05 jan. 2017.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Partindo do pressuposto que os hospitais universitários são centros respeitáveis, fundamentais e de ponta para o ensino, pesquisa e assistência à população brasileira, esta pesquisa procurou analisar e comparar os contextos e desafios no trabalho dos profissionais da saúde nos Hospitais Universitários Federais do HU/UFSC e HUB/UnB, com vistas a um trabalho multiprofissional que se aproxime da perspectiva da integralidade da assistência. Neste movimento, inicio as considerações finais.

Após definir as etapas preliminares do estudo, o tema e os objetivos, pensou-se a respeito de um referencial teórico que possibilitasse fundamentar o desenvolvimento desta pesquisa e, neste aspecto, o alicerce se deu com base no referencial do Processo de Trabalho e a na abordagem Ergológica, assim como nas produções que orientam a construção do Sistema Único de Saúde no Brasil, constituindo-se adequados e de fácil aliança com os resultados encontrados no estudo. Ao considerar o processo de trabalho dos profissionais, pôde-se confrontar o trabalho prescrito e o real no contexto das instituições.

Ao longo da história das profissões da área da saúde, estas têm buscado/intensificado, em certo grau, iniciativas de cuidado com o ser humano, considerando a visão multidimensional, ou seja, que envolve todo o processo de viver. A ciência tem, de certa forma, dividido o ser humano de acordo com o conhecimento específico de cada profissão. Essa dimensão do ser humano pode ser limitada em decorrência do modo como o trabalho é organizado. Iniciativas governamentais e das instituições de saúde com olhar voltado à integralidade visam reduzir a fragmentação da assistência, priorizando um cuidado mais horizontalizado e humanizado.

O modelo de gestão que vem sendo adotado na ampla maioria dos hospitais universitários federais com a adesão à EBSEH, busca implantar medidas mais padronizadas, com melhorias nos recursos humanos, na infraestrutura e com ganhos, principalmente, no atendimento à população. Neste modelo proposto, o atendimento é exclusivamente pelo SUS e guiado, sobretudo, por ações específicas na intenção/construção de uma grande rede de atenção à saúde. Nesta visão, as instituições devem buscar meios que promovam um atendimento mais integrado e humanizado, bem como reduzir gastos,

umentar a produtividade com qualidade e gerar ganhos à formação dos profissionais da saúde.

Considerando que este estudo buscou investigar semelhanças e diferenças entre as instituições (HU/UFSC e HUB/UnB), foi possível constatar que existe um número maior de semelhanças no conjunto da gestão e das práticas cotidianas das instituições.

Pode-se dizer que, no atual momento, os dois HU passam por iniciativas de gestão, seguindo a diretriz governamental de trabalhar com a EBSEH. Certamente, neste processo, existe sempre uma discussão de cada instituição na pactuação do contrato, redefinido em biênios. Mesmo assim, alguns padrões são seguidos por todos os HU, como a necessidade de controle de gastos, o aumento de produtividade e o modelo assistencial. Ainda é cedo para afirmar que esta foi a melhor escolha. No entanto, alguns ganhos começam a despontar, principalmente na realidade do HU/UnB, tais como aumento do quadro de pessoal, reforma de unidades assistenciais, mudança no modelo de gestão e assistencial, beneficiando o usuário do serviço. Mesmo que seja precoce afirmar, espera-se incorporar ganhos para a assistência, o ensino e a pesquisa, confirmando deste modo, o verdadeiro papel dos HU, como instituições de ponta na formação dos profissionais da saúde e nos cuidados à população, embora signifique desafios para os gestores das instituições pesquisadas, principalmente no que concerne à mudança no modelo assistencial, com a incorporação das Linhas de Cuidado.

Ao pesquisar os serviços de emergência, os HU, como parte integrante do SUS, buscam meios de atender suas determinações. Neste sentido, os dois serviços de emergência vêm se integrando às Redes de Atenção à Saúde (RAS), pactuando a região/população a ser atendida conforme capacidade da estrutura operacional, que inclui um sistema de fluxo e funcionamento que determina inclusive o modelo de atenção à saúde a ser seguido. Neste sentido, as instituições pesquisadas trilham caminhos diferenciados.

No HUB, o Pronto Atendimento de Emergência (PCA) à população adulta atendida é por demanda espontânea apenas para os usuários da oncologia em tratamento, os demais atendimentos se dão de forma regulada, ou seja, o usuário precisa passar por outro serviço de saúde e por meio da central de regulação de leitos deve ser encaminhado para a Unidade de Urgência e Emergência.

Já o Serviço de Emergência Adultos (SEA) do HU/UFSC atende à população por demanda espontânea, e vem se apropriando dos critérios pré-estabelecidos pela RUE, com destaque na adoção do

acolhimento com classificação de risco, do atendimento por equipe multiprofissional, do uso de prontuário único e de iniciativas de referência e contrarreferência na RAS.

Evidenciou-se, neste estudo, que o SEA apresenta limitações no que diz respeito a todas as determinações previstas na legislação da Rede de Urgência e Emergência (RUE), sobretudo em seguir o modelo assistencial preconizado. Estas dificuldades passam pela deficiência de uma equipe multiprofissional compatível com a demanda a ser atendida e com a baixa efetivação dos fluxos de referência e contrarreferência dos usuários aos serviços da Rede. Por outro lado, evidenciam-se ganhos nas relações interprofissionais, nas práticas de ensino e no atendimento ao usuário dos serviços, com práticas que visam o trabalho multidisciplinar e de forma mais horizontalizada, em um olhar mais aproximado dos princípios preconizados pelo SUS.

Outro aspecto evidenciado diz respeito à necessidade de se ter uma legislação que ampare a composição da força de trabalho nos serviços de urgência e emergência, já que as Diretrizes da Rede de Atenção às Urgências não definem especificamente a composição da equipe multiprofissional, deixando ao hospital a responsabilidade de efetuar a composição do quadro profissional que ficará responsável pelo cuidado dispensado ao usuário do serviço. Neste aspecto, observou-se uma sobrecarga de trabalho para os profissionais médicos e de enfermagem que têm a responsabilidade de prestar atendimento a toda população. Além disso, por ser hospital-escola, os profissionais possuem a responsabilidade de auxiliar na formação acadêmica da graduação, das residências e pós-graduações. As situações do trabalho diário se agravam diante do déficit no quadro de trabalhadores, no espaço físico inadequado e na demanda de atendimento como porta aberta, fatos comprovados neste estudo.

De modo geral, o déficit no número de profissionais, principalmente da enfermagem, esteve presente permanentemente na realidade do HU/UFSC, independente do serviço investigado. Independente do número de trabalhadores escalados para dar conta do turno de trabalho, esteve presente nas falas dos participantes o compromisso em assumir as atribuições individuais, a divisão do trabalho, buscando equilíbrio no ritmo do trabalho de cada profissional, o que permitiu, neste caso, fazer-se uma comparação positiva entre o trabalho prescrito (normativas institucionais) e o trabalho real (limitações/deficiências) na jornada de trabalho, ficando em evidência o

comprometimento enquanto profissional e integrante de um serviço/instituição.

Pensando as atividades de trabalho no contexto diário das instituições pesquisadas, percebeu-se a existência de debates entre as normas e as práticas diárias de trabalho, estabelecendo-se movimentos de renormalizações, e não apenas a reprodução do existente. Nestes movimentos, estiveram presentes as relações de poder individual, as quais vão construindo suas histórias, que refletem e interferem na realização das atividades de trabalho. Na realização do trabalho cotidiano alguns momentos vão além do conteúdo oficial, definindo a maneira com que vão se organizar para fazer, ou não, o que está pré-determinado.

Comprovou-se no decorrer desta pesquisa que, apesar de um caminhar voltado para o cuidado horizontalizado e integral, ainda existe a fragmentação do cuidado entre as equipes multidisciplinares. Na enfermagem, esta fragmentação do cuidado pode ser observada no modo como se dá à organização do trabalho, que, mesmo seguindo o modelo de cuidado integral, ainda, em muitos momentos, fragmenta os cuidados em suas práticas diárias. Salienta-se que nos serviços pesquisados, no período noturno, a enfermagem segue o modelo de cuidados funcionais, exceto nas unidades cirúrgicas do HUB.

As dificuldades de mudanças das práticas são justificadas pelas limitações das condições de trabalho, pela formação acadêmica e ausência de práticas reflexivas e, neste sentido, há que se buscar espaços para que os trabalhadores possam pensar cotidianamente os modos de produzir saúde, tanto no que se refere ao cuidado individual, como ao coletivo, repensando e recriando o trabalho da enfermagem no caminho da integralidade da assistência. O conjunto destas mudanças normalmente se dá de forma lenta e gradativa e compete aos trabalhadores, aos gestores e, inclusive, aos usuários a definição dos rumos que se quer seguir.

Contudo, para que ocorra a integralidade da assistência faz-se necessário seguir o que está prescrito, ou seja, a integralidade advinda das RAS e das Linhas de Cuidado, ou mesmo das atribuições e normas institucionais. No entanto, o discurso dos entrevistados e, principalmente, o que se observou foi que no trabalho real esta integralidade ainda ocorre de forma incipiente. Há que se buscar espaços de construção, com os trabalhadores, de um novo modelo assistencial, pois eles são atores sociais fundamentais para que se efetive a mudança do modelo organizacional e assistencial.

Certamente, o atual momento é um excelente período para se discutir a organização do trabalho multidisciplinar e da enfermagem nas instituições hospitalares, uma vez que está ocorrendo uma mudança no processo de gestão, com práticas clínicas cuidadoras baseadas na RAS e Linhas de Cuidado.

Registra-se como limitação do estudo que ele foi realizado apenas em dois HU, mas, entende-se que estes apresentam semelhanças com as demais instituições hospitalares universitárias do país; porém não se exclui a necessidade de ampliação de novos estudos, com a possibilidade de avaliar diferentes realidades, em outros momentos e contextos.

Conclui-se que aos resultados alcançados reafirmam a tese de que a organização do trabalho dos Hospitais Universitários Federais enfrenta desafios na superação da fragmentação e na construção da integralidade assistencial, para as quais é fundamental a compreensão da relação existente entre o trabalho prescrito e o trabalho real.

REFERÊNCIAS

AMANCIO FILHO, A. Dilemas e desafios da formação profissional em saúde. **Interface** (Botucatu) [online], v. 8, n. 15, p. 375-80, 2004.

Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832004000200019>. Acesso em: 06 nov. 2016.

ANGROSINO, M. **Etnografia e observação participante**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2008.

ARAÚJO, K. M., LETA, J. Os hospitais universitários federais e suas missões institucionais no passado e no presente. **Hist cienc Saúde**, v. 21, n. 4, p. 1261-81, 2014. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n4/0104-5970-hcsm-S0104-59702014005000022.pdf>. Acesso em: 16 set. 2015.

ATLAS.TI. **ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH**. Qualitative Data Analysis. Version 7.5.10. Berlin, 2015.

AVENA, D. A. **O engenho por dentro**: cartografia das práticas cotidianas de cuidado em saúde mental dos auxiliares e técnicos de enfermagem na perspectiva da integralidade. 2009. 143 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BARATA, L.R.B.; MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N.V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**. SP. v. 46, n. 12, p.7-14, 2010. Disponível em:

<sistema.saude.sp.gov.br/sahe/documento/ras46.pdf>. Acesso em: 28 ago. 2015.

BERTONCINI, J. H.; PIRES, D. E. P.; SCHERER, M. D. A. Condições de trabalho e renormalizações nas atividades das enfermeiras na saúde da família. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 157-73, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/08.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2016.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Gestão de custos aplicada a hospitais universitários públicos: a experiência do Hospital das Clínicas

da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP. **ter. Adm. Pública**. Rio de Janeiro. v. 44, n. 4, p. 903-93, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122010000400007>>. Acesso em: 03 set. 2016.

BORZEL, T. A. Qué tienen de especial los policy networks? Explorando el concepto y su utilidad para el estudio de la gobernación europea, 1997. **Rev. redes**. Disponível em: <<http://revista-redes.rediris.es/webredes/textos/policynet.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2016.

BRASIL. Presidência da República Casa Civil Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Emenda Constitucional nº 19, de 1998 – Planalto**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 16 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização**: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://telessaude.saude.ms.gov.br/ava/file.php/1/Cartilhas_da_PNH/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **O Humaniza SUS na atenção básica**. Brasília: 2009. Disponível em: <http://www.redehumanizasus.net/sites/default/files/10_0381_final_o_h>

umanizassus_na_ab.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 4.279**. Estabelece as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, dezembro de 2010a. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 20 jul.2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção hospitalar. Série B. Textos Básicos de Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**, v. 3. Brasília, p. 268, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_humanizassus_atencao_hospitalar.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Presidência da República Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011a**. Autoriza o Poder Executivo a criar a empresa pública denominada Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 09 dez. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. A política de reestruturação dos hospitais de ensino e filantrópicos no Brasil no período de 2003-2010: **uma análise do processo de implantação da contratualização**. Série C: Projetos Programas e Relatórios. Brasília. 90 p. 2012. Disponível em: <<http://pesquisa.bvs.br/brasil/resource/pt/lil-685829>> Acesso em: 03 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Curso de auto aprendizado Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde Brasília**. 2012a. Disponível em: <http://www.redehumanizassus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1.pdf>. Acesso em: 20 jul.2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 466/12b. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres**

Humanos. Disponível em:

<<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 26 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 21 set. 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013a. 84 p. disponível em:

<bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

_____. Departamento de Atenção Básica Ministério da Saúde.

Qualidia. Coordenação Nacional de Hipertensão e Diabetes. 2015.

Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/16_11_2011_10.31.24.2b3a3162d230f9d2d436e2b0e12d879f.pdf>. Acesso em: 22 jun. 2015.

_____. **Apresentação.** Hospitais Universitários. Ministério da Educação. 2015. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/hospitais-universitarios/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 20 set. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria interministerial nº 285**, de 24 de março de 2015. 2015b.

<http://sistema4.saude.sp.gov.br/sahe/documento/portaria/PORTARIA_INTERMINISTERIAL_285.pdf>. Acesso em: 01 jul. 2015.

BREHMER, L. C. F.; RAMOS, F. R. S. The healthcare model in training for nursing: experiences and perceptions. **Interface (Botucatu)**,

v. 20, n. 56, p.135-45, 2016. Disponível em:
<<http://www.scielosp.org/pdf/icse/v20n56/1807-5762-icse-1807-576220150218.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

BUENO, A. A.; BERNARDES, A. Percepção da equipe de enfermagem de um serviço de atendimento pré-hospitalar móvel sobre o gerenciamento de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 19, n. 1, p. 45-53, 2010. Disponível em:
<www.scielo.br/pdf/tce/v19n1/v19n1a05>. Acesso em: 25 out. 2016.

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. **Ciência e Saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 849-859, 2007. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400007>. Acesso em: 10 set. 2016.

CANALES-VERGARA, M.; VALENZUELA-SUAZOB, S.; PARAVIC-KLIJN, T. Condiciones de trabajo de los profesionales de enfermería en Chile. **Enfermería Universitaria**, v. 13, n. 3, p. 178-86, 2016. Disponible en:
<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=358746914007>>. Acceso: 05 ene. 2017.

CAPELLA, B. B. **Uma abordagem sócio-humanista para um “modo de fazer” o trabalho de enfermagem**. Pelotas: Universitária/UFPEL, 1998.

CARMO, M.; ANDRADE, E, L, G.; MOTA, J. A. C. Hospital universitário e gestão do sistema de saúde: uma trajetória positiva de integração. **REME. Rev. Min. Enferm**, v. 11, n. 4, p. 387-94, 2007. Disponível em: <www.reme.org.br/artigo/detalhes/918>. Acesso em: 04 set. 2015.

CARVALHO, B. G. *et al.* Work and Inter-subjectivity: a theoretical reflection on its dialectics in the field of health and nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 20, n. 1, p. 19-26, 2012. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692012000100004>. Acesso em: 20 out. 2016.

CASTELLS M. **O poder da identidade**. Tradução: Klauss Brandini Gerhardt. 2ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTRO, E. A. B.; SOUZA, A. I. S. Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino. **Rev APS**, v. 13, n. 1, p. 46-49, 2010. Disponível em: <<https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/791>>. Acesso em: 20 set. 2015.

CECILIO, L. C. O.; MENDES, T. C. Propostas alternativas de gestão hospitalar e o protagonismo dos trabalhadores: por que as coisas nem sempre acontecem como os dirigentes desejam? **Saude soc.** [online], v. 13, n. 2, p. 39-55, 2004. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/05.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

CHERCHIGLIA, M. L.; DALLARI, S. G. Tempo de mudanças: sobrevivência de um hospital público. **RAE-eletrônica**, v. 5, n. 2, art.16, jul./dez. 2006. Disponível em: <<http://website.redalyc.org/articulo.oa?id=205114652007>>. Acesso em: 16 set. 2016.

CHIORO DOS REIS R. A. A.; CECÍLIO, L. C. O. A política de reestruturação dos hospitais de ensino: notas preliminares sobre os seus impactos na micropolítica da organização hospitalar. **Saúde em Debate**, v. 33, n. 81, p. 88-97, 2009. Disponível em: <www.redalyc.org/pdf/4063/406341772011.pdf>. Acesso em: 20 out. 2015.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resolucofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 26 out. 2016.

COREN/SC. Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina. **Consolidação da Legislação e Ética Profissional**. In: PIRES, D. E. *et al* (Org). Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Quorum Comunicação, 2ª ed., 2013. p. 132.

COREN/SC - Conselho Regional de Enfermagem em Santa Catarina. **Legislação Comentada: Lei do Exercício Profissional e Código de Ética**. IN: BRESCIANI, H. R. *et al* (Org). Florianópolis: Conselho Regional de Enfermagem SC: Letra Editora, 2016. p. 137.

COSTA, J. S. **Métodos de prestação de cuidados**. Escola superior de enfermagem de Viseu - 30 anos. 2004. Disponível em: <www.ipv.pt/millennium/Millennium30/19.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2010.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativos e misto**. Tradução: Luciana de Oliveira da Rocha. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

DURRIVE, L. A atividade humana, simultaneamente intelectual e vital: esclarecimentos complementares de Pierre Pastré e Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 47-67, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400003>. Acesso em: 10 nov. 2016.

EBSERH. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Hospital Universitário de Brasília. HUB/UnB. **Dimensionamento de Serviços Assistenciais**. Brasília, fev. 2013. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/documents/15796/103320/dimensionamento_de_servicos_hub_unb.pdf/ef73922c-2b08-4b93-a46d-51955a19a736>. Acesso em: 18 nov. 2015>.

_____. Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH: **diretrizes técnicas**. Ministro de Estado da Educação. Versão 1.0ª 2013a.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conheça os hospitais universitários**. 2015. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conheça os hospitais universitários**. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 23 ago.2016.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Conheça os hospitais universitários**. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/apresentacao1>>. Acesso em: 03 set.2016.

_____. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Apresentação**. 2016a. Disponível em: <www.ebserh.gov.br>. Acesso em: 26 out. 2016.

FARIA, V. C.; LIMA, L. M. A critical analysis of biosafety regulation implementation in various settings. **Rev Med Minas Gerais**. v. 23, n. 3, p. 363-67. 2013. Disponível em: <<http://rmmg.org/artigo/detalhes/224>>. Acesso em: 29 dez. 2016.

FERREIRA, S. R. V.; MENDONÇA, M. H. M. O programa de reestruturação dos Hospitais de Ensino (HE) do Ministério da Educação (MEC) no Sistema Único de Saúde (SUS): uma inovação gerencial recente. **Rev. Adm. Saúde**, v. 11, n. 44, p. 113-26, 2009. Disponível em: <www.cqh.org.br/portal/pag/anexos/baixar.php?p_ndoc=211&p_nanexo=113>. Acesso em: 09 set. 2015.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECILIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciênc. saúde coletiva** [online], v. 12, n. 4, p. 965-71, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018>. Acesso em: 05 nov. 2016.

FIGARO, R. Estudo de Recepção e Ergologia: novos desafios teórico-metodológicos. Revista da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Comunicação **E-compós**, Brasília, v. 12, n. 3, p. 1-11, 2009. Disponível em: <<http://www.compos.org.br/seer/index.php/e-compos/article/viewFile/443/392>>. Acesso em: 12 nov. 2016.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas.

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan, 2008.

Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v24n1/02.pdf>>.

Acesso em: 26 mar. 2016.

FRANÇA, M. B.; MUNIZ, H. P. A gestão coletiva dos serviços de saúde pública: uma perspectiva ergológica. **Trab. educ. saúde** (Online),

Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 201-221, 2011. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=pt&nrm=iso)

[77462011000400010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462011000400010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 24 out. 2016.

FRANCO, T. F.; JÚNIOR, H. M. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**; Hucitec, 2ª. ed., São Paulo, 2004.

FRIESE, S. **Qualitative Data Analysis with ATLAS.ti**. London: 2ª.nd. Sage, 2014.

GALLAS, S. R.; FONTANA, R. T. Biossegurança e a enfermagem nos cuidados clínicos: contribuições para a saúde do trabalhador. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 63, n. 5 p. 786-92. 2010. Disponível em:

<[www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500015)

[71672010000500015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000500015)>. Acesso em: 15 nov. 2016.

GANONG, L. H. Integrative reviews of nursing. **Rev Nurs Health**, v. 10, n. 1, p. 1-11, 1987.

GELBCKE, F. L. *et al.* Liderança em ambientes de cuidados críticos: reflexões e desafios à Enfermagem Brasileira. **Rev. bras. enferm.**

[online], v. 62, n. 1, p. 136-9, 2009. Disponível em:

<www.scielo.br/pdf/reben/v62n1/21.pdf>. Acesso em: 05 nov. 2016.

GEROLIN, F. S. F. CUNHA, I. C. K. O. Modelos Assistenciais na Enfermagem - Revisão de Literatura. **Enfermagem em Foco**, v. 4, n. 1, p. 33-36, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de Pesquisa**. 5ª. ed. São Paulo: Atlas, 2010. 184 p.

GRIMES, D. A.; SCHULZ, K. F. **Descriptive studies**: what they can and cannot do. *The Lancet*, vol 359, n. 9301, p. 145-49, 2002.

HEALY, J.; MCKEE, M. C. The evolution of hospital systems. In: Healy, Judith; Mckee, Martin (Org.). **Hospitals in a changing Europe**. **Buckingham**: Open University Press. 2002, p. 14-35.

HUB – Hospital Universitário de Brasília. Curso de Especialização em Gestão de Hospitais Universitários do SUS: **Plano Diretor Estratégico do Hospital Universitário de Brasília**. Ministério da Educação, Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. São Paulo, 2013-2014. p. 217, 2014.

HUB - Hospital Universitário de Brasília. Portal EBSEH/HUB-UnB - Hospital Universitário de Brasília da Universidade de Brasília/Sobre/Institucional/Organograma/ **Organograma**. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb/organograma>>. Acesso em: 25 set. 2016.

HUB/UnB. Hospital Universitário de Brasília/ Universidade de Brasília. **Gestão**. Conselho de Saúde aprova contrato entre HUB e SES-DF. 2016. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/web/hub-unb>>. Acesso em: 22 out. 2016.

HU/UFSC - Hospital universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina. HU/UFSC e Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina pelo lado do HU. **Plano de Reestruturação do HU/UFSC 2010-2014**. Florianópolis, p.111, 2010, sua atualização em 2012.

HU/UFSC - Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina. **Apresentação**. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/?page_id=12>. Acesso em: 18 nov. 2015

HU/UFSC - Hospital Universitário/ Universidade Federal de Santa Catarina. 2015. Disponível em: <<http://www.hu.ufsc.br/>>. Acesso em: 18 nov. 2015.

LIMA NETO, A. V., *et al.* Classificação de risco em emergência hospitalar: relações entre a prática, o profissional e o usuário. **Rev. Interd.** v. 9, n. 2, p. 1-12, 2016. Disponível em:

<revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/893>. Acesso em: 21 set. 2016.

LINS, M. E. *et al.* O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 985-98, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400020>. Acesso em: 20 nov. 2015.

LOBO, M. S. C. *et al.* Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino no Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p. 437-45, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000300007>. Acesso em: 15 nov. 2015.

LOBO, M. E. C. *et al.* Assessment of teaching-health care integration and performance in university hospitals. **Rev Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p.581-90, 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20676550>. Acesso em: 22 out. 2015.

LORENZETTI, J. “**Praxis**”: **tecnologia de gestão de unidades de internação hospitalares**. 2013. 265 f. (Tese de Doutorado) Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

LORENZETTI, J. *et al.* Work organization in hospital nursing: literature review approach. **Texto contexto - enferm.** [online] v. 23, n. 4, p. 1104-1112, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n4/0104-0707-tce-23-04-01104.pdf>. Acesso em: 24 out. 2016.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciênc saúde coletiva**, v. 12, n. 4, p. 871-7, 2007. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400009>. Acesso em: 16 set. 2015.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface** -

Comunic., Saude, Educ., v. 14, n. 34, p. 593-605, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010>. Acesso em: 16 out. 2016.

MANDU, E N.T. *et al.* **Literatura** brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias Marxianas. **Rev. bras. enferm.** [online] v. 64, n. 4, p. 766-773, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n4/a21v64n4.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

MARQUES, D.; SILVA, E. M. A enfermagem e o Programa Saúde da Família: uma parceria de sucesso? **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 5, p. 545-50, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n5/a06v57n5.pdf>>. Acesso em: 08 ago. 2015.

MARTINS, N. R. A. V. **Desafios para gestão em uma Unidade de Urgência e Emergência**. Trabalho apresentado a disciplina de estágio supervisionado em saúde coletiva 2. Brasília, 2016.

MARX, K. O Capital. **Processo de Trabalho e Processo de Produção de Mais Valia**. 8^a. ed. v. 1, São Paulo: Difel, p. 201-223, 1982.

_____. O capital: **Crítica a economia política**. Tradução: Reginaldo Sant'ana. 4^a. ed. v. 1, São Paulo: Difel, 1989.

MARZIALE, M. H. P. Nurses point out inadequate work conditions resulting in the deterioration of nursing care quality. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 9 n. 3, 2001. Available in: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12040783> >. Access in: 05 jan. 2017.

MATOS, E. **Novas formas de organização do trabalho e aplicação na enfermagem: possibilidades e limites**. 2002. 140f. (Dissertação de Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

MATOS, E. **A contribuição da prática interdisciplinar na construção de novas formas de organização do trabalho em saúde**. 2006. 355f. (Tese de Doutorado) Programa de Pós-Graduação em

Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

MATOS, E.; PIRES, D. E. Teorias administrativas e organização do trabalho: de taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508-514, 2006. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300017>. Acesso em: 20 nov. 2015.

_____. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 338-46, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/18.pdf>. Acesso em: 26 out. 2016.

MATOS, E.; PIRES, D. E.; CAMPOS, G. W. S. Relações de trabalho em equipes interdisciplinares: contribuições para a constituição de novas formas de organização do trabalho em saúde. **Rev. bras. Enferm**, v. 62, n. 6, p.863-69, 2009. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000600010>. Acesso em: 24 nov. 2016.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A; organizadores. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Uerj/IMS/Abrasco; 2001. p. 39-64.

MCKEE, M.; HEALY, J. the significance of hospitals: na introduction. In: Healy, Judith; Mckee, Martin (Org.). **Hospitals in a changing Europe**. Buckingham: Open University Press. 2002. p. 3-13.

MEDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev Assoc Med Bras**, v. 47, n. 2, p. 49-156, 2001. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000200034&script=sci...tlnng...>. Acesso em: 20 set. 2015.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlnng=pt>. Acesso em: 10

dez. 2016.

_____. As redes de atenção à saúde. Brasília: **Organização Pan-Americana da Saúde**, p. 549, 2011. Disponível em: <www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid...>. Acesso em: 10 dez. 2016.

MENDONÇA, A. K.; MOURÃO, P. A. S.; LETA, J. Balance between education- and research-oriented publications from a Brazilian University Hospital. **Braz J Med Biol**. 2005; 38(9): 1285-1291. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100....> Acesso em: 20 set. 2015.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. **Campinas: Unicamp**, 2003. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-07.pdf>>. Acesso em: 23 jun. 2015.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8ª ed. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco; 2004.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 29ª ed. Petrópolis, R. J: Vozes, 2010.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. **Avaliação por triangulação de métodos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

MORAIS, G. S. N. *et al.* Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 323-327, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v22n3/a14v22n3.pdf>>. Acesso em: 05 dez. 2016.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* Pesquisa convergente-assistencial: êxitos e dificuldades em sua utilização. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 166-173, 2003.

MORICI, M. C.; BARBOSA, A. C. Q. A gestão de recursos humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo

de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte. **Rev. Adm. Pública**, Minas Gerais, v. 47, n. 1, p.205-25, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-76122013000100009>>. Acesso em: 03 set. 2016.

MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. (Org.) MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOSCOVICI, F. **Renascença organizacional**. 10ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

MOTTA, P. R. Formulação de Políticas e Definição de Objetivos: Imposições no contexto Administrativo. In: GONZALO, V. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.105-12, 2014.

MUNIZ, H; VIDAL, M. C.; VIERA, S. **Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermaria hospitalar**. In: FIGUEIREDO, M. *et al* (Orgs). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, p. 322-344, 2004.

NASCIMENTO, D. D. G.; OLIVEIRA, M. A. C. A política de formação de profissionais da saúde para o SUS: considerações sobre a residência multiprofissional em saúde da família. **REME – Rev. Min. Enf.**, v. 10, n. 4, p. 435-39, 2006. Disponível em: <<http://reme.org.br/artigo/detalhes/443>>. Acesso em: 26 nov. 2016.

O'DWYER, G. O; OLIVEIRA, S. P; SETA, M. H. Avaliação dos serviços hospitalares de emergência do programa QualiSUS. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 14, n. 5, p. 1881-90. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-8123200900050003>. Acesso em: 26 out. 2016.

OLIVEIRA, P. A. B. **Trabalho prescrito e trabalho real**. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. (Org.). *Dicionário de Trabalho e Tecnologia*. 2ª. ed. Porto Alegre RS: Zouk, p. 461-465, 2011.

OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Saberes dos enfermeiros em

uma unidade de internação psiquiátrica de um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 689-691, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n4/pt_v15n4a26.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2016.

ORO, J. **O cuidado integral de enfermagem em unidade de internação hospitalar**. 2011. 163p. Dissertação (Mestrado Profissional Gestão do Cuidado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

ORO, J.; MATOS, E. Possibilities and limits of organization of nursing work in the comprehensive care model in a hospital institution. **Texto & context enferm**. v. 22, n. 2, p. 500-508, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000200028&lng=en&nrm=iso&tlng=en>. Acesso em: 25 nov. 2016.

_____. Organização do trabalho da enfermagem e assistência integral em saúde. **Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 2, p. 137-140, 2011. Disponível em: <revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/113/95>. Acesso em: 26 out. 2016.

OSMO, A. A. Processo gerencial. In: GONZALO, V. N.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.113-26, 2014.

PAIM, J. *et al.* O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios (Artigo) In: Saúde no Brasil. **The Lancet**, p. 11-31, 2011. Disponível em: <actbr.org.br/uploads/conteudo/925_brazil1.pdf>. Acesso em: 03 set. 2016.

PALMA, F. S.; SUAZO, S. V.; ALVARADO, O. S. El trabajo del profesional de enfermería: revisión de la literatura. **Cienc. enferm**. [online], v. 21, n. 2, p. 11-20, 2015. Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v21n2/art_02.pdf>. Acceso: 05 ene. 2017.

PEDUZZI, M. P.; SCHRAIBER, L. M. Processo de Trabalho em Saúde.

Dicionário da educação profissional em saúde / Isabel Brasil Pereira e Júlio César França Lima. 2ª ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 629-46, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312011000200015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 19 set. 2016.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. Consulta coletiva de pré-natal: uma nova proposta para uma assistência integral. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 16, n. 1, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n1/pt_23.pdf>. Acesso em: 13 nov. 2016.

PEREIRA, M. G. *et al.* Liga acadêmica de sistematização da assistência de enfermagem: um relato de experiência. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v. 5, n. 1, p. 85-96, 2016. Disponível em: <<http://www.renome.unimontes.br/index.php/renome/article/view/134/146>>. Acesso em: 26 out. 2016.

PINEDA, E. B; ALVARADO, E. L. Metodología de la investigación. 3ª ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008. 260p.

PINHO, L. B. *et al.* A integralidade no cuidado em saúde: um resgate de parte da produção científica da área. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [serial on line] 2007 Set-Dez; v. 9, n. 3, p. 835-846. Available from: URL: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a22.htm>>. Acesso em: 05 abr. 2017.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org). **Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade**. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

_____. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. **Rev Bras Enfermagem**. n. 53, p. 251-63, 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672000000200010>. Acesso em: 06 dez. 2016.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** 2ª ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social CUT; Annablume, 2008.

PIRES, D.; GELBCKE, F. L.; MATOS, E. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 2, p.311-325, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tes/v2n2/06.pdf>>. Acesso em: 07 dez. 2016.

POLIT, D.; HUNGLER, B. **Pesquisa e Análise Qualitativa.** In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 2002.

POLIT, D. F.; BECK C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem** - avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRACCHIA, L. F. **Linhas de Cuidado nas Redes de Atenção à Saúde.** 2013. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/escolamunicipaldesaude/linhas-de-cuidado-nas-redes-de-ateno>> Acesso em: 17 jun. 2015.

REZENDE, L. S. O Regime de emprego no âmbito da Administração Pública. **Revista CEJ**, Brasília, ano XIV, n. 51, p. 76-84, out./dez. 2010. Disponível em: <http://www.tre-rs.gov.br/arquivos/REZENDE_emplo_adm_publica.pdf>. Acesso em: 16 set. 2016.

ROSSETTI, C. C.; ARAÚJO, J. N. G. Trabalho no SUS e a saúde no trabalho: possibilidades ou paradoxo? In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. (Org.) **Trabalho e saúde - cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro.** 1ª ed. Opcao: São Paulo, p. 119-138, 2015.

SANTOS FILHO, S. B. Análise do trabalho em saúde nos referenciais

da humanização e da relação de serviço. **Actas de Saúde Colet.** n. 5, p. 11-32, 2011. Disponível em:

<<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewFile/987/923>>. Acesso em: 29 nov. 2016.

SCHERER, M. D. A. **O trabalho na equipe de saúde da família:** possibilidades de construção da interdisciplinaridade. 2006, 232 f. [Tese de Doutorado]. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009.

_____. Projeto de pesquisa Problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino: estudos Brasil, França e Argélia, submetido ao edital **Universal 14/2013 do CNPq**. Brasília, 2013.

SCHERER, M. D. A.; JOASEIRO, E. M. G. Trabalho coletivo em hospitais de ensino: desafios e reservas de alternativas. In: ARAÚJO, J. N. G.; FERREIRA, M. C.; ALMEIDA, C. P. (Org.) **Trabalho e saúde - cenários, impasses e alternativas no contexto brasileiro**. 1ª ed. Opção: São Paulo, p. 93-118, 2015.

SCHERER, M. D. A.; PIRES, D.; SCHWARTZ, Y. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 4, p. 721-25, 2009. Disponível em:

<www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020>. Acesso em: 02 nov. 2016.

SCHMOELLER, R. *et al.* Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão inerrativa. **Rev. Gaúcha Enferm.** [online], v. 32, n. 2, p. 368-77, 2011. Disponível em:

www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000200022. Acesso em: 15 nov. 2016.

SCHWARTZ, Y. **Reconnaissances du travail:** pour une approche ergologique. 2ª ed. Paris: PUF, 1998.

_____. A Comunidade Científica Ampliada e o Regime de Produção

de Saberes. **Trabalho e Educação- Revista do NETE**, n. 7, p.38-46, 2000. Disponível em: <<http://www.portal.fae.ufmg.br/seer/index.php/trabedu/article/view/1681/1274>>. Acesso em: 10 dez. 2016.

_____. **Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias**. In: FIGUIREDO, Marcelo, *et al* (Orgs.). *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industriosa. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 33-55, 2004. Disponível em: <<http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=NumeroAnterior&Num=61&Idioma=pt-br&Esp=22>>. Acesso em: 01 nov. 2016.

_____. Transmissão e ensino: do mecânico ao pedagógico. **Pro-Posições**, v. 16, n. 3(48), p. 229-44, 2005. Disponível em: www.proposicoes.fe.unicamp.br/proposicoes/textos/48_artigos_schwartzzy.pdf. Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Entrevista: Yves Schwartz. **Trab. educ. saúde** [online], v. 4, n. 2, p. 457-66, 2006. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462006000200015>. Acesso em: 20 out. 2016.

_____. Do «desvio teórico» à «atividade» como potência de convocação dos saberes. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, SP, n. 6, p. 1-19, 2007. Disponível em: <www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?down=46131>. Acesso em: 02 dez. 2016.

_____. A dimensão coletiva do trabalho e as Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes (ECRP). In: _____. DURRIVE, Louis. (Orgs.). **Trabalho e ergologia: conversas sobre atividade humana**. 2ª ed. Niterói: Eduff, 2010. p. 149-164.

_____. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. **Trab. educ. saúde** (Online), Rio de Janeiro, v. 9, supl. 1, p. 19-45, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-

77462011000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 09 nov. 2015.

_____. O Enigma do Trabalho: riscos profissionais e riscos do trabalho. In M. F.BIANCO (Coord.). **Competências e Gestão: dialogando com o trabalho e decifrando suas conexões** (p. 59-70). Vitória: PROEX/UFES. 2014.

SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. O trabalho se modifica. In: _____. DURRIVE, Louis; SCHWARTZ, Yves. (orgs). **Trabalho & ergologia: conversas sobre atividade humana**. Niterói, 2007. p. 23-47.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. L'activité en dialogues. Entretiens sur l'activité humaine (II) suivi de: **Mverifeste pour un ergo-engagement**. Toulouse: Octarès Editions, 2009.

SILVA, L. C. Agentes Públicos e Regimes Jurídicos dos Servidores. **Conteúdo Jurídico**, 06 out. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.39863&seo=1>> Acesso em: 16 set. 2016.

SILVA, K. L. *et al.* Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. Educação em enfermagem e os desafios para a promoção de saúde. **Rev. bras. enferm.** [online], v. 62, n. 1, p. 86-91, 2009. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672009000100013&script=sci...tlng...>. Acesso em: 06 nov. 2016.

SODRÉ, F. *et al.* Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, n. 114, p. 365-80, 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ssoc/n114/n114a09.pdf>. Acesso em: 03 set. 2015.

SORATTO, J. **Satisfação e insatisfação no trabalho de profissionais da estratégia saúde da família**. 2016. 242 f. Tese (doutorado Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2016. Disponível em: <<http://ppgenf.posgrad.ufsc.br/>>. Acesso em: 25 set. 2016.

STRAUSS, F.; LETA, J. Entre o ensino, a pesquisa e a assistência médica: um estudo de caso. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v. 16, n. 4, p. 1027-43, 2009.

TRENTINI, M.; PAIM, L. **Pesquisa convergente-assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem**. 2ª. ed. rev. ampl. Florianópolis: Insular, 2004. 144p.

TRINQUET, P. trabalho e educação: o métver ergológico. **Rev. HISTEDBR** [on-line], Campinas, número especial, p. 93-113, 2010.

UnB. **Universidade de Brasília**. Disponível em:
<<http://www.unb.br/noticias/unbagenda/unbagenda.php?id=6599>>.
Acesso em: 30 nov. 2015.

URBANO, G.B. **Integralidade na prática assistencial da equipe de enfermagem**: a relação da escuta na interação usuário e profissional no município de Paranavaí-PR. 2009. 51f. (Dissertação Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

YOU, L. *et al.* Hospital nursing, care quality, and patient satisfaction: Cross-sectional surveys of nurses and patients in hospitals in China and Europe. **International Journal of Nursing Studies**, n. 50, p. 154–61, 2013.

VIEGAS, S. M. F.; PENNA, C. M. M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface** (Botucatu) [online], v. 19, n. 55, p. 1089-1100, 2015. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-2832015000401089&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 abr. 2017.

WANDERLEY, K. L. **Atenção hospitalar em rede**. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <www.redehumanizadas.net/sites/default/.../roda_12_-_atencao_hospitalar_em_rede.do...>. Acesso em: 14 out. 2016.

APÊNDICES

**APÊNDICE A - QUADRO COMPARATIVO DOS SERVIÇOS (HU/UnB
E HU/UFSC)**

Itens	HU/ UnB	HU/UFSC
Especialidades médicas atendidas		
Número de internações Mês		
Média de permanência de internação		
Região geográfica e população atendida		
Número de leitos total		
Taxa de mortalidade		
Taxa de ocupação		
Número de exames laboratoriais		
Exames de imagem		
Outros exames		
Equipamentos –tipo e número		
Destacar equipamentos específicos dos serviços		
Governança (Há algum órgão colegiado específico do serviço?)		
Planejamento (há planejamento específico do serviço, com estabelecimento de metas?)		
Número de funcionários		
Médicos		
Outros profissionais de saúde		
Administrativo		
Residentes		
Estado global de saúde dos trabalhadores – absenteísmo por doença		
Organização do trabalho (descrever como se dá a organização e divisão do trabalho)		
Fluxo do paciente		

Planta física		
Categorias formadas no hospital		
Pesquisa: existência de pesquisa sendo realizada no serviço?		
Tipos de pesquisa		
Atividades de extensão – possui alguma atividade no serviço?		

APÊNDICE B - CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO (EMERGÊNCIA E UNIDADE DE INTERNAÇÃO)

Buscar as questões atuais e os desafios dos profissionais da área da saúde nos HU (caracterização do serviço) buscar em documentos ou com gestores do serviço.

Características estruturais

- Nível de complexidade que atende – habilitações de média e alta complexidade dos serviços
- Média de permanência:
- Taxa de ocupação:
- Taxa de mortalidade:
- Taxa de infecção:
- Área geográfica e população atendida (população que interna naquele serviço, mas não deve diferir do contexto do HU / De onde ela vem encaminhada / Como ela entra no serviço / Conexão com a rede do SUS).
- Estrutura organizacional do serviço – arquitetura, circulação, organização do espaço, fluxo dos profissionais, dos pacientes.
- Equipamentos técnicos – colocar se tem alguma especificidade de equipamentos nos serviços (quais os equipamentos específicos que têm no serviço - Destacar se tem algum que está estragado, em manutenção ou não está em uso por falta de pessoal).
- Número de leitos total e por especialidades - Especialidades atendidas, nº. de atendimentos especialidades/ano/mês, n. de leitos totais e por especialidades.
- Governança e gestão da unidade/serviço – organização da unidade em relação gestão, Rede de Atenção, Linha de Cuidado.
- Efetivo global (funcionários, residentes, estagiários), efetivo por categorias profissionais: Distribuição dos profissionais, idade, tempo de serviço na unidade e na instituição, sexo, rotatividade, formação dos profissionais.
- Atribuições definidas – descrição das atividades (Aquilo que está formalizado no hospital/ atribuições e obrigação do profissional).
- Jornada de trabalho das diversas categorias profissionais-específico do serviço/ Tipo de vínculo.
- Estado de saúde dos profissionais - absenteísmo por categoria profissional e sexo, doenças do trabalho, etc.

- Formação/ensino – quais os profissionais que “passam” ou estagiam nos serviços.

Como ocorre esta atividade/o que fazem. Níveis de formação.

Pesquisa – perguntar de forma geral. Quem faz pesquisa, quais as que estão sendo

Realizadas? E por quem? E se os resultados são apresentados para o serviço.

APÊNDICE C - OBSERVAÇÃO FLUTUANTE - CARACTERIZAR O SERVIÇO E O TRABALHO (UNIDADE DE EMERGÊNCIA E UNIDADE DE INTERNAÇÃO)

• Caracterizar o serviço e o trabalho – observação flutuante – aberta – observe e registre tudo o que ocorre no serviço

Deve ser observado no mínimo 20 horas – M, T, N

Data e hora da observação:

Pesquisador (a):

Tempo de observação:

Local:

Notas descritivas – o que observou, colocando hora.	Notas reflexivas

Roteiro de observação

1. Análise das tarefas

1. Descrição da estrutura

1.1. Ênfase na localização dos postos de trabalho em relação ao processo de trabalho

1.2. Composição da equipe

1.3. Circulação de trabalhadores

1.4. Distância entre setores

1.5. Disponibilidade dos instrumentos utilizados

- 1.6. Local próprio das pessoas
- 1.7. Espaços para repouso
- 1.8. Condições do local
- 1.9. Forma como trabalha (em pé, sentado...)

2. Descrição nas ferramentas e meios de comunicação

- 2.1. Ferramentas utilizadas para realizar o trabalho (materiais e instrumentos)
- 2.2. Como ocorre a troca de informação entre profissionais
- 2.3. Retorno sobre resultado das ações prestadas
- 2.4. Analisar relação entre "chefe" e funcionário
- 2.5. Postura
- 2.6. Relação intra e inter profissional
- 2.7. Tomada de decisões

3. Descrição dos procedimentos

- 3.1. Sequencia realizada para determinada atividade (comparar prescrito/realizado)
- 3.2. Analisar procedimentos com estudo prévio das tarefas (norma antecedente)
- 3.3. Ações realizadas
- 3.4. Deslocamento

4. Descrição dos limites temporais

- 4.1. Descrição sistemática dos eventos que condicionam o desencadeamento das tarefas
- 4.2. Tempo do usuário, do profissional, do gestor e da norma
- 4.3. Momento de pausa (prescrita e efetiva)

5. Descrição do arranjo físico e dispositivo técnico

- 5.1. Análise além da planta inicial
- 5.2. Instalação e distribuição de equipamentos e móveis (visibilidade, atulhamento, acesso...)
- 5.3. Espaços de manobra

2. Escolha da situação a analisar

- Análise de demanda (em relação ao trabalho do profissional)
- Queixas mais urgentes (em relação ao trabalho do profissional)
- Problemas mais graves (em relação ao trabalho do profissional)
- Amostra mais ampla dos problemas

- Situações que ocupem um papel central
- Situações que deve ser objeto de transformação (condições)

3. Importância do primeiro contato

- Apresentação da equipe
- Conhecimento dos funcionários
- Conhecimento do espaço
- Primeiras investigações
- Não formular julgamentos de valores (situar informações em seu contexto)
- Distância das primeiras informações coletadas com relação a norma
- Dificuldades enfrentadas
- Características de cada funcionário

4. Categorias observáveis:

- Deslocamentos
 - Direção do olhar
 - Comunicações
 - Posturas
 - Observação em termos de ações ou de tomadas de informações
 - Observáveis relativos ao sistema técnico e ao contexto
 - Levar em conta a dimensão coletiva nos registros de observação
- Tomada de decisão

5. Técnicas de registro:

- Registros manuais ou com aparelho
- Gravação em vídeo ou fotografia
- Observações instantâneas e contínuas

6. Descrição da atividade observada

- Ocorrência do evento
- Duração das categorias de observáveis
- Sequência de eventos
- Descrição cronológica

Fonte: livro “Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia – Guerin, F.

APÊNDICE D - ENTREVISTA INDIVIDUAL COM OS PROFISSIONAIS E OS GESTORES DOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA E UNIDADES DE INTERNAÇÃO

- **Entrevista Individual:** gestores dos serviços da emergência e da internação, um profissional de cada turno de trabalho (enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos). Incluir: farmacêutico, psicólogo, nutricionista e assistente social.
- Seu nome completo:
- Sua Idade:
- Podes falar a data desta entrevista para que fique gravada?
- Sua categoria profissional:
- Seu local de trabalho: () Emergência () Clínica médica () vínculo empregatício
- Qual é o teu horário /turno de trabalho? Qual sua jornada semanal?
- Quando você começou a trabalhar neste hospital?
- Qual é a sua Função atual? Desde quando? Quais são as suas funções anteriores neste serviço e dentro desta instituição?
- Em quais outros lugares/instituições que você trabalhou antes de chegar neste serviço?
- Descreva como você organiza o seu trabalho no dia a dia neste serviço?
- Quais são suas responsabilidades?
- Como funciona a divisão das tarefas? Tem escala? Atividades específicas?
- Como você percebe o seu ritmo de trabalho, e o ritmo de trabalho com quem você trabalha? • Quem você considera que são seus colegas de trabalho?
- Descreva os locais/espacos físicos que você trabalha dentro deste setor
- Descreva como são as suas relações de trabalho com a sua equipe de trabalho?
- Como você percebe as suas relações de trabalho com a equipe multiprofissional neste setor?
- Como são as suas relações de trabalho com os profissionais dos outros serviços?
- Como se relaciona com os usuários?
- Como são as suas relações de trabalho com as chefias? Você tem alguma dificuldade?
- Poderia apontar as facilidades e as dificuldades que você encontra no seu processo de trabalho?

- O que lhe traz satisfação no trabalho? E insatisfação no trabalho?
- Como você lida com as dificuldades ao realizar um cuidado/procedimento, seja de ordem técnica, de conhecimento, de trabalho em equipe ou em outro aspecto. Podes dar exemplos de situações.
- Se você fosse avaliar o seu trabalho em relação ao contexto geral, no que faz; seja na organização; nas relações com colegas, usuários; chefias; com relação ao local de trabalho; e com as condições de trabalho; salário etc? Como você se avalia?
- Você tem algum histórico de adoecimento?
- Finalizando, o que você teria para acrescentar como sugestão em relação ao seu processo de trabalho?
- Você gostaria de participar das próximas etapas – observação sistemática do seu trabalho no período de um turno de trabalho e após, quem sabe, de uma discussão em grupo.

APÊNDICE E - CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO – OBSERVAÇÃO SISTEMÁTICA DO TURNO DE TRABALHO DO PROFISSIONAL

Observar pelo menos um turno de trabalho do profissional (acompanhar um profissional em cada turno do observar o seu trabalho – voltado para as atividades do trabalhador).

Local de observação: () Emergência () Clínica médica

Identificação do profissional:

Categoria profissional:

Idade:

Sexo:

Data e hora da observação:

Tempo de observação:

Tópico a ser avaliado	Notas descritivas	Notas reflexivas	Destaque
como o trabalho é organizado, ritmo de trabalho			
Relações interpessoais (profissionais X profissionais, profissionais x usuários, profissionais x gestores)			
Condições de trabalho (recursos humanos, recursos materiais, infraestrutura, presença ou ausência de equipamentos de proteção individual)			
O que está prescrito e o que efetivamente o profissional faz			
....			

ANEXO

ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PROBLEMAS E DESAFIOS NO TRABALHO CONTEMPORÂNEO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM HOSPITAIS DE ENSINO: ESTUDO COMPARADO BRASIL, FRANÇA E ARGÉLIA. ESTUDO MULTICÊNTRICO.

Pesquisador: MAGDA DUARTE DOS ANJOS SCHERER

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 26202614.0.0000.0030

Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 562.224

Data da Relatoria: 17/03/2014

Apresentação do Projeto:

O presente projeto de pesquisa pretende identificar, analisar e comparar os problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde, em hospitais de ensino de três países, Brasil, França e Argélia. Trata-se de um estudo multicêntrico, a ser desenvolvido, no Brasil, no Hospital da Universidade de Brasília (HUB) e no Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Na Argélia, o estudo acontecerá no Hospital Universitário de Tlemcen. Na França, na Assistência Pública de um Hospital de Marseille, pesquisa fará uma análise transversal a partir de dados obtidos em cenários político-institucionais diversos, tendo como referencial teórico-metodológico a ergologia.

A autora pretende, a partir dos dados obtidos, propor melhorias para o trabalho em saúde e para a organização e gestão dos hospitais de ensino. A escolha dos hospitais caracteriza uma amostra de conveniência em função da possibilidade de acesso às instituições e estudos anteriores realizados no campo da ergologia, pelos grupos de pesquisa envolvidos neste estudo. Nos hospitais de ensino será definida uma amostra intencional, de áreas e serviços que caracterizam os referidos hospitais. A amostragem intencional é não probabilística, mas que explicita critérios de inclusão em função das categoriais analíticas de interesse. O pesquisador definirá e explicitará

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3107-1947 **Fax:** (61)3307-3799 **E-mail:** cepts@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 562.224

os critérios de inclusão os quais devem ser considerados na análise, assim como os potenciais limites e riscos das escolhas feitas.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar e comparar os problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino em três países: Brasil, França e Argélia, identificando semelhanças e diferenças.

Objetivos Secundários:

1. Contextualizar os hospitais de ensino, no cenário histórico-social, dos sistemas de saúde dos países onde as investigações serão realizadas.
2. Caracterizar cada hospital quanto a sua estrutura, organização e força de trabalho.
3. Identificar os problemas e desafios no trabalho de profissionais de saúde em hospitais de ensino, na perspectiva de profissionais e gestores.
4. Dimensionar a complexidade da relação entre o trabalho prescrito e o efetivamente realizado nos três países.
5. Realizar análise comparada dos achados obtidos com vistas a compreensão de similitudes e diferenças.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A responsável pelo projeto de pesquisa afirma que o projeto não evidencia riscos para os(as) participantes.

Como benefício da pesquisa, a responsável aponta a melhoria de entendimento das condições de trabalho dentro de hospitais de ensino, no âmbito de um estudo comparado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto de pesquisa pretende fazer uma análise transversal a partir de dados obtidos em diferentes cenários político-institucionais, tendo como referencial teórico e metodológico a ergologia e pode gerar elementos que subsidiem melhorias para o trabalho em saúde e para a organização e gestão de hospitais de ensino.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os seguintes documentos foram apresentados: (a) projeto de pesquisa; (b) Folha de Rosto assinada pela Diretora da Fs/UnB; (c) Termo de Ciência da Instituição coparticipante, assinado pela Diretora

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



Continuação do Parecer: 592.224

do DAEP/HUB e pelo Diretor do HUB; (d) TCLE; (e) Termo de Concordância assinado pelo Vice-Reitor da Pósgraduação da Universidade de Tlemcen; (f) Termo de Concordância da Universidade de Marseille; (g) Termo de Concordância assinado pelo Diretor do HU/UFSC; (h) Declaração de Isenção de Ônus Financeiro do HUB.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

(1) A afirmação de que o projeto não evidencia riscos para os(as) participantes deve ser revista. Procedimentos que envolvem entrevistas, individuais, ou em grupos, grupos focais e análise de situação reais de trabalho envolvem riscos potenciais, de natureza psicológica, social e moral. Que procedimentos preventivos pretende a responsável pela pesquisa tomar no caso de alguma questão, ou procedimento de grupo, provocar constrangimento a um(a) participante?

A pesquisadora esclareceu procedimentos a serem adotados em caso de eventual constrangimento ao participante de pesquisa.

(2) Os procedimentos de entrevista, incluindo indicações de possíveis roteiros, questões ou direcionamentos, não foram apresentados. Solicita-se detalhamento destas informações. Esclarecimentos prestados pela pesquisadora.

(3) Os procedimentos de realização de grupos focais, ou de discussão de grupos, também não foram apresentados.

Esclarecimentos prestados pela pesquisadora.

(4) A responsável pela pesquisa informa que explicitará critérios de inclusão da amostra em função das categoriais analíticas de interesse. Solicita-se maior detalhamento sobre possíveis critérios de inclusão e possíveis categoriais analíticas de interesse. A experiência do grupo de pesquisa deve permitir a obtenção destas informações.

Esclarecimentos prestados pela pesquisadora.

(5) Falta anexar o currículo Lattes da pesquisadora, bem como o currículo Lattes dos membros brasileiros da equipe de pesquisa.

TCLE's foram anexados à Plataforma.

(6) Só há referência à entrevista e discussão em grupo no TCLE. Mesmo assim, a informação é

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br



FACULDADE DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE
BRASÍLIA - CEP/FS-UNB



Continuação do Parecer: 552.224

insuficiente, explicitando apenas o tempo estimado de duração. O TCLE deve dar informações mais detalhadas sobre o que se espera dos participantes de pesquisa. Por exemplo, natureza da entrevista, temáticas a serem abordadas, procedimento de discussão de grupo a serem executados. Esclarecimentos prestados pela pesquisadora e informações acrescentadas ao TCLE.

(6.1) O TCLE deve incluir um cabeçalho e logomarca da instituição proponente de pesquisa. Logomarca da Instituição de pesquisa inserido no TCLE.

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

BRASÍLIA, 19 de Março de 2014

Assinador por:
Natan Monsore de Sá
(Coordenador)

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
 Bairro: Asa Norte CEP: 70.910-900
 UF: DF Município: BRASÍLIA
 Telefone: (61)3107-1947 Fax: (61)3307-3799 E-mail: cepfs@unb.br