

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

CÓDIGO: 0106.021
10.080

3.1.1.1

1998
10.080

O IMPACTO DA AIDS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UMA UNIDADE HOSPITALAR: A COMPLEXIDADE, A CENTRALIZAÇÃO E A FORMALIZAÇÃO



0.295.086-0

UFSC-BU



DIONE DE MARCHI FINCKLER

ORIENTADOR: Prof. Cristiano J. C. de Almeida Cunha

Florianópolis, maio de 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO TECNOLÓGICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

O IMPACTO DA AIDS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UMA
ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR: A COMPLEXIDADE, A CENTRALIZAÇÃO E A
FORMALIZAÇÃO

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA À UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE

DIONE DE MARCHI FINCKLER
FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA - BRASIL

1998

DIONE DE MARCHI FINCKLER

O IMPACTO DA AIDS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UMA UNIDADE
HOSPITALAR: A COMPLEXIDADE, A CENTRALIZAÇÃO E A FORMALIZAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa
Catarina para obtenção do grau de Mestre em Engenharia

DIONE DE MARCHI FINCKLER

O IMPACTO DA AIDS NA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO DE UMA UNIDADE
HOSPITALAR: A COMPLEXIDADE, A CENTRALIZAÇÃO E A FORMALIZAÇÃO

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do
Título de "Mestre", Especialidade em Engenharia de Produção, e
aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção.




Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph. D.
Coordenador

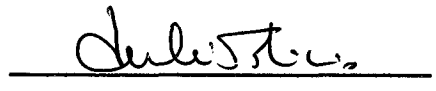
Banca Examinadora:



Prof. Cristiano J. C. de A. Cunha, Dr. rer. pol.
Orientador



Prof. Neri dos Santos, Dr.
Membro



Prof. Zuleica Maria Patrício, Dra.
Membro

Agradecimentos

Ao concluir esta dissertação, não poderia deixar de agradecer a algumas pessoas e instituições, sem o auxílio das quais, certamente esta pesquisa não teria se desenvolvido da forma como transcorreu. Assim, deixo aqui expresso meus sinceros agradecimentos:

A Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul pela oportunidade de aperfeiçoamento aos seus professores e funcionários;

Ao Hospital Nereu Ramos, através da Direção e funcionários, que permitiram a realização desta dissertação;

Ao meu orientador pela segurança e exigência na orientação recebida e pela compreensão e paciência dedicadas;

De modo muito especial aos meus filhos, João Augusto e Eduardo, pela confiança depositada e pela compreensão dos meus períodos de ausência. Ao Ignacio que assumiu com esmero muitas das minhas responsabilidades familiares, propiciando a minha dedicação ao mestrado;

Aos meus adoráveis pais, Dante e Maria, pelo acompanhamento permanente, apoio espiritual, coragem e sábios conselhos como exemplos de vida;

A minha irmã Rosane e cunhado Paulo, pelo apoio e incentivo constante;

De modo muito especial à Myriam, minha amiga, colega e exemplo de determinação de vida, por ter ajudado a encontrar o meu caminho neste trabalho e pela paciência, incentivo e dedicação partilhada em todos os momentos deste mestrado;

Aos meus amigos, cujas presenças e palavras, muitas vezes, são o que nos mantém caminhando. Em especial à Myriam, Suzi, Loiva, Ilaine, Rita, Osvaldo, Maurício, Cristina, Márcio, Cida, Márcia, Rodrigo, Rosi, Alba, Osmar e Juraci.

A Deus por iluminar meu caminho.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS.....	v
RESUMO.....	viii
ABSTRACT.....	ix
1 INTRODUÇÃO.....	1
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	
2.1 A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.....	4
2.1.1 Aspectos gerais.....	4
2.1.2 A AIDS no Brasil.....	9
2.1.3 AIDS e trabalho.....	11
2.2 A Organização do Trabalho Hospitalar.....	13
2.2.1 História da organização hospitalar.....	13
2.2.2 Sistemas administrativos no hospital.....	16
2.2.3 A organização do trabalho.....	21
2.2.4 A organização do trabalho no hospital.....	31
2.2.5 A organização do trabalho na enfermagem.....	36
2.2.6 Impactos da AIDS na organização do trabalho de enfermagem.....	38
3 CAMINHOS METODOLÓGICOS.....	44
3.1 Questão de pesquisa.....	46
3.2 Procedimentos e descrição da sistemática.....	46
4 O CONTEXTO DO ESTUDO - ANÁLISE E DISCUSSÃO	
4.1 O Hospital Nereu Ramos.....	48

4.2 Impactos da AIDS na complexidade da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.....	50
4.2.1 Divisão das tarefas.....	50
4.2.2 Especialização.....	57
4.2.3 Síntese.....	66
4.3 Impactos da AIDS na centralização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.....	68
4.3.1 Autoridade.....	71
4.3.2 Autonomia.....	74
4.3.3 Síntese.....	76
4.4 Impactos da AIDS na formalização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.....	77
4.4.1 Normas.....	81
4.4.2 Rodízio de funcionários.....	97
4.4.3 Escala de trabalho.....	99
4.4.4 Jornada de trabalho.....	102
4.4.5 Síntese.....	104
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
6 LIMITES E RECOMENDAÇÕES.....	111
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	112

RESUMO

O Homem ao longo de sua existência têm enfrentado vários desafios, entre eles o da contaminação com o vírus "Human Immunodeficiency Virus" (HIV), responsável pela SIDA/AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). A AIDS, nas últimas décadas, têm sido um dos grandes problemas de saúde pública a nível mundial, atingindo à todas as pessoas e organizações, em especial às organizações hospitalares. Os principais impactos da AIDS ocorreram nos serviços de saúde que precisaram se adaptar para poder tratar a nova doença. Os profissionais de saúde tiveram que ajustar o seu dia-a-dia reestruturando suas práticas de trabalho. As transformações associadas à síndrome não são apenas as de saúde mas, também econômicas, sociais e familiares, trazendo consigo importantes mudanças nos indivíduos e nas organizações. Este fator gera intensas alterações nos relacionamentos, procedimentos e nas formas de organização do trabalho nas instituições de saúde que tratam da doença, principalmente nos serviços de enfermagem. Nesta dissertação, procuro identificar os impactos da AIDS na organização do trabalho no Hospital Nereu Ramos em Florianópolis - SC, no ano de 1997. Buscando analisar a complexidade, centralização e a formalização na organização do trabalho da equipe de enfermagem da Unidade DST/AIDS.

ABSTRACT

Man alongside of its existence has been facing several challenges, among them the one of contamination with the "Human Immunodeficiency Virus" (HIV), responsible by SIDA/AIDS (Acquired Immunodeficiency Syndrome). AIDS, in the last decades, has been one of the great problems of public health at world wide level, affecting all people and organizations, specially hospital organizations. Only history will be able to evaluate, in the future, what were the social dimensions that AIDS caused in the contemporary institutions. The mainly AIDS impacts had occurred in health services which had to be transfigured to be able to treat the new disease. And health professionals had to adjust their day by day restructuring their work practices. The transformations associated to the syndrome are not only the ones of health but, also economical, social and familiar, bringing with them important changes in the individuals and in the organizations. This factor causes intense alterations in the relationships, procedures and in the work organization forms in health institutions that treat the disease, mainly the nursing services. In this dissertation, I seek for identifying AIDS impacts in work organization in Nereu Ramos Hospital in Florianópolis - state of Santa Catarina in the year of 1997. Searching for analyzing the complexity, centralization and formalization in work organization of nursing team of DST/AIDS unit.

1 INTRODUÇÃO

As mudanças paradigmáticas ocorridas neste século apontam para a necessidade de reflexão e adequação de modelos de compreensão em muitas áreas do conhecimento. A compreensão do Universo, superada a concepção mecanicista de um todo composto por peças separadas, pressupõe a interpretação do homem numa inter-relação consigo próprio.

As questões relacionadas com a saúde também são afetadas por estes novos paradigmas. Segundo Langone e Vieira (1995), é fundamental o desenvolvimento integrado de conhecimentos oriundos de profissões que lidam com a saúde e o comportamento. Para eles, há necessidade de mudanças radicais na percepção do papel dos seres humanos no ecossistema planetário, que dêem um rumo para a interdependência das múltiplas manifestações da vida.

Nas últimas décadas, o homem tem enfrentado, entre outros desafios, o da contaminação com o vírus "Human Immunodeficiency Virus" (HIV), responsável pela SIDA/AIDS (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida). Sujeita a conseqüências letais rápidas e exposta a altos índices de estresse, a pessoa infectada com o vírus normalmente enfrenta medo e conflito diante da perspectiva da morte a qualquer momento. As perdas associadas à síndrome não são apenas as de saúde mas, também, perdas econômicas, sociais e familiares, todas intervenientes na autoconsideração e na auto-estima do indivíduo.

Esta epidemia, que hoje já se configura em escala mundial (Macrae, 1987), parece trazer consigo um potencial para efetuar importantes mudanças sociais. Tão importante quanto seus aspectos biomédicos, são seus impactos no dia-a-dia dos indivíduos e das organizações. Como as reações dos indivíduos e organizações estão relacionados com a percepção que eles têm do fenômeno, é importante analisá-lo

com base na interpretação dos atores envolvidos no processo de construção social desta realidade.

A descoberta da infecção pelo HIV gera intensa reação emocional no paciente infectado, mas também na equipe que o assiste (Souza, 1989). Este fator contribui enormemente para mudanças nos relacionamentos, procedimentos e nas formas de organização do trabalho dentro das instituições de saúde que lidam com a doença, sendo o serviço de enfermagem um dos mais afetados.

Lidando com um problema ainda novo, sem muitas respostas definidas, além do prognóstico de incurabilidade, as equipes que trabalham com a doença foram obrigadas a modificar suas formas de trabalho. Procurando contribuir para a compreensão de tal relação, esta dissertação analisa a influência da doença na organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS (doenças sexualmente transmissíveis/AIDS) do Hospital Nereu Ramos (HNR), localizado em Florianópolis-SC, a partir da perspectiva dos atores envolvidos.

O trabalho se justifica pelo pouco conhecimento que se tem sobre esta relação na área de saúde e especialmente na área hospitalar. Seu esclarecimento é uma importante contribuição ao desenvolvimento de novas formas de organizar o trabalho nas organizações hospitalares.

Deve-se destacar que a escolha do tema deste estudo originou-se, principalmente, dos resultados de um estudo realizado em 1995, no qual verificou-se que o HNR tinha sofrido mudanças no seu sistema psicossocial após ter começado a receber doentes de AIDS (Proença et al., 1995). Num estudo posterior (Cunha et al., 1996) foram analisados os impactos da AIDS nas relações sociais do hospital e concluiu-se que tais impactos tinham fundamentalmente ocorrido nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalhavam diretamente com os doentes de AIDS e no trabalho de enfermagem.

A pesquisa que identificou os impactos da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS indicou que estes profissionais são bastante afetados pelo convívio com os doentes, o que gera mudanças nos valores, crenças e formas de enfrentar a vida, bem como faz surgir sentimentos de impotência e de medo da morte. Além disso, a equipe de saúde passa a sofrer estigmatização por parte da sociedade, pelo fato de estar em constante contato com uma doença e um doente que são estigmatizados (Cunha, 1997).

O objetivo geral desta dissertação é identificar os impactos da AIDS na organização do trabalho em uma unidade hospitalar.

Para encaminhar o estudo na direção deste objetivo geral foram definidos alguns objetivos específicos: 1) caracterizar a AIDS; 2) descrever a organização hospitalar e a organização do trabalho; 3) identificar os impactos da AIDS na complexidade da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS; 4) identificar os impactos da AIDS na centralização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS; e 5) identificar os impactos da AIDS na formalização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.

A investigação realizada foi orientada pela seguinte questão de pesquisa: **quais os impactos da AIDS na organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS, segundo a perspectiva dos atores envolvidos?**

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 A Síndrome da imunodeficiência adquirida

2.1.1 Aspectos gerais

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) é um problema de saúde pública sem precedentes na história. Desde seu surgimento, em 1981, vem atraindo atenção cada vez maior em todo o mundo. Trata-se de uma epidemia que ameaça a todos, para a qual ainda não foi encontrada uma forma de tratamento e prevenção que anulasse, de forma definitiva, seus efeitos e alastramento (Herzlich & Pierret apud Souza Filho e Henning, 1992).

É possível pensar ingenuamente que a AIDS no mundo contemporâneo é uma epidemia a mais, entre tantas outras. Esta forma de conceber a problemática da AIDS garantiria uma relativa despreocupação, respaldada pelos benefícios da modernidade, pelo atual momento da ciência, quando controlados aproximadamente 50% dos cânceres, com tratamentos à base de antibióticos, melhoramentos nas especializações, hipercomplexidades diagnósticas e terapêuticas, bem como com o avanço da engenharia genética e o uso de equipamentos computadorizados. Porém, lamentavelmente a realidade é outra. Frente às dramáticas estatísticas de que pessoas estão morrendo no mundo todo em virtude da AIDS e às perspectivas de que o chamado Terceiro Mundo passe a ocupar o triste primeiro lugar de incidências no ano 2000, subsiste e persiste uma sociedade que não digere e nem metaboliza sua própria realidade que ela mesma gerou com seu segregacionismo (Sumay, 1994).

Macrae (1987) afirma que o advento da epidemia da AIDS parece trazer consigo um potencial para efetuar importantes mudanças sociais, já que hoje configura-se em escala mundial. Não é a primeira vez, porém, que o surgimento de uma nova doença gera alterações em grande escala, tanto do comportamento individual quanto político da sociedade.

A história da AIDS, segundo Rodrigues (1988), é bastante complexa e ainda parece não estar totalmente esclarecida. Alguns dados indicam que ela foi primeiramente identificada em 1979, nas cidades de Nova Iorque e Los Angeles, nos Estados Unidos. Em 1981, o Centro de Controle de Doenças de Atlanta, Georgia, Estados Unidos, levou ao conhecimento da comunidade científica internacional o aparecimento de uma nova doença que acometia homossexuais jovens masculinos, provocando severa imunodepressão.

A AIDS constitui-se num grave problema de saúde pública, com suas características próprias. Ela é considerada por Westrupp (1995) como uma epidemia tríplice, haja vista a magnitude, a vulnerabilidade, a transcendência da doença e a relação com fatores sociais devido à sua alta letalidade, além das perdas sociais diversificadas.

A descoberta do agente etiológico da AIDS ocorreu em 1983. Até então, devido à variada sintomatologia, a única evidência que orientava os estudos era a de que se tratava de doença que lesava o sistema imunológico, pelo fato de todas as doenças apresentadas serem moderadamente indicativas de imunodeficiência celular ou a ela associadas (Andrade, 1991).

A AIDS é uma doença causada pelo vírus HIV, que destrói os mecanismos de defesa do corpo humano, provocando a perda da imunidade, ou seja, da resistência natural que as pessoas possuem, permitindo o aparecimento de doenças de várias naturezas, chamadas doenças oportunistas (Marin, 1991).

Segundo Grinsztejn & Veloso (1993), com o passar do tempo tornou-se claro que a infecção pelo HIV pode causar um amplo espectro de manifestações clínicas que iniciam com um quadro de infecções agudas, passando por um longo período sem qualquer sintoma, evoluindo para diversas manifestações leves até a imunodeficiência grave com infecções oportunistas e/ou neoplasias que caracterizam o quadro tradicional conhecido como AIDS/SIDA.

Consideram-se como veículos de transmissão do vírus o sangue, o esperma, a secreção vaginal e o leite materno. Suas formas de transmissão são o contato sexual, a transfusão de sangue e seus derivados, as seringas e agulhas contaminadas, gravidez, parto ou aleitamento e a inseminação artificial.

A AIDS só foi definida como hoje a entendemos em meados de 1982, no *Center for Disease Control* (CDC), de Atlanta. Ela foi registrada oficialmente na literatura médica no início de 1983. Até então não havia uma definição clara, até porque nem mesmo os cientistas sabiam ao certo do que se tratava tal epidemia (Vianna, 1995).

Apesar de todas as evoluções no campo da saúde, as doenças que se enquadram na área das sexualmente transmissíveis têm toda uma conotação moral. Com a AIDS não foi diferente, e os portadores de HIV são estigmatizados. Conforme Cunha (1997), os profissionais de saúde que possuem contato direto com os doentes passam também a serem, de alguma forma, estigmatizados, até mesmo isolados, sofrendo com o afastamento de amigos.

Daí as considerações feitas por Scliar apud Andrade (1991) de que a AIDS é uma doença cuja história é um exemplo não só de investigação epidemiológica, mas principalmente das relações e significados entre a doença e a sociedade.

É importante salientar que as epidemias assumem características comuns ao longo da história da humanidade,

sejam elas de ordem política, econômica ou social. Quando se tornam mais graves, provocam nos seres humanos o aumento dos riscos de morte e de afastamento do meio em que vivem, configurando-se diferentemente no contexto social, o que conduz a sociedade a enfrentá-las sob a forma de negação, medo, preconceito e discriminação (Westrupp, 1995).

A epidemia da AIDS assume características especiais porque, talvez, na história das epidemias, nenhuma delas tenha apresentado tantas controvérsias acerca dos padrões de vida e saúde da população. Portanto, a AIDS deixa de ser um problema apenas de saúde, mas passa a ser um problema, fundamentalmente, de ordem social (Westrupp, 1995).

Desta forma, é importante que não se analise a AIDS apenas como uma epidemia, mas, como considerou Westrupp (1995), uma epidemia tríplice, com seus aspectos próprios e suas características interligadas entre si. Fernandes apud Westrupp (1995) diz que a primeira epidemia é a causada pelo vírus da AIDS. A segunda é a doença propriamente dita. A terceira é acompanhada da primeira e da segunda, que é a epidemia da reação social, cultural, econômica e política.

Do mesmo modo que as normas de comportamento mudam, as práticas de saúde também se modificam e se reestruturam conforme as relações sociais vividas pelos seres humanos. Como coloca Andrade (1991), o estabelecimento de relações de causa e efeito das doenças, intimamente relacionadas com o desenvolvimento da ciência e tecnologia, marcam as diferentes concepções da evolução da saúde e da doença no transcorrer da história.

Para Parker et al. (1994), só a história poderá avaliar, no futuro, quais as dimensões sociais do impacto da AIDS nas instituições contemporâneas, na sexualidade, na medicina, na vivência da morte e da doença, na ciência, nas representações, na economia, no direito, na educação, na política, na solidariedade e na construção de interações da comunidade. Argumentam os mesmos autores que esta epidemia

nos ensinou que não podemos considerar separadamente os aspectos médicos e os aspectos sociais, pois sua caracterização inicial como doença contagiosa, incurável, mortal e ligada principalmente à homossexualidade fez associar à doença vários estigmas e preconceitos vindos de nossas posições frente à morte, à contaminação e à sexualidade.

Marques (1996) cita a inexistência de imunidade ao vírus HIV para qualquer ser humano. Os antigos e conhecidos "grupos de risco" do início da epidemia deixaram de ser os principais alvos do vírus. Hoje fala-se em "comportamento de risco", ou seja, qualquer pessoa pode ser infectada, independente de seu sexo, sua classe social, opção sexual, desde que não faça uso dos meios indicados de prevenção.

Hoje, assiste-se à disseminação da epidemia pelos vários segmentos sociais, constatando-se em larga escala que as mudanças nas definições dos casos vão rompendo os limites anteriormente colocados pelas representações que marcaram o que parecia vir a ser a epidemia (Parker et al., 1994).

No ambiente de trabalho, inúmeros foram os casos de discriminação aos trabalhadores com AIDS ou suspeitos de tal, algumas vezes pelo simples fato de serem homossexuais; medo injustificado pelo contágio no trabalho, preconceito, incapacidade da empresa de manter os trabalhadores soropositivos ou recusa na participação dos custos de tratamento (Bastos et al., 1994).

A AIDS é chamada por Marin (1991) de Síndrome Social, uma vez que vários fatores da vida do indivíduo, como sociais, políticos, econômicos e culturais, encontram-se alterados. À medida que aumentam os índices de portadores sintomáticos ou assintomáticos do vírus HIV, maior a evidência do fenômeno social representado por esta síndrome que traz à tona temas humanos que sempre estiveram revestidos de tabus e preconceitos, como a morte, a

sexualidade e o uso de drogas não-éticas. Isto faz com que todos os aspectos da vida destas pessoas sejam afetados.

Também no Brasil, a AIDS tem sido alvo de muita discussão e de grande impacto. A seguir contextualizo sua situação e história no País.

2.1.2 A AIDS no Brasil

Desde os primeiros casos confirmados em 1982 e 1983, com a rápida disseminação da infecção pelo HIV, a AIDS no Brasil tem se tornado cada vez mais evidente. Em 1986, o total de casos notificados da doença já havia ultrapassado o número identificado em países como o Haiti. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Brasil tem ocupado um dos primeiros lugares na lista dos países que notificaram casos (Rodrigues, 1988).

As primeiras ocorrências foram identificadas nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, onde foram registrados respectivamente um e quatro casos (Rodrigues, 1988).

Até março de 1997, foram registrados 103,2 mil casos de AIDS no País, embora o Ministério da Saúde calcule que haja pelo menos 140 mil pessoas com a doença, devido à subnotificação. Com a distribuição gratuita do coquetel usado para combater a doença, pela rede pública, muita gente que escondia ser portador da AIDS resolveu aparecer (Falcão, 1997b).

Dos 94,9 mil casos de AIDS registrados até novembro de 1996, 20,7% tinham como origem da contaminação o uso de drogas injetáveis. Cerca de 60% dos portadores do vírus da AIDS (HIV) em cidades como Salvador (BA), Itajaí (SC) e

Santos (SP) foram infectados com seringas compartilhadas (Falcão, 1997a).

Já em 1994 os dados estatísticos apontaram 1 milhão de casos, com uma projeção para o ano 2000 de 4 milhões de portadores do vírus HIV no País (Guarienti, 1995).

Segundo Bastos et al. (1993), a AIDS começa a ser veiculada nos meios de comunicação brasileiros inicialmente como uma doença "vinda do exterior", referindo-se aos Estados Unidos, especialmente a Nova Iorque. Para Carrara & Moraes apud Bastos et al. (1993), logo de início a doença esteve sempre vinculada à homossexualidade, tendo sido chamada de "câncer gay".

Segundo Bastos et al. (1995), o Brasil apresenta uma epidemia pelo HIV bastante heterogênea segundo critérios geográficos, com taxas de incidência de AIDS muito diferenciadas, tanto segundo as macrorregiões e estados como em seus municípios.

O impacto da AIDS dá-se em esferas difíceis de mensuração, como o sofrimento, a luta pela vida, as mudanças e perdas globais, a criatividade interrompida, gerações e subculturas aniquiladas. Dizem Bastos et al. (1994) que há, porém, alguns aspectos que podemos mensurar, como o número de vidas humanas que a sociedade perde, e que se pode contabilizar o que representa o impacto econômico da perda dessas vidas em fase produtiva. Para eles, no Brasil, 79% dos casos de AIDS contados até 1991 atingem uma faixa etária de jovens, podendo vir potencialmente a ter fortes impactos negativos na produção econômica do país.

Apesar do volume de literatura produzida a respeito deste assunto, o que se sabe sobre a AIDS é muito pouco para resolver as situações clínicas da doença, assim como para aliviar o sofrimento das pessoas e, em certo momento, protelar sua morte. No Brasil, isso agrava-se pela pouca disponibilidade das drogas reconhecidas como eficazes, pela escassez de leitos hospitalares, pela precária situação dos

serviços de saúde e pela insuficiência dos meios diagnósticos de apoio (Bastos et al., 1994).

Segundo Rodrigues (1988), a história da AIDS no Brasil pode ser dividida em três momentos inter-relacionados. O primeiro momento refere-se ao período assintomático, despercebido e não identificado. O segundo refere-se ao período em que a doença passou a revelar os sintomas, ou a AIDS propriamente dita, e o terceiro, atual período, no qual as conseqüências da infecção e da AIDS são maiores do que a doença.

2.1.3 AIDS e trabalho

O impacto da AIDS mais visível ocorreu nos serviços de saúde que assumiram o seu tratamento. Os serviços inteiros transfiguraram-se para poder tratar a nova doença. Serviços nos quais se atendia doenças infecciosas já há tempo identificadas e categorizadas passaram a conviver com o desafio trazido pelos pacientes com as infecções generalizadas; o que já tinha sido considerado curável, como a pneumonia, a tuberculose, a diarreia, passou no novo contexto a ser incurável; o que era considerado raro, como o sarcoma de Kaposi, passou a ser comum; o que era conhecido e diagnosticável, como os sintomas das doenças parasitárias, passou a ser de difícil diagnóstico; o que antes aparecia como efeito da pobreza e falta das condições sanitárias em populações carentes passou a manifestar-se em todos os níveis da população carentes ou privilegiadas (Bastos et al., 1994).

Os profissionais de saúde viram o seu dia-a-dia transformar-se. Todos tiveram que se ajustar ao paciente que lhes chegava muitas vezes em estado avançado da doença,

pela reincidência das infecções múltiplas. Todos tiveram de habituar-se às mortes cotidianas e a defrontar-se com sua própria impotência, com os seus medos de contaminação, assim como com os limites dos seus conhecimentos, seus preconceitos, e sentimentos em relação à morte. Todos tiveram que tentar reestruturar suas práticas de trabalho e hierarquias para que pudessem fazer funcionar as equipes multidisciplinares exigidas para o tratamento de pessoas com AIDS. Um ponto importante é que esses profissionais tiveram que aprender a interagir com pacientes superinformados sobre a doença, que acompanham a literatura e as pesquisas médicas, tão ou mais rapidamente que os próprios profissionais de saúde (Bastos et al., 1994).

Conforme Cunha (1997), os profissionais de saúde que trabalham diretamente com os doentes de AIDS sofrem mudanças na sua própria vida. A partir da vivência constante com o doente de AIDS, passam a ter que enfrentar seus próprios preconceitos. Com a presença da morte eles vislumbram a sua própria morte e a das pessoas próximas a eles, como também são colocados diante da sua impotência, passando assim a ter um novo sentido para a vida.

As transformações e os limites existentes causaram impacto nos diferentes profissionais, de diversas formas: 1) os enfermeiros viram-se envolvidos com um trabalho muito mais exigente; 2) os auxiliares viram-se rodeados pelo medo da contaminação, ocorrendo por vezes a discriminação dos próprios familiares e amigos por estarem lidando diretamente com portadores de AIDS; 3) os assistentes sociais viram-se em novas funções, pela importância que neste caso tem o acompanhamento domiciliar do paciente; 4) os psicólogos viram-se diante de novos desafios de como assistir a pacientes jovens com dificuldades em relação a preconceitos, à morte, à sexualidade, ao sofrimento físico, à culpa, à injustiça; 5) os médicos viram-se confrontados com uma grande e complexa cadeia de problemas, onde muitas

de suas posturas deram lugar às de impotência, dúvida e humildade; e 6) os nutricionistas viram-se investigando nutrientes que pudessem melhorar o estado nutricional de seus pacientes (Bastos et al., 1994).

Os profissionais de saúde percebem o preconceito e o estigma. Muitas vezes sofrem inclusive o afastamento de familiares e, principalmente, de amigos (Cunha, 1997).

2.2 A Organização do Trabalho Hospitalar

2.2.1 História da organização hospitalar

Segundo Antunes (1991), do século VI ao IX, os conventos beneditinos estenderam-se por todas as vias de peregrinação e rotas comerciais, para cumprir o dever cristão da hospitalidade, onde os monges estudavam e praticavam a medicina, cultivavam ervas e raízes com propriedades terapêuticas, copiavam e traduziam os tratados médicos da antigüidade.

O termo "hospital", segundo Antunes (1991), designa as instituições de atenção aos doentes. Surgiu como decorrência de uma determinação do Concílio de Aachen, realizado em 816, que traduziu para o latim o termo grego *Nosokhomeion* e tornou obrigatória, para os bispos em suas dioceses e para os abades em seus conventos, a construção de um "*Hospitalis pauperum*". Segundo Borba (1991), o vocábulo latino "*Hospes*", que significa hóspedes, deu origem a "*Hospitalis*" e "*Hospitium*", palavras que designavam o local onde se abrigavam, na antigüidade, além dos enfermos, viajantes e peregrinos. O referido autor também observa que a história do hospital é repleta de

termos que o identifica e o designa de acordo com a época e o local.

Os hospitais cristãos mantiveram-se em funcionamento ininterrupto desde seus primórdios, no século IV, até seu apogeu nos séculos XII e XIII, a partir de quando começaram a declinar rapidamente e se converterem em instituições públicas para a prestação de assistência social, geridas pela iniciativa leiga dessa época (Antunes, 1991).

A idéia de que o doente precisa de cuidados e de abrigo é anterior à possibilidade de ser tratado por um profissional médico. Segundo Antunes (1991), em todas as épocas, todas as cidades mobilizaram-se para tentar prover essa necessidade, sendo os templos, os conventos e os mosteiros as primeiras instituições a receber doentes. Pitta (1994) afirma que esta organização nasceu com a incumbência de seqüestrar pobres, doentes e vadios do meio social, a fim de escondê-los e discipliná-los, guardando-os até sua morte. Por terem sido criados durante as cruzadas e peregrinações medievais, tiveram suas raízes na hospitalidade religiosa e altruística.

Durante quase toda a Idade Moderna, os hospitais desenvolveram seu caráter de assistência social. Porém, nesse período, surgiu uma nova função para estas instituições. Elas foram postas a serviço da segregação de contingentes populacionais tidos como perigosos ao convívio comunitário - os mendigos, os vadios, os imigrantes, os loucos e os portadores de doenças transmissíveis (Antunes, 1991).

Ao promoverem a exclusão e o isolamento destes segmentos sociais, os hospitais prestaram-se ao controle e ao disciplinamento da vida urbana. Mas, por mais que se pretendesse utilizá-los como instrumentos para a contenção de fatores perturbadores da ordem pública, eles haviam se convertido em fontes de muitas desordens e efeitos patológicos, como desordem dos contágios, desordem

econômica e desordem militar, ocasionando graves conseqüências para a vida urbana (Antunes, 1991).

Os hospitais não surgiram apenas como uma reorganização instrumental de cura, mas estiveram relacionados a outras transformações históricas. A relação da medicina com a organização hospitalar não se deu devido à doença em si, mas em função de necessidades econômicas (Foucault, 1989).

A evolução do hospital ocorreu principalmente no que se refere ao ambiente físico. Também a medicina fez reformulações em sua orientação pragmática, tornando-se prática eminentemente hospitalar, onde o saber médico estabeleceu um rígido controle sobre tudo que envolvesse o doente. Para que isso se tornasse viável, foi preciso que todos os recursos hospitalares fossem expressivamente destinados às finalidades médicas, ficando com o comando funcional e administrativo (Foucault, 1989).

Analisando-se sua história, pode-se perceber que o hospital tem percorrido um longo caminho na busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções. Para Kast e Rosenzweig (1976), por estas instituições terem como marco inicial estas características, é que os hospitais passaram o século dezanove como as organizações dos desabrigados e miseráveis. Hoje, o hospital possui outras características e funções.

É difícil apresentar um conceito de hospital que englobe todas os seus aspectos e complexidades. Eachern apud Borba (1991, p.43) apresenta uma definição utilizando-se da própria complexidade dos hospitais: "De todas as empresas modernas, nenhuma é mais complexa do que o hospital. Como objetivo fundamental, tem ele um simples propósito: receber o corpo humano quando, por alguma razão, se tornou doente ou ferido, e cuidar dele de modo a restaurá-lo ao normal, ou tão próximo quanto possível do normal".

2.2.2 Sistemas administrativos no hospital

A análise da sociedade contemporânea revela que os hospitais vêm, cada vez mais, ocupando lugar de destaque. São organizações complexas, que utilizam tecnologia sofisticada e precisam ter uma reação dinâmica às exigências de um meio ambiente em constante mudança (Gonçalves, 1987).

Segundo Ballariny apud Trevizan (1988), com o progresso das ciências médicas no final do século XIX, os hospitais deram saltos surpreendentes. A multiplicidade de funções, o dinamismo irradiado do organismo vivo que é o hospital moderno, as enormes transações financeiras e o valor do serviço prestado à humanidade obrigaram as instituições hospitalares a se organizarem nos moldes das empresas modernas.

A influência do taylorismo nos hospitais é evidente a começar pelo movimento da padronização hospitalar, pela preocupação com o estabelecimento de métodos uniformes de trabalho. A seleção do trabalhador e seu treinamento, o planejamento por parte dos superiores e a especialização decorrente da divisão de trabalho são exemplos dessa influência nas organizações hospitalares (Trevizan, 1988).

Para desenvolver suas atividades o hospital depende de uma extensa divisão do trabalho entre seus integrantes, de uma estrutura organizacional complexa com departamentos, equipes, cargos e posições e de um elaborado sistema de coordenação de tarefas e funções (Trevizan, 1988).

Segundo Gonçalves (1987), os hospitais, por serem organizações complexas que utilizam alta tecnologia, precisam responder rapidamente às exigências do ambiente em

constante mutação. As organizações hospitalares são afetadas pelas mudanças ambientais de maneira semelhante ao que ocorre nas outras organizações industriais e comerciais, sofrendo com a turbulência do ambiente e, portanto, merecendo uma atenção especial dos pesquisadores e de seus dirigentes (Rodrigues Filho, 1990).

As organizações de saúde são, predominantemente, organizações profissionais, porque seu funcionamento depende de seus operadores, que são os profissionais responsáveis pela produção de seus serviços (Dussault, 1992).

Estas organizações são chamadas por Mintzberg apud Dussault (1992) de "organizações profissionais", onde o trabalho de produção exige qualificação de alto nível e não se presta bem à formalização. O saber e as habilidades são formalizados através do processo de formação profissional, e as normas são definidas pelas suas respectivas associações de classe. Também a autonomia profissional tende a favorecer a segmentação em grupos com interesses divergentes, o que explica a dificuldade de fazer mudanças ao nível dessas organizações (Dussault, 1992).

Rodrigues Filho (1990) apresenta algumas das diferenças existentes entre as organizações hospitalares e os outros tipos de organizações: 1) a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar; 2) a freqüente existência de dupla autoridade gerando conflitos; 3) a preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização; e 4) a alta variabilidade e complexidade da natureza e trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais.

Gonçalves (1987) divide as funções do hospital em funções externas e internas. As funções externas são naturalmente realizadas pelos próprios integrantes da organização, pois tratam-se de atividades aplicadas em benefício de pessoas externas a ela. A primeira delas é a

prestação de atendimento médico e complementar a doentes em regime de internação. A segunda função refere-se sempre que possível ao desenvolvimento de atividades de natureza preventiva. Esta função está sendo cada vez mais solicitada aos hospitais, para que desempenhem tarefas de natureza integral ao ser humano, sem distinção entre as atividades meramente curativas. A terceira é a participação em programas de natureza comunitária, procurando atingir o contexto sócio-familiar dos doentes do hospital. A quarta função é a sua integração ativa no sistema de saúde (Gonçalves, 1987).

A primeira função interna se relaciona com a participação na formação de recursos humanos para a área da saúde, buscando ampliar a capacitação de seus próprios profissionais, além de contribuir para a formação de integrantes da equipe de saúde. A segunda representa o local dinâmico em que se desenvolve a atividade profissional das pessoas que nele trabalham. A última função interna do hospital é a participação no desenvolvimento de pesquisas em todas as suas áreas de atividade (Gonçalves, 1987).

Borba (1991) destaca que a melhor forma de caracterizar as funções do hospital é a destacada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que o considera como uma organização de caráter médico-social, que possui a finalidade de assegurar assistência médica completa a determinada população e cujos serviços externos se irradiam até a célula familiar, sendo também um centro de medicina e de pesquisa biossocial.

Alguns elementos comportamentais complicam ainda mais o funcionamento e o entendimento desta organização. De acordo com Gonçalves (1987), o mais significativo dos elementos comportamentais corresponde à estrutura de poder no hospital. Embora se trate de uma organização altamente hierarquizada, a autoridade no hospital não emana de uma

única origem, nem flui de uma só linha de comando, como ocorre normalmente na maioria das estruturas formais de outras organizações. A autoridade no hospital é distribuída entre a direção superior, o corpo clínico e o corpo dos demais profissionais, especialmente os profissionais de enfermagem por se tratar de um conjunto de profissionais integrados por componentes de diferentes níveis acadêmicos e por estarem incumbidos de distintas e diversificadas responsabilidades assistenciais.

No caso específico do Brasil, conforme Castelar (1995), a evolução hospitalar foi mais influenciada por necessidades emergentes, definições políticas locais ou por interesses de grupos do que por uma real política nacional de saúde, o que ocasiona grandes diferenças entre as necessidades reais e os serviços prestados.

Apesar da grande importância dada na literatura aos subsistemas tecnológicos e estrutural dos hospitais, por utilizarem tecnologias sofisticadas e possuírem estruturas complexas, uma das suas características fundamentais é a importância que assume seu papel psicossocial. Uma organização hospitalar não constitui um mero arranjo tecnológico no qual pessoas trabalhem em conformidade com as exigências do plano de serviço, ou em conformidade com linhas de comunicação formais e com comandos formais que operem de cima para baixo. Ela é, acima de tudo, um sistema humano social (Kast e Rosenzweig, 1976).

Dentre os vários grupos que compõem a organização hospitalar, Pitta (1994) identifica os pacientes, a equipe médica, a equipe de enfermagem, a equipe administrativa, além dos outros profissionais que atuam nestas e outras equipes, citando também os auxiliares, fisioterapeutas, telefonistas, nutricionistas, operadores de máquinas e tantos outros que participam da tarefa de combater as doenças, alongar a duração da vida e até mesmo acompanhar aqueles que morrem. Portanto, embora seja marcante e

necessário o avanço tecnológico e científico neste tipo de organização, é o trabalho do pessoal que determina a qualidade e eficácia do tratamento. Ao longo dos tempos, a atividade de lidar com a dor, com a doença e com a morte tem sido identificada como penosa e difícil para todos.

No século XX, o sistema hospitalar passou a ser caracterizado por um desenvolvimento marcante, determinado pela progressão constante da tecnologia médica, pela proliferação dos conhecimentos relacionados à saúde e à doença e pela diferenciação das especialidades médicas, ampliando as áreas de atuação dos agentes de saúde, aí incluídos também a equipe de enfermagem (Trevizan, 1988).

O hospital é uma instituição considerada imprescindível para o desenvolvimento da ciência e para a formação de recursos humanos, uma vez que possibilita descobertas de novos conhecimentos científicos, através da pesquisa, e é utilizado como campo de aprimoramento técnico de profissionais. Neste sentido "um hospital é berço de profissionalização" (Trevizan, 1988).

A organização hospitalar é bastante complexa e especializada, e sofre influências do ambiente de várias maneiras. É difícil identificar funções estanques e objetivos claros, como também definir seus limites de atuação. No entanto, pode-se dizer que o trabalho no ambiente hospitalar e as formas através das quais ele é organizado precisam ser analisados e estudados mais sistematicamente para uma melhor compreensão deste tipo de organização.

2.2.3 A organização do trabalho

Primeiro, apresentam-se os aspectos gerais da organização do trabalho. A seguir discute-se, mais aprofundadamente, a organização do trabalho no ambiente hospitalar e na enfermagem. Por último, são analisados os impactos da AIDS na organização do trabalho da enfermagem.

O primeiro fundamento do valor do trabalho é o próprio homem. O trabalho está em função do homem e não o inverso. Conseqüentemente, o que determina o valor do trabalho não é o tipo de trabalho realizado, mas sim o fato de que quem o executa é um ser humano. O caráter insubstituível da vida humana, aquela impossibilidade de o homem ser representado por outrem no que só ele pode e deve fazer, cria-lhe o "caráter de algo único" e irrepetível (Migliaccio Filho, 1994).

Em uma análise do uso do termo "trabalho", identificam-se dois grandes eixos de significados com componentes avaliativos claramente antagônicos. Para Bastos et al. (1995), tais eixos refletem as grandes tradições histórico-filosófico-religiosas que modelaram a dimensão avaliativa e afetiva com que nos reportamos ao trabalho. O primeiro eixo, talvez o dominante, vincula o trabalho à noção de sacrifício, de esforço incomum, de carga, fardo, como algo esgotante para quem o realiza. Como sinônimo de luta, de esforço que causa transtorno ou preocupação.

Já o segundo eixo avaliativo, com uma visão mais positiva sobre o trabalho, o vê como a aplicação das capacidades humanas para propiciar o domínio da natureza, sendo responsável pela própria condição humana, considerado como um esforço para atingir determinado objetivo (Bastos et al., 1995).

Com a evolução do próprio trabalho, surge também a necessidade de utilização de formas diferentes de trabalhar e maneiras mais complexas de organizá-lo. Conforme Gonçalves e Gomes (1993), a expressão "organização do

trabalho" pode ser utilizada como referência à divisão internacional do trabalho, à discussão sobre o modo de produção capitalista, como referência ao local de trabalho, ou ainda às atividades do processo de trabalho. Esta última é a concepção adotada nesta pesquisa.

Para Fleury (1985), a forma de organizar o trabalho resulta de alguns condicionantes políticos, econômicos, tecnológicos e sócio-culturais. A adoção e implantação de uma forma específica de organizar o trabalho passa a influenciar esses condicionantes num processo dinâmico. Segundo ele, a organização do trabalho é a forma como se especifica o conteúdo, os métodos e as inter-relações entre os cargos, de modo que possam ser satisfeitos os requisitos organizacionais e tecnológicos, bem como os sociais e individuais de quem ocupa o cargo.

Faria (1984) trata a organização do trabalho como sendo um conjunto de conhecimentos oriundos da ciência social e humana, da ciência exata, da lógica, da tecnologia, para estabelecer não simplesmente métodos, mas sobretudo as condições mais favoráveis à satisfação, à saúde e à produtividade do homem no trabalho.

Lunardi Filho e Mazzilli (1996) concordam com essa idéia quando dizem que o trabalho também pode ser fonte de prazer e, mesmo, mediador da saúde. Para eles, através do trabalho o sujeito engaja-se nas relações sociais, para as quais transfere questões herdadas de seu passado e de sua história afetiva.

Nas organizações, nas quais se dá a relação direta do homem com o seu trabalho, a forma de organizar o trabalho significa as maneiras particulares de dividir e sistematizar as tarefas e o tempo entre os grupos de uma organização, envolvendo a qualificação e a especialização de seus componentes e definindo posições e poderes diferenciados (Heloani, 1994).

Taylor (1987) propôs uma racionalização científica do trabalho baseada na divisão das tarefas, fragmentando-as e especializando-as com o intuito de reduzir movimentos e gastos energéticos. Assim, fez aumentar a produção, criando um modo operatório cientificamente estabelecido.

Esta organização científica do trabalho, na visão de Friedmann (1983), acentuou, por um lado, a separação entre o pensamento e a execução, e por outro instituiu na empresa uma estrutura administrativa centralizada, vertical e autoritária, que tornou difícil ou impossível a promoção para muitos empregados semiqualeificados ou não-qualificados.

A adoção da a lógica gerencial taylorista na administração, além de acarretar problemas psicopatológicos no homem, ocasionados pela separação entre as atividades de concepção e de execução, origina uma ruptura entre corpo e pensamento (Lunardi Filho e Mazzilli, 1996).

A divisão do trabalho em tarefas padronizadas e relativamente simples, também chamada de especialização, baseia-se na observação de que a produtividade aumenta quando se especializam as tarefas (Stoner e Freeman, 1992; Robbins, 1981).

Lunardi Filho e Mazzilli (1996) entendem a organização do trabalho sob dois enfoques: o primeiro como a divisão de tarefas, chegando à definição do modo como operacionalizá-las, atingindo diretamente a questão do interesse e do tédio no trabalhador pelo trabalho; e o segundo a divisão das pessoas em hierarquia, comando, submissão, que atinge diretamente as relações estabelecidas pelos trabalhadores entre si, no próprio ambiente de trabalho. Assim, por intermédio do trabalho, o homem engaja-se nas relações sociais.

Uma abordagem alternativa à proposta taylorista/fordista é a conhecida como a Escola de Relações Humanas. Seus argumentos partiram das distorções entre os

requisitos de crescimento das pessoas e as demandas dos cargos estruturados nas organizações (Fleury e Fleury, 1995).

Argyris apud Fleury e Fleury (1995) elaborou uma teoria buscando tornar explícito o que as organizações estavam querendo das pessoas através das tarefas rotineiras e da obediência total às determinações e às regras. Isso estava relacionado à compreensão das pessoas como imaturas e incapazes de decisões próprias. Daí o surgimento do enriquecimento de cargos, para que essas pessoas pudessem obter características de personalidade de pessoas maduras no processo de trabalho, baseando-se em razões humanísticas (Fleury e Fleury, 1995).

Para entender o surgimento do método de enriquecimento de cargos, é preciso levar em consideração as experiências e as teorias acerca dos fatores psicológicos dos trabalhadores que afetam a produtividade, bem como dos de motivação para o trabalho. Portanto, como pouco se conhecia sobre tais aspectos, o meio encontrado foi a adoção de medidas que visavam, fundamentalmente, melhorar o ambiente de trabalho (Fleury, 1980).

Estudos que procuraram esclarecer esses fatores psicológicos que afetavam o comportamento das pessoas no trabalho foram principalmente os de Maslow, Argyris e Herzberg. Desses autores, pode-se destacar duas premissas básicas a respeito do assunto: que a produtividade de uma pessoa é tanto maior quanto mais satisfeita ela estiver, e que essa satisfação é decorrente de fatores intrínsecos ao trabalho que está sendo realizado (Fleury, 1980).

A solução encontrada na época era apresentada por um conjunto de técnicas convencionalmente chamado de enriquecimento de cargos. Elas previam a ampliação do conteúdo do cargo, aumentando assim a diversidade de tarefas que a pessoa desenvolve, além de uma forma parcial e gradual de delegação de responsabilidades (Fleury, 1980).

A partir de meados da década de 70, surge uma nova corrente de pensamento sobre a organização do trabalho, considerando-a um campo de experimentação para que se possa avançar e repensar o modelo hegemônico até então dominado pelo taylorismo/fordismo. Trata-se da abordagem sociotécnica do trabalho, cujas raízes estão nos países europeus, mais especificamente na Inglaterra e Suécia (Fleury e Fleury, 1995). A história desta abordagem começa com os pesquisadores do *Tavistock Institute of Human Relations*, de Londres, que analisaram os problemas relativos à mecanização dos processos de mineração junto às minas de carvão no norte da Inglaterra (Biazzi Jr., 1994).

Além de ser considerada como um sistema aberto em interação com seu ambiente a organização nesta nova concepção, é também abordada como um sistema sociotécnico estruturado em dois subsistemas: técnico e social. O primeiro compreende as demandas das tarefas a serem desempenhadas, as instalações físicas, os equipamentos e instrumentos e técnicas utilizadas. O segundo compreende os indivíduos, suas características físicas e psicológicas, os grupos, seus comportamentos tanto formal como informal, na situação de trabalho (Trist apud Motta, 1995).

Para Motta (1995), a grande mensagem do modelo Tavistock parece ser a de que a organização eficiente precisa levar em conta tanto as importações que faz do ambiente o subsistema social, ou seja, valores e aspirações, como também as que faz o subsistema técnico, ou seja, matérias-primas, equipamentos, etc.

No enfoque dado pela Escola Sociotécnica, os subsistemas social e técnico de determinado sistema de trabalho devem ser considerados individualmente e em suas relações, além de sua otimização conjunta, para que os objetivos organizacionais sejam atingidos juntamente com o desenvolvimento e a integração dos indivíduos. Isso significa dizer que é necessário e fundamental projetar em

conjunto o sistema social e a tecnologia adotada (Biazzi Jr, 1994), o que reforça as idéias de Murray apud Biazzi Jr (1994) quando se refere à otimização conjunta do subsistema técnico e social, que definia a natureza das características fundamentais do sistema técnico e as transformava em tarefas e empregos que considerem as necessidades e características fundamentais dos seres humanos.

Atualmente, o mundo tem sido marcado por mudanças profundas e velozes. As organizações, como não poderia deixar de ser, sofrem diretamente os reflexos destas mudanças, necessitando adequar-se a este ambiente mutável. Tal adequação tem requerido diversos estudos a respeito das estruturas organizacionais e conseqüentemente das formas de organização do trabalho nas organizações.

Muitos autores estudam a organização do trabalho como parte da estrutura organizacional (Hanna, 1988; Robbins, 1990; Brown e Moberg, 1980; Hall, 1984).

Para Brown e Moberg (1980), a organização do trabalho é a parte da estrutura organizacional que enfoca como as tarefas e responsabilidades são combinadas nas atribuições de qualquer indivíduo.

Uma das principais abordagens utilizadas por Brown e Moberg (1980) para reorganizar o trabalho é a rotação de trabalho que permite ao trabalhador mudar de uma atividade para outra.

A estrutura organizacional, para Robbins (1990) e Hall (1984), define como as tarefas são alocadas, quem recorre a quem, e de que maneira os mecanismos formais de coordenação e interação devem ser seguidos. A estrutura apresenta três componentes básicos: a complexidade, a centralização e a formalização.

A complexidade considera o alcance da diferenciação dentro da organização. Esta dimensão engloba, entre outros elementos, a diferenciação horizontal, que se apresenta na

forma de especialização das tarefas dos indivíduos, departamentalização e divisão das tarefas (Robbins, 1990 e Hall, 1984).

Hage apud Hall (1984) mede a especialização pelo número de especialistas e pela extensão do treinamento exigido para cada uma delas. Para ele, quanto maior for o número de ocupações e quanto mais extenso for o treinamento, mais complexa torna-se a organização, pois quanto maior o treinamento das pessoas tanto mais elas se diferenciam das demais. Essa definição é semelhante à de Price apud Hall (1984), que diz que a complexidade pode ser definida pelo grau de instrução de seus membros.

Conforme Massarollo (1991), nos serviços de enfermagem encontram-se as departamentalizações por especialidade, por complexidade dos cuidados prestados, pelo tipo de patologia, por localização das unidades e por turnos.

Para Hall (1984), as tarefas podem ser distribuídas e fracionadas de duas maneiras básicas: a primeira é fornecer a especialistas altamente treinados uma série de atividades muito abrangentes para desempenhar; a segunda é subdividir pormenorizadamente as tarefas de maneira que não-especialistas possam desempenhá-las.

Outra maneira de abordar a diferenciação horizontal é relatada por Blau e Schoenherr apud Hall (1984) quando referem-se ao número de posições diferentes e de subunidades variadas em uma mesma organização. Para eles, a organização torna-se mais complexa quanto maior for o número dessas posições e subdivisões em unidades.

Blau e Mckinley apud Hall (1984) também destacam a importância do pessoal especializado como forma de deter o poder através de sua especialização, o que os torna capazes de estabelecer os parâmetros de seu trabalho.

Para Brown e Moberg (1980), a centralização é outro elemento que afeta a organização e a profundidade do trabalho em uma organização.

A centralização tem sido definida de várias maneiras, mas sempre com ênfase na distribuição do poder dentro da organização.

Hage apud Hall (1984) a define como o nível e a variedade de participação dos membros nas decisões estratégicas na organização. Quanto maior for o nível de participação de um número maior de grupos numa organização, menor será a centralização.

Segundo Van de Ven e Ferry apud Hall (1984), a organização é considerada centralizada quando a maioria das decisões são tomadas hierarquicamente. Para eles, em uma organização altamente profissionalizada, as decisões relativas às áreas de competência profissional estão a cargo dos profissionais envolvidos.

Uma outra questão a respeito da centralização trata não apenas o direito de tomar decisões, mas sua interação com as políticas predeterminadas com respeito até mesmo a essas decisões na organização. O pessoal operacional pode tomar decisões, mas, se é limitado pelas normas da organização, continua a haver um elevado grau de centralização (Hall, 1984).

Dornbusch e Scott apud Hall (1984) tratam um outro elemento da centralização a maneira como as atividades são avaliadas. Para estes autores, o processo de avaliação envolve a determinação acerca de um trabalho ter sido feito de forma adequada, correto e rápido. Se essa avaliação for feita por pessoas no topo da organização, independentemente do nível em que as decisões são tomadas, há centralização.

Segundo Hall (1984), o grau de centralização das organizações é também uma indicação do que a organização presume dos seus membros. Quando os membros precisam de um controle escrito, seja de que forma for, isso indica uma elevada centralização. Ao contrário, a baixa formalização indica que os membros podem dirigir a si próprios.

A centralização está relacionada com o direito de tomar decisões, ou seja, quem pode tomar decisões, que tipo de decisões e quando deve tomá-las. Os serviços de enfermagem possuem em sua estrutura grande número de divisões hierárquicas apresentando problemas em relação à velocidade da tomada de decisões (Massarollo, 1991).

O terceiro componente básico da estrutura organizacional, a formalização, se refere ao grau de padronização das tarefas internas à organização. Associa-se a normas e padrões explícitos definidos por escrito ou apenas consensados, e sua importância está na redução de variabilidade comportamental. As regras definem o que pode ou não deve ser feito, e os procedimentos são passos seqüenciais que se relacionam entre si e necessários ao cumprimento de tarefas (Robbins, 1990 e Hall, 1984).

Ela envolve o controle que existe sobre o indivíduo. Quando as pessoas são encaradas como incapazes de tomarem suas próprias decisões, surge um grande número de normas para orientar seu comportamento diante da tarefa, o que caracteriza uma formalização elevada. Quando se acredita que os membros sejam capazes de exercer um julgamento e autocontrole sobre as tarefas, ela passa a ser baixa (Hall, 1984).

As normas podem variar desde as altamente restritivas até as extremamente vagas. Esses mesmos tipos de variações podem ocorrer em termos de procedimentos. Um outro extremo da formalização é quando nenhum procedimento é elaborado. Neste caso os membros da organização devem usar seu próprio critério para decidir o que fazer (Hall, 1984).

Assim, as organizações não-formalizadas são as que lidam constantemente com situações novas para as quais não existem precedentes. As organizações que trabalham com problemas humanos estariam enquadradas nesta situação Hall (1984).

O autor destaca, de modo geral, que não importa se os procedimentos ou regras são formalizados por escrito. As normas e padrões não escritos são freqüentemente tão obrigatórios quanto os escritos (Hall, 1984).

Segundo Hage e Aiken apud Hall (1984), a formalização representa o uso de normas numa organização. A codificação das tarefas é a maneira de definir as regras que as pessoas ocupantes dos cargos devem fazer, assim como a observação das regras é uma maneira de verificar se elas estão ou não sendo cumpridas.

Pugh, Hickson, Hinings e Turner apud Hall (1984) definem a formalização como a extensão em que as regras, tarefas, procedimentos, instruções e demais comunicações estão escritos na organização. Essas variáveis operacionalizam-se através de registros, manuais e documentos oficiais da organização.

Para Hall (1984), a formalização pode ser abordada a partir de duas maneiras básicas. Através da utilização das percepções dos membros que compõem a organização; e pela utilização dos registros oficiais e informações provenientes de pessoas-chave dentro da organização. De acordo com o autor, as organizações mais formalizadas no papel são mais formalizadas na prática.

A formalização é entendida por Pugh et al., Litterer e Rodrigues apud Hall (1984) como o grau em que os procedimentos e as comunicações, em uma organização, são escritos e arquivados.

Segundo Mintzberg apud Robbins (1990), a formalização é o parâmetro pelo qual o processo de trabalho é padronizado dentro da organização. Para ele, pode ocorrer três formas da formalização: a formalização do trabalho, que se refere à especificação de cada tarefa; a formalização do fluxo do trabalho, que se refere à descrição formal da seqüência das atividades dentro da

organização; e a formalização por regras, que se refere a quem pode ou não efetuar determinada atividade.

De acordo com Massarollo (1991), nos serviços de enfermagem a formalização pode ser feita pela descrição de cargos e funções, de normas e rotinas, pela padronização de procedimentos e pelas escalas de pessoal.

Pode-se observar que existem diferentes elementos que influem na estrutura organizacional. Tratando-se de uma organização hospitalar, considerada complexa e especializada, um dos fatores de grande importância são as diferentes patologias apresentadas, que muitas vezes podem alterar as formas de organização do trabalho.

2.2.4 A organização do trabalho no hospital

O trabalho em saúde é hoje marcado por uma crescente coletivização, superando a assistência antes assumida quase na sua totalidade por profissionais autônomos. O trabalho médico, como trabalho coletivo, influenciado pela incorporação de novas tecnologias, aumento da complexidade dos meios de trabalho, desenvolvimento das especializações e das categorias na área de saúde, sofreu um processo de parcelamento de suas ações (Nogueira, 1983).

A organização dos serviços de saúde, seja num hospital, seja numa rede de serviços ambulatoriais, é caracterizada fundamentalmente pela especialização do conhecimento de um número cada vez maior de profissionais e divisão pormenorizada do trabalho dentro das profissões, bem como pelo parcelamento do ato de saúde, que necessita de uma gama enorme de diferentes profissionais com diferentes especializações (Pires, 1989).

Nas organizações hospitalares, as operações mais difíceis e complexas são atribuídas ao pessoal mais qualificado. As mais simples ou menos complexas ao pessoal de menor qualificação, cuja força de trabalho é menos onerosa. Isto significa economia de trabalho qualificado e oferecimento de serviços a um menor custo e com um lucro maior (Nogueira, 1983).

De acordo com Gonçalves (1987), o aumento do tamanho e complexidade dos hospitais conduziu ao aparecimento de trabalhos de infra-estrutura, que constituíram a extensão do trabalho do médico, dentre os quais o mais importante foi o trabalho da enfermagem. Este se dividiu, ficando com o enfermeiro a parte "mais intelectual" do trabalho e com o pessoal auxiliar as funções "menos intelectuais", ou seja, a execução do trabalho. Com isso, separou-se dentro da própria enfermagem a responsabilidade pela concepção e pela execução, o que estabeleceu nova hierarquia e novas relações de poder entre seus agentes.

O desenvolvimento da especialização na medicina gerou um problema difícil, na medida em que cada especialista vê apenas uma parte que deve ser complementada por outro e onde o todo, que é a assistência, é o resultado de vários procedimentos. Dessa forma, a medicina se torna, cada vez mais, um aglomerado de técnicas que formam um todo, o qual ultrapassa muito os limites daquilo que um único homem pode absorver, aprender e utilizar. Também os demais profissionais, cujo trabalho decorre dos procedimentos desses especialistas, encontram-se cada vez mais divididos em suas tarefas; destacando-se aqui os relacionados à equipe de enfermagem (Marglin, 1974).

Ao se tornar um trabalhador especializado para executar o trabalho simplificado e aumentar a produtividade, a pessoa perde o controle da sua própria produção. E na medida em que esse trabalhador é um especialista, por ter sido levado à incapacidade de

realizar uma produção completa, maior será sua dependência ao controle hierárquico na organização (Rezende, 1985).

A enfermagem constitui o maior grupo individualizado de profissionais de saúde. É talvez o grupo mais complexo, se considerada a natureza do trabalho desenvolvido, a formação diferenciada dos seus agentes e as suas formas de inserção na hierarquia organizacional, bem como as funções diversificadas exercidas por cada uma das categorias que compõem a equipe (Almeida e Rocha, 1986).

A organização dessa categoria de profissionais dá-se sob influência dos trabalhos de Taylor sobre a administração científica; descrição das tarefas passo a passo para que o pessoal de baixa qualificação possa realizá-las com economia de tempo, material e energia, além de pequeno número de trabalhadores para cumprir inúmeras tarefas (Almeida e Rocha, 1986).

A divisão do trabalho na enfermagem teve início a partir do século XIX, quando o hospital passou a exercer a prática assistencial direcionada ao tratamento e cura das pessoas internadas. A categoria médica, naquele momento, assumiu o poder na estrutura hospitalar, e as atividades de enfermagem, principalmente, passaram a ser executadas por pessoas sem a qualificação necessária, visando à racionalização do trabalho hospitalar.

No século XIX, na Europa, a literatura já registrava as condições degradantes do trabalho principalmente da enfermagem, realizado por mulheres analfabetas, de moral duvidosa, sem qualificação, e associado ao trabalho manual. Com o capitalismo inicia-se a valorização do trabalho mais intelectual da enfermagem, mas o trabalho manual subordinado continua sendo executado pelos menos qualificados (Almeida e Rocha, 1986).

Segundo Pitta (1994), o hospital, ao longo de sua história, tem desempenhado diferentes funções, o que tem dificultado em muito a tarefa dos que buscam entender o

processo de trabalho hospitalar como um corpo de práticas institucionais articuladas às demais práticas sociais numa dada sociedade e submetido a determinadas regras históricas, econômicas e políticas.

Para Pitta (1994), se o trabalho hospitalar constitui uma prática concreta, cabe-nos buscar identificar, como em qualquer outro processo de trabalho, quais as suas características enquanto tal, quais seriam os agentes e instrumentos necessários à sua consecução, e que produtos estariam construídos no final do seu ciclo de produção.

Garcia apud Pitta (1994) procurou conceituar os "modos de produção de serviços de saúde" chegando a identificar dois tipos. Para o autor, o primeiro seria o "modo de produção artesanal", com as seguintes características: os agentes são proprietários dos meios de diagnósticos, tratamento e cuidado; não existe o domínio claro de uma categoria sobre a outra na relação médico-paciente; observa-se uma cooperação muito elevada entre os membros de uma mesma categoria, embora a complexidade de instrumentos e conhecimentos possa gerar uma contradição entre o desenvolvimento da medicina e as relações existentes, uma vez que ficará cada vez mais distante a possibilidade de um só indivíduo realizar todas as tarefas de diagnóstico e tratamento na medida em que elas se tornam mais complexas. O segundo modelo é o "burocrático", no qual os agentes perdem o controle do processo global do trabalho e o indivíduo, são ou doente, é visto de forma parcelada, surgindo a necessidade de uma organização total do trabalho.

De acordo com Pitta (1994), a divisão do trabalho no hospital é a reprodução no seu interior da evolução e divisão do trabalho no modo de produção capitalista, preservando-se entretanto algumas características da religiosidade caritativo-assistencial de sua origem.

Nogueira apud Pitta (1994) assinala que esta organização de trabalho coletivo em saúde tem uma divisão técnica que absorve as características de manufatura, e como tal teria no valor de uso e a sua lógica de qualificação no interior do setor terciário como serviço a ser consumido. Identifica o autor que a decomposição do processo de trabalho em tarefas isoladas é acompanhada de uma integração através de uma hierarquia de profissionais e serviços que se constitui no fundamento da produtividade do setor, e depende ainda, substancialmente, do conhecimento e destreza do trabalhador. O autor também chama a atenção para o quão dinâmica tem sido a área de assistência à saúde na incorporação de novas tecnologias, o que entretanto não tem significado uma economia de força de trabalho, continuando um setor essencialmente de trabalho intensivo.

Um aspecto destacado por Pitta (1994) como característica do trabalho hospitalar é a necessidade de funcionamento diuturno, implicando regime de plantões. Este regime de turnos e plantões abre a perspectiva de duplos empregos e jornadas de trabalho, comum entre os trabalhadores de saúde, especialmente num país onde são comuns os baixos salários. Tal prática potencializa a ação daqueles fatores que por si só danificam suas integridades física e psíquica. Por isso, o hospital torna-se um espaço que deve administrar os problemas emocionais provocados pelo doente e sua doença e toda a rede de relações sociais que a eles se vinculam.

O cuidar de uma pessoa doente é inserido num contexto social em que a piedade e solidariedade são sentimentos socialmente valorizados dentro de uma estratégia de sobrevivência da espécie e de uma certa sociabilidade que tem na harmonia o seu paradigma e na saúde um elemento indissociável a esta harmonia; este cuidar deverá ter um valor moral e ético (Pitta, 1994).

Para Silva (1986), a organização do trabalho em um hospital atua como gênese do sofrimento psíquico através de alguns elementos facilmente identificáveis: as jornadas prolongadas de trabalho, os ritmos de produção, a hierarquia rígida e vertical, as poucas pausas para descanso ao longo das jornadas, a alienação do trabalho e do trabalhador, a fragmentação de tarefas e a desqualificação do trabalho.

2.2.5 A organização do trabalho na enfermagem

A enfermagem reflete as mudanças ocorridas na sociedade, com a qual se articula. Torna-se evidente que as práticas profissionais, sob o ponto de vista sociológico, tendem a reproduzir o sistema sócio-econômico no qual se encontram inseridas (Vieira e Silva, 1982). Portanto, o trabalho da enfermagem, ao longo de sua história, vem sofrendo inúmeras mudanças nas suas diferentes concepções.

Juntamente com as reformas sociais que ocorreram na Europa na segunda metade do século XIX, também foram implementadas mudanças no âmbito da enfermagem. Estas mudanças dão início à preocupação do pessoal de enfermagem com o trabalho hospitalar racionalmente organizado, marcando o começo da burocratização da enfermagem, concomitantemente à burocratização hospitalar (Trevizan, 1988).

Com a institucionalização do hospital e com o progresso crescente da tecnologia e da especialização, fazendo surgir a necessidade de um atendimento mais qualificado aos doentes hospitalizados, muitos enfermeiros foram deslocadas para o desenvolvimento de atividades administrativas nas instituições hospitalares. Isto

propiciou uma mudança radical do seu processo de trabalho, ou seja, a substituição da autonomia pela sua inserção em uma estrutura bastante centralizada, ficando limitada em termos de poder decisório. No campo hospitalar, o pessoal de enfermagem passa a assumir compromissos relativos às funções de ensino e de administração, além daquelas relacionadas à prestação da assistência propriamente dita (Trevizan, 1988).

A introdução dos princípios da administração científica na enfermagem foi marcada pela adoção da prática de divisão de trabalho entre os que pensam e os que executam. Disso resulta a especialização e a divisão de trabalho, atribuindo a cada elemento da equipe de enfermagem tarefas definidas e baseadas em instruções previamente fixadas, que determinam um sistema de rotinas, o que a leva a assumir o planejamento das atividades e a supervisão desse pessoal (Trevizan, 1988).

O serviço de enfermagem inserido nestas organizações sofre influência deste modelo, porém é importante que o enfermeiro utilize-se deste modelo como um instrumento na administração da assistência (Trevizan, 1988).

O serviço de enfermagem, como um grupo organizado de pessoas, pela diversidade e complexidade das atividades, tem necessidade de dividir e distribuir o trabalho entre seus membros, bem como estabelecer o padrão de relações entre eles. Com isso, os esforços são coordenados para atingir seu objetivo, que é a prestação da assistência de enfermagem. Para tanto, precisa haver a definição da estrutura organizacional do serviço de enfermagem (Massarollo, 1991).

Na estrutura organizacional do serviço de enfermagem existe um conjunto de aspectos que dependem do grau e da forma em que aparecem, e que provocam as diferenças nas estruturas de cada organização. Este conjunto de aspectos inclui: divisão do trabalho e especialização, hierarquia,

autoridade e responsabilidade, amplitude da supervisão, centralização e descentralização, e formalização (Massarollo, 1991).

2.2.6. Impactos da AIDS na organização do trabalho de enfermagem

Um estudo desenvolvido por Proença et al. (1995) discute o processo de mudança e adaptação organizacional no Hospital Nereu Ramos em Santa Catarina, chegando a conclusão de que muitas mudanças ocorreram nesta organização desde o momento em que passou a tratar de doentes com AIDS. As mudanças mais destacadas foram as ligadas à dimensão social e à dimensão tecnológica na organização.

Com relação à dimensão social, a AIDS causou grande impacto nas relações entre funcionário/doente, funcionário/funçãoário, sociedade/hospital, sociedade/funçãoário e sociedade/doença/paciente (Proença et al., 1995).

Outro estudo realizado posteriormente por Cunha et al. (1996) teve o objetivo de analisar os impactos da AIDS no sistema psicossocial do HNR, devido à grande importância social que tem esta doença e também devido às mudanças que esta síndrome desencadeou no hospital.

Conforme Cunha et al. (1996), os principais impactos causados pela AIDS no HNR foram: 1) nas relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS; e 2) na organização do trabalho da enfermagem na unidade que atende os doentes com AIDS.

Conforme Cunha (1997), a percepção do estigma da AIDS, o enfrentamento do próprio preconceito, o medo da morte e a

vivência da condição limitada da vida humana no face-a-face com o doente geram novas formas de compreensão do ser humano, levando a uma mudança na visão de homem e de mundo que cada um possui, o que indica novos valores e outra perspectiva para viver a própria vida.

Muitas outras mudanças foram percebidas neste estudo, em se tratando de formas de adaptação às condições reais e objetivas surgidas a partir do aparecimento da AIDS. Estas mudanças aconteceram ao longo do tempo, sendo a maioria delas não planejadas. Nasceram como respostas às exigências feitas pelas circunstâncias que envolvem a doença e o doente de AIDS. Outras passaram a ser planejadas pela necessidade de alterar a própria rotina do hospital.

Várias delas ocorreram devido ao contato diário com o sofrimento dos pacientes, com a morte sempre presente, com a dependência de muitos pacientes, pela sensação de impotência diante das manifestações da doença e pela impotência diante das questões psicossociais que os doentes enfrentam (Cunha et al., 1996).

O estudo verificou também que a equipe de enfermagem possui uma função fundamental por ser aquela que está em contato mais direto com o doente, possuindo grande influência e liderança, mantendo relações não formais por toda a organização, além de estabelecer uma estreita ligação com médicos e pacientes. Também pôde-se constatar que é a equipe que mais diretamente sofre as alterações e os impactos que advêm do constante contato com a doença e a morte.

Conforme Cunha (1997), a equipe de saúde, no contato com o doente, passa a ter que enfrentar seu próprio preconceito. A relação entre o profissional de saúde e o doente é permeada por inúmeros sentimentos como o medo da morte e a sensação de impotência e de limitação da vida. O profissional de saúde, diante do doente de Aids, revive suas experiências de vida e as de seus familiares. Muitas

vezes, existe despreparo emocional dos profissionais para tratar com os doentes.

Dentro do Hospital Nereu Ramos existe ainda, embora de forma velada, certa discriminação dos profissionais que não trabalham diretamente com os doentes em relação aos que lidam com eles. Também as outras instituições de saúde não escondem o preconceito e muitas vezes dificultam o atendimento aos doentes encaminhados pelo HNR (Cunha, 1997).

Segundo Cunha (1997), os profissionais do hospital são questionados quanto ao seu trabalho por suas famílias que mostram medo e preocupação. Muitos passam, por causa da proximidade com o doente, a ser, de alguma forma, estigmatizados, sendo até mesmo isolados pelos amigos.

Um outro elemento fundamental observado foi a categorização por que passam os doentes de AIDS na sociedade. O "estigma" e o "preconceito" são amplamente verificados na percepção dos profissionais que trabalham no HNR, estendendo-se aos próprios funcionários.

Conforme Cunha (1997), as relações sociais dos profissionais de saúde que trabalham com os doentes de AIDS são permeadas por muitos sentimentos muitas vezes não identificados claramente. A primeira percepção dos profissionais refere-se ao estigma e ao preconceito que sofrem os doentes na sociedade e até mesmo na sua família. Reconhecem, também, que eles mesmos possuem preconceitos, que são amenizados a partir do contato direto com os doentes. Eles acabam colocando-se diante destes preconceitos, e de muitas outras situações de vida, e passam a ter que enfrentá-las. Este enfrentamento com o doente de AIDS traz consigo todos os medos humanos, todas as fragilidades, colocando estes profissionais diante da impotência e dos limites da própria vida.

Ainda hoje, a AIDS causa medo entre os profissionais que, eventualmente, entram em contato com a doença. No caso

do HNR, este medo é amenizado e desmistificado pela constante atualização do corpo de profissionais, pelos treinamentos técnicos sistemáticos que são feitos e, principalmente, pela observância das normas de biosegurança, que nem sempre são utilizadas com rigor em outros locais de atendimento de saúde (Cunha et al., 1996).

Com relação à dimensão tecnológica, segundo Proença et al. (1995) houve alterações nas rotinas hospitalares, sejam elas formais ou informais. No HNR as patologias infecto-contagiosas tratadas impõem procedimentos especiais no atendimento ao paciente e na prevenção do funcionário quanto à contaminação.

O aumento da preocupação com procedimentos de autoproteção e proteção ao paciente no HNR é relativamente recente. A principal causa dessa preocupação foi o surgimento da AIDS. A partir do aparecimento dessa patologia, tem havido maior utilização de procedimentos de tratamento e proteção, surgindo novos conceitos de condutas hospitalares (Proença et al., 1995).

O HNR tem grande preocupação no sentido de manter a instituição incorporando as novas tecnologias e as inovações constantes do setor, através do acesso de seus especialistas a centros de treinamentos, inclusive no exterior, considerando sua condição de hospital de referência no estado para doenças infecto-contagiosas (Proença et al., 1995).

Para Proença et al. (1995), esses procedimentos diferenciados podem ser motivo de alterações na escala de trabalho dos funcionários, na unidade que atende doentes de AIDS. Tratando-se de uma síndrome que normalmente apresenta vários problemas clínicos associados, o trabalho na unidade caracteriza-se por ser muito intenso para a equipe dos profissionais. Para amenizar o problema, o HNR estabelece um rodízio entre seus funcionários com o objetivo de tentar minimizar o estresse físico e psicológico.

Uma outra alteração de procedimento relacionada com a AIDS, mencionada por Proença et al. (1995), foi a introdução de exames de controle periódico para os funcionários envolvidos. Houve problemas de rejeição ao procedimento quando de sua introdução, apesar de esses exames serem apenas recomendados e opcionais ao quadro de funcionários.

O HNR precisou alterar as formas de organização do trabalho dos profissionais que trabalham na unidade que atende doentes com AIDS. Foram incluídas algumas vantagens no que se refere ao horário de trabalho e folgas extras, por ser considerado um trabalho mais desgastante e estressante do que em outros setores do hospital. Novas estratégias de trabalho foram necessárias, como o trabalho interdisciplinar que não existia anteriormente, a participação dos funcionários em cursos e congressos, como também a visita dos profissionais do HNR a outros hospitais de referência no país (Cunha, 1997).

Os trabalhos já realizados na organização hospitalar em estudo fundamentam e indicam a necessidade de que sejam identificados, com maior clareza, quais os principais impactos que a AIDS causou e ainda causa nas formas de organizar o trabalho realizado pela equipe de enfermagem na unidade que atende doentes com AIDS.

Considerando esta necessidade, pretendo fazer uma pesquisa de forma exploratória, tendo em vista que poucos estudos foram realizados sob o enfoque da organização do trabalho em relação à AIDS.

Neste trabalho, os elementos utilizados para analisar os impactos da AIDS na organização do trabalho na Unidade DST/AIDS foram: 1) complexidade - divisão das tarefas e especialização; 2) centralização - autoridade, autonomia; 3) formalização - normas, rodízio de funcionários, escala de trabalho e jornada de trabalho.

3. CAMINHOS METODOLÓGICOS

Nesta pesquisa utilizei a abordagem qualitativa, que segundo Richardson et al. (1989) justifica-se quando se procura entender a natureza de determinado fenômeno social, que neste caso foram as alterações ocorridas na organização do trabalho em uma organização hospitalar. As pesquisas que utilizam tal abordagem trabalham com situações complexas de um determinado problema.

As características principais da pesquisa qualitativa indicadas por Bogdan e Biklen apud Triviños (1992) e Lüdke e André (1986) são:

1. A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave;

2. Os dados coletados, em sua maioria, são essencialmente descritivos;

3. Os pesquisadores qualitativos preocupam-se muito mais com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto;

4. A análise dos dados tende a ser um processo indutivo;

5. O "significado" que as pessoas dão às coisas e à sua vida é a preocupação essencial na abordagem qualitativa.

O método utilizado nesta pesquisa foi o estudo de caso único, caracterizado pela análise profunda dos elementos, de maneira que permita o seu amplo e detalhado conhecimento. A unidade de análise foi o Hospital Nereu Ramos.

O estudo de caso é um tipo de pesquisa que busca analisar uma unidade (ou unidades) em profundidade. Seu

objetivo é proporcionar uma vivência da realidade por meio da discussão, análise e tentativa de solução de um problema da vida real. Tem se tornado a estratégia preferida do investigador quando ele quer saber "como" e "por quê" determinados fenômenos ocorrem. Para Triviños (1987), no estudo de caso qualitativo, as hipóteses não são definidas *a priori*, e a complexidade do exame cresce na medida em que o pesquisador vai se aprofundando no estudo.

O pesquisador deverá estar aberto às descobertas que faz, deverá se manter alerta aos novos elementos ou dimensões que poderão surgir ao longo do trabalho. É preciso dar ênfase às várias dimensões em que a situação se apresenta e também ao contexto em que se situa. A divergência e os conflitos, característicos da situação social, devem ser parte do estudo.

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso é sempre bem delimitado, tendo contornos claramente definidos no desenrolar do estudo. Suas características fundamentais são: 1) visa à descoberta; 2) enfatiza a interpretação em contexto; 3) busca retratar a realidade de forma completa e profunda; 4) usa uma variedade de fontes de informação; 5) revela experiência vicária e permite generalizações naturalísticas.

Nesta pesquisa, os dados são provenientes de diversas fontes, coletados em diferentes etapas e as técnicas mais comuns são a entrevista e a observação (Godoy, 1995).

Conforme Godoy (1995), a observação é geralmente combinada com entrevistas conduzidas no ambiente natural e de forma informal, não se descartando a possibilidade de entrevistas mais formais, se necessário.

3.1 Questão de pesquisa

Para identificar os impactos da AIDS na organização do trabalho, realizei uma investigação orientada pela seguinte questão de pesquisa: **quais os impactos da AIDS na organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS, segundo a perspectiva dos atores envolvidos?**

3.2 Procedimentos e descrição da sistemática

A coleta de dados da pesquisa passou a ser feita após eu ter recebido a resposta da solicitação escrita encaminhada à direção do hospital.

Fui inicialmente recebida pela Gerente de Enfermagem, que me apresentou à Gerente Técnica para esclarecimentos necessários ao desenvolvimento do trabalho.

Esta dissertação apoiou-se em fontes primárias e secundárias. Ou seja, a investigação processou-se através de entrevistas semi-estruturadas e de análise de documentos, tais como, organograma e escritos da história do hospital. Foram realizadas 19 entrevistas na Unidade DST/AIDS, com enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem que vivem o dia-a-dia da Unidade. Membros da organização, com conhecimento amplo a respeito da história e do próprio processo de organização do trabalho no hospital, também fizeram parte dos entrevistados.

As entrevistas aconteceram nas dependências do hospital Nereu Ramos, depois de agendadas previamente. Os dados aparecem nas transcrições das entrevistas e nas anotações de campo. Parti de perguntas de interesse amplo, que foram se tornando mais diretas e específicas durante o processo de investigação.

Já que as abstrações construíram-se a partir dos dados que foram emergindo ao longo da pesquisa, o quadro teórico foi elaborado lentamente à medida que estes dados foram sendo examinados.

O roteiro de entrevista compreendia as seguintes questões básicas:

1- Fale livremente sobre como o trabalho é organizado na Unidade em que você trabalha.

2- Qual a relação entre a AIDS e o trabalho que você realiza?

Os dados foram interpretados com base nas respostas das entrevistas semi-estruturadas, na análise documental e na fundamentação teórica.

Como já mencionado anteriormente, após a gravação das entrevistas com os profissionais envolvidos, foi feita sua transcrição para poder compreender, esclarecer e validar as informações obtidas, confrontando-as com os objetivos do estudo.

Após a transcrição do material, realizei uma análise desses dados, onde foi possível observar que os principais conteúdos que surgiam nas entrevistas continham elementos característicos da complexidade, da centralização e da formalização. Estes componentes da organização do trabalho ficaram evidentes na maioria das manifestações e comentários dos entrevistados.

Para análise dos dados, construí, conforme o que é proposto por Lüdke e André (1986), um conjunto de categorias. Os dados das entrevistas e dos documentos foram lidos e relidos até se chegar à identificação de seu conteúdo e significado. Após esta etapa os dados foram classificados de acordo com as categorias iniciais e os conceitos emergentes.

4 O CONTEXTO DO ESTUDO - ANÁLISE E DISCUSSÃO

Conforme apresentado na Metodologia da Pesquisa, a análise dos dados qualitativos desta pesquisa realizou-se a partir dos relatos dos entrevistados, das transcrições das entrevistas, das análises dos documentos e das demais informações disponíveis.

Como salientei em capítulo anterior, o objeto fundamental da pesquisa centrou-se nos impactos da AIDS na organização do trabalho da equipe de enfermagem da unidade que atende os doentes de AIDS no HNR. Foram analisadas a complexidade, a centralização e a formalização da organização do trabalho na unidade que atende os doentes.

4.1 O Hospital Nereu Ramos

O Hospital Nereu Ramos (HNR) pertence à rede hospitalar da Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina (SES). Fundado em 1943, era na época administrado por religiosas. Foi criado com outros hospitais de isolamento como a Colônia Santana e a Colônia Santa Teresa, sendo mais tarde ampliado para atender doenças infecto-contagiosas.

Em 1973 foi incorporado à Fundação Hospitalar de Santa Catarina (FHSC), e passou a ser identificado como órgão de referência estadual no tratamento de doenças infecto-contagiosas, credenciado pelo Ministério da Saúde e responsável pela captação, tratamento e disseminação de informações relativas à sua área de atuação.

Com o aparecimento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS), em 1985, surgiu a necessidade de uma nova clínica para tratamento da doença. Foram dedicados inicialmente 4 leitos, chegando em 1997 a 36 leitos para pacientes com AIDS.

Em 1987 foi criado o ambulatório de infectologia, e seis anos depois o hospital-dia que recebeu credenciamento do Ministério da Saúde.

Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), em 1991, instituído pela Constituição Brasileira em todo o país, hierarquizando a prestação de serviços de saúde, o que concedeu autonomia para os estados e municípios, o HNR transforma-se em integrante da rede hospitalar, vinculado à Secretaria de Estado da Saúde (SES), à qual sua administração ficou totalmente dependente.

Em 1992 foi inaugurada uma ala própria para tratar de portadores do vírus HIV. Até então os doentes de AIDS eram assistidos na enfermaria de tuberculose, que se adaptou ao atendimento hospitalar, ambulatorial e de hospitalização dos portadores de AIDS.

Atualmente já existem profissionais que questionam a eficiência e a necessidade de que os pacientes sejam tratados de forma isolada em unidades separadas das demais. Porém, no HNR, ainda hoje os doentes são assistidos na Unidade DST/AIDS, que é a unidade específica para o atendimento destes pacientes.

Hoje o HNR está dividido em especialidades: Pneumologia, Tisiologia e Infectologia na área de clínica médica. Ele é o Centro de Referência Estadual nas áreas de tratamento em pneumologia e tratamento e treinamento em HIV/AIDS.

O serviço de Tisiologia e Pneumologia Geral conta com setor de internação, com 38 leitos na clínica de Pneumologia e 15 leitos na de Tisiologia. Possui ainda 10 leitos para as Moléstias Infecto-Parasitárias (MICA), 36

para o tratamento de HIV/AIDS, 4 apartamentos particulares, 10 leitos para as demais doenças infecciosas, e ambulatório que atende o hospital-dia com 10 leitos.

De acordo com o plano de ação de 1997, o HNR tem como negócio a melhoria da qualidade de vida do indivíduo, família e comunidade. Sua missão é "promover a saúde, prestando assistência de qualidade - para atingirmos a excelência do atendimento - aos portadores de Doenças Infecciosas e Pulmonares, atuando como Centro de Referência para o Estado de Santa Catarina, visando o bem-estar do indivíduo, família e comunidade".

A visão declarada pela organização é: "Atendimento de qualidade e com resolutividade nas áreas de Pneumologia e Infectologia, com reconhecimento como Centro de Referência nas áreas de tratamento e treinamento para o Estado de Santa Catarina até o ano 2000".

4.2 O impacto da AIDS na complexidade da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS

Para compreender os impactos da AIDS na complexidade da organização do trabalho, serão analisados os seguintes elementos que a compõem: divisão das tarefas, trabalho em grupo, resistência, especialização, atendimento domiciliar, hospital-dia e os treinamentos.

4.2.1 Divisão das tarefas

Nas organizações hospitalares, de maneira geral, o serviço de enfermagem, pela diversidade e complexidade das atividades que realiza, tem necessidade de dividir e

distribuir as diversas tarefas entre os seus componentes, bem como estabelecer o padrão de relações entre eles para que seu objetivo, que é a prestação da assistência de enfermagem, seja atingido.

No caso da Unidade DST/AIDS do HNR, segundo o que foi dito por funcionários, a complexidade do trabalho é ainda maior do que nas outras unidades, pois trata-se de uma doença que possui muitas outras a ela associadas e assiste-se a um paciente que exige muitos cuidados. Embora as tarefas realizadas apresentem subdivisões que exigem coordenação e controle, precisam ser realizadas de maneira mais integrada.

"Nesta unidade de AIDS tem muito paciente complicado, exigente e difícil de lidar. O desgaste é muito intenso na AIDS."

"Existe a divisão do trabalho que tem que ser feito entre o enfermeiro, o técnico e o auxiliar. Mas para nós interessa que o paciente seja atendido integralmente por todos."

"O cuidado básico com o paciente é mais integral - tudo é mais elaborado. É um tipo de paciente com seqüelas motoras, exigindo mais intensidade de cuidados. Há uma divisão de tarefas entre os funcionários, mas é sempre em equipe. Nas outras unidades não é assim, o técnico faz a medicação e o auxiliar faz os cuidados básicos no paciente, não é em equipe como na AIDS."

Trabalho em grupo

A Unidade DST/AIDS trata de um doente portador uma doença que possui características distintas e um forte conteúdo social. Os profissionais entrevistados reconhecem esta singularidade e salientam a importância do trabalho em grupo no atendimento aos doentes, trazendo como consequência uma menor divisão das tarefas.

Nas outras unidades, o trabalho é dividido de acordo com a categoria do funcionário, seja ele auxiliar, técnico ou enfermeiro. Na Unidade DST/AIDS, tanto o auxiliar quanto o técnico prestam juntos a assistência ao doente, com a maior parte das tarefas realizadas por ambos, ficando então a cargo do enfermeiro os procedimentos mais especializados e administrativos.

Com a AIDS, principalmente pelo fato de ser uma doença nova, foram introduzidas inovações no HNR, principalmente no que diz respeito à forma de assistência dada ao doente na Unidade DST/AIDS. Segundo os entrevistados, este atendimento deveria ser ampliado a todas as unidades do hospital.

"Em outra unidade o Técnico faz a medicação da unidade inteira, o Auxiliar os cuidados de higiene, e o Enfermeiro faz procedimentos específicos. Na AIDS, nós nos distribuimos em equipe por leito, cobrindo a integralidade da assistência. Essa característica da integralidade da assistência, na AIDS, nós queríamos para o hospital inteiro. Essa foi a primeira unidade a fazer funcionar desta forma."

"Antigamente, nós também estávamos divididos por categoria profissional, mas depois foi criada a equipe para atender na AIDS, ou seja, todas as categorias trabalham juntas com o mesmo paciente. Todos se responsabilizam por um determinado número de pacientes e realizam toda a assistência de enfermagem."

Há diferenças marcantes entre a unidade que atende os doentes de AIDS e as outras unidades do hospital. Os pacientes são diferentes e, portanto, exigem cuidados diferenciados, existindo uma menor divisão de tarefas.

Os pacientes da Unidade DST/AIDS precisam de atendimento intensivo e de cuidados que requerem um trabalho distinto para que a assistência seja integral. Muitos pacientes são difíceis de tratar, principalmente nos casos de dependentes de drogas ou presidiários. Além disso, têm comportamentos agressivos gerados pela não-aceitação da doença por parte deles próprios e por parte da sociedade em geral.

"É uma unidade que tem mais paciente problemático de lidar pelas próprias características, por serem a maioria drogaditos, presos, prostitutas, e pela própria patologia ser muito complicada em relação aos sintomas. Na outra unidade do hospital, é diferente, tu faz a separação pela categoria do funcionário e ele faz o atendimento ao paciente e eventualmente é chamado para atendê-lo."

Os profissionais de enfermagem que trabalham na Unidade têm a percepção de que, desde o momento que

passaram a cuidar de doentes com AIDS, foi preciso fazer uma revisão das suas tarefas, com a necessidade de encontrar outras formas de organizar seu trabalho.

Segundo os trabalhadores, uma delas, diferentemente do que ocorre nas demais unidades do hospital, foi a divisão das tarefas em equipe por leito para que o doente tivesse uma melhor assistência. Além disso, existe um revezamento entre os grupos de funcionários, para que não ocorra uma sobrecarga de trabalho. De acordo com a estrutura hierárquica do serviço, quem faz a distribuição das tarefas em equipes por leito é a enfermeira da unidade.

Esta diferença na assistência é muito salientada e percebida pelos trabalhadores da unidade que atende os doentes de AIDS.

"Na AIDS é feita a divisão por leito, ou seja, nós dividimos a equipe de técnicos, auxiliares e enfermeiros por leito. Cada grupo fica com um número X de pacientes e faz toda as atividades que aqueles pacientes tiverem necessidades da assistência de enfermagem. Essa foi a forma de organizarmos o trabalho com a chegada da AIDS."

"Quem faz esta divisão por leito e por grupo é a enfermeira da unidade de AIDS. Por exemplo, hoje, os leitos 1, 2 e 3 ficam com um grupo, amanhã troca o grupo que atende estes leitos para não sobrecarregar os funcionários com o mesmo paciente. Eles podem colaborar uns com os outros por ser a unidade pesada de trabalhar. Eles passam o tempo todo envolvidos com os pacientes e se ajudando entre si, pois os pacientes absorvem muito a equipe."

"Hoje, é uma equipe, todos trabalham juntos para compor a integralização do atendimento ao paciente. É o auxiliar, o técnico e o enfermeiro juntos ao paciente. A enfermeira separa os pacientes e os distribui de acordo com o número de funcionários que estão trabalhando naquele turno."

Antes de existir o trabalho em equipe por leito, o trabalho era realizado pela divisão das tarefas de acordo com a categoria do funcionário. Ou seja: o auxiliar fazia sozinho os cuidados básicos com paciente, como por exemplo banho, verificação dos sinais vitais e alimentação; o técnico ministrava os medicamentos; e o enfermeiro realizava os procedimentos mais especializados e se encarregava das decisões administrativas. A divisão das tarefas em equipe por leito eliminou esta diferenciação por categoria, criando equipes para assistir mais globalmente o paciente.

O trabalho na Unidade DST/AIDS é bastante intenso e exigente, e o atendimento muitas vezes se estende aos familiares dos doentes. Até mesmo a carga horária de trabalho não consegue ser cumprida com rigor, sendo necessário, às vezes, ultrapassar o horário determinado. Isto não ocorre nas outras unidades, onde o horário normalmente é rigorosamente cumprido.

A distribuição das tarefas em equipes de trabalho foi uma mudança implementada também para tentar minimizar a carga de trabalho e o estresse gerado.

"...quando comecei na AIDS atendia todos os pacientes no dia, e seus familiares, tirava dúvida dos funcionários e auxiliava em diversas tarefas. Praticamente trabalhava três horas além do meu horário. Na unidade que estou agora

são as horas certinhas e pronto. Na AIDS se trabalha pra valer. Hoje com a divisão das tarefas por equipes de enfermagem na AIDS melhorou muito o trabalho de todos."

"...hoje cada grupo tem um número determinado de pacientes e faz todas as atividades com eles. Antes o técnico fazia a medicação, o auxiliar os cuidados básicos de higiene, sinais vitais, alimentação. Trabalhavam pela divisão da sua categoria profissional. Agora não, com a AIDS dividimos por leito, pelo número de técnicos e de auxiliares compondo grupos, para prestar assistência integral ao paciente."

"...o grupo é responsável por todo cuidado ao paciente. Os cuidados básicos, medicações, curativos, alimentação, exames, é um cuidado integral. Noutra unidade o técnico faz a medicação e pronto, ele não tem visão do todo com o paciente, ele nem sabe se o paciente está vomitando e por quê."

No entanto, nem todos os funcionários entendem que a divisão das tarefas em equipe é algo benéfico ao paciente, e se manifestam dizendo que, antes de existir esta forma, o atendimento ao doente era mais harmonioso e as necessidades que a patologia exige eram mais satisfeitas.

Resistência

Algumas resistências à forma de organizar o trabalho em equipe por leito são percebidas nos entrevistados, com críticas à pouca integração da enfermeira na equipe, ficando mais a assistência ao doente a cargo dos auxiliares e técnicos.

"Os pacientes da unidade são muito dependentes, muitos em fase final ou debilitados. Quando não havia divisão de tarefas por equipe por leito, se trabalhava mais harmoniosamente. O que acontece é que tem pouca "enfermeira de cabeceira", que mete a mão na massa. Antes as enfermeiras trabalhavam muito mais junto ao paciente, hoje são os auxiliares e técnicos, as enfermeiras estão mais em cargos administrativos."

Embora não seja possível negar que existe alguma resistência a esta forma de organização do trabalho, a grande maioria dos trabalhadores da Unidade se coloca de forma favorável ao trabalho em equipe por leito.

4.2.2 Especialização

Na Unidade DST/AIDS, existe a necessidade da busca constante de uma maior especialização das tarefas a serem realizadas, devido ao tipo de patologia tratada e às características do doente que a Unidade recebe.

Grande parte dos funcionários da equipe de enfermagem da Unidade percebe a complexidade do trabalho realizado e aponta a necessidade de maior especialização.

"Como ele é um hospital de referência para doenças infecto-contagiosas, ele habilita a gente a se especializar. Participamos de muitos cursos e realizamos também muitos cursos para outros profissionais dos outros hospitais."

"É mais complexo o trabalho desta unidade pela resolução das necessidades básicas de cada paciente de AIDS."

O Hospital Nereu Ramos por ser um centro de referência para doenças infecto-contagiosas no Estado de Santa Catarina, é articulador de serviços assistenciais com vistas à prevenção e ao controle de patologias epidêmicas, possui uma equipe responsável por programas de treinamento e aperfeiçoamento dos recursos humanos dos demais hospitais do Estado e presta assistência a casos mais complexos. As atribuições conferidas a um hospital de referência reforçam e estimulam a preparação e a especialização dos seus profissionais.

"Como sempre fomos centro de referência para doenças infecto-contagiosas no Estado, tanto para tratamento como para treinamento, isso exigiu que os profissionais se qualificassem e se especializassem muito a respeito da patologia para poder atender e treinar pessoas".

"Logo de início, foi o nível superior, principalmente os médicos infectologistas e os enfermeiros, que foram se qualificar, se preparar sobre a nova patologia. Até porque

somos hospital de referência, atendemos e preparamos outros hospitais."

Segundo os autores estudados, é característica dos serviços de enfermagem a departamentalização do serviço por especialidade, por complexidade dos cuidados prestados, pelo tipo de patologia, por localização das unidades ou por turnos.

O HNR, antes de começar a atender doentes com AIDS possuía apenas departamentalização por especialidade. Com o início do tratamento a estes doentes foi criada a Unidade DST/AIDS, ocorrendo assim uma departamentalização também por complexidade dos cuidados e por tipo de patologia.

Em meados de 1985 apareceu o primeiro paciente com AIDS no Hospital, surgindo a necessidade da especialização entre os profissionais para que pudessem entender e assistir o paciente. Foi composta uma equipe multiprofissional que buscava prestar uma assistência, em conjunto, aos pacientes bem como desenvolver estudos a respeito dos casos mais complexos. No entanto, somente nos anos 90 é que os profissionais da Unidade DST/AIDS começaram a ter treinamentos sistemáticos, através da participação, principalmente dos médicos infectologistas e das enfermeiras, em congressos e cursos no Brasil e exterior.

Na medida em que os profissionais foram se atualizando, foi se alterando a maneira de pensar e agir diante do fenômeno da AIDS. No começo, era realizado um isolamento total dos pacientes, mas atualmente os doentes não ficam mais separados pelo simples fato de serem portadores do vírus HIV.

Porém, a Unidade DST/AIDS continua separada do restante do hospital, o que já tem sido questionado, pois existem estudos que recomendam o atendimento a pacientes das doenças infecto-contagiosas em qualquer leito, ou setor

do hospital. Isso ainda não ocorreu no HNR devido a resistências de alguns profissionais que são contrários à idéia.

"...o que é importante é que, à medida que vamos nos atualizando, também evoluímos. Por exemplo, no início, se isolava todos os pacientes, até uma unidade específica se tem para a AIDS. Já se sabe que isso não é mais recomendado, que devemos atendê-los em qualquer leito do hospital. Porém, no nosso hospital isso ainda é um pouco difícil, até porque há resistência de alguns funcionários..."

No HNR, ocorreu um esforço para a qualificação e capacitação dos recursos humanos, inicialmente por iniciativa própria dos profissionais, na medida em que sentiam necessidade de saber mais sobre AIDS. Posteriormente, houve participação do Hospital em treinamentos oferecidos pelo Ministério da Saúde.

Os conhecimentos adquiridos, de início, não eram sistematizados; os profissionais buscavam por conta própria as informações que podiam, para solucionar os problemas que surgiam junto com a "nova" doença. Depois de algum tempo, os cursos e os treinamentos se tornaram mais intensivos no Brasil, na medida em que foram aumentando os casos aqui e no resto do mundo, e em que a AIDS passou a ser considerada uma doença alarmante.

"...eu, que trabalho há anos ali, acho que na AIDS se investiu muito em treinamento. Eu trabalhei com AIDS desde 85/86, lembro que a primeira vez que fui fazer um treinamento foi em 91, e já atendia AIDS desde aquela época. Até lá, fui estudando muito, indo a congressos,

mas eram questões minhas, interesses individuais. Tanto meu como dos médicos. Eram coisas que as pessoas iam buscando, trocando informações entre nós."

Na sua grande maioria, os entrevistados se manifestaram sobre a importância de se especializar quando começaram a atender os doentes de AIDS. Por se tratar de uma patologia nova e pouco conhecida na época, a equipe se viu obrigada a buscar informações sobre técnicas e procedimentos que auxiliassem na assistência ao doente e na compreensão da doença. Esta especialização ocorreu em diferentes instâncias e momentos, desde que surgiu o primeiro paciente com AIDS no hospital.

"A AIDS sempre exigiu dos profissionais que trabalham ali a se instrumentalizarem cada vez mais."

"Alguns autores que escrevem sobre saúde colocam que certos sintomas já considerados dominados, como as diarreias e o sarcoma de Kaposi, estavam controlados, mas que com a chegada da AIDS tudo mudou novamente. Eles tiveram que reestudar novas formas de combater isso. Na AIDS é assim, sempre tem novidades."

"Quando começou, a AIDS era uma doença que se conhecia muito pouco sobre ela, apenas que era mortal. Eu era até um pouco meio autodidata, eu tinha que buscar informações, ler muito a respeito do que diziam sobre a AIDS."

"E tudo que se aprendia se passava para os pacientes e para os funcionários, porque eles perguntavam muito a respeito dessa nova doença."

O serviço de enfermagem, a partir do momento que passou a atender pacientes de AIDS, aumentou a complexidade de suas ações, necessitando investir em uma maior especialização dos seus profissionais para encontrar maneiras de responder às novas exigências. Também o atendimento aos pacientes precisou ser realizado de outras formas, surgindo assim o atendimento domiciliar e o hospital-dia.

Atendimento domiciliar

O atendimento domiciliar terapêutico após o paciente receber alta hospitalar é uma das formas de atendimento diferenciadas desta unidade em relação às demais. E para que isso acontecesse no HNR foram necessários muito treinamento e estudos junto à equipe dos profissionais, principalmente os de enfermagem.

"Tu tens que te instrumentalizar, conhecer sobre ela. Existe pouca literatura a respeito dela. Por exemplo, a questão do atendimento domiciliar terapêutico já existe há anos na Europa e EUA, mas para nós está vindo é com a AIDS."

Hospital-dia

O hospital-dia foi outra forma encontrada para ampliar a assistência aos doentes. No hospital-dia são reservados alguns leitos somente para que o paciente venha ao hospital e receba medicação e avaliação, não sendo necessária sua internação. Este tipo de atendimento também já existe nos EUA para atendimento de outras patologias, mas no HNR ele surgiu em decorrência da necessidade de melhor atender os doentes com AIDS

"Outras formas de tratamento como o hospital-dia e o atendimento domiciliar terapêutico, que já existem nos EUA para o tratamento de oncologia e outras patologias, para nós é recente. Quem trouxe isso para nós foi a AIDS. Isso é uma nova forma de trabalhar."

"Esta nova forma de trabalho é um aprendizado, nunca em minha vida universitária aprendi a respeito de hospital-dia, atendimento domiciliar terapêutico ou trabalho em equipe. Tive que buscar estes conhecimentos para dar conta dos pacientes que chegavam com essa doença que não era dominada pela maioria. Isso foi um impacto forte da AIDS em nós. Ela nos obrigou a nos especializar, a encontrarmos outras formas de trabalhar."

Treinamentos

Apesar dos treinamentos realizados pelos profissionais, alguns sentiram que foram poucos diante das necessidades colocadas e que, além disso, mais profissionais deveriam ter sido enviados para realizá-los fora do hospital, já que cada vez mais as exigências de assistência aos portadores de AIDS cresciam e o número de doentes aumentava. Nos anos 90, o Ministério da Saúde ofereceu oportunidades para que isso se concretizasse, mas por problemas financeiros enfrentados pela Secretaria de Saúde do Estado, que na época deveria assumir metade dos custos dos treinamentos, eles acabaram não ocorrendo intensamente.

"Nos anos 90, teve-se muitas oportunidades de treinamentos pelo Ministério da Saúde e, se não foi talvez tão aproveitado, foi por problemas da Secretaria de Saúde daqui porque o Ministério dá uma parte dos custos e o restante é pela Secretaria."

A AIDS aumentou as exigências de aprendizagem também nos funcionários de nível médio, auxiliares e técnicos, que foram obrigados a adquirir os conhecimentos necessários diretamente no exercício diário de seu trabalho.

"O nível médio dentro da enfermagem aprendeu na "marra", na prática mesmo do dia-a-dia. Os pacientes foram chegando e tinham que dar conta. Todos foram aprendendo juntos a entender esta patologia e suas intercorrências."

"De uns três anos para cá que está sendo mandado enfermeiras, médicos e pessoal de nível médio (o técnico e o auxiliar) para fazerem treinamento específico sobre AIDS. Treinamentos externos do Ministério da Saúde realizados em Porto Alegre e São Paulo."

Atualmente o HNR desenvolve um treinamento admissional para todos os funcionários que ingressam no hospital. Além das orientações administrativas e contratuais, são destacadas neste treinamento orientações sobre a AIDS, sua forma de transmissão e as precauções universais. Esta preparação do funcionário é importante, pois permite uma maior compreensão sobre o trabalho realizado no hospital e, principalmente, na Unidade DST/AIDS.

"Atualmente, está se fazendo um treinamento admissional pelo hospital para todos os funcionários novos. É um treinamento técnico e administrativo. Nele são muito enfatizadas as questões relacionadas com a AIDS, destacando o fato de sermos hospital de referência e termos uma unidade só para este atendimento."

4.2.3 Síntese

A AIDS, por ser uma doença nova, introduziu inovações no HNR, principalmente na forma em que é dado o atendimento ao paciente na Unidade DST/AIDS.

O impacto da AIDS na complexidade da organização do trabalho do serviço de enfermagem da unidade que atende

doentes de AIDS é sentido tanto no que diz respeito à divisão das tarefas quanto à especialização.

A maioria dos profissionais que trabalham na Unidade têm a percepção que desde que começaram a atender os doentes com AIDS foi necessário fazer uma reestruturação no seu trabalho.

Na Unidade DST/AIDS, embora seja apresentada alguma divisão de tarefas, a melhor forma encontrada para organizar o trabalho após o início do atendimento aos doentes de AIDS no Hospital foi a divisão das tarefas por equipe por leito, para que o paciente passasse a ter uma assistência mais integral. Os doentes passaram a ser atendidos por profissionais organizados em equipes que são responsáveis por todo o seu cuidado e não pelos profissionais limitados às suas funções específicas como no restante do Hospital.

Nas outras unidades, o trabalho é distribuído conforme a categoria profissional do funcionário. Na Unidade que atende os doentes com AIDS, o auxiliar e o técnico de enfermagem prestam juntos a assistência ao doente, ficando a cargo do enfermeiro os procedimentos mais especializados e administrativos.

Existe resistência de alguns funcionários quanto a esta forma de organizar o trabalho na Unidade. Tal resistência é justificada por eles dizendo que ocorre pouca integração da enfermeira na equipe.

O HNR, até o momento em que começou a receber doentes com AIDS, possuía apenas departamentalização por especialidade. Com o início do atendimento aos doentes de AIDS, foi criada a Unidade DST/AIDS, passando a ter uma departamentalização pela complexidade dos cuidados prestados e pelo tipo de patologia. Com a criação desta Unidade, pode-se identificar o que é dito por Massarollo (1991) quando afirma que os serviços de enfermagem têm como características a departamentalização por especialidade,

por complexidade dos cuidados prestados, pelo tipo de patologia, por localização das unidades ou por turnos.

A formação da Unidade DST/AIDS trouxe consigo a necessidade de maior especialização, devido ao fato de se tratar de uma patologia nova e pouco conhecida na época. Houve um aumento da complexidade das ações realizadas pela equipe de enfermagem, precisando que investisse em uma maior especialização dos seus profissionais para responder às novas exigências. A especialização é destacada por Gonçalves (1987) que afirma que a estrutura hospitalar é cada vez mais complexa, com novas exigências, determinando a necessidade de recorrer a um profissional mais especializado.

No caso estudado, a especialização se justifica por trazer vantagens como, por exemplo, desde uma maior eficiência do trabalhador e da organização até um mais rápido aprendizado e menor risco para à atividade (Robbins, 1990).

A AIDS obrigou o grupo a buscar mais conhecimento e maior especialização para a realização correta das técnicas e procedimentos necessários ao cuidado do paciente. Os profissionais tiveram que encontrar subsídios para o atendimento a um paciente tão singular e diferenciado, não só pela patologia mas por todo o conteúdo social e humano que ela envolve.

Estas necessidades levaram a uma maior qualificação, até mesmo pelo fato de o HNR ter se tornado um hospital de referência também para esta patologia, o que extrapola seu ambiente interno, tendo que levar e transmitir conhecimento para a comunidade e para outros hospitais. A competência para cumprir estas funções foi desenvolvida por uma maior especialização.

Devido à grande complexidade do trabalho realizado, o HNR criou formas diferenciadas de trabalho na Unidade

DST/AIDS, como por exemplo o atendimento terapêutico domiciliar e o hospital-dia.

O HNR realiza treinamento admissional para novos funcionários, orientando não só sobre questões administrativas e contratuais, como também destacando as formas de transmissão da AIDS e as Precauções Universais.

À relação dos funcionários com os doentes gera mudanças na forma com que os profissionais encaram a vida e percebem o mundo. A proximidade com os doentes torna-os mais sensíveis e humanos, revelando os limites da vida. Cunha (1997) diz que é a proximidade com a dor, a doença e a morte que gera novas maneiras de conceber o mundo. Esta manifestação é percebida nos profissionais de enfermagem da Unidade.

4.3 Impactos da AIDS na centralização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS

Para compreender os impactos da AIDS na centralização da organização do trabalho, é preciso analisar os seguintes elementos: autoridade e autonomia.

Até o hospital receber seus primeiros doentes de AIDS, as decisões administrativas estavam exclusivamente a cargo da Direção do Hospital e da Secretaria de Saúde. Hoje, algumas decisões estão sendo tomadas, principalmente, pela equipe de enfermagem da Unidade DST/AIDS pois era preciso tomar decisões a respeito dos materiais básicos necessários ao funcionamento da Unidade, como roupas novas, previsão antecipada de materiais, decisões sobre o controle de disciplina dos funcionários, o que anteriormente não existia.

Pode-se perceber, porém, que existe dependência do Hospital em relação à Secretaria de Saúde, principalmente

nas compras, pois são centralizadas e dependem de decisões políticas e das prioridades definidas pela Secretaria.

Alguns entrevistados manifestaram que de certa forma existe abertura para algumas decisões administrativas.

Uma funcionária do HNR percebe esta mudança:

"Na unidade de AIDS já existe uma certa autonomia para algumas questões administrativas, por exemplo punir funcionários; fazer solicitação de novas roupas para a unidade; previsão de materiais. Só que o poder de decidir tudo isso, como não há compras diretas, tudo é feito via licitação pela Secretaria de Saúde, dependendo da prioridade que ela determinar. Isso também é uma questão política."

"Nós temos autonomia técnica, mas a tomada de decisão mais administrativa depende de decisões que vêm da Secretaria de Saúde e da Direção do hospital. Acho que com a AIDS nós ganhamos muito em termos de autonomia, de poder e de decisões técnicas. Com a chegada da AIDS tivemos mais autonomia."

O HNR possui aproximadamente 250 servidores, entre médicos, enfermeiros, auxiliares, assistentes sociais e nutricionistas, além do pessoal da área administrativa. Estão distribuídos em uma estrutura organizacional composta por uma Diretoria Geral, uma Gerência Administrativa, uma Gerência de Enfermagem, uma Gerência Técnica e uma Gerência Clínica.

A unidade DST/AIDS é subordinada à Gerência de Enfermagem e à Gerência Técnica e dirigida por uma Chefia de Serviço, que poderá ser exercida por qualquer

profissional técnico do hospital. A enfermeira da Unidade tem total responsabilidade e autonomia técnica em sua área de atuação, sendo a maioria dos postos de Chefia no Hospital exercidos por profissionais de enfermagem.

Uma enfermeira se manifesta dizendo:

"Há uma hierarquia dentro da enfermagem, assim como há em outros grupos profissionais também. Porém, a questão do poder de decisões com relação às questões técnicas é uma situação onde nós enfermeiros temos total autonomia de decidir. Em relação às questões administrativas já passam para questões mais amplas no hospital e até mesmo vindas da Secretaria de Saúde."

No HNR, pode-se perceber que o grau com que os funcionários influenciam na decisão sobre seu próprio trabalho está associado à posição ocupada na hierarquia profissional a que pertencem. O tratamento aos doentes com AIDS trouxe maior descentralização apenas nas decisões sobre questões técnicas, ao passo que as decisões de caráter administrativo continuam a cargo da Direção do hospital e da Secretaria da Saúde do Estado.

4.3.1 Autoridade

A autoridade, no caso do HNR, se manifesta conforme o que é colocado por Gonçalves (1987). Ele diz que, embora se trate de uma organização altamente hierarquizada, o hospital tem uma autoridade que não emana de uma única origem, nem flui de uma só linha de comando, como ocorre normalmente na maioria das estruturas formais de outras

organizações. Apesar de o HNR apresentar uma estrutura hierarquizada, suas decisões provêm dos diferentes profissionais lá existentes, além de decisões provenientes dos órgãos governamentais aos quais o Hospital encontra-se vinculado. Os profissionais da Unidade DST/AIDS identificam as manifestações de autoridade que vêm de fora para dentro do hospital:

"Administrativamente existem decisões determinadas pelo Ministério da Saúde. São questões de medicamentos, insumos. Existe toda uma conduta terapêutica pelo Ministério que vai determinar o uso dos medicamentos que deve ser seguida, fazendo parte de uma Programa de atendimento a pacientes com doenças infecto-contagiosas. Isso nós seguimos, até porque somos um hospital de referência para doenças infecto-contagiosas."

No Hospital, muitas vezes a tomada de decisões é lenta porque precisa passar por várias instâncias tanto internamente, via Direção, quanto externamente, via Secretaria de Estado ou Ministério da Saúde.

Um exemplo deste processo demorado foi a tomada de uma decisão técnica pela equipe de enfermagem a respeito da importância da aquisição de uma de Capela de Fluxo Laminar, que é uma unidade equipada com filtros que liberam o ar filtrado para fora do ambiente de trabalho através de tubulações com exaustores, dando mais segurança e proteção aos funcionários que manipulam drogas. A decisão de adquirir esta capela, sendo de cunho administrativo, passou por decisões internas, da Direção do Hospital, e externas, da Secretaria de Saúde. Tal processo durou em torno de cinco anos, conforme manifestado por uma enfermeira da unidade:

"...um exemplo foi o da solicitação da Capela de Fluxo Laminar. Isto é uma decisão técnica, tu justifica para que serve, que é necessário sobre o controle dos riscos de manuseios de diferentes tipos de medicação, que vai evitar os riscos de contaminação dos funcionários. Porém, a decisão em adquirir é administrativa e até conseguires esse pedido ele vai por toda a administração do hospital, pela Secretaria de Saúde, até ser comprado. A do Nereu chegou agora e fazia mais de cinco anos que o pedido havia sido feito."

Como o HNR é um hospital público, muitas de suas decisões dependem de instâncias superiores, no que diz respeito por exemplo ao uso de alguns medicamentos para a AIDS e a normas de conduta para profissionais da Nutrição, da Enfermagem e para outros funcionários que atendem os doentes. Estas decisões são acatadas pelo HNR, principalmente por ser um hospital de referência no Estado.

"As decisões que são mais macro são as orientações em nível do Ministério da Saúde a respeito da patologia. O Ministério tem normas para enfermagem, para nutrição, para odontologia e demais profissionais."

"Existem decisões macro que são preestabelecidas pela Secretaria da Saúde do Estado e outras pelo próprio Ministério da Saúde. Por exemplo nas questões sobre medicamentos, existem alguns decididos pela Secretaria do Estado e outros específicos que é

do Ministério e que não temos intervenção sobre decisões desse tipo. Isso são decisões macro."

A centralização também pode ser entendida como o grau e a variedade de participação dos membros nas decisões estratégicas na organização. Quanto maior for o grau de participação de um número maior de grupos nesta organização, menor será a centralização (Hage apud Hall, 1984). No HNR, a presença dos funcionários nas decisões estratégicas do Hospital é limitada, participando apenas das decisões ligadas aos métodos de trabalho de cada categoria. O Hospital então pode ser caracterizado como uma organização centralizada.

"A questão do desenvolvimento do trabalho ali na unidade de AIDS passa é pelas normas técnicas e métodos de trabalho de cada profissional de saúde que ali desenvolver suas atividades. Por exemplo, a assistência de enfermagem é decidida pela enfermagem, atividades médicas é pelos médicos, a alimentação é pelas nutricionistas. Cada equipe de profissionais tem sua autonomia na forma de trabalho."

4.3.2 Autonomia

As decisões relativas às áreas de competência profissional ficam a cargo dos respectivos profissionais envolvidos. Conforme diz Dussault (1992) ao se referir a uma organização altamente profissionalizada, onde o saber e as habilidades são formalizadas através do processo de

formação profissional e as normas definidas pelas suas respectivas classes profissionais.

"As decisões técnicas são tomadas pelos profissionais de enfermagem. Existem decisões que temos mais autonomia, como exemplo remanejar funcionários, fazer rodízios, mudar horários, decidir sobre escalas e férias de funcionários. Isso tudo é feito acordado entre a enfermeira da unidade e o Chefe de enfermagem."

"Temos autonomia técnica, podemos pensar novos métodos de trabalho para funcionar a unidade e sempre podemos alterar o seu funcionamento se acharmos que é melhor para o atendimento do paciente. Assim foi na AIDS, nós fomos descobrindo a melhor forma de trabalhar e fomos mudando à medida que achávamos melhor o funcionamento da unidade. As decisões relativas a cada área competem a cada profissional envolvido, os médicos decidem com os médicos, nós da enfermagem com as enfermeiras, e assim com todos os outros que estão lá."

No HNR, pode-se perceber que os profissionais, principalmente os da enfermagem, podem planejar e desenvolver suas tarefas. E mais especificamente os profissionais de enfermagem da Unidade DST/AIDS têm mais autonomia para decidirem sobre os métodos de trabalho do que os das demais unidades. O trabalho em equipe por exemplo realizado na Unidade DST/AIDS foi uma forma de organizar o trabalho encontrada e definida pelos próprios funcionários da Unidade. Também os treinamentos realizados podem ser planejados pelo próprio pessoal. Esta autonomia,

segundo Brown e Moberg (1980), permite que os funcionários passem a ter certo grau de influência sobre o trabalho no serviço.

"Temos autonomia na forma de trabalhar. Por exemplo se tu quer trabalhar mais em equipe com divisão de grupos, um trabalho, mais integral como acontece na AIDS, nós temos autonomia de decidir por isto. A enfermeira da unidade decide a forma de trabalho depois discute com a Chefe de Enfermagem e adotam esse novo método de trabalho. Assim ocorreu na AIDS."

"Podemos decidir como iremos planejar e desenvolver nosso trabalho. Na AIDS foi o maior exemplo disso. Lá na AIDS, havia uma necessidade muito forte de que trabalhássemos interdisciplinarmente, pois pouco se conhecia da doença. O grupo que ali trabalhava trocava muitas idéias e discutia muito sobre os casos. Eles eram pacientes diferentes dos que costumavam vir ao Nereu. Talvez isso nos obrigou a nos unir e estudar muito. Criamos autonomia."

"Se você quiser mudar tua forma de trabalho, podes fazer. Até talvez tenhas algumas dificuldades em encontrar alguns insumos, materiais, por exemplo se quiseres realizar um treinamento com teus funcionários. Desde que te disponha ir e fazer, não há problema algum. Tudo que for para o enriquecimento do trabalho tu podes fazer."

Os profissionais da Unidade DST/AIDS têm possibilidade de propor e alterar algumas formas de trabalho, desde que venham a enriquecer o serviço prestado.

4.3.3 Síntese

O impacto da AIDS na centralização da organização do trabalho do serviço de enfermagem da unidade que atende doentes de AIDS é percebido pelos funcionários através da hierarquização do serviço. O atendimento a doentes com AIDS propiciou alguma participação nas decisões administrativas, e mais acentuadamente nas decisões técnicas.

No HNR, o poder de decisões está distribuído entre as diferentes categorias profissionais, variando o grau de participação de cada uma delas nas decisões técnicas referentes a cada serviço.

O poder não provém apenas de um indivíduo, mas dos vários profissionais que fazem parte da instituição. Além disso, por ser o HNR um hospital de referência para doenças infecto-contagiosas, também depende de decisões externas de órgãos governamentais tanto estadual quanto federal. Isso faz com que o poder decisório do hospital seja limitado.

A Unidade DST/AIDS torna-se de certa forma diferenciada das demais unidades no hospital por ser aquela que mais gera mudanças nas técnicas de enfermagem, ficando a autonomia vinculada a estas questões.

Os funcionários que atendem na Unidade DST/AIDS dão muita importância ao grupo interdisciplinar que existia nesta unidade. Este trabalho interdisciplinar possibilitou maior segurança e domínio aos profissionais para lidar com os pacientes de AIDS.

Embora de forma velada, foi possível verificar que algumas das decisões tomadas internamente dependem de quem está na Direção do Hospital e da Secretaria da Saúde, ou seja, dependendo da especialidade de quem administra, uma ou outra área do hospital pode ser favorecida.

A autoridade no hospital é distribuída entre a direção superior e especialmente entre o pessoal de enfermagem, que engloba um grande número de profissionais, incumbidos de diferentes responsabilidades junto aos pacientes.

4.4 Impactos da AIDS na formalização da organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.

Para compreender o impacto da AIDS na formalização da organização do trabalho serão analisados os seguintes elementos: normas, rodízio de funcionários, escala de trabalho e jornada de trabalho.

A formalização corresponde ao grau em que as normas, procedimentos e comunicações são executados em uma organização. Nos serviços de enfermagem, a formalização pode ser feita pela descrição de normas e rotinas, pela escala e pela jornada de trabalho (Massarollo, 1991).

As organizações não-formalizadas são as que constantemente trabalham com situações novas para as quais não existem precedentes. Seriam enquadradas nesta situação as organizações que lidam com problemas humanos (Hall, 1984). Tal afirmação não corresponde exatamente ao que é percebido no HNR, pois é uma organização que lida sim com problemas humanos e com situações novas como foi o caso da AIDS, mas, mesmo assim, existe formalização.

"A AIDS nos obrigou a criar diferenças nesta unidade. O próprio paciente nos fez fazer isto. Não tem nada no papel, mas a AIDS faz com que tenhamos normas e que se tenha mais controle de disciplina nesta unidade. É uma elevada carga de trabalho, principalmente com a enfermagem que fica as 24 horas junto ao paciente."

"O hospital atendia outras patologias de infecto, mas com a AIDS foi diferente como patologia nova, ela tinha uma demanda maior de exigências, de rotinas, de normas. De certa forma sempre houve rotinas e algumas delas eram escritas, afixadas na unidade à mão do grupo de trabalho."

O que é observado na Unidade DST/AIDS não está em acordo com o que é colocado por Hall (1984). Embora o hospital lide com problemas humanos e ocorram situações novas relacionadas diretamente com novas patologias, existe formalização, mesmo que nem sempre ocorra de forma escrita.

"...desde a hora que me foi colocado que receberia um paciente com AIDS, já se elaborou algumas normas básicas. Essas normas eram orientações, para os profissionais que trabalhavam naquela unidade de como deveriam tratar esse paciente, pois não se tinha muito conhecimento desta nova doença. As principais normas se referiam ao uso dos EPIs (Equipamentos de Proteção Individuais)."

Os funcionários que atendem os pacientes da Unidade DST/AIDS reconhecem que ali existem normas e procedimentos

diferenciados das demais unidades do Hospital, observando que na referida unidade há um trabalho mais desgastante e estressante do que nos outros setores. Conforme Cunha (1997), isso ocorre principalmente devido à dependência dos pacientes, à permanente situação de impotência dos funcionários diante deles, ao retorno constante da maioria ao hospital, ao contato direto e permanente com a dor, o medo e a morte.

“É uma das unidades mais pesadas em termos de trabalho. O paciente de AIDS é um paciente complexo que exige muito da equipe. Acaba gerando muito estresse na maioria da equipe. Por isso, quem trabalha lá tem alguns tratamentos diferenciados dos outros profissionais das outras unidades.”

“Para o funcionário que trabalha na unidade é diferente. O trabalho é diferente de outra unidade justamente pelo tipo de paciente que é o da AIDS. É um trabalho mais pesado, porque é um paciente que exige muito mais do funcionário, ele é mais dependente para tudo. Os funcionários ficam quase que exclusivamente para cada paciente e há uma sobrecarga de trabalho sobre todos eles.”

A AIDS trouxe mudanças nas normas, por exemplo, em relação à disciplina, visitação, uso adequado de roupas, rotinas de trabalho através do trabalho distribuído em equipe e por leito, e procedimentos de proteção ao funcionário e ao paciente pelo uso obrigatório dos equipamentos de proteção individual. Além destas mudanças, o hospital precisou também encontrar estratégias para amenizar a carga de trabalho dos funcionários da Unidade,

como o rodízio entre funcionários, a folga extra e a alteração no horário de trabalho.

Na Unidade DST/AIDS existem rotinas que, se forem observadas em outra unidade do Hospital, têm outro encaminhamento. Muitas atividades que poderiam ser realizadas por pacientes com outras enfermidades não são possíveis ao doente de AIDS, necessitando da presença constante de alguém da equipe de enfermagem.

"...a própria exigência dos pacientes com o funcionário, exigindo muito o profissional ao lado dele. Por exemplo, o paciente tem ao lado da cama uma jarra de vidro com água e um copo, mas ele não tem força para encher o copo para beber. Isso em qualquer outra unidade o paciente faz normalmente sozinho. Dá quase para dizer que cada paciente tem que ter um funcionário ao seu lado para ajudá-lo."

Na Unidade DST/AIDS os pacientes recebem um maior número e variedade de medicamentos do que em outra qualquer do hospital. Esta diferença ocorre devido às várias doenças oportunistas associadas que estes pacientes precisam enfrentar, por exemplo as diarréias, o sarcoma de Kaposi e pneumonias.

"Existe rotina de funcionamento dessa unidade que é diferenciada de outra do hospital: a questão dos medicamentos são em maior quantidade e em variedades."

A internação de pacientes com AIDS, por se tratar de uma situação nova dentro do HNR, exigiu que algumas normas e rotinas de trabalho fossem criadas e implementadas, assim como alguns procedimentos de biossegurança fossem

diferenciados na Unidade DST/AIDS, caracterizando-a então como uma unidade formalizada.

4.4.1 Normas

O HNR, ao enfrentar uma nova patologia, precisou formalizar novas normas para que a unidade que atenderia os pacientes pudesse funcionar melhor. Isso confirma o que é dito por Hall (1984) quando diz que as normas fazem parte da formalização do trabalho quando a organização precisa enfrentar situações diferenciadas.

Segundo os entrevistados, as novas normas se tornaram necessárias devido ao tipo de paciente - difícil de trabalhar, com alto grau de exigência e pelo volume de trabalho na Unidade.

"Houve alterações sim nas normas com a chegada da AIDS, porque os pacientes de AIDS são rebeldes, eles dificilmente aceitam as coisas e não respeitam as pessoas. Eles são super difíceis de trabalhar a respeito de comportamento, educação, postura, princípios básicos de higiene."

A maioria dos entrevistados afirmou que a AIDS teve uma trajetória diferente das demais doenças no HNR porque, com a nova patologia, sempre houve uma preocupação com o seguimento das normas instituídas, como exemplo, os cuidados com as roupas contaminadas, com o uso das luvas, as Precauções Universais.

"A AIDS seguiu um caminho diferente dentro do hospital; eu que já trabalhava na infecto percebi isso. Ela fez com que sempre fossem respeitadas as normas. Por exemplo, os isolamentos, os cuidados com as roupas contaminadas, as próprias Precauções Universais com sangue, com uso de luvas, etc."

A Unidade DST/AIDS possui alguns processos de trabalho padronizados e diferenciados em relação às outras unidades do hospital. Isso confirma o que é dito por Mintzberg (1979) quando trata a formalização em uma organização como o parâmetro pelo qual o processo de trabalho é padronizado. Um desses processos padronizados na unidade em estudo é a disponibilidade permanente de equipamentos de proteção individual.

"Com a vinda da AIDS, o nosso número de pacientes aumentou enormemente, não tinha nunca leito vago nesta unidade. Foi complicado administrar esta unidade e ao mesmo tempo que se cobrava o uso dos EPIs nos funcionários. Por outro lado nós tínhamos que dar conta em ter estes EPIs nesta unidade. Isso realmente mudou somente com a AIDS."

Desde o momento em que o Hospital começou a atender a nova patologia, foram necessários muitos planejamentos, negociações e medidas para justificar administrativamente o consumo de materiais e outros insumos. Por exemplo, a cada semestre a Gerência Técnica e a Gerência de Enfermagem precisavam justificar o elevado consumo de luvas junto à Administração do Hospital e à Secretaria de Saúde, até que isto tornou-se um consenso dentro do HNR.

"As normas, até serem totalmente adotadas, passaram por uma série de conquistas, até para provar administrativamente o aumento excessivo de luvas. Tudo foi muito conquistado. A cada semestre tínhamos que fazer uma exposição de motivos junto à Administração do Hospital e à Secretaria da Saúde justificando o porquê desse consumo."

Segundo alguns entrevistados, as normas acrescentadas são, geralmente, para ampliar a proteção do paciente.

Inicialmente havia uma norma determinando que todos os doentes com AIDS deveriam ficar em isolamento, que, embora não explicitada pelos entrevistados, estava relacionada também com o medo da doença e o desconhecimento inicial que os profissionais de saúde tinham a respeito dela.

Atualmente, esta norma para pacientes com AIDS não existe mais generalizadamente, mas apenas para os casos necessários. Isso demonstra que, na medida em que as normas de assistência aos pacientes foram evoluindo, o Hospital acompanhou-as e implementou-as.

"As normas nesta unidade foram sempre sendo feitas para proteger cada vez mais os pacientes. Uma das normas era fazer isolamento dos pacientes: isolamento de contato, respiratório e o protetor. Hoje tem isolamentos para os casos mais graves, mas não para todos os pacientes como fazíamos. Hoje se faz uma triagem dos pacientes."

"...à medida que vamos adquirindo novos conhecimentos, certas rotinas por nós adotadas não têm mais razão de ser, elas não se

justificam mais. Por isso é que sempre temos que estar nos atualizando."

De acordo com a percepção dos profissionais de enfermagem entrevistados, o Hospital, juntamente com um grupo de voluntários da comunidade, se preocupa em oferecer as condições para que as normas da Unidade DST/AIDS possam ser cumpridas. Por exemplo, com a criação da norma de não poder fumar nos quartos e corredores construiu-se a cobertura do solário - local onde o paciente toma sol e fuma - para que ele pudesse também ser utilizado nos dias de chuva.

Uma outra preocupação do Hospital e dos voluntários foi fornecer camisas para os doentes, já que se estabeleceu uma norma não permitindo que eles andem sem elas. Essa norma precisou ser adotada porque em um ambiente hospitalar há necessidade de certos limites de respeito entre os diferentes pacientes e profissionais, mesmo porque esta unidade é composta por ambos os sexos.

"O hospital sempre procurou dar condições para que as normas pudessem ser cumpridas, por exemplo a área de lazer ou solário era totalmente aberta e daí quando chovia eles tinham que fumar no quarto e banheiro, isto era um horror de sujeira. Foi solucionado fazendo-se cobertura nesta área. O hospital também fornece a camisa. São normas simples, mas sempre estamos batalhando para o cumprimento delas."

Apesar de existirem normas para o funcionamento da Unidade DST/AIDS, elas precisam ser constantemente reforçadas pela equipe de enfermagem para que possam ser

cumpridas, diferentemente do que ocorre nas outras unidades, onde as normas são cumpridas mais facilmente.

"As normas são fundamentais e têm que ser feitas devido ao tipo de paciente que é o da AIDS. Tem uma grande diferença na unidade que estou agora que é a Pneumo com os da Ala 5. Os da AIDS são sem limites, não respeitam as coisas, as normas. Na outra unidade são pacientes mais respeitosos com as normas, são familiarizados, educados e cumpridores delas. Tu fala uma única vez ao paciente e ao familiar e está pronto."

"Quem segura as pontas é o pessoal da enfermagem, nós que estamos 24 horas com eles é que devemos cobrar disciplina. Por isso que as normas são cobradas pelos atendentes, auxiliares, técnico e enfermeira com muita persistência."

Normas de conduta

Na Unidade DST/AIDS as normas nem sempre são escritas, mas mesmo assim, muitas delas são cumpridas na prática. Por ser uma unidade nova, precisou-se criar algumas normas que guiassem suas ações, como controle e orientação quanto ao uso do fumo, controle do uso de drogas, orientações sobre visitas e uso adequado de vestuário nas dependências do hospital.

Mesmo que as normas não sejam escritas, elas caracterizam a formalização, pois, segundo Hall (1984),

pode existir formalização sem que nenhuma norma seja elaborada.

"Na unidade de AIDS não tínhamos normas escritas, mas elas existiam e se passava oralmente ao paciente. Algumas eram necessárias para que a unidade pudesse funcionar, por exemplo o uso da camisa e a questão de não poder fumar no quarto ou unidade."

"...as normas criadas foram sobre não poder fumar na unidade, quarto ou corredores. Existe uma sala de lazer e o solário que é o lugar para fumar. Porém tu precisa a todo instante estar recomendando e lembrando a eles onde que podem fumar. Até a questão do uso da droga: se tu fores questionar eles vão ficar contra ti e são capazes de te agredir moralmente e até fisicamente."

"...uma outra norma nesta unidade foi quanto ao uso da camisa e outros tipos de roupas para que pudessem circular pela unidade e corredores. Isso é uma norma geral no hospital, porém na AIDS tu precisa sempre ficar lembrando o paciente que ele deve colocar camisa e outras vestes mais adequadas para poder andar pela unidade e pelo hospital."

No entanto, alguns profissionais sentem falta de normas escritas, pois a maioria delas são apenas transmitidas oralmente aos pacientes, ficando o encargo da disciplina e observância do cumprimento principalmente para a enfermeira da Unidade.

"No meu entendimento falta aqui no Nereu uma orientação das rotinas, de disciplinas e de normas escritas para todos os pacientes. Apenas se faz oralmente e daí fica tudo a critério dos funcionários da enfermagem, principalmente a enfermeira. Nós precisamos criar disciplina dentro do hospital."

Sempre houve uma preocupação muito grande por parte da enfermagem, para evitar o consumo de drogas no Hospital. Inicialmente, como os pacientes eram atendidos em uma unidade pequena, na chamada ALA 2, era possível desenvolver um controle mais rigoroso. Com o número de pacientes aumentando significativamente, foi criada a Unidade DST/AIDS e com isso tornou-se difícil o controle por parte da enfermagem.

O Hospital tentou formas de minimizar este problema através do auxílio da polícia especializada em drogas do Estado e do controle rigoroso nas visitas.

"...uma outra norma criada na AIDS foi o controle do uso de drogas no quarto. Nesta época que atendíamos eles na ALA 2, nós tínhamos um controle rigoroso quanto ao uso de drogas dentro do Nereu. Nós fazíamos uma lista das visitas permitidas aos pacientes."

"...quando tínhamos suspeita de drogas revistávamos todo o quarto do paciente. Quando o aumento foi significativo de pacientes aí tivemos dificuldades de controlar. Buscamos ajuda junto ao DEIC (polícia especializada em drogas). Por isso que hoje fechamos o acesso lateral que havia na AIDS para visitaçãõ. Agora

é somente via portaria principal do hospital com identificação. Com isto tenta-se evitar a entrada da droga."

Normas de visitação

Também percebe-se através das entrevistas realizadas que a AIDS trouxe mudanças nas normas de visitação. Funcionários se manifestam dizendo que a visitação precisou ser normatizada diferentemente das outras unidades do hospital. Segundo alguns entrevistados, muitos problemas ocorreram durante a estada de pessoas de fora do hospital dentro dos quartos. A forma encontrada para solucionar estes problemas foi a proibição da entrada de homens no quartos das mulheres e mulheres nos quartos dos homens, ficando as visitas restritas apenas ao solário.

Porém, observei que esta tentativa de solução não resolve o problema dos doentes, que passam longos períodos internados e, assim, não podem ter nenhuma situação de privacidade com seus familiares.

"...uma outra norma criada foi a proibição da visita homem/mulher, porque, como é uma unidade mista, isso nos ocasionava muitos transtornos. Fica proibida a visita de homem em quarto de mulher e vice-versa. Eles se visitam na porta do quarto ou no solário. Isto porque temos muitos pacientes promíscuos com doenças diversas e isso nos ocasionava complicações na unidade."

Outra modificação a respeito das visitas nesta unidade está relacionada ao controle da entrada das visitas. Para ingressarem no hospital precisam passar pela Portaria do Hospital e não mais pelo acesso lateral externo, acesso este atualmente só utilizado para recebimento de pacientes. Isto tornou-se necessário para um controle mais rigoroso do grande volume de visitas e de curiosos que vinham ao hospital só para ver quem estava internado na unidade.

"Uma norma criada nesta unidade foi o controle de visitas; todas elas precisam passar pela Portaria do Hospital. Isto evita visitas fora do horário, além de controlar o que elas carregam para o paciente. Com o fechamento deste acesso lateral externo, melhorou o controle. Anteriormente ocasionava transtornos na unidade, tumulto de acompanhantes, familiares, amigos e curiosos."

Alguns profissionais sentem ainda falta de normas relacionadas com o controle da alimentação trazida pelos visitantes. Por serem pacientes que apresentam muitas doenças associadas, principalmente as diarréias, este tipo de controle seria necessário para o melhor acompanhamento dos pacientes.

"Uma norma que acho que deveria existir é o controle da alimentação que é trazida pelas visitas aos pacientes. Eles têm muitas diarréias e os familiares trazem tudo que é tipo de alimentos."

Normas de biossegurança

Os profissionais entrevistados manifestaram que uma das principais modificações na organização do trabalho na Unidade DST/AIDS diz respeito às recomendações das Precauções Universais. Estas precauções tratam do uso dos equipamentos de proteção individual, como luvas, máscaras, avental, protetor ocular e pro-pé. As recomendações tratadas pelas Precauções Universais, de certa forma, já eram do conhecimento dos profissionais de saúde, porém no HNR não eram seguidas à risca.

Com o início do atendimento aos pacientes com AIDS, os profissionais passaram a usar permanentemente equipamentos de proteção individual, para proteger o paciente e a si próprio, pois tratava-se de uma patologia nova e existiam muitas dúvidas sobre ela. A AIDS causou um forte impacto nos profissionais de saúde, e eles precisavam ter garantias de que poderiam atender os pacientes sem correr riscos de contaminação. Por isso a grande importância dada, pelos entrevistados, às Precauções Universais.

"A AIDS institucionalizou as Precauções Universais: ela trouxe isso à tona. Noutra unidade não é que não usemos luvas, mas com menor intensidade e apenas para alguns procedimentos. Na AIDS o funcionário está sempre pronto para qualquer procedimento que necessitar fazer junto ao paciente: por isso que o uso das Precauções faz parte das rotinas dele, o que difere de outra unidade no hospital. Isso foi uma mudança significativa que a AIDS trouxe."

"Com a AIDS houve muitas mudanças. Por exemplo, um procedimento importante foi as Precauções Universais. É a questão do uso dos EPIs que antes não se levava muito a sério. Por exemplo, o uso de luvas era algo que não respeitávamos muito, mas com a AIDS o medo era muito grande e nós usávamos todos os EPIs."

"...a única diferença acentuada dos outros pacientes é a respeito das Precauções Universais. Quando tu for realizar qualquer procedimento em um paciente com AIDS a tua cabeça já está preparada para os cuidados que devemos ter."

Proença et al. (1995) chamam a atenção para estes cuidados quando citam em seu trabalho que cada patologia determina procedimentos especiais. Conforme foi dito por uma enfermeira: "nós parecíamos uns astronautas de tanta proteção individual". Esta foi a forma, na época, encontrada pelos profissionais para se protegerem no trabalho.

"...o problema é que ninguém dominava esta patologia, não sabíamos ao certo seu meio de transmissão. O medo era muito grande por não termos informações suficientes sobre a AIDS, fomos descobrindo aos poucos."

"Com a AIDS se trabalhava muito sobre os riscos de contaminação, pois era uma doença nova, mortal até então, e se obrigava o uso de luvas. Se fez muito treinamento. Mesmo sabendo que deveriam usar luvas em outras patologias acabavam não fazendo uso dos equipamentos de

proteção individual (EPIs), mas com a AIDS foi marcante este impacto e adotamos como rotina o uso de EPIs."

O Hospital recebia doentes com AIDS desde 1985 e tinha como norma na unidade a observação destes cuidados, mesmo antes de serem divulgados oficialmente, em 1987, pelo Centro de Controle de Doenças de Atlanta (CDC), com o título de Precauções Universais. No caso estudado, houve um aumento da preocupação e utilização das Precauções Universais, o que, conforme Proença et al. (1995), é imposto pelas doenças infecto-contagiosas.

"...justamente o desconhecimento de como lidar com a AIDS gerou este impacto. Quando em 87 são divulgadas as Precauções Universais, fomos nós os primeiros a adotá-las em nosso serviço, até porque já se sabia destas recomendações pois já atendíamos AIDS desde 85 e tínhamos cuidados a este respeito. A AIDS institucionalizou as Precauções Universais."

"...sempre houve as Recomendações Universais, mas nós não levávamos muito em consideração. Estas precauções dizem respeito ao uso de luvas, máscaras, avental, protetor ocular, pro-pé, todos descartáveis e que são cuidados quando se lida com secreções e sangues contaminados. Como não sabíamos muito sobre a AIDS, mas sabíamos que era mortal e que havia muitas outras doenças a ela vinculadas, nós adotamos imediatamente as Recomendações Universais como precaução."

Na unidade DST/AIDS, as normas de biossegurança, ou Precauções Universais, são amplamente observadas, o que em outros estabelecimentos de saúde nem sempre é feito com rigor.

"Os procedimentos são os cuidados nossos. Na Ala 5 nós temos o material necessário para nos proteger. Com a vinda da AIDS todos os EPIs são descartáveis. Eu já trabalhei em outro hospital em que nós tínhamos que lavar gases, luvas, máscaras, nada era descartável, tudo era reaproveitado. Aqui no Nereu sempre escutamos as enfermeiras da AIDS nos recomendar para economizar material, mas nunca deixar de usar ou reaproveitar."

De acordo com Cunha et al. (1996), o medo dos profissionais de enfermagem em atender aos pacientes na Unidade DST/AIDS é amenizado pela observância das normas de biossegurança.

"Na verdade as Precauções Universais não é nada novo, porém com a AIDS ela de fato foi colocada em prática, ela alterou os nossos procedimentos. Se não existisse a AIDS o próprio Hospital iria pensar duas vezes se ele iria investir tantos recursos financeiros nos EPIs para implantar o que as recomendações preconizam."

Conforme Proença et al. (1995), esta maior necessidade e aumento da preocupação com os procedimentos de proteção fez surgir novas condutas hospitalares.

Antes do atendimento à AIDS, a equipe de enfermagem não tinha acesso ao diagnóstico do paciente, mas esta nova conduta tornou-se realidade, pois a enfermagem precisava

ter conhecimento profundo do tipo de paciente que lhe chegava. Além disso, representava uma garantia porque as Precauções Universais foram institucionalizadas posteriormente ao atendimento dos primeiros pacientes com AIDS. Hoje, o acesso ao diagnóstico do paciente passou a ser uma questão secundária, já que as normas de biossegurança são seguidas em todos os casos na Unidade.

"O acesso ao prontuário foi para nós uma espécie de contrapartida. Depois chegou as Precauções Universais e isso trouxe garantia para os profissionais, independente do tipo de paciente. Hoje, eu não justifico mais esta questão de acesso ao diagnóstico, basta eu seguir as Precauções Universais. Isso foi um procedimento que mudou com a AIDS."

"Como no começo não era institucionalizada esta questão das Precauções Universais, então tínhamos que ter alguma garantia sobre o paciente que chegava até nós, pois quem punccionava veia, dava banho, medicamentos, alimentação, curativos, enfim todos os procedimentos junto a este paciente éramos nós. Por isso, precisávamos ter acesso ao diagnóstico. Esta foi uma questão que veio com a AIDS, porque não tínhamos acesso ao diagnóstico antes."

"A AIDS criou impacto, e através de muitas conquistas conseguimos que a equipe tivesse acesso ao diagnóstico dos pacientes. Isso porque é muito fácil quando é um joãozinho qualquer todos comentam que ele tem AIDS, mas quando é um doutor fulano de tal não há

comentário algum. Sempre trabalhamos muito as questões éticas para se ter garantia de ter acesso ao prontuário sem comprometimento ao paciente."

Como se observa no relato de alguns entrevistados, o impacto da AIDS no Hospital manifesta-se na maior preocupação com as Precauções Universais, tanto para o paciente quanto para o funcionário, sendo muito enfatizada a utilização de luvas e de outros equipamentos de proteção individual, o que anteriormente e até hoje nas outras unidades não acontece de forma rigorosa.

Limpeza

Os métodos de lavagem de roupas nos hospitais, utilizados comumente e de maneira efetiva para o controle de microorganismos e prevenção de infecções, são conhecidos pelos profissionais no tratamento de outras doenças, porém a ênfase nestes procedimentos, no caso do HNR, se deu com o atendimento aos casos de AIDS.

"Existe todo um sistema de normas do Ministério de Saúde e que de certa forma nós tínhamos que adotá-las. Por exemplo, tu sabia que tinha que ensacar a roupa e ter um processo diferente de lavagem quando se tratava uma escabiose, só que isso não se fazia antes da AIDS. Na AIDS não, sempre se ensacou a roupa, desde o início se teve esse cuidado."

"Até hoje lá na AIDS se ensaca em saco plástico toda a roupa desta unidade. Isso é

diferente de outra unidade do hospital. É uma norma diferente com a AIDS. Houve até uma época que se usava um duplo empacotamento com as roupas desta unidade."

Equipamentos

Também foram feitas alterações nos equipamentos importantes para o funcionamento da Unidade. Por exemplo, caixas separadas para os perfuro-cortantes que são usados em grande quantidade na preparação dos medicamentos e curativos, luvas e aventais descartáveis, recipientes para guardar materiais novos e usados, necessários aos diferentes procedimentos técnicos aplicados junto aos pacientes.

"As normas tiveram que ser adaptadas. Pois a partir do momento que se segue essas normas, cria-se a exigência de mais coisas para a unidade de AIDS: caixas para os perfuro-cortantes, luvas e aventais descartáveis, recipiente para separação de materiais. Teve-se um redimensionamento nesta unidade para atender a este tipo de paciente. Tínhamos que ter uma barganha administrativa, tudo precisava ser justificado, tudo foi conquistado."

4.4.2 Rodízio de funcionários

Em razão do atendimento a doentes com AIDS, o Hospital procurou alternativas que dessem condições diferenciadas de trabalho aos funcionários da Unidade DST/AIDS, para que tivessem motivação para permanecer na Unidade. Conforme Proença et al. (1995) e Cunha (1997), tornou-se necessário o rodízio entre os funcionários como forma de organizar o trabalho que é muito exigente e sobrecarrega muito os funcionários.

"A unidade da AIDS é muito desgastante, estressante, porque os pacientes são muito difíceis, exigem muito da equipe de enfermagem. Então a forma que o hospital encontrou foi fazer o rodízio entre os funcionários. Eles são livres em fazer o rodízio, mas as chefias ficam pedindo para os funcionários irem para a unidade da AIDS, para poder aliviar um pouco os funcionários de lá."

"Observo que existiram muitos momentos nesta unidade: uma época existia bastante funcionário no hospital e principalmente na unidade de AIDS; um outro período teve grandes demissões; outro momento em que os funcionários não queriam sair da AIDS; agora percebo que os funcionários querem sair da unidade. Por isso que é fundamental essa possibilidade do rodízio, pois assim tu consegue aliviar um tempo e depois pode retornar."

"O período de rodízio é para ser uns 6 meses, mas tem quem fica apenas 3 meses e quer trocar. Isso depende do funcionário, eu por exemplo me sinto muito mais útil na AIDS do que na unidade que estou hoje. Só não retorno para AIDS porque estou muito estressada e nervosa."

Esta unidade é para pessoas mais humanas e o rodízio foi criado para possibilitar um descanso aos funcionários."

O rodízio foi proposto com a intenção de amenizar a carga intensiva de trabalho na Unidade, motivada principalmente pelos problemas clínicos associados que os pacientes apresentam.

"A unidade da AIDS é muito pesada. A maneira encontrada para aliviar essa carga de trabalho foi o rodízio entre os funcionários. O rodízio foi instituído com a vinda da AIDS, para tentar aliviar a carga estressante que ocorre nesta unidade."

"...na AIDS é muito difícil de trabalhar pelo tipo de paciente, outros funcionários não concordam em trabalhar lá. Eu não sei explicar se é medo ou desconhecimento, quando fui para a AIDS fiquei muito assustada. É muito difícil tu lidar com pacientes graves e em fase final, eles apresentam muitas complicações. Essa idéia modificou depois que foi institucionalizado o rodízio entre os funcionários. Nós vamos aprendendo a lidar com eles e a nos acostumar com este tipo de paciente."

"Pela particularidade desta unidade é importante ter uma equipe firme, constante, e a forma que nós encontramos para aliviar a sobrecarga desse pessoal foi instituindo o rodízio."

4.4.3 Escala de trabalho

Segundo Massarollo (1991), a escala de trabalho é o recurso que o hospital tem para a distribuição dos elementos da equipe de enfermagem de uma unidade durante um certo período. Esta escala serve para determinar os turnos de trabalho, as folgas, as férias e licenças das pessoas que compõem a equipe.

Pude observar que o HNR precisou encontrar maneiras alternativas de trabalho com a finalidade de constituir uma equipe para assistir doentes com AIDS. E como a Unidade DST/AIDS assim criada passou a ser considerada por todos como a mais desgastante no hospital, uma das formas encontradas foi a alteração na escala de trabalho, estabelecendo-se uma folga extra mensal. Adotaram-se então alguns critérios para que o trabalhador pudesse fazer uso deste benefício:

"Na unidade de AIDS há uma liberação de uma folga a mais durante o mês para estes funcionários. É um direito conquistado como prêmio por trabalhar em uma unidade pesada e estressante que é a da AIDS. Porém, o funcionário para poder ter esta folga não poderá ter nenhuma falta e nenhum atestado durante este mês."

"Com a AIDS existiu uma alteração na escala de folgas dos funcionários desta unidade. É uma folga extra no mês e para fazerem jus a esta folga existe alguns critérios: não podem faltar

durante o mês e não ter atestado de saúde neste mês."

"...o trabalho na unidade de AIDS é um trabalho diferente das demais unidades no Hospital. É mais pesado, porque é um paciente que exige muito do funcionário, ele é muito dependente. Por isso que os funcionários da unidade de AIDS têm uma folga especial a mais por mês que os demais funcionários das outras unidades. Esta é uma maneira de organizar o trabalho encontrada pelo Hospital para aliviar um pouco o trabalho nesta unidade."

A escala de trabalho dos funcionários precisou ser modificada em razão das atividades diferenciadas que a Unidade exige. Conforme Proença et al. (1995), a folga extra passou a ser uma prática na Unidade DST/AIDS, para tentar abrandar o trabalho.

"Uma mudança trazida com a AIDS foi a folga a mais por mês, como extra. Porque é uma unidade que exige muito fisicamente e psicologicamente do funcionário. É uma unidade muito estressante, tu lida com morte, dor, sofrimento, impotência frente ao doente e à doença. É bem merecida esta folga extra."

"Esta folga extra por mês só conseguimos depois da AIDS. Ela se justifica porque trabalhamos muito nesta unidade."

"Uma característica do paciente de AIDS é ele ser mais dependente da equipe. Isto torna o trabalho pesado, é um paciente que fica muito

tempo dentro do hospital, usa medicações complicadas que causam efeitos colaterais muito maiores que em outra unidade qualquer. Ele é complicado emocionalmente. Nada mais justo de termos conquistado esta folga extra mensal."

Alguns trabalhadores da Unidade consideram como um duplo benefício esta folga extra, pois existe a possibilidade de ela ser agrupada ao pós-plantão. Para quem faz um plantão de 12 horas, folga 60 horas posteriormente, e se este funcionário ainda tiver a folga extra poderá acumular duas, o que lhe possibilita um período maior de descanso. A folga extra é considerado um benefício de grande relevância para a Unidade DST/AIDS, pois não é adotada nas outras unidades do Hospital.

"O que torna muitas vezes um período de descanso maior é usar esta folga extra do mês junto com um pós-plantão de 12 horas. Quem trabalhar 12 horas tem o direito de folgar 60 horas. Unindo estas 60 horas com a folga extra, nos permite programar um passeio ou uma viagem. Isso graças à AIDS."

"Existem equipes que trabalham 6 horas e outras 12 horas diárias. Os que trabalham 12 horas folgam 60 horas. Por exemplo, eu trabalho hoje que é sexta-feira as minhas 12 horas e só retorno a trabalhar na segunda pela manhã. E se eu ainda tivesse aquela folga extra no mês daria para ficar 3 dias em casa. Isso é muito bom, ajuda aliviar a cabeça da gente. Esta conquista devemos à AIDS."

4.4.4 Jornada de trabalho

A duração semanal do trabalho do pessoal de enfermagem varia de acordo com cada instituição. No HNR, como nos demais hospitais do Estado, os funcionários têm um contrato de trabalho de 40 horas semanais, mas esta jornada sofreu modificações quando o HNR passou a atender os doentes com AIDS. Na época, a Secretaria de Saúde havia proposto, por um determinado período, uma experiência nova de trabalho, que seria o chamado horário de verão, isto é, era apenas necessário cumprir 36 horas semanais e não mais as 40 horas. No final deste período, o HNR não retornou ao horário anterior, permanecendo com jornada de 36 horas.

"Houve uma época que a Secretaria de Saúde criou o horário de verão para os hospitais. E o Nereu não retornou ao horário anterior quando o de verão havia se esgotado. Isso se fez porque tinha dado bons resultados. Foi muito batalhado para poder permanecer nestas 36 e não 40 horas como somos todos contratados até hoje. Nisso a AIDS contribuiu muito. O Nereu se diferenciava por causa da AIDS. E a partir daí continuamos as 36 horas, o que acabou sendo adotado para os demais hospitais do Estado."

"A jornada de trabalho alterou para nós depois da chegada da AIDS. Antes nós fazíamos as 40 horas semanais, mas com a AIDS houve muita batalha e reivindicação para passarmos a fazer as 36 horas. Agora melhorou muito. Por exemplo para quem trabalha 12 horas, folga 60

hora. Antes se trabalhava 12 horas e folgávamos 36 horas. Isso foi uma conquista com a AIDS."

"A alteração na nossa jornada de trabalho, depois da AIDS, permite aquele funcionário que trabalha 6 horas trabalhar em outro hospital. Este horário se institucionalizou aqui no Nereu e acabou passando depois para os demais hospitais do Estado. Esta conquista surgiu nossa, mas também houve pressão dos outros hospitais do Estado para criar as 36 horas."

"Houve uma conquista dessa mudança para 36 horas por semana devido à AIDS e todos dentro do Hospital fazem o mesmo horário. O nosso contrato de trabalho é de 40 horas, mas trabalhamos 36 horas. Todos acabaram ganhando com a AIDS."

Isto se tornou uma conquista justificada pela carga elevada de trabalho na Unidade DST/AIDS, e acabou sendo expandida aos outros hospitais do Estado, onde também os funcionários trabalham 36 horas semanais, embora tendo contratos de trabalho de 40 horas.

4.4.5 Síntese

O HNR é uma organização hospitalar e, portanto, lida com problemas humanos e situações novas. Segundo Hall, as organizações com estas características são organizações não-formalizadas. No entanto, percebi que o tratamento de doentes com AIDS gerou no HNR a necessidade de formalizar

normas, procedimentos e rotinas, mesmo nem sempre expressas por escrito.

Segundo Trevizan (1988), nas organizações hospitalares, pelo elevado grau de complexidade, ocorre a padronização, tendo como decorrência um maior número de normas. O impacto que a AIDS desencadeou na formalização da organização do trabalho da enfermagem na unidade que atende doentes de AIDS é percebido pelos funcionários que trabalham nesta unidade:

- a Unidade DST/AIDS, por ser uma unidade nova, precisou criar normas que orientassem suas ações, como por exemplo: controle e orientação quanto ao uso do fumo, uso de drogas, visitas e vestuário;

- as normas de visitação foram estabelecidas diferentemente das outras unidades do Hospital. Na Unidade DST/AIDS, não é permitida a visita de homens em quartos das mulheres e de mulheres em quartos dos homens. A solução encontrada limita o espaço de convivência íntima entre os doentes e seus familiares;

- uma das principais modificações na organização do trabalho na Unidade DST/AIDS diz respeito às recomendações das Precauções Universais, principalmente a exigência permanente do uso de luvas;

- a observância rigorosa às Precauções Universais foi determinada pela AIDS na Unidade DST/AIDS. Estas precauções já eram utilizadas, na Unidade, mesmo antes de terem sido divulgadas pelo CDC. Porém, nem sempre nas outras unidades do Hospital são seguidas à risca;

- a lavagem de roupas é um processo conhecido pela equipe de enfermagem no tratamento de várias doenças. Porém, o cumprimento mais efetivo deste processo, no caso do HNR, aconteceu com o tratamento dos casos de AIDS;

- o HNR utiliza um rodízio entre os funcionários das diversas unidades, com o objetivo de dar condições diferenciadas e motivação para o trabalho aos funcionários

da Unidade DST/AIDS, onde o trabalho é estressante e sobrecarregado. Conforme Brown e Moberg (1980), esta rotação do trabalho permite ao trabalhador de um trabalho para o outro, considerado uma das principais abordagens utilizadas para redesenhar o trabalho.

- foi criada uma folga extra mensal para os funcionários da Unidade DST/AIDS, como forma de abrandar o trabalho e constituir equipes que trabalhem na unidade.

- houve uma alteração na jornada de trabalho a partir do momento que o HNR passou a atender doentes com AIDS, passando de 40 horas para 36 horas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para que se possa compreender as mudanças por que passa o HNR, é necessário considerar o contexto político, econômico e histórico em que ele está inserido, assim como as questões que envolvem o fenômeno mundial que é a AIDS.

Grande parte das mudanças no HNR ocorreram de forma não-planejada. Elas aconteceram pela necessidade de responder às exigências e aos desafios colocados pela nova patologia que estava surgindo. Até hoje existe uma constante adaptação e busca de alternativas que permitam uma maior qualificação dos profissionais para lidar com os doentes com AIDS.

As organizações hospitalares são afetadas pelas mudanças ambientais de maneira semelhante às que ocorrem nas outras organizações, sofrendo com a turbulência do ambiente. Esta afirmação de Rodrigues Filho (1990) é

percebida pelos funcionários da Unidade DST/AIDS, que sentiram a influência da AIDS em seu trabalho. Muitas mudanças que ocorreram no HNR a partir deste momento foram impulsionadas pela turbulência, incerteza e instabilidade causada pela nova patologia.

Para Pitta (1994), embora seja necessário o avanço tecnológico e científico no hospital, é o trabalho dos profissionais que determina a qualidade do tratamento. A convivência com a dor, a doença e a morte na Unidade DST/AIDS é considerada difícil para a maioria e é carregada de forte conteúdo emocional. Este sentimento desencadeou melhoria na qualidade do trabalho individual e na assistência ao paciente.

A relação dos funcionários com os doentes gera mudanças na forma com que os profissionais encaram a vida e percebem o mundo. Esta consideração de Cunha (1997) verifica-se na Unidade DST/AIDS, onde os profissionais manifestam que tiveram de mudar muitos dos seus valores e crenças depois que passaram a atender doentes com AIDS.

No início do atendimento aos doentes com AIDS, existia muito medo e desconhecimento sobre a doença e seus portadores por parte dos profissionais da equipe de enfermagem. Com isso o uso dos equipamentos de proteção individual foi muito enfatizado.

Foi possível perceber que existe um esforço do hospital para proporcionar à equipe de enfermagem da Unidade DST/AIDS as condições necessárias para que as normas, as rotinas e os procedimentos sejam cumpridas da melhor forma.

A organização do trabalho na Unidade DST/AIDS precisou ser alterada no momento em que o hospital passou a receber doentes com AIDS. As mudanças mais salientadas pelos funcionários desta Unidade são as ligadas à complexidade, à centralização e à formalização do seu trabalho.

Quanto à complexidade do trabalho, a AIDS teve impacto, principalmente, na forma como o paciente é atendido. Na Unidade DST/AIDS, a assistência aos doentes é realizada em equipe de maneira integrada, ao contrário do que ocorre nas demais unidades do Hospital, onde o auxiliar, o técnico e o enfermeiro realizam separadamente suas tarefas, sem existir um trabalho em equipe.

Rodrigues Filho (1990) salienta que as organizações hospitalares, pela variabilidade e complexidade da natureza do trabalho, são tratadas como organizações complexas.

A Unidade DST/AIDS atende pacientes que possuem várias doenças associadas à AIDS, recebendo doentes estigmatizados pela sociedade. Esta característica fez aumentar o grau de especialização e alterar a forma de divisão das tarefas no serviço, o que para Hall (1984) e Robbins (1990) indica o aumento da complexidade do trabalho.

Na Unidade DST/AIDS, a melhor forma encontrada para organizar o trabalho foi a distribuição das tarefas por equipe por leito, para que o paciente passasse a ter uma assistência mais integral. Nas outras unidades, o trabalho é dividido conforme a categoria profissional do funcionário, o que não ocorre na Unidade que atende aos doentes com AIDS, onde os profissionais de enfermagem prestam juntos a assistência ao doente.

Pelo aumento da complexidade das ações realizadas pela equipe de enfermagem, da Unidade DST/AIDS foi preciso que se investisse em uma maior especialização dos seus profissionais para responder às novas exigências.

É característica do serviço de enfermagem, segundo Massarollo (1991), a departamentalização do serviço, por especialidade, por complexidade dos cuidados prestados, pelo tipo de patologia e por outros critérios. As diferentes unidades que compõem os serviços num hospital são formadas de acordo com os diferentes tipos de complexidade apresentados por Massarollo (1991).

O HNR, antes de começar a atender doentes com AIDS, possuía apenas departamentalização por especialidade. Com o início do atendimento aos doentes com AIDS, criou a Unidade DST/AIDS, passando a ter uma departamentalização pela complexidade dos cuidados prestados e pelo tipo de patologia.

Devido à complexidade do trabalho, o HNR criou o atendimento terapêutico domiciliar e o hospital-dia na Unidade DST/AIDS.

Para Robbins (1990), a centralização está relacionada com o grau em que o poder de decisões é exercido na organização, podendo estar concentrado em alguns níveis hierárquicos. Na Unidade DST/AIDS, o impacto da AIDS na centralização do trabalho é manifestado pelos funcionários, principalmente, quando colocam que existe um aumento do número de decisões técnicas tomadas pela equipe de enfermagem. Anteriormente, todas as decisões, técnicas e administrativas, eram tomadas exclusivamente pela direção do Hospital e da Secretaria da Saúde. Esta alteração, mesmo que de forma discreta, diminui o grau de centralização no HNR.

Embora o hospital seja uma organização hierarquizada, a autoridade não provém de uma única origem (Gonçalves, 1987), o que ocorre no HNR, onde o poder não emana apenas de um indivíduo, mas de vários profissionais que fazem parte da instituição e de órgãos governamentais.

Para Hall (1984), a formalização compreende as normas e procedimentos concebidos para lidar com as contingências enfrentadas pela organização. A partir do atendimento a doentes com AIDS no HNR houve uma maior necessidade de formalizar normas, procedimentos e rotinas, mesmo que nem sempre expressas por escrito, na organização do trabalho de enfermagem na Unidade DST/AIDS.

As organizações que Hall (1984) denomina não-formalizadas são aquelas que lidam com situações novas para

as quais não existem precedentes e que trabalham com problemas humanos, como seria o caso dos hospitais. Mas a formalização na organização hospitalar é muito intensa, mesmo lidando com situações novas e problemas humanos.

A Unidade DST/AIDS por ser uma unidade nova, precisou criar normas que orientassem suas ações, como as normas de visitação, estabelecidas diferentemente das outras unidades do hospital; o uso das Precauções Universais, que passou a ser observado rigorosamente; e também as normas para processar a lavagem de roupas, que passaram ser muito respeitadas no HNR com o tratamento dos casos de AIDS.

O HNR utiliza um rodízio dos funcionários, com o objetivo de dar condições diferenciadas e motivação para o trabalho aos profissionais da Unidade DST/AIDS. Isso confirma Proença et al. (1995), quando dizem que o rodízio pode ser utilizado como um procedimento diferenciado para amenizar o trabalho muito intenso.

Foi criada uma folga extra mensal para os funcionários da Unidade DST/AIDS, como forma de abrandar o trabalho e constituir equipes mais permanentes que trabalhem na unidade.

Houve uma alteração na jornada de trabalho a partir do momento que o HNR começou a atender doentes com AIDS, passando de 40 horas para 36 horas, devido à intensidade do trabalho realizado na Unidade DST/AIDS. Esta alteração passou a ser reivindicada em todos os hospitais públicos, transformando-se em um direito adquirido.

A pesquisa realizada confirma Cunha et al. (1996), que colocam que um dos principais impactos causados pela AIDS no HNR foi na organização do trabalho da enfermagem na Unidade que atende os doentes portadores de HIV. Este impacto pode ser identificado através do que foi expressado pelos entrevistados, das visitas ao hospital e da análise dos documentos do HNR.

Os principais elementos percebidos pelos atores do processo são parte integrante da complexidade, da centralização e da formalização e puderam ser melhor compreendidos com a colaboração de autores que discutem temas referentes a organização do trabalho e seus componentes.

6 LIMITES E RECOMENDAÇÕES

Um dos limites significativos que se impuseram nesta pesquisa foi o colocado por minhas características pessoais. A complexidade do tema estudado fez com que fosse necessário utilizar mais tempo para ser compreendido do que o tempo que havia sido previsto anteriormente.

Embora podendo-se entender a impossibilidade de fazer generalizações como um limite da pesquisa, não tive esta preocupação ao realizá-la, pois trata-se de um estudo qualitativo que pretende compreender mais profundamente um fenômeno que possui características próprias e singulares.

Este estudo não teve como objetivo encerrar a discussão e o entendimento sobre os impactos da AIDS na organização do trabalho em uma unidade hospitalar, nem abranger todos os elementos necessários para estudar a organização do trabalho. No entanto, sugere a importância

de que sejam realizadas outras pesquisas que aprofundem e ampliem o caso estudado.

Considero de grande relevância que os elementos tratados na pesquisa sejam utilizados como fonte de estudo em outras organizações hospitalares, em outras unidades e com outros profissionais de saúde.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, M. e ROCHA, J. **O saber da enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986.
- ANDRADE, S. M. O. Opinião sobre Aids e possíveis mudanças de comportamento de heterossexuais masculinos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v.7, n.1, p. 45-68, jan./mar., 1991.
- ANTUNES, J. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras e Letras, 1991.
- BASTOS, A. et al. Significado do trabalho: um estudo entre trabalhadores inseridos em organizações formais. **Revista Administração de Empresa**. v.35, n.6, p.20-29, nov./dez., 1995.
- BASTOS, C. et al. **A Aids no Brasil**. Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.
- BASTOS, F. I. et al. O Não-dito da Aids. **Cadernos de Saúde Pública**. v.9, n.1, p.90-96, jan./mar., 1993.
- _____. A epidemia de AIDS em São Paulo: subsídios de análise espacial. **Boletim Epidemiológico da AIDS. Ministério da Saúde - Programa Nacional DST/AIDS**. Ano VIII, n.3, Sem. Epidemiológica 33 a 35, jun./ago., 1995.
- BORBA, V. **Administração Hospitalar: princípios básicos**. São Paulo: CEDAS, 1991.
- BIAZZI JR, F. O Trabalho e as Organizações na perspectiva Sócio-Técnica. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.34, n.1, p.30-37, jan./fev. 1994.
- BROWN, W. B. e MOBERG, D. J. **Organization theory and management: a macro approach**. New York: John Wiley & Sons, Inc., 1980.

- CASTELAR, R. M. O hospital no Brasil. In: CASTELAR, R. M. et al. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Cooperação Brasil-França: ENSP, 1995.
- CUNHA, C. J. A., FINCKLER, D. M., ALPERSTEDT, G. e CUNHA M. S. Impacto da AIDS nas relações sociais: o caso do Hospital Nereu Ramos. **16º Encontro Nacional de Engenharia de Produção**. Piracicaba: UNIMEP, 1996.
- CUNHA, M. S. **Os impactos da AIDS nas relações sociais dos profissionais de saúde: o estigma, a impotência e o medo da morte**. Florianópolis: UFSC, 1997. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. **Revista de Administração Pública**, 1992.
- FALCÃO, D. Infecção de HIV por droga é maior nos portos. **Jornal Folha de São Paulo**, março 1997a.
- _____. AIDS atinge mais de 100 mil. **Jornal Folha de São Paulo**, abril, 1997b.
- FARIA, N. **Organização do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1984.
- FARIA, J. **O autoritarismo nas organizações**. Curitiba: Criar, 1985.
- FLEURY, A.C. Produtividade e Organização do Trabalho na Indústria. **Revista de Administração de Empresa**. v.20, n.3, p.19-28, jul./set., 1980.
- _____. Organização do trabalho na indústria: recolocando a questão nos anos 80. In: FLEURY, M.; FISCHER, R. M. **Processo e relações do trabalho no Brasil**. São Paulo: Atlas, 1985.
- FLEURY, A. e FLEURY, M.T. **Aprendizagem e Inovação Organizacional: as experiências de Japão, Coréia e Brasil**. São Paulo: Atlas, 1995.

- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- FRIEDMANN, G. O. **O trabalho em migalhas**. São Paulo: Perspectiva, 1983.
- GODOY, A. S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **RAE, FGV**: São Paulo, v.35, n.3, p. 20-29, mai./jun. 1995.
- GONÇALVES, E. **Administração de recursos humanos nas instituições de saúde**. São Paulo: Pioneira, 1987.
- GONÇALVES, J. E. R. e GOMES, C. A. A tecnologia e a realização do trabalho. **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.33, n.1, p.106-121, jan./fev., 1993.
- GRINSZTEJN, B. e VELOSO, V. Sobre a nova definição de caso de AIDS. **Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS**. Boletim 18, Ano 7, 1993.
- GUARIENTI, A. C. Dados estatísticos e informações sobre AIDS - 1994. In: **Excluídos**: algumas abordagens para reflexão. Universidade Católica de Pelotas: EDUCAT: Pelotas, 1995.
- HALL, R. **Organizações**: estrutura e processos. Rio de Janeiro: Prentice-Hall, 1984.
- HANNA, D. **Designing organization for high performance**. Addison-Wesley series on organization development, 1988.
- HELOANI, R. **Organização do trabalho e administração**: uma visão multidisciplinar. São Paulo: Cortez, 1994.
- KAST, F. E. e ROSENZWEIG, J. E. **Organização e administração**: um enfoque sistêmico. São Paulo: Pioneira, 1976.
- LANGONE, A e VIEIRA, N. **SIDA/AIDS**: a ação integrada como receita de vida. Porto Alegre: AGE, 1995.
- LÜDKE, M. e ANDRÉ, M. **Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.
- LUNARDI FILHO, W. D. e MAZZILLI, C. O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica.

- Revista de Administração.** v.31, n.3, p.63-71, jul./set., 1996.
- MACRAE, E. Aids-Prevenção ou novo tipo de segregacionismo? **Temas IMESC, Sociedade Direito Saúde.** São Paulo, v.4, n.1, p. 73-81, 1987.
- MARGLIN, S. **Origens e funções do parcelamento de tarefas.** In: GORZ, A. Divisão social do trabalho, ciência e modo de produção capitalista. Porto: Publicações Escorpião, 1974.
- MARIN, H. F. et al. **AIDS e enfermagem obstétrica.** EPU, 1991.
- MARQUES, R. Aids - ontem e hoje. **Trabalho positivo FAÇA (Informativo Editado pela Fundação Açoriana para o controle da Aids).** Ano I, n.1, janeiro, 1996.
- MASSAROLLO, M. C. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, P. **Administração em enfermagem.** São Paulo: EPU, 1991.
- MIGLIACCIO FILHO, R. Reflexões sobre o homem e o trabalho. **Revista Administração de Empresas.** v. 34, n.2, p.18-32, mar./abr., 1994.
- MOTTA, F.C. **Teoria geral da administração: uma introdução.** São Paulo: Pioneira, 1995.
- NOGUEIRA, R. Força de trabalho em Saúde. **Revista de Administração Pública.** Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.61-70, jul./set., 1983.
- PARKER, R. et al. **A AIDS no Brasil: história social da AIDS.** Rio de Janeiro: Relumê-Dumará, 1994.
- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1994.
- PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989.
- PROENÇA, R. P. C. et al. Mudança e adaptação organizacional: o caso do hospital Nereu Ramos. Anais do

- 19° **Encontro Nacional da ANPAD**. João Pessoa: PPGA/UFPB, v.9, p.330-347, 1995.
- REZENDE, A. A enfermagem no contexto de Saúde. **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Belo Horizonte, v.36, p.11-34, 1985.
- ROBBINS, S. P. **O processo administrativo: integrando teoria e prática**. São Paulo: Atlas, 1981.
- _____. **Organization Theory: structure, design, and applications**, New Jersey: Printice Hall, 1990.
- RODRIGUES, L. G. M. AIDS: a face da discriminação. **Boletim Epidemiológico**. Ministério da Saúde, Semana Epidemiológica, ano II, n. p.44-47, 1988.
- RODRIGUES FILHO, J. Performance das organizações de saúde: uma agenda para pesquisa. **Anais do 20° Encontro Nacional da ANPAD**, Belo Horizonte: ANPAD, v.6, p.273-285, 1990.
- SILVA, G. **Enfermagem profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.
- SOUZA, A. R. N. D. **Reflexão do saber sobre a impotência - AIDS: uma experiência em psicologia médica**. Dissertação de mestrado. Instituto de Psiquiatria, UFRJ, 1989.
- SOUZA FILHO, E. A. e HENNING, M. G. Representações sociais da Aids, práticas sexuais e vida social entre heterossexuais, bissexuais e homossexuais em Brasília, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.8, n.40, p.428-441, out./dez., 1992.
- STONER, J. e FREEMAN, R. **Administração**. Rio de Janeiro: PHB, 1992.
- SUMAY, A. El nuevo malestar. In: CAHN, P. **PSIDA: um enfoque integral**. México: Paidós, 1994.
- TAYLOR, W. **Princípios de Administração Científica**. São Paulo: Atlas, 1987.
- TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília: Universidade de Brasília, 1988.

- TRIVIÑOS, A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1992.
- VIANNA, N. **Manual da Aids nas empresas:** elaboração e implantação de programas de prevenção e assistência no local de trabalho. Rio de Janeiro: Câmara Brasileira do Livro, jun., 1995.
- VIEIRA, T. T. e SILVA, A. L. Recursos humanos na área de enfermagem: adequação da formação à utilização. **Anais do XXXIV Congresso Brasileiro de Enfermagem.** Associação Brasileira de Enfermagem. Porto Alegre, 1982.
- WESTRUPP, M. H. et al. A AIDS - doença infecciosa, impactos sobre a assistência. In: GHELLRE, T. et al. **Centro cirúrgico:** aspectos fundamentais para enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1993.
- WESTRUPP, M. H. **Práticas sexuais de mulheres de parceiros infectados pelo HIV.** Exame de Qualificação do Curso de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da UFSC. nov., 1995. (mimeo).