

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

Área de concentração: Ergonomia

O TRABALHO NOTURNO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM: O sofrimento do trabalho na visão da
ergonomia.

Estudo de caso de uma Unidade de Emergência Hospitalar.

VALTER LOPES

CONSULTA LOCAL

FLORIANÓPOLIS

SANTA CATARINA - BRASIL

ABRIL DE 2000



0.320.600-4

UFSC-BU

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

Área de concentração: Ergonomia

O TRABALHO NOTURNO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM: O sofrimento do trabalho na visão da
ergonomia.

Estudo de caso de uma Unidade de Emergência Hospitalar.

VALTER LOPES

**Dissertação submetida à Universidade
Federal de Santa Catarina para a
obtenção do grau de Mestre em
Engenharia de Produção - área de
concentração: ergonomia.**


FLORIANÓPOLIS
SANTA CATARINA - BRASIL

ABRIL DE 2000

**O TRABALHO NOTURNO DO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM: O
sofrimento do trabalho na visão da ergonomia.
Estudo de caso de uma Unidade de Emergência Hospitalar.**

VALTER LOPES

Esta dissertação foi julgada adequada para a obtenção do título de "mestre" em Engenharia de Produção e aprovada, em sua forma final, pelo programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.



Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do Programa

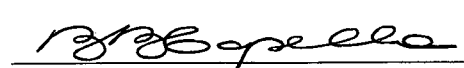
Banca Examinadora:



Prof. José Luiz Fonseca da Silva Filho, Dr.Erg.



Prof.ª Ana Regina de Aguiar Dutra, Dra.Erg.



Prof.ª Beatriz Capella, Dr. Enf.

*Uma técnica não se converte em uma ferramenta até que a saiba manejar e
lhe aplicar a criatividade, a imaginação e o saber.*

A. M. Dugud (1981)

DEDICATÓRIA

Muitos desafios se interpõem à perspectiva da nova relação da organização do trabalho na sociedade moderna. Assim, são necessárias mudanças nessas relações, de modo que o ato de trabalhar não aconteça de forma mecânica, mas que venha atender e satisfazer as necessidades humanas, valorizando o homem e diminuindo o seu sofrimento.

Por isso, este estudo é dedicado a todos os trabalhadores da área de enfermagem que conseguiram romper, em parte, com os estigmas históricos da profissão, superando complexidades técnico-científicas e inserindo-se no mercado de trabalho junto à prática médica.

AGRADECIMENTOS

O desenvolvimento de um trabalho desta natureza exige do autor, dentre outras coisas, muita disposição, empenho, abnegação, força de vontade e o exercício da reflexão na maioria das vezes solitária. Mas é preciso considerar que, como tantas relações construídas em nosso cotidiano, este estudo é fruto de muitas "mãos". Na diversidade de suas contribuições, cada uma dessas mãos ajudou a tecer e compor esta pesquisa.

Assim, eu não poderia deixar de apresentar minhas palavras de agradecimento:

Ao Prof. Orientador José Luiz Fonseca da Silva Filho, pela disponibilidade e orientação.

Ao programa do Curso de Engenharia de Produção da UFSC, que derrubou as barreiras da disciplinariedade com a abertura da visão multidisciplinar, possibilitando a interface entre os vários profissionais.

Aos profissionais de Enfermagem da Unidade de emergência Adulta do HU e demais servidores, pela valorosa contribuição e acolhida.

Aos profissionais de Enfermagem da Unidade de Emergência do Hospital Regional de São José Dr. Homero de Miranda Gomes, por contribuírem na aplicação do pré-teste desta pesquisa.

À amiga Prof^a. Maria Dionice da Silva, o meu agradecimento pela disponibilidade, paciência e generosidade com que me estimulou, incentivou e acompanhou no decorrer do processo de reflexão e construção do trabalho.

Aos amigos Cícero e Márcia Barboza, por terem incentivado em mim o desejo de aprender cada vez mais; por terem proporcionado o ponto de partida, abrindo as primeiras portas dessa pós-graduação.

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Tânia Hahn, Simone Domingues, Simone da Costa Ferreira, pelo apoio constante, pelas sugestões sempre pertinentes; e pelas discussões que proporcionaram um grande conhecimento.

Ao Prof. e amigo Ricardo Behr, pelas valiosas contribuições e sugestões.

À amiga Maria Salete Ribeiro, pelo otimismo e sugestões.

À amiga Irene Busanello, pela esperança, otimismo e incentivo durante o trabalho.

À amiga Tânia Raitz, pela confiança e otimismo e incentivo durante o trabalho.

Aos meus pais e meus irmãos, pelo apoio durante o tempo de dedicação a este trabalho; por terem compartilhado minhas expectativas e preocupações e por acreditarem sempre nesta conquista, mesmo nos momentos em que meus ideais pareciam distantes e inatingíveis.

Às minhas filhas Nicoli e Natália, minhas paixões, por contribuírem com o silêncio em suas brincadeiras, nos momentos de minhas reflexões, e entenderem minha ausência durante todo esse tempo.

Aos meus colegas de trabalho, pelo incentivo e estímulo durante o trabalho.

Um agradecimento "todo especial" a minha esposa e companheira, presente incansavelmente em todos os momentos da construção deste trabalho, compartilhando e contribuindo para a minha conquista, pela paciência, empenho e sobretudo por não me deixar recuar nos momentos difíceis e ainda pela absoluta certeza quanto à minha capacidade de realizar tal atribuição.

RESUMO

Baseado no que representam as várias formas de organização do trabalho, diante do processo de transformação das áreas produtivas, a globalização da economia, aliada ao rápido processo de desenvolvimento tecnológico e científico, tem contribuído para o surgimento de sintomas de insatisfação, medo, receio, angústia, dor, sofrimento, infelicidade e precarização das condições de trabalho. Estas revoluções tecnológicas demonstram a submissão dos trabalhadores quanto ao seu estado físico e mental, substituindo a consciência, a participação e o controle do conhecimento operativo da produção pelas necessidades de sobrevivência; apresentando cada vez mais um comportamento que pressupõe a sujeição do corpo e alienação em nome da produtividade. Embora o advento tecnológico não seja negado em sua plenitude, até porque é elemento fundamental para o domínio da natureza pelo homem, observa-se uma grande lacuna nos seus aspectos maléficos diante dos atuais modelos de organização do trabalho. Nas sociedades modernas, a intensidade das exigências do trabalho e a ameaça à vida denunciam a perpetuação do flagelo ao sofrimento. O sofrimento deixa de ser aparente e transmuda sua fisionomia na dor subjetiva do trabalho cotidiano. Neste caso o sofrimento separa a doença da saúde à medida em que o espaço de liberdade operatória do trabalhador é bloqueado. Dentre os fatores de mudança no mundo do trabalho, o turno noturno estabelece uma nova ordem na produção em alta escala e na prestação de serviços contínuos. Como consequência, há inversão do relógio biológico do ser humano, intensificando a vulnerabilidade dos trabalhadores noturnos quando o período de funcionamento orgânico é extenso. Assim sendo, dentre as várias áreas produtivas, os trabalhadores da área da saúde também estão submetidos aos riscos do processo de trabalho que acarretam doenças profissionais. O presente trabalho é resultado do estudo de caso em uma Unidade de Atendimento de Emergência Hospitalar. Como pressuposto científico, sugeriu um referencial teórico-empírico, cuja abordagem histórica, sociológica e ergonômica teve como método o exploratório. Como metodologia, utilizou-se a análise ergonômica do trabalho (AET). Quanto ao objetivo geral, delineou-se **quais as interferências ao nível organizacional, pessoal e interpessoal, físico e ambiental que possam fazer com que o trabalho noturno do profissional de enfermagem seja de sofrimento ou de prazer.** A aplicação dos procedimentos metodológicos da AET possibilitou: analisar, diagnosticar, recomendar mudanças e soluções a partir das interferências apresentadas. As interferências que incidiram majoritariamente no trabalho noturno dos profissionais de enfermagem, como estado de insatisfação e sofrimento, foram as organizacionais, físicas e ambientais e discretamente as interferências pessoais e interpessoais. Portanto, as evidências levaram-nos a concluir que o trabalho noturno dos profissionais de enfermagem não é um estado de sofrimento. A partir da elaboração do diagnóstico, recomenda-se, diante dos vários problemas apresentados, estudos específicos que possam contribuir e minimizar deficiências.

ABSTRACT

Based on what they represent the several forms of work organization, before the process of transformation of the productive areas, the globalization of the economy, formed an alliance with the fast process of technological and scientific development, has been contributing to the appearance of dissatisfaction symptoms, scare, fear, anguish, pain, suffering, misery and poverty of the works conditions. These technological revolutions demonstrate how the workers are submitted with respect to their physical and mental state, substituting the conscience, the participation and the control of the operative knowledge of the production, by the survival needs; and presenting a behavior that presupposes the subjection of the body and alienation on behalf of the productivity more and more. Although the technological coming is not denied in its fullness, especially because it is fundamental element for the domain of the nature for the man, a great lacuna is observed in its aspects weird before the current models of organization of the work. In the modern societies, the intensity of the work needs and the menace to life denounce the eternity of the flagellate to the suffering. The suffering stops being apparent and it transmutes its physiognomy in the subjective pain of the daily work. In this case the suffering separates the disease of the health to the measure in that the space of the worker's operative freedom is blocked. Besides the change factors in the work, the night shift establishes a new order in the production in discharge it climbs and in the installment of continuous services. As a consequence, there is investment of the human biological clock, intensifying the night workers' vulnerability when the period of organic operation is extensive. Like this being, besides the several productive areas, the health workers are also submitted to the risks of the work process that cause professional diseases. The present work is a resulted of a case study in suggested a theoretical-empiric reference, whose historical, sociological and ergonomic approach had as method the exploratory. As methodology, the ergonomic analysis of the work used (EAW). With relationship to the general objective, it was delineated which the interferences to the level organization, personal and interpersonal, physical and environmental that can do with that the nursery professional's night work is of suffering or of pleasure. The application of the methodological procedures of EAW permitted the analysis, diagnosis, to recommend changes and solutions starting from the presented interferences showed. The interferences that happened for the most part in the nursery professionals' night work, as dissatisfaction state and suffering, were the organization, physics and you set and lightly the personal interferences and interpersonally. Therefore, the evidences lead us to conclude that the nursery' work during the night das not represent a suffering condition. From our studies, its is recommended from the perspectives of the problems analyzed here, that specific studies be carried out in order to minimize the deficiencies detected in this work.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Considerações iniciais e justificativa.....	1
1.2 - Problema de pesquisa.....	5
1.3 - Objetivos.....	6
1.3.1 - Objetivo Geral.....	6
1.3.2 - Objetivos Específicos.....	6
1.4 - Hipóteses.....	6
1.5 - Delimitação do estudo.....	7
1.6 - Definição de termos importantes no contexto da pesquisa.....	7
1.7 - Organização e estrutura do estudo.....	9

CAPÍTULO 2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO - EMPÍRICA

2.1 - O trabalho humano.....	10
2.2 - Ergonomia, trabalho e inovações tecnológicas.....	17
2.3 - A (in) felicidade no trabalho na sociedade moderna.....	24
2.4 - O contexto histórico da formação da Enfermagem.....	35
2.5 - O trabalho noturno.....	44

CAPÍTULO 3 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

3.1 - Perguntas de pesquisa.....	53
3.2 - Local do estudo.....	54
3.3 - População.....	54
3.4 - Aspectos éticos.....	54
3.5 - Coleta de dados.....	55
3.5.1 - Procedimentos	55

3.5.2 - Recursos utilizados.....	57
3.5.3 - Período de coleta de dados.....	57
3.6 - Análise e descrição dos resultados.....	57
3.6.1 - Análise ergonômica do trabalho noturno.....	58
3.7 - Diagnóstico e recomendações.....	58

CAPÍTULO 4 - ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO NOTURNO

4.1 - Contextualização do local do estudo.....	60
4.1.1 - Hospital.....	60
4.1.2 - Órgão de enfermagem.....	62
4.1.3 - Serviço de enfermagem.....	63
4.2 - Análise da demanda.....	64
4.3 - Análise da tarefa	65
4.3.1 - Organização estrutural.....	66
4.3.2 - As interferências organizacionais.....	67
4.3.3 - Estrutura física.....	74
4.3.4 - Recursos humanos.....	76
4.3.5 - Recursos materiais.....	78
4.3.6 - As interferências físico ambientais.....	79
4.4 - Análise da atividade.....	82
4.4.1 - As interferências pessoais e interpessoais.....	82
4.4.2 - Análise do sofrimento e prazer.....	86
4.5 - Diagnóstico e recomendações.....	93
4.5.1 - As interferências organizacionais.....	94
4.5.2 - As interferências pessoais e interpessoais.....	95
4.5.3 - As interferências físico-ambientais.....	96
4.5.4 - Estado de sofrimento e prazer.....	98
4.6 - Recomendações ergonômicas.....	100
4.6.1 - Meio ambiente de trabalho.....	101
4.6.2 - Ambiente arquitetônico.....	101

4.6.3 - Ambiente físico.....	101
4.6.4 - Ambiente organizacional.....	102
4.6.5 - Exigências do trabalho.....	103

CAPÍTULO 5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

5.1 - Conclusões.....	105
5.2 - Limitações do Estudo.....	108
5.3 - Recomendações.....	109

CAPÍTULO 6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 110

ANEXOS

Anexo n.º 1 - Ofício circular encaminhado à Comissão de Ética.....	119
Anexo n.º 2 - Instrumento de coleta de dados – questionário.....	121
Anexo n.º 3 - Instrumento de coleta de dados - diário de campo.....	128
Anexo n.º 4 - Normas e rotinas dos profissionais de enfermagem.....	131
Anexo n.º 5 - Planta física da unidade de emergência.....	139

LISTA FIGURA

Figura n.º 1 - Enfermidades psicossomáticas

LISTA DE QUADROS

Quadro n.º 1 Comparação dos padrões dos elementos

Quadro n.º 2 Distribuição de pessoal do setor de enfermagem

Quadro n.º 3 Demonstrativo do número de atestados médicos do setor de enfermagem

**Quadro n.º 4 Comparativo entre as reações de sofrimento psíquico dos estudos de
Dejours com as manifestações da equipe de enfermagem**

LISTA DE TABELA

Tabela n.º 1 - Horário e adicional noturno em alguns países

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

Área de concentração: Ergonomia

O TRABALHO NOTURNO DO PROFISSIONAL DE
ENFERMAGEM: O sofrimento do trabalho na visão da
ergonomia.

Estudo de caso de uma Unidade de Emergência Hospitalar.

VALTER LOPES

FLORIANÓPOLIS
SANTA CATARINA - BRASIL
ABRIL DE 2000

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

1.1 - Considerações iniciais e justificativa

As mudanças ocorridas ao longo dos séculos nas várias formas de organização do trabalho representaram o processo de mutação do modo de produção artesanal ao informatizado.

Estas mudanças impulsionaram a construção do pensamento social acerca do que representa, na atualidade, o pensar e o agir dos trabalhadores diante de seu próprio trabalho.

A globalização da economia, consubstanciada a outros fatores relacionados ao desenvolvimento científico e tecnológico, contribuiu para a separação do sentido pessoal do trabalho com relação ao seu significado.

Estas revoluções demonstram o drama a que estão submetidos os trabalhadores, quanto ao seu estado físico e mental, diminuindo sua consciência, sua participação e seu significado social.

Para Dejours (1999), a nova realidade do trabalho gera elementos de insatisfação, medo, receio, angústia, dor, sofrimento, infelicidade e precarização das condições de trabalho.

O termo trabalho, em seu sentido amplo, compreende uma forma de atividade desenvolvida pelo ser humano, que altera o estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade e melhor satisfazer as necessidades humanas. (Bravermann, 1977).

O processo de desenvolvimento estabeleceu, além do valor de uso do trabalho, o seu valor de troca. O trabalho varia de concepção, a partir de novos paradigmas de sua organização, determinando inovações nas estruturas econômicas e sociais.

Estas elaborações propiciaram o funcionamento das organizações como um sistema aberto interagindo com o mundo exterior.

O advento da revolução tecnológica não pode ser negado em sua plenitude, por ser elemento fundamental para o domínio da natureza pelo homem, todavia, sua grande lacuna está nos aspectos maléficos ocasionados pela organização do trabalho, o que demonstra as várias formas de sofrimento dos trabalhadores.

Ultimamente, como explica Giddens (1994), na sociedade moderna a intensidade das exigências do trabalho e a ameaça à vida denunciam a perpetuação do flagelo ao sofrimento.

Nesse sentido, ainda conforme Dejours (1994), o sofrimento designa primeiro o campo que separa a doença da saúde e, segundo, o espaço de liberdade que autoriza negociações, invenções e ações no modo operatório, quando é bloqueado.

Em vista disso, o que ocorre, com extrema velocidade, são as várias formas de adequação e normatização para a operacionalização do trabalho freneticamente constante e ininterrupto.

O capital por expansão transmuda sua forma de inserção no mercado de trabalho, de modo a garantir sua manutenção, exigindo níveis cada vez mais elevados de instrução, adestramento e esforço mental em geral.

Esta tendência redefiniu uma nova ordem do capital e "sujeição do corpo", favorecendo inúmeras inquietações da realidade do operário, mostrando que, no mundo do trabalho, os tempos ociosos desaparecem e que o índice de empenho é muito mais penoso e superior do que no passado.

Uma vez determinado o que venha a ser trabalho e sofrimento nos meios produtivos, será o turno noturno que irá apropriar-se do trabalho durante as 24 horas do dia como uma das formas de continuidade e manutenção do sistema produtivo.

Sendo o trabalho em turno, conseqüência do advento da luz artificial, ele estabeleceu uma nova ordem na produção em alta escala, "inovando" de forma contraditória o comportamento humano em seu trabalho.

Esse ideário de inovações, na concepção de Bravermann (1977), apesar da promessa de felicidade, não representou a transformação do trabalho do homem, em função de sua liberdade, e a manutenção do espaço social da espécie humana.

Pelo contrário, o trabalho em turno, segundo Dejours (1999), acabou vencendo homens e mulheres em sua capacidade de decisão e vontade. Este trabalho, na concepção dos trabalhadores, apesar de ser considerado benéfico em termos econômicos, é desfavorável à medida em que seus resultados acarretam em malefícios à sua saúde.

Assim, conceituando trabalho em turnos, Ferreira (1987) se refere a uma forma de organização temporal do trabalho, nos quais diferentes grupos de trabalhadores se intercalam em rodízios para continuarem as atividades em horários superiores aos administrativos.

A autora considera, ainda, como trabalho em turnos, o trabalho noturno permanente, trabalho em três turnos alternantes, escala de plantões e trabalho em horários irregulares.

O ser humano é um animal diurno, portanto, ao inverter seu "relógio biológico", ele altera suas variações orgânicas. O corpo humano responde fisiologicamente à disfunção orgânica provocada pela mudança do estado de vigília e repouso.

Assim sendo, embora o trabalho em turnos cometa as mesmas variações orgânicas nos trabalhadores, existe uma distinção quanto ao turno noturno e diurno, há uma coincidência de fases entre a ativação biológica e o horário de trabalho, entre a desativação cerebral e o sono. O trabalhador noturno sente a pressão de ambas situações, pois é obrigado a realizar esforços redobrados para executar a mesma tarefa.

De acordo com Santos (1983), os excessos intensificam a deterioração dos fatores fisiológicos, psicológicos e eletroencefalográficos, com diminuição da produtividade e aumento de acidentes de trabalho.

A variabilidade do ritmo circadiano dos indivíduos intensifica a vulnerabilidade dos trabalhadores noturnos quando o período de funcionamento orgânico é extenso. Os órgãos (músculos, nervos, sensores) fatigam-se, por isso é necessário suspender as atividades de modo que o organismo se recomponha.

Uma vez que estamos tratando da questão teórico-empírica, das interferências no trabalho noturno do profissional de enfermagem, convém delinear o local da pesquisa, no qual se insere o sujeito do estudo, de modo a contextualizá-lo em suas particularidades.

O hospital é considerado uma instituição prestadora de serviços, por isso é conceituado pelo Ministério da Saúde *apud* Da Silva (1999, p.1), "como sendo parte integrante de uma organização médica e social, sendo sua função proporcionar à população assistência médica

integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisa em saúde, bem como de encaminhamentos de pacientes”:

“Como qualquer empresa, o hospital, em sua rotina, quer na prática assistencial, quer no ensino e na pesquisa [...], convive com os mais variados "problemas". (Ibid., p.2)

O trabalhador da área da saúde, assim como os demais trabalhadores de outras áreas produtivas, também está submetido aos riscos do processo de trabalho que podem acarretar doenças profissionais. No que concerne à equipe de profissionais de enfermagem da unidade de emergência, poucos são os estudos referentes às interferências do trabalho noturno, como fatores determinantes para o sofrimento destes profissionais.

Na prática, observa-se que os trabalhadores envolvidos nesse trabalho informam quais os problemas existentes na sua atividade, contudo, percebe-se que são informações carregadas de crenças, valores, ideologias e sentimentos a partir do senso comum. Assim, questiona-se se tais problemas são relevantes e verdadeiros e, ainda, se este entendimento é proveniente de pressões da carga de trabalho ou até mesmo advindo do meio interno e externo ao ambiente.

Estudos desenvolvidos em áreas hospitalares mostram, em sua maioria, preocupação com a assistência prestada ao cliente, novas formas de abordar o cuidado e tratamento a partir do desenvolvimento tecnológico a fim de melhor diagnosticar as doenças. Assim, são poucos os estudos referentes à organização do trabalho de modo a abordar as relações pessoais, interpessoais, físico ambientais e sofrimento e prazer como fatores condicionantes de sobrecarga física e mental e também de insatisfação.

Apesar das questões relacionadas ao profissional de saúde estarem sendo discutidas, ainda que seja de forma tímida, pouco se debateu acerca do trabalho desenvolvido pela equipe de saúde em ambientes de atendimento de emergência, mais especificamente no turno noturno.

Segundo Da Silva (1999), nas últimas décadas, as condições de trabalho dos profissionais da saúde vêm sendo discutidas pela ergonomia, propiciando possíveis soluções aos problemas provenientes do ambiente de trabalho ao trabalhador.

Sendo a ergonomia, de acordo com Laville (1977), um conjunto de conhecimento a respeito do desempenho do homem em atividade, a fim de aplicá-lo à concepção de tarefas,

ADAPTAR

dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção, sua intervenção poderá propor novos meios de trabalho, assim como melhorar a estrutura do seu processo.

O estudo ora apresentado foi desenvolvido na Unidade de Emergência Adulta do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de setembro/99 a novembro/99.

Este estudo se justifica, desta forma, pelo interesse do pesquisador em aplicar o método de análise ergonômica do trabalho (AET), numa situação real, bem como os fatores intervenientes no trabalho noturno.

O estudo teve também como preocupação, partindo do pressuposto que as descrições bibliográficas determinam o sofrimento no trabalho noturno nas diversas áreas produtivas, saber até que ponto este mesmo sofrimento se apresenta na equipe de saúde dos profissionais de enfermagem na Unidade de Emergência Adulta do HU.

Ressalta-se, ainda, que a escolha do estudo junto aos profissionais de enfermagem delineou-se baseada na constatação de que estes resistem em trocar de turno de trabalho.

A elaboração teórica sustentada no estudo tem como objetivo entender e detectar as possíveis interferências no trabalho noturno, de modo a propor, modificar e contribuir para a solução dos problemas levados pelos respectivos profissionais.

1.2 - Problema de pesquisa

Visando relacionar os fatores que interferem no processo de organização do trabalho dos profissionais de enfermagem, o pesquisador descreveu e analisou a trajetória da interpretação acerca do trabalho humano em turno noturno, da ergonomia, trabalho e inovação tecnológica, a (in) felicidade no trabalho na sociedade moderna, e dos aspectos históricos da constituição da profissão dos enfermeiros.

Entendendo o problema de pesquisa como elemento de esclarecimento das questões que preocupam o estudo, bem como parte das idéias na formulação dos objetivos da investigação, a partir das considerações descritas, foi formulado o seguinte problema de pesquisa:

Quais os fatores que interferem para que o trabalho noturno do profissional de enfermagem do HU da UFSC seja um estado de sofrimento e ou prazer?

1.3 - Objetivos

1.3.1 – Objetivo Geral

Identificar e analisar, a partir da AET (Análise Ergonômica do Trabalho), numa unidade de atendimento de emergência hospitalar, as interferências ao nível organizacional, pessoal e interpessoal e físico ambiental que possam fazer com que o trabalho noturno do profissional de enfermagem seja de sofrimento ou de prazer.

1.3.2 - Objetivos específicos

1. Contextualizar historicamente a trajetória e as apropriações acerca da definição de trabalho, permeado por seus avanços e conseqüências, considerando o turno de trabalho no qual se insere o sujeito de investigação.
2. Identificar as interferências organizacionais pessoais e interpessoais e físico ambientais resultantes do trabalho noturno do profissional de enfermagem;
3. Identificar e analisar quais as interferências no trabalho noturno do profissional de enfermagem, que se traduz em sofrimento ou de prazer;
4. Definir as contribuições que a ergonomia poderá promover para que a realização do trabalho noturno do profissional de enfermagem seja prazerosa.

1.4 - Hipóteses

Para corroborar as proposições levantadas a partir do problema de pesquisa, as hipóteses **formuladas** constituem-se, segundo Santos e Filho Parra (1998, p. 125) "um enunciado geral de relações entre variáveis (fatos e fenômenos), formulado como solução provisória para um determinado problema e apresentado em caráter explicativo ou preditivo."

De acordo com Santos (1992, p.28), "as hipóteses são constituídas pelas perspectivas nas quais o analista espera realizar seu estudo. "

Com base nos levantamentos bibliográficos e coleta de dados junto aos sujeitos estudados, chegou-se às seguintes hipóteses:

1. **O trabalho noturno do profissional de enfermagem é um estado de sofrimento.**

2. As interferências organizacionais, pessoais e interpessoais, físico ambientais determinam o sofrimento na realização do trabalho noturno.

3. As interferências organizacionais e pessoais e interpessoais não são os únicos fatores que incidem no sofrimento do trabalho noturno.

1.5 - Delimitação do estudo

A presente dissertação limita-se a um estudo de caso em uma situação real de trabalho, desenvolvido em uma unidade de emergência hospitalar, a fim de saber quais as contribuições que a ergonomia poderá promover na realização do trabalho noturno, sem referendá-lo exclusivamente como sofrimento.

O estudo não tem como objetivo discutir aprofundar as questões relativas a distribuição de mobília e as condições dos equipamentos, por não estarem relacionados com o objetivo proposto, quanto aos fatores intervenientes que tornam o trabalho noturno do profissional de enfermagem do HU um estado de sofrimento ou de prazer.

1.6 - Definição de termos importantes no contexto da pesquisa

A definição dos termos delineados no contexto da pesquisa tem como base a literatura utilizada no estudo, portanto, define-se os seguintes conceitos:

Trabalho

Compreende uma forma de atividade desenvolvida pelo ser humano, que altera o estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade e melhor satisfazer as necessidades humanas. (Bravermann, 1977, p.49)

Compreende também atividade humana, que tanto produz os meios necessários para a existência física, como produz, ao mesmo tempo, humanização, criação de objetos e [prestação de serviços] necessários a outros elementos do mundo comum. (Basso, 1996, p.9)

Sufrimento

É o que designa o campo que separa a doença da saúde e o bloqueio do espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenção e ação no modo operatório dos trabalhadores. (Dejours, 1994, p.15)

Felicidade

É um estado de satisfação que repousa nas vivências cotidianas dos indivíduos, portanto, é um estado de ser. (Morin, 1981, p.125)

Prazer

É um estado afetivo não mensurável [...] que só se vivencia integralmente na intimidade da experiência interior, portanto, por ser subjetivo não é criado mas dado. (Dejours, 1999, p.29)

Turno noturno

Se refere a uma forma de organização temporal do trabalho, nos quais diferentes grupos de trabalhadores se intercalam em rodízios para continuar as atividades em horários noturnos, para garantir a atividade de empresas, órgãos e instituições. (Ferreira, 1987, p.28)

Cliente

De acordo com Ferreira (1975, p.335), é o mesmo que paciente, entretanto, é também uma pessoa que, diante de disfunções psicofisiológicas e psicopatológicas, recorrem aos serviços dos profissionais da área de saúde a fim de modificar o estado de doença.

Emergência

Segundo o Ministério da Saúde *apud* Da Silva (1999), o termo emergência apresenta duas conotações, quais sejam: a primeira, refere-se aos clientes em situação de emergência, e a segunda trata do espaço físico no qual os clientes são atendidos.

Unidade

De acordo com Da Silva (1999), é um conjunto de ambientes fim e de apoio, funcionalmente agrupados, onde são executadas atividades afins. Variando de número, dimensão e denominação segundo a capacidade técnica e operacional do Ministério da Saúde (1983, 1995).

Interferências

Conforme Ferreira (1975, p.775), é o mesmo que intervenção. Poderá também ser a superposição de informação perturbando ou mascarando o entendimento.

1.7 - Organização do estudo

No primeiro capítulo deste estudo, além da exposição das considerações iniciais e da justificativa do tema e do problema, encontram-se os objetivos da pesquisa, hipóteses, delimitação do estudo, definição dos termos importantes da pesquisa e organização do estudo, apresentados de forma sucinta.

No segundo capítulo, são descritos os fundamentos teóricos. Apresenta-se a revisão de literatura nos aspectos do trabalho humano, ergonomia, trabalho e inovações tecnológicas, a (in) felicidade no trabalho na sociedade moderna, o contexto histórico da formação da enfermagem e o trabalho noturno.

Os procedimentos metodológicos são apresentados no terceiro capítulo. Inicialmente apresenta-se uma breve introdução, com a finalidade de delinear todos os caminhos percorridos na realização do estudo. Em seguida, a partir das considerações descritas no problema de pesquisa, formulou-se cinco (05) perguntas e três hipóteses da demanda considerando os objetivos propostos. Em terceiro lugar, apresentou-se a definição do local de estudo, população, aspectos éticos, coleta de dados, análise da descrição dos resultados e diagnóstico e recomendações.

No quarto capítulo, mostrou-se a análise ergonômica do trabalho noturno. Em seguida, apresentam-se a contextualização do local do estudo - do hospital, do órgão de enfermagem, do serviço de emergência; análise da demanda; análise da tarefa - as interferências organizacionais, organização estrutural, estrutura física, recursos humanos e recursos materiais; análise da atividade - as interferências pessoais e interpessoais, as interferências físicas e ambientais, estado de sofrimento e de prazer, diagnóstico e recomendações, procurando verificar e descrever quais os fatores que interferem para que o trabalho noturno do profissional de enfermagem da Unidade de Emergência Adulta do HU, da Universidade Federal de Santa Catarina, seja um estado de sofrimento ou de prazer.

No quinto capítulo, destacam-se as considerações finais, quanto à conclusão, limitações do estudo e recomendações gerais.

No sexto capítulo, são apresentadas as referências bibliográficas e os respectivos anexos.

CAPÍTULO 2

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO - EMPÍRICA

Este capítulo apresenta a construção teórica com referência ao tema proposto no estudo. A fundamentação definida nos dará as categorias a serem utilizadas através dos enfoques sociológicos, ergonômicos, históricos, psicossociológicos e de outras literaturas pertinentes à questão proposta, com o intuito de direcionar e orientar a pesquisa. Para tanto, faz-se uma revisão sobre o pensamento teórico do trabalho humano, da ergonomia, na perspectiva do trabalho diante das inovações tecnológicas, da (in) felicidade no trabalho na sociedade moderna, da referência histórica da formação da enfermagem e trabalho noturno, proporcionando-nos a contextualização da inserção do sujeito pesquisado, ponto este fundamental para a análise e discussão dos resultados empíricos.

2.1 - O trabalho humano

A relação entre o trabalho e a vida dos trabalhadores tem sido objeto de vários estudos para que se possa compreender como as várias formas de organização do trabalho "agem sobre o pensar e o sentir dos trabalhadores", provocando sofrimento, angústia, medo e infelicidade. Esses estudos têm ganhado terreno no plano de sua concretização de modo que ultrapassam os limites do "binômio trabalho-saúde mental para o campo da psicopatologia do trabalho". (Dejours, 1988, p.9)

Esta interpretação corresponde à assimilação da revolução que as condições de trabalho vêm sofrendo com o advento da informática e o interesse, tanto em nível acadêmico quanto em nível da organização dos trabalhadores, em construir conhecimento humano,

aproximando condições reais do trabalho para a sobrevivência do homem na sociedade moderna.

Assim, considera-se a construção desse conhecimento elemento fundamental para compreender as conseqüências do trabalho sobre o estado físico e mental dos trabalhadores. A importância desses aspectos evidencia o desconhecimento dos trabalhadores para manterem sua existência, de modo que o sofrimento por eles desencadeado, permanece ainda mascarado em sintomas fisiológicos e orgânicos e não psicopatológicos.

Em outras palavras, segundo Dejours (1994, p.47), pensar "a relação trabalho saúde-mental é romper com os modelos médicos e psiquiátricos clássicos, que reduz o trabalho às pressões físicas, químicas, biológicas, ou psicossensoriais e cognitivas das condições de trabalho, baseadas no estudo das doenças mentais e da loucura. Portanto, trata-se de focar o campo da psicopatologia numa abordagem renovadora, que não seja ocupado pela loucura, mas integrar a relação entre sujeito e organização do trabalho".¹

Assim sendo, o trabalho também proporciona satisfação e prazer, entretanto, se o trabalho permanecer num sistema rígido, autoritário e degradante, excluindo de vez a única coisa de valiosa que sobrou junto ao operário (sua força de trabalho) no conjunto das relações de produção, fatalmente o trabalho será negado em sua plenitude, salvo pela questão de sobrevivência.

Todavia, conforme Basso (1996), o trabalho vai além da necessidade de sobrevivência, e será alienado quando o seu sentido não corresponder ao seu significado, dado pelo conteúdo efetivo dessa atividade prevista socialmente, isto é, quando o sentido pessoal do trabalho separar-se da sua significação. Se o sentido do trabalho do operário que o realiza for apenas o de garantir a sua sobrevivência, trabalhando só pelo salário e sem ter consciência da sua participação na produção, não haverá a cisão com o significado fixado socialmente.

Tomando como base o significado do trabalho social na sociedade capitalista, caracterizado pela divisão social e divisão de classes, entendemos que há ruptura da integração entre significado e o sentido da ação, ou seja, o sentido pessoal da ação (o ato de trabalhar)

¹ - Para Dejours (1994, p.49), sujeito é entendido como parte das relações coletivas, e a organização do trabalho é vista como uma relação socialmente construída e não somente em sua dimensão tecnológica.

não corresponde mais ao seu significado (o resultado do trabalho materializado). Assim, entende-se que a separação do significado e o sentido das ações, tornam-se alienados.

De acordo com Marx (1984, p.156), o trabalho sob relações de dominação se impõe ao homem como simples meio de existência, isto é, como uma atividade que tem como único sentido o de garantir a sobrevivência física. Para o mesmo autor, a atividade humana, tanto produz os meios necessários para a existência física, como produz, ao mesmo tempo, a humanização ou auto criação de objetos necessários para os outros como elemento de um mundo comum.

O conteúdo e a organização do trabalho impõem comportamento que pressupõe a “sujeição do corpo” por um processo “mudo e invisível” e alienante em benefício da produtividade.

Para Foucault (1986, 1987), a questão do poder que envolve as relações cotidianas, expressa nas obras *Microfísica do Poder* e *Vigiar e Punir*, a análise social a partir das estruturas é dicotômica. Para o mesmo autor, o “sujeito” pensa e é capaz de transformar o seu cotidiano, bem como, compreende estas relações, pois via suas problematizações em estruturas sociais mais amplas. Ao analisar o modo de produção capitalista, concluiu que a sociedade, comparada a um corpo, quando adoece, precisa ser protegida, de um modo quase médico, ou seja, eliminando as doenças, controlando os contagiosos, excluindo-os dos ambientes saudáveis. Assim, comparando o trabalho na sociedade moderna, a eliminação do suplício (trabalho) é substituída por métodos de assepsia, a eugenia, e a exclusão dos degenerados.

Nesse aspecto, é entre a história pessoal dos trabalhadores e a organização moderna do trabalho que se desenvolvem os sofrimentos que ocupam posições de destaque nas organizações. A preocupação com a sujeição do corpo demonstra o interesse em diminuir este sofrimento. Com base nisso, a preocupação da ergonomia no processo produtivo também tem sido enfoque de análise, dado os vários níveis de demandas (sejam elas explícitas ou implícitas) apresentadas a partir da necessidade de equacionar e/ou minimizar os efeitos da produção em detrimento da satisfação na organização do trabalho.

Pensando na trajetória do trabalho do homem, diante das várias formas de organização, observa-se que o extraordinário desenvolvimento tecnológico na sociedade moderna cria

rupturas entre o passado e a “modernidade”², o que, de acordo com Giddens (1991, p.12), é uma simples aproximação, pois “refere-se a estilo, costume de vida ou organização social”, embora ainda não tenha sido definida, mas que a maioria dos debates sugerem mais que um estado de coisas precedentes ou sobre as transformações institucionais, principalmente àquelas que sugerem o deslocamento de um sistema baseado na manufatura de bens materiais, para outro centrado na informação.

O desafio é formular, para a sociedade, modelos que venham propiciar novos princípios na valorização do trabalho do homem, a partir da distribuição de renda, redistribuição do volume de trabalho social existente, jornada de trabalho individual e ambientes físicos e materiais confortáveis, na perspectiva de que estas potencialidades renovadoras da sociedade em geral, através de seus atores e instituições, resgatem um pouco do conhecimento por ela produzido na tentativa de diminuir ou banir o sofrimento no trabalho.

A complexidade desses fenômenos tem apresentado uma variedade de doenças originárias nos diversos tipos de cargas do trabalho, tais como, problemas das vias respiratórias, do trato gastrointestinal, do sistema músculo-esquelético, urinário, dos olhos, dos ouvidos, da pele, do sistema nervoso central, problemas somáticos, psicossomáticos e psíquicos.

As doenças provenientes dos processos produtivos são históricas. Já em 1700 “Ramazzini”³ relatava doenças provenientes dos processos produtivos, tais como a dos escribas, relacionada ao uso das mãos. Ainda não havia ocorrido a revolução industrial, a produção era predominantemente artesanal, quando muito havia a manufatura, que não foi capaz de revolucionar o artesanato, mas foi condição necessária à revolução industrial. De acordo com Ohlweiler (1984, p.29):

“(...) O trabalho tradicional do artesão foi sendo dividido e subdivido em partes elementares e, então, cada parte isolada passou a ser distribuída de modo a ser executada em séries por um conjunto articulado de trabalhadores parcelados. O processo de trabalho mudou pouco, a mudança maior se deu no plano da organização do trabalho. A manufatura foi apenas uma forma transitória entre a produção artesanal e a indústria mecanizada que logo a haveria de suceder. A manufatura desempenhou um

² – Para aprofundar sobre a questão da modernidade, ver: COELHO, Teixeira. Moderno e pós-moderno: modos & versões. São Paulo: Iluminuras, 1995., HARVEY, David. Condição pós-moderna. 5.ed. São Paulo: Loyola, 1992., LYOTARD, Jean. O pós-moderno. Rio de Janeiro: José Olympio, 1986., SANTOS, Boaventura. Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade., São Paulo: Cortez, 1995.

³ – Ramazzini, médico do trabalho, considerado na antiguidade o pai da medicina (In: Bravemann, 1977)

papel histórico importante, no que diz respeito ao desenvolvimento das forças produtivas da sociedade, ao preparar as condições para o advento da maquinofatura que teve como resultado a revolução industrial (...)".

Soma-se a isto, não só o grande desenvolvimento tecnológico gerado a partir do século XIX, mas os condicionantes políticos econômicos e sociais que possibilitaram a transformação do modo de produção com a divisão do trabalho.

Essa nova realidade do trabalho, conforme Dejours (1999), gera no trabalhador insatisfação, medo, receio, precarização das condições de trabalho, angústia, dor, sofrimento, infelicidade, principalmente por não conseguir agregar valor ao trabalho (salário) ou simplesmente por não ter mais controle dos meios de produção.

A pressão por "produtividade"⁴ é cada vez maior e traz consigo o problema da repetitividade, da falta de pausa e de um trabalho por vezes incompatível com a capacidade e a limitação humana. A nova realidade do trabalho apresenta um novo contexto de fatores condicionantes, pois está interligado e combinado à produtividade em massa.

Além disso, para Dejours (1999), a predisposição individual é um fator importante para compreendermos porque algumas pessoas são mais suscetíveis ao sofrimento diante das relações de produção. Como, por exemplo: as mulheres são mais atingidas do que os homens, isto porque, além da dupla jornada de trabalho, a elas são reservadas as tarefas minuciosas que exigem habilidades manuais, movimentos delicados e repetitivos.

A importância desses problemas confirma a necessidade de analisar globalmente a carga de trabalho e os danos à saúde, junto aos especialistas das áreas de psicologia, sociologia, medicina do trabalho, psiquiatria, epidemiologia e ergonomia, estabelecendo o homem como centro de atuação neste processo.

Estes fatores permitem conhecer não somente as conseqüências do trabalho objetivo, ou seja, prescrito para o desenvolvimento da atividade a ser realizada, mas também favorece a análise subjetiva como é elaborado, construído, realizado e regulado pelo trabalhador, à medida em que os instrumentos metodológicos aplicados determinam suas evidências.

⁴ – Segundo, Coelho da Costa *et al* (1983, p.38), o significado exato do termo produtividade tem como ponto de partida o uso que se faz dessa palavra em textos de diferentes autores e tendências que se presta a uma variedade de interpretações diferentes e antagônicas. Para um Engenheiro de produção de tradição Taylorista, produtividade é simplesmente a quantidade produzida por unidade de tempo. Para um economista neoclássico, é a relação entre a quantidade de produção e a quantidade de um dos fatores de produção utilizados. Para um administrador de empresas, produtividade é a relação entre o lucro e o investimento total. Para um ecologista, o controle da poluição é produtivo e a fabricação de armas improdutiva; para o proprietário da indústria de armas, pode ser exatamente o contrário.

Portanto, sendo o trabalho uma forma de atividade desenvolvida pelo ser humano, ele é parte de si mesmo; o que, na opinião de Bravermann (1977, p.49), o trabalho “é uma atividade que altera o estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade (...)”, ou seja, a atividade de atuar sobre a natureza a fim de transformá-la para melhor satisfazer suas necessidades.

Mas o caráter consciente do trabalho humano não pode ser comparado ao caráter do trabalho instintivo de outros animais, assim como acreditava Fourier *apud* Bravermann (1977, p.50), quando "pensava ter identificado nisto a causa da felicidade entre animais e a 'angústia do trabalho repugnante' entre os homens”.

É no processo de desenvolvimento do capitalismo que se percebe a origem da concepção moderna de trabalho. O trabalho não mais é percebido como valor de uso, mas também como valor de troca. O duplo valor do trabalho evidencia a necessidade de sua distinção, tanto no plano concreto quanto abstrato. O ergônomo deverá centrar sua análise de modo a fazer a distinção entre esses dois aspectos.

O ergonomista, segundo Dejours (1986), deverá delinear seu domínio nos resultados apresentados nas análises das atividades concretas do homem, bem como, no caráter abstrato do trabalho, tendo em vista que a complexidade de determinadas tarefas não seja validada cientificamente, apenas sobre os conhecimentos fisiológico e psicológico, mas também sobre os aspectos psicopatológicos do homem em atividade.

É nessa dinâmica que a capacidade humana de executar trabalho, conforme Marx *apud* Bravermann (1977, p.54), [...] não deve ser confundida com o poder de qualquer agente não - humano, seja ele natural ou feito por homens. O trabalho humano, seja diretamente exercido ou armazenado em produtos como ferramentas, maquinaria ou animais domésticos, representa o recurso exclusivo da humanidade para enfrentar a natureza”.

Da mesma forma, de acordo com Lontiev (1976) *apud* Santos e Fialho (1995, p.32), “o trabalho humano (...) é uma atividade originalmente social, fundada sobre a cooperação de indivíduos, o qual supõe uma divisão técnica [...] das suas funções”. Quer dizer, o trabalho individual não pode ser separado do coletivo.

Entretanto, à medida que o processo capitalista se desenvolve, a divisão do trabalho entre indivíduos fica mais clara no aspecto coletivo. Esta tendência é gradativa à medida que a evolução tecnológica do trabalho estabelece um diferencial entre o mecanismo e a manufatura.

Estas inovações determinam a criação de novas estruturas econômicas e sociais, cuja prescrição do trabalho começa a ter lugar na produção industrial.

Portanto, num momento anterior, o trabalho se regulamentava pela necessidade normativa de instrumentalização, dado o seu caráter de interpretação pessoal, entretanto, hoje é regulamentado pelo seu caráter técnico, cuja essência está centrada na normatização do produto de sua qualidade.

A partir daí, o trabalho prescrito define os modos de produção. A divisão de tarefas e os movimentos repetitivos da atividade no trabalho são intensificados. Com o surgimento do trabalho assalariado, impõe-se uma nova ordem na organização do trabalho. Essa nova ordem determina a atitude em relação à técnica e o saber. Taylor (1960) apresenta um estudo unificando a ciência das operações industriais e a ciência das relações entre o operário e as técnicas de produção, cujos princípios básicos estavam centrados na eficiência, no desenvolvimento das tarefas, na supervisão, no planejamento e no controle.

As elaborações teóricas, efetuadas por Taylor, tiveram como consequência a origem de resistências por parte dos trabalhadores, tais como, greves, paralizações de produção, operação padrão, absenteísmo, sabotagem da produção como forma de negação e resistência por parte dos trabalhadores em todo o mundo, diante da nova forma de organização do trabalho.

Para Tragtenberg (1974, p.89), "as teorias microindustriais de Taylor, Fayol, Elton Mayo e as contribuições de Weber reforçaram a concepção Taylorista no trabalho." Todavia, estas teorias não davam conta da concepção organizacional como um sistema aberto, prescrito e normativo, sendo que o enfoque da Escola das Relações Humanas, Estruturalista e Sistêmica é que irão refletir os dilemas contemporâneos do trabalho.

A teoria dos sistemas se contrapõe ao modelo Taylorista da organização do trabalho e ao mesmo tempo propicia pensar o funcionamento das organizações, tal que denota a presença marcante da ergonomia. Desse modo, a organização passou a ser estudada como um sistema aberto, interagindo com o meio ambiente.

Assim, como seria de se esperar, a revolução técnica científica, segundo Ohlweiler (1984, p.32), em sua "primeira fase na produção mecanizada, cobriu todos os ramos da produção, ou seja, um novo padrão tecnológico, baseado na conjugação aço-eletricidade-refinação de petróleo-motor de combustão automóvel." Bem como o "transcurso da segunda

fase desta mesma revolução, a partir do pós-guerra, com os avanços no campo da aeronáutica e tecnologia espacial, eletrônica, informática, tecnologia nuclear e indústria química, é marco fundamental da incorporação das fontes energéticas naturais à atividade produtiva, que deram ao homem importância para o domínio da natureza."

Essas reflexões nos ajudam a entender que as relações dos trabalhadores com a tecnologia são de natureza profunda e que vão além da produção de bens, pois existe apropriação da esfera tecnológica pelos detentores dos meios de produção que levam à construção social do trabalho de forma fragmentada e individualizada.

2.2 - Ergonomia, trabalho e inovações tecnológicas

De acordo com os pressupostos teóricos de Montmollin (1992) e Moray (1995), o desafio da ergonomia é dar conta dos dispositivos ergonômicos destinados à modelagem de "comportamento desejável", bem como a "conservação sustentável como elemento de integração e compreensão do meio ambiente - natural ou construído pelo homem". (Assis *et al.*, 1998, p.32)

Os autores objetivam incorporar no modelo ergonômico as mudanças dos padrões de comportamento do homem, a partir da abordagem antropotecnológica, cujas considerações evidenciam a inclusão de "fatores sociais, culturais e econômicos". (*Ibid.*, p.32)

As abordagens ergonômicas têm apresentado avanços quanto à interface homem-máquina, procurando aproximar especialistas na busca de soluções dos "problemas sociais e ecológicos que advirão no século 21". (*Ibid.*, p.32)

O estudo não tem a preocupação de expressar as atuais direções e tendências da ergonomia, porém, utilizar-se-á dos estudos antropotecnológicos, a fim de sustentar a análise do trabalho diante das inovações tecnológicas, que, segundo Proença (1996, p.49), "a adaptação da tecnologia ao país importador [deve ser feita] considerando a influência de fatores geográficos, demográficos, econômicos, sociológicos e antropológicos".

Desta forma, para compreender estas diferenciações, definiu-se, conforme alguns autores, as várias concepções de ergonomia, com o objetivo de contribuir com os resultados do estudo ergonômico em uma situação real de trabalho.

Verifica-se que, etimologicamente, a ergonomia pode ser entendida como o estudo do trabalho; onde, de acordo com Ferreira (1975, p.1.393), a palavra trabalho é definida como

"(...) atividade coordenada, de caráter físico e ou intelectual, necessário à realização de qualquer tarefa", cujo sentido provem do *Latim* trabalho - "*tripalium*": instrumento de tortura, e trabalhar - "*tripaliari*":torturar. Os gregos utilizavam um sentido diferente de trabalho, *panos* - esforço e penalidade, e *ergon* - criação, obra de arte.

Na opinião de Laville (1977, p.1), "a ergonomia é considerada como o conjunto de conhecimento a respeito do desempenho do homem em atividade, a fim de aplicá-lo à concepção de tarefas, dos instrumentos, das máquinas e dos sistemas de produção".

Para Dull e Weerdmeester (1995), a ergonomia é aplicada no projeto de máquinas, equipamentos, sistemas e tarefas, de modo que o seu resultado seja contribuir para melhores condições de trabalho, de saúde, de adaptação e de conforto.

A ergonomia, para Silva Filho (1995), significa que onde quer que exista setor produtivo, no qual o homem esteja inserido, encontra aplicabilidade dos seus métodos de modo que permita sua intervenção a fim de modificar a situação de trabalho.

Wisner (1987, p.12, 26) afirma que "a ergonomia baseia-se em conhecimentos no campo das ciências do homem (antropometria, fisiologia, psicologia, economia) com seus resultados traduzidos no dispositivo técnico (arte da engenharia)".

Montmollin (1990) sustenta que a disciplina de ergonomia pode ser utilizada como instrumental do conhecimento sobre o trabalho humano, tanto na concepção de uma máquina, como também na análise da atividade dos operadores, cujo objetivo é modificar determinadas concepções da organização do trabalho. O autor declara ainda que, sendo o trabalhador sujeito nas relações de trabalho, este, deverá ser considerado integralmente.

Segundo Fialho e Santos (1997), observa-se que a prática da ergonomia consiste em emitir juízo de valores sobre o desempenho de determinado sistema homem-tarefa, que, por sua vez, são complexos e envolvem inúmeras expectativas.

Assim, é possível que a "fusão" entre ergonomia e antropotecnologia, apesar de suas especificidades de atuação e análise, permeie a relação homem - trabalho e não sobre coisas separadas, pois os seus objetivos giram em torno da modificação das situações de trabalho.

Neste sentido, na visão de Santos *et all* (1998, p.34), é "próprio da ergonomia, assim como da antropotecnologia":

"(...) Orientar-se para o trabalho daqueles que produzem, considerando que a primeira se limita ao posto de trabalho ou à situação de trabalho, e a segunda, objetiva a ampliação desta para permitir o entendimento do sistema de trabalho e do ambiente em que o mesmo se encontra (...)".

As perspectivas teóricas metodológicas sobre as inovações tecnológicas são fatores importantes para a análise das situações de trabalho, de modo que o cenário brasileiro, considerando suas particularidades de país em desenvolvimento, é um dos exemplo de análise para a abordagem antropotecnológica.

Para Curado (1983, p.11), os países pertencentes ao "Terceiro Mundo (sic) representam pelo menos 2/3 da humanidade. Assim, existem diferenças entre eles: China Popular, Argentina, Brasil, México, Bolívia, países do continente africano, o Oriente Médio, ou seja, existem mais diferenças do que semelhanças."

Curado (1993) considera relevante a mão-de-obra barata e desqualificada como suporte do desenvolvimento da indústria "moderna brasileira" e de uma grande parte do terceiro mundo, mas irrelevante no processo de automação e principalmente para a revolução da micro-eletrônica.

O mercado de trabalho, totalmente alterado diante de novas exigências quanto ao "perfil generalista dos trabalhadores", já não tem como aproveitar e utilizar a grande massa de trabalhadores sem saúde, sem educação e cada vez mais sem poder aquisitivo, ou seja, trabalhadores que, após serem o trunfo dessas empresas, passam a ser o estorvo e a negação na produção, sem ter para onde ir. (*Ibidem*)

O processo de trabalho nos países pobres depara-se com duas alternativas: de um lado a continuação dos "métodos tradicionais de exploração da força do trabalho [...], sem concorrência e sem conseguir competir internacionalmente, e de outro, a modernização tecnológica da produção interna, eliminando a mão-de-obra daí resultante, agravando mais ainda o desemprego". (*Ibid.*, p.12)

Observa-se também a evolução crescente do conteúdo da tarefa e o modo de executá-la. Nesse contexto, a ergonomia precisa rever e avaliar tais mudanças de forma que possa equacionar problemas provenientes da organização do trabalho.

As sociedades modernas dos países em desenvolvimento vêm enfrentando tais dilemas e nelas observa-se, conforme Krutz *apud* Curado (1993, p.12), uma "desindustrialização

endividada em vários países da América Latina com populações compostas por 'não pessoas sociais' (sujeitos, mercadorias, desprovidos de dinheiro)".

A lógica econômica é expelir os países subdesenvolvidos da circulação global, após a desativação dos seus recursos locais, aumentando cada vez mais a dependência. Entretanto, a revolução da micro eletrônica, observando-a pelo efeito positivo, poderá contribuir e resolver tecnologicamente algumas agruras dos países pobres: "(...) a escassez da água, a desertificação, a fome (engenharia genética ligada à agricultura), a bio tecnologia (cura de doenças) (...)". Contudo, esta não é uma questão eminentemente tecnológica, mas principalmente política, tendo em vista a resistência das oligarquias econômicas desses países. (*Ibid.*, p.12)

O *arsenal econômico* despendido pelos países industrializados aos países subdesenvolvidos é imprescindível para que se possa "usufruir da revolução micro eletrônica, e essencial no preparo das pessoas dos países pobres para absorver novas tecnologias." (*Ibid.*, p.12)

Em Wild (1991), as mudanças tecnológicas desestruturam o trabalho ao nível micro, já que alteram a natureza dos elementos constitutivos das tarefas. Ainda em Curado (1993, p.12), "a transferência de tecnologia, micro computadores, aparelhos digitais, máquinas robotizadas", [por si só], não resolvem nada, tendo em vista que são poucas as pessoas que conseguem dominá-las e utilizá-las.

Basta saber o impasse e o dilema que "as donas de casa enfrentam, diante dos baixos salários de suas empregadas domésticas e que precisam de mão-de-obra devidamente qualificada, que saibam manusear um forno de micro ondas." (*Ibidem*)

O processo de entrada das "tecnologias de informação" em países atrasados traz, como conseqüência, a crença por parte das pessoas de que um "computador é inteligente", muito embora, sabe-se que ele só responde a estímulos. Portanto, é necessário "questionar hábitos sociais" para que um computador possa ter efeito positivo." (Portnoff,1989, p.5)

As novas tecnologias, segundo Proença (1996), "implicam na recomposição de postos de trabalho bastante repetitivos", o que, para Curado (1993, p.45), não podem ser colocadas em prática devido a velhas receitas de administração do homem.

Num país cuja tradição política social é retrógrada, maior é a necessidade de ampliar o nível de conhecimento por vias da democracia. Pois implantá-la em países politicamente

atrasados, enfatiza Curado (1993, p.12), "(...)significa estar diante de catástrofes, tais como a Usina Nuclear de Angra dos Reis, o acidente radioativo com Césio, em Goiânia (...)".

Portanto, são necessários ajustes sociais internos, porque, conforme Portnoff (1989, p.6), “ vivemos numa sociedade de engarrafamentos, nela, não importa produzir mais conhecimentos, mas recuperar a capacidade de organizar o já existente”. É preciso ficar claro, segundo o autor, que cabe aos cidadãos também decidirem os caminhos da informática, para que assumam um caráter democrático, fato que no Brasil ainda está longe de acontecer.

Quanto à introdução de novas tecnologias no Brasil, é preciso compreender algumas características básicas. Sua incorporação pelas empresas é "seletiva e fragmentada", dado a concentração de grandes empresas em um só ramo - "introdução tecnológica desacompanhada das modificações na organização do trabalho." A modernização tecnológica ocorre sem ser precedida de modificações necessárias nos padrões organizacionais das empresas. Elas ocorrem sem "alteração na política de Recursos Humanos, sem mudanças comportamentais/culturais dentro da organização". (Curado, 1993, p.13)

Ressalta-se ainda que, diante da instabilidade econômica e da recessão, a estratégia de modernização das empresas brasileiras tem sido defensiva, visando à sobrevivência frente à crise e a competição externa. Nessa perspectiva, a abordagem antropotecnológica que se desenvolve a partir dos diversos estudos de transferência de tecnologia, dá conta das diferenças pertinentes não só ao sistema de trabalho como também do seu ambiente ao serem introduzidas novas tecnologias.

Wisner (1994) identifica a necessidade de se considerar as diferenças culturais como fatores determinantes, tanto do sucesso, como do fracasso nas transferências tecnológicas.

Num cenário repleto de inovações, o modelo industrial brasileiro apresenta um exemplo de transferência de tecnologias, distanciando-se da adequação e adaptação dos fatores sócio culturais do país.

Conforme Leite (1994), esta tendência é iniciada no governo Collor, pois são derrubadas as barreiras protecionistas e o mercado interno se abre aos produtos importados. Nesta conjuntura, percebe-se o intenso processo de modernização tecnológica, introdução de equipamentos com base micro eletrônica e organizacional.

A partir dessas inovações, observa-se, num segundo momento, a importância em estabelecer novas formas de organização do trabalho, de modo a adequar e assegurar a eficácia dos novos equipamentos.

Paralelamente à ocorrência do auto confronto, a transformação tecnológica se evidencia na difusão das técnicas e métodos japoneses transferidos para o Brasil, desconsiderando os fatores sócio - culturais, além da “transposição de um modelo para outros contextos nacionais tendo com referência a noção de técnicas, como algo neutro e descolável da realidade objetiva”. (Machado, 1994, p.14).

Em Leite (1994), verifica-se que muitos estudos realizados sobre a questão nas indústrias brasileiras colocam a diferença entre a forma como elas são empregadas no Japão e o modo como estavam sendo difundidas no Brasil. A autora aponta que a modernização conservadora promovida pelos empresários é direcionada para a concentração do planejamento e para a concepção tecnocrática, cuja forma de gestão da mão-de-obra apresenta-se autoritariamente, excluindo-se o envolvimento dos trabalhadores pela via da não participação e as diferenciações salariais.

Desta forma, é possível perceber a supervalorização dos métodos e técnicas Japonesas, introduzidos sem adaptação, como se fossem peças prontas para o encaixe em nossa realidade. Nossas particularidades regionais, culturais, sociais, econômicas, étnicas, geográficas e, principalmente educacionais, diante do processo de deterioração da qualidade do ensino, apresentam-se diferentes da realidade Japonesa.

Observa-se que o que está em jogo não é apenas a necessidade de implementação tecnológica, como mecanismo estratégico defensivo da modernização do Brasil, na qual as novas tecnologias seriam apenas um instrumento realizado através de pacotes fechados de se modernizar, sem propiciar o mínimo de participação da sociedade. Acima de tudo, a implementação e a utilização tecnológica estão correlacionadas com as várias possibilidades de inadaptação frente às diversidades apresentadas no país.

As dificuldades dos países pobres ou em desenvolvimento, diante de todos os atrasos “*imaginários*” já existentes, somam-se a um contingente de mão-de-obra (desempregados), aliado ao acúmulo da dívida externa e o desinteresse do capital interno (entre poucos) em gerar desenvolvimento através dos meios produtivos existentes.

Os países pobres apresentam modelos do colapso de uma “modernização conservadora” basicamente fracassada, em função do aumento das tensões políticas, econômicas e sociais, tendo como resultado o crescimento da marginalidade social.

Basta observar os reflexos da revolução tecnológica nos países desenvolvidos, relativos ao desemprego. Ocorre que o deslocamento do “desemprego em massa para o desemprego desocupacional”, ou seja, [do quantitativo ao qualitativo], tem desencadeado “movimentos urbanos de racismo, preconceitos, segregação, *gangs* e máfias no controle de drogas, tais como: os neonazistas etc., que irão certamente refletir nos países pobres, mas que os países desenvolvidos se recusam a aceitar que esteja ocorrendo”. (Curado, 1983, p.15)

Portanto, para Curado (1993), a pressão de um pacote de modernização tecnológica, imposto sobre as sociedades pobres, conciliando ainda a incapacidade de consumi-lo, tanto pelo desnível educacional como pelo baixo poder aquisitivo, pode ter como resultado uma sociedade que provavelmente não gostaríamos de ver. Como foi verificado, a revolução tecnológica preconizada em nossa sociedade é bastante polêmica, envolvendo tecnologia científica e mão-de-obra.

As reflexões efetuadas, de acordo com os estudos de Curado (1993, p.13), nos ajudam a “entender que a relação mão-de-obra e tecnologia é de natureza profunda, vai da organização do trabalho à apropriação da tecnologia” pelos detentores do poder econômico, que levam à construção social do trabalho dos operários a tarefas repetitivas, parcelizadas e sob controle hierárquico e restrito; numa perspectiva de reprofissionalização do trabalho, diante do perfil generalista da força de trabalho parcial e temporária.

As novas tecnologias, com quase nenhuma modificação na organização do trabalho na sociedade moderna, e sustentadas pela Organização Científica do Trabalho, evidenciam, para Curado (1993, p.14), que “(...) o Taylorismo, ao confiscar o poder de iniciativa, de elaboração e de concepção dos trabalhadores no processo de trabalho, criou uma separação entre o corpo e a mente.”

Para Dejours (1992), nesta situação os trabalhadores chegam a lutar contra a sua própria atividade de pensar espontaneamente, porque esta última tende a desorganizar sua atividade e a ocasionar erros. E como não existe um meio simples de bloquear o pensamento, o corpo humano tem de recorrer a “estratégias defensivas”.

Pois bem, conforme Curado (1993), deve-se manter/acelerar o ritmo de seu trabalho, de forma a ocupar todo o campo de consciência com as pressões de sua atividade. Mas como as estratégias defensivas são difíceis de ser organizadas e os ritmos de trabalho, se interrompidos, não se estabelecem facilmente, esses trabalhadores são freqüentemente levados a recorrer a substitutos deste ritmo de trabalho fora da empresa.

O trabalhador impõe a si próprio um ritmo freqüente de trabalho em todas as atividades, por não conseguir dissociar trabalho e lazer. Sua construção mental está condicionada a ocupar o que Curado (1993) chama de ocupar os "espaços vazios". Sendo que o ponto final deste processo pode estar associado à eclosão de doenças somáticas crônicas, além de doenças pré existentes e de doenças mentais.

Portanto, para Curado (1993, p.15), a ausência do trabalho implica em um "vazio existencial" que poderá levar ao tédio, à infelicidade e ao desinteresse das coisas inerentes *ao público e ao privado ocupado pelo homem*.⁵

2.3 - A (in)felicidade no trabalho na sociedade moderna

Para Touraine (1994), a felicidade é o principal alvo da modernidade. É ela que possibilita que o indivíduo seja reconhecido como sujeito capaz de desenvolver ações sociais que acrescentem liberdade e criatividade à sua consciência. A busca da felicidade pessoal não é contraditória com o desejo da felicidade para os outros.

De acordo com Morin (1981, p. 125), a "(...) felicidade é um mito, isto é, projeção imaginária de arquétipos de felicidade, mas é ao mesmo tempo idéia - força, busca vivida por milhões de adeptos (...)".

A felicidade repousa também sob a ótica das vivências cotidianas dos indivíduos, pode produzir um estado de satisfação condicionada ao prazer de ter, possuir, dividir, socializar (grifo é nosso) até que o "desejo"⁶ esteja relacionado ao passado, ao individual, ao coletivo e ao subjetivo. Poderá ser um estado de ser...

Ferreira (1986, p.767) salienta que "felicidade é qualidade ou estado de feliz (...)" e seu "antônimo" é "Infeliz (...)".

⁵ - Para aprofundar esta questão, ver: ARENDT, Hannah. A condição humana. RJ: Forense Universitária, 1989. _____. A vida do espírito: o pensar, o ouvir, o julgar. RJ: Relume Dumara, 1993.

⁶ - "O desejo é uma intenção de reencontrar os signos das primeiras experiências de satisfação (...)". "O desejo articula-se com as noções de realização de desejo e da satisfação alucinatória do desejo. (Dejours, 1994, p.36)

Esta afirmação nos remete a uma análise contundente acerca da felicidade humana, considerando que um dos fatores necessários à sua existência, na sociedade produtiva, é a relação sujeito/trabalho.

A relação que estabelece o diferencial entre satisfação e sofrimento é aquela que se tem na imagem do trabalho, distorção do que ele poderia ser de bom. O trabalho é uma atividade que altera o estado natural das matérias para melhorar sua utilidade, ou seja, atua sobre a natureza de modo a transformá-la para melhor satisfazer as necessidades dos homens.

Escreveu Marx (1984) no primeiro volume de *O Capital*: pressupomos o trabalho de um modo que o assinala exclusivamente humano. Assim, segundo Bravermann (1977, p.50), “o trabalho em sua forma humana foi chamado ação inteligente por “Aristóteles”⁷. Nesse sentido, “é no trabalho, mais especificamente no modo como é organizado, que buscaremos apontar algumas causas de tanta “infelicidade”⁸.

Evidentemente que a questão da infelicidade no trabalho é a encarnação do período do desenvolvimento do capitalismo industrial, passando pela sociedade moderna até os dias de hoje, denominada de pós-moderna, cuja globalização da economia contribuiu para o crescimento da produção e o aumento do estado de precarização dos trabalhadores.

Para Giddens (1994, p.11), estamos no limiar de uma nova era. Este novo momento refere-se positivamente à emergência de um novo tipo de sistema social, como, por exemplo, a “sociedade de informação ou de consumo”. Estas mudanças [...] sugerem deslocamento de um sistema baseado na manufatura de bens materiais para outro centrado na informação.”

Apesar de várias abordagens acerca da interpretação do que seja sociedade moderna e pós-moderna, Giddens (1994, p.13) afirma que as “(...) instituições sociais modernas são, sob alguns aspectos, únicas - diferentes em forma de todos os tipos de ordem tradicional (...)”. Na sociedade moderna, a intensidade das exigências do trabalho e a ameaça à vida denunciam a perpetuação do flagelo ao sofrimento.

Isto pode ser percebido em um texto publicado por Dejours, em 1987, onde esclarece o seu conceito de sofrimento:

⁷ – Aristóteles “(...) deu a mais antiga forma a este princípio distintivo do trabalho humano:” A arte consiste de fato na concepção do resultado a ser produzido antes de sua concretização (...)”. (Aristóteles, *De Partibus Animalium*, I, 1.640^a)

⁸ – Observamos que não se trata de dar uma conotação psicanalítica em relação à questão da infelicidade, mas sim psicopatológica em decorrência da organização do trabalho.

" O sofrimento designa então, em uma primeira abordagem, o campo que separa a doença da saúde. Em uma segunda, o sofrimento designa um campo pouco restritivo. Ele é concebido como uma noção específica válida em Psicopatologia do Trabalho, mas certamente não transferível a outras disciplinas, notadamente à psicanálise. Entre o homem e a organização do trabalho, existe, às vezes, um espaço de liberdade que autoriza uma negociação, invenções e ações de modulação do modo operatório, isto é, uma invenção do operador sobre a própria organização do trabalho para adaptá-la às suas necessidades, e mesmo para torná-la mais congruente com seu desejo. Logo que esta negociação é conduzida a seu último limite, e que a relação homem-organização do trabalho fica bloqueada, começa o domínio do sofrimento - e da luta contra o sofrimento (Dejours,1994, p.15)."

Em vista disso, é constante a exploração do trabalho a partir do pagamento da mão-de-obra com baixos salários, duração prolongada de jornada de trabalho, o uso freqüente de mão-de-obra infantil, arbitrariedade dos direitos constituídos, insalubridade no ambiente físico e o aumento da morbidade.

A combinação desses fatores denuncia o atraso e a contradição do estado moderno que é preconizado pelo desenvolvimento exacerbado das tecnologias e, ao mesmo tempo, exclui o homem como elemento produtor deste processo.

A ufologia de uma sociedade dita como moderna, frente à exploração do trabalho, expõe no mundo da globalidade suas contradições, pois ao introduzir nos meios produtivos modernas tecnologias para amenizar o sofrimento dos trabalhadores, ao mesmo tempo, utiliza-se do modelo "Taylorismo" na organização do trabalho moderno como mecanismo para racionalização produtiva.

O que Taylor fez foi inventar um modelo que viesse a adequar o trabalho na indústria, embora o que se precisava era muito mais do que a força do trabalho de carregar, arrumar, empilhar, apertar, parafusar, enroscar etc. As novas tecnologias, muito mais do que o desempenho do trabalho físico, necessitam de decisões, de elaborações mentais e cognitivas quando envolvidas no trabalho

O capital, por necessidade e expansão (historicamente comprovadas), transmuda sua forma de inserção no mercado de trabalho, de modo a garantir a manutenção da expropriação de homens, mulheres e crianças, através da transferência dos meios produtivos da empresa para a realização do trabalho em casa, diminuição do quadro de pessoal, racionalização dos espaços produtivos, polivalência das atividades rotineiras, diminuição do controle de

conhecimento das tarefas, supressão dos horários integrais de trabalho, admissão de jovens em regime de trabalho temporário, e tantas outras formas de transmutação produtiva.

Sendo assim, segundo Bravermann (1977, p. 15) o trabalho moderno:

“Como consequência da revolução científico-tecnológica e da “automação”, exige níveis cada vez mais elevados de instrução, adestramento, emprego maior da inteligência e do esforço mental em geral. Ao mesmo tempo, uma crescente insatisfação com as condições do trabalho industrial e de escritório parece contradizer essa opinião”.

Para o mesmo autor, o "trabalho tornou-se cada vez mais subdividido em operações mínimas incapazes de suscitar o interesse ou o desempenho das capacidades de pessoas que possuam níveis normais de instrução; já que essas operações mínimas exigem cada vez menos instrução e adestramento, ao mesmo tempo que a moderna tendência do trabalho, por sua dispensa de “cérebro” e pela “burocratização”, está “alienando” setores cada vez mais amplos da população trabalhadora”. (*Ibid.*, p.15-16)

Esta tendência de interpretar o trabalho moderno a partir da divisão do trabalho, pressupondo sua redefinição diante da nova ordem do capital, não deixou de proporcionar a “sujeição do corpo”. Ocorre que seu conteúdo e sua organização impõem comportamentos, ainda que invisíveis, alienantes. Assim, o corpo deixou de ser objeto esquecido frente à ação da melhoria das condições de vida.

Para Dejours (1987), o corpo aparece como vítima do sistema, sobretudo dócil, disciplinado e entregue à injunção da organização do trabalho. A alusão idealizadora que se fazia a partir do desenvolvimento da sociedade moderna, possibilitando oportunidades aos seres humanos em gozarem de uma existência segura e digna, estabelecia o ponto positivo no prenúncio da superação do desenvolvimento. Entretanto, o lado nebuloso, no reverso dessa medalha, foi enfatizado por Marx e Durkheim como "era turbulenta".

Marx via a luta de classes como fonte de dissidência na ordem capitalista, apesar de vislumbrar um sistema social mais humano. Para Durkheim, *apud* Giddens (1994, p.17), "(...) a expansão ulterior da industrialização estabelecia uma vida social harmoniosa e gratificante, integrada com a divisão do trabalho e do individualismo moral."

Paradoxalmente, conforme Weber *apud* Giddens (1994, p.17), numa visão pessimista acerca do mundo moderno, enfatizava que o progresso material era obtido apenas às custas de uma "expansão da burocracia que esmagava a criatividade e a autonomia individual" do

trabalho industrial moderno. Apesar das preocupações de tais pensadores, era unânime a idéia de que viam que o trabalho industrial moderno tinha conseqüências degradantes, as quais submetiam os seres humanos à disciplina de um trabalho maçante e repetitivo.

Acreditava-se até então, segundo Giddens (1994, p. 18), que o surgimento da modernidade iria se constituir em uma nova ordem social. Todavia, "(...) pensadores sociais, escrevendo no fim do século XIX e início do século XX, não poderiam ter previsto a invenção do armamento nuclear (...)", colocando em risco a permanência dos seres vivos. Esta faceta da integridade moderna mostra uma das vertentes do perigo proporcionado pelas tecnologias em nome do processo de desenvolvimento produtivo mundial.

Nenhum pensador clássico da sociologia previa um futuro desordenado, apático, conflitante, comparado àquela época de suas análises, estavam certos que o desenvolvimento seria um período cuja nova ordem social proporcionaria mais felicidade e segurança ao homem moderno.

É bom lembrar que, apesar de se estar no final do século XX, a organização moderna do trabalho se desenvolveu às custas da força de trabalho, valendo-se da submissão e exploração do homem, acima de suas forças. Basta observar, de acordo com Curado (1993), que, na atualidade, sua atuação tem se dado diante do sofrimento dos trabalhadores Asiáticos, Latinos, Africanos.

No centro dessa discussão não há nada surpreendente, quando ao longo de décadas as lutas das classes trabalhadoras vêm se transformando de acordo com a realidade que o capital impõe sobre o trabalho, resultando na insatisfação coletiva que será canalizada em lutas sindicais.

O trabalho repetitivo cria a insatisfação, a angústia, a dor, o sofrimento e a infelicidade em todos os níveis profissionais. Embora tais adjetivos estabeleçam entre si conotações diferenciadas, será na impossibilidade de rearranjar o trabalho que o trabalhador apresentará as sintomatologias do sofrimento.

Para Dejours (1994), o sentimento de desprazer e tensão resulta em uma sobrecarga que acaba desencadeando perturbações psíquicas e patológicas. A energia pulsional que permanece retida frente a uma organização de trabalho centralizadora e autoritária o conduz a um aumento da carga psíquica.

Na maioria das tarefas, as decisões administrativas impõem a seqüência e a supressão ao se processar o trabalho, os horários de trabalho são controlados e há, sobretudo, conforme Dejours (1999), o exercício do poder de afastamento, em substituição a outros colegas. Esses fatos suscitam um futuro “*imprevisível*” para a maioria dos profissionais, considerando o caráter autoritário e rígido da organização do trabalho. A tônica desses instrumentos consolida a sobrevivência das empresas, numa perspectiva em que só se conseguem manter no mercado os mais eficazes e produtivos diante da concorrência.

Em nome da dinâmica do comportamento do mercado que o mundo do trabalho precisa se ajustar, denomina Dejours (1999) de “guerra econômica”, na qual estão em jogo a sobrevivência, a submissão, a disciplina e a abnegação. A luta desenfreada pela concorrência determina a negação das necessidades básicas para as pessoas.

Essa “guerra sã”, desprovida de *elementos metafísicos ou teológicos*, nada mais é, senão, remeter ao plano econômico como “saúde das empresas”, ou seja, “enxugar os quadros”, “tirar o tártaro”, “arrumar a casa”, “tirar o excesso de gordura”, “passar o aspirador”, “fazer uma faxina”, “desoxidar”, “combater a esclerose ou ancilose” etc., onde “há mais vencidos do que vencedores”. (Dejours, 1999, p.14)

Na verdade, se há um sentimento de que existem vencedores, é porque o sistema funciona. Ele é inevitável e corresponde à lógica do sistema econômico, cuja ótica das novas formas de gerenciamento, às quais as inter-relações humanas no processo produtivo estão condicionando homens e mulheres numa relação de cumplicidade com o processo.

O compartilhamento do trabalhador, apesar da repulsa, ao ser violado em seu aspecto mais íntimo de sobrevivência - material, social e espiritual, limita-o, senão àquelas situações que reforçam o consentimento e sujeição ao trabalho. Assim, diante dessa funcionalidade e necessidade de manutenção da “guerra do poder econômico”, não existe, neste contexto, opção em subverter o que está constituído no âmbito do trabalho. Pelo contrário, a relação com o trabalho distancia-se da promessa de felicidade compartilhada com seus pares.

Metaforizando o trabalho humano como mercadoria, segundo a visão do materialismo histórico, o seu valor na relação custo/benefício, como resultado negativo ao trabalhador, agrega no seu valor, o que há de pior nesse processo, o sofrimento. O sofrimento passa a ser compartilhado frente à inexistência das satisfações pessoais.

"O sofrimento aumenta porque os que trabalham vão perdendo gradualmente a esperança de que a condição que hoje lhes é dada possa amanhã melhorar" (Dejours,1998, p.17)

A forma de demonstrar que a dor, a angústia, a saúde física ou psíquica provenientes do trabalho e todo tipo de subjetividade emanada pelo sofrimento serão forçados a substituir os julgamentos morais provenientes do senso comum por razões objetivas, cuja ciência, ainda que distante desta discussão, caracteriza-se como descompensações psicopatológicas.

A bem da verdade, trata-se de desconstruir os sintomas de desânimo, de apatia e de desinteresse pela interpretação dos sintomas de stress.⁹

O *stress* ainda é diagnosticado pela medicina do trabalho em consequência do trabalho exacerbado. Acontece que essa possibilidade de acerto perde terreno no plano da compreensão do diagnóstico, em consequência do trabalho, como elemento dissipador do esgotamento pessoal.

Trata-se de compreender a vulnerabilidade de determinados trabalhadores perante a organização do trabalho, principalmente àqueles pré dispostos ao "cuidado do outro" e que dependem do contato social constante.

Portanto, problemas de saúde física ou psíquica não se constituem apenas como resultado da perda da força física desempenhada no trabalho. Pelo contrário, os sintomas são provenientes do processo de deterioração das relações de trabalho que envolvem os trabalhadores.

O problema afeta principalmente os trabalhadores "encarregados de cuidar", os quais apresentam sintomas como "a síndrome Burnot"¹⁰. "onde o trabalhador perde o sentido da sua

⁹ - Para aprofundar questões sobre *stress*, ver:

LIPP, Marilda. Pesquisa sobre *stress* no Brasil: ocupações e grupos de risco. Campinas: Papirus, 1996.

PARAGUAY, Ana Izabel Bruzzi. Estresse, conteúdo e organização do trabalho: contribuições da ergonomia para a melhoria das condições de trabalho. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. N.70. abril, maio, junho, 1990.

PARAGUAY, A. I. B. B. Ergonomia: Carga de Trabalho, fadiga mental. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.15, n.º. 59, p.39-43, 1987. , ARROBA, Tanya. Pressão no trabalho: *stress*: um guia de sobrevivência. São Paulo: McGraw - Hill, 1989.

¹⁰ - "A síndrome *Burnot* foi o nome escolhido em português, algo como "perder o fogo", "perder a energia ou queimar para fora". É definida por Maslach e Jackson (1981) como uma reação à tensão emocional crônica gerada a partir do contato direto e excessivo com outros seres humanos, particularmente quando estes estão preocupados ou com problemas. (Coto., *et al*, 1999, p.237)

Segundo os autores, "não se pode confundir "*burnot*" com "*stress*". *Burnot* envolve atitudes e condutas negativas com relação aos usuários, clientes, organização do trabalho, enquanto o "*stress*" não envolve tais atitudes e condutas, é um esgotamento pessoal com interferência na vida do sujeito e não necessariamente na sua relação com o trabalho". (*Ibid.*, p.240)

A síndrome é entendida como um conceito multidimensional que envolve três componentes:

1) Exaustão Emocional – situação em que os trabalhadores sentem que não podem dar mais de si mesmos a nível afetivo. Esgota a energia e os recursos emocionais próprios, devido ao contato diário com o problema.

relação com o trabalho, de modo que as coisas já não o importam mais e qualquer esforço lhe parece ser inútil". (Coto *et al.*, 1999, p.238).

Dejours (1999) saliente que o processo de precarização e deterioração do trabalho [é uma via de mão dupla], cujo consentimento ao sofrimento tanto pode ser infligido, como padecido pelo trabalhador.

Nessa regra de dois, o pensamento cartesiano não se sobrepõe ao que poderia ou poderá ser, isso ou aquilo, mas o que é. A regra é geral, sofrer faz parte das regras "construídas pela conduta humana ."

A "conduta humana" citada por Dejours (1999), comparada às leis físicas, é mutável, inventada e reinventada no cotidiano das pessoas. É ela que propicia a adequação e impõe as pessoas no processo produtivo à ordem e institui uma situação psicológica penosa no processo de estruturação das empresas. O trabalhador, diante do processo de enxugamento, se vê constrangido a executar o trabalho real que lhe é delegado.

O sofrimento, para Dejours (1999), deixa de ser apenas aparente e indiferente, assumindo um caráter subjetivo, cujas pressões sociais do trabalho - os obstáculos criados pelos colegas, a sonegação de informações, a má fé, a falta de ambiente técnico e social - contrariam a possibilidade de transformar o sofrimento em prazer.

Não há uma "neutralidade do trabalho diante da saúde mental". O trabalhador só consegue "persuadir" o sofrimento, porque contra ele o operário constrói e emprega mecanismos de defesa ao realizar suas tarefas. (Dejours, 1999, p.35)

Entendendo Dejours (1999) que a conduta humana (*como normas, leis, poder, submissão, ideologias*) é representação simbólica construída pelos homens, é preciso entender que este é um processo dialético, portanto dinâmico em toda estrutura da sociedade. O sofrimento, neste contexto, corresponde também ao processo dinâmico das relações sociais, deixando de ser identificado apenas como sintoma psicopatológico, mas também ético e moral. Assim, de acordo com Dejours (1999), a dor pode ser sentida tanto pelo que age, como por aquele que padece.

2) Despersonalização – desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas e de cinismo às pessoas destinatárias do trabalho (usuário/clientes) – endurecimento afetivo, “coisifica” a relação.

3) Falta de realização pessoal no trabalho – tendência de uma “evolução negativa” no trabalho, afetando a habilidade para a realização do trabalho e o atendimento, ou contato com as pessoas usuárias do trabalho, bem como com a organização. (*Ibid.*, p.238)

A injustiça é uma fonte do sofrimento, tanto para os que trabalham como para aqueles que estão excluídos do processo produtivo. "O silêncio social", provocado pela falta de ação coletiva sobre a "injustiça", tem possibilitado o triunfo do poder econômico. Este vazio fortaleceu o crescente avanço das inovações gerenciais e o acesso livre do mercado para os especuladores. (*Ibid.*, p.40)

A felicidade, que era preconizada a partir do ponto de vista "educacional, cultural e produtivo", é redimensionada àqueles que souberam adequar-se e identificar-se com o discurso empresarial de excelência e qualidade total. O trabalho e a produção deixam de ser características principais na empresa, dando lugar à nova organização, gestão e gerenciamento. No espaço da persuasão do trabalho, são construídos novos métodos de gestão, cuja tolerância ao sofrimento extrapola sua normalidade. (*Ibid.*, p.41)

De acordo com Dejours (1999), o sofrimento na sociedade contemporânea, proveniente do trabalho, não é muito diferente em relação há 20 anos. O lucro continua sendo a atividade principal das empresas, e o trabalhador não é menos penalizado do que anteriormente.

As pressões sociais, provenientes das injustiças cometidas pelo sistema econômico, determinam uma correlação de forças entre os que estão empregados e os que estão desempregados, portanto, todos continuam sofrendo. Enquanto o operário está dentro da fábrica, fragilizado e desesperançoso, lá fora, nos portões da fábrica, centenas de desempregados fazem frente para serem selecionados, pressupondo o desejo e a vontade de submeter-se à nova ordem de seleção das empresas.

A luta pela injustiça, segundo Dejours (1999), entre vencidos (empregados, desempregados, velhos, jovens, qualificados, desqualificados), não tem beneficiários, porque a felicidade prometida corresponde à lógica interna do sistema, que impõe o sofrimento tanto pelo consentimento, como também pelo constrangimento. As regras do jogo para a manutenção do emprego impõem mudanças de comportamento na concepção do trabalho à medida que a ameaça de demissão e o medo são elementos de resistência, "tais como a intensificação do trabalho, a neutralização da mobilização coletiva, o sofrimento, a dominação e alienação, o silêncio alheio ao sofrimento do outro, a omissão e individualização entre os trabalhadores". (p.51)

O grau de colaboração deverá ser intensificado e rearranjado pelo operário, seja pelo aumento da produtividade, seja pelo zelo do trabalho. Para que o sistema funcione, os atores envolvidos precisam compartilhar da "lei do silêncio", pois estão acionando todo tipo de inventividade a fim de aumentar a produtividade e obter vantagens com relação aos colegas de trabalho. (*Ibidem*)

Observa-se que a partir das análises descritas, o homem é produto e produtor da sociedade, capaz de estabelecer novas relações sociais; embora a precarização do trabalho demonstre a resistência ao sofrimento através da manutenção e a garantia do emprego.

A descrição teórica, delineada até agora, fundamentou-se sob a ótica das relações entre sofrimento e trabalho, cujo enfoque de análise se refere aos que continuam a trabalhar. (*Ibid.*, p.27)

A tendência é de se fazer crer que a nova incorporação do trabalho, sob o comando do processo mecanizado e robotizado, rompeu e aboliu as obrigações com a manutenção e a relação direta do operário com as matérias primas. (*Ibidem*)

Tais condições não diferem daquelas que tratamos anteriormente quanto à subjugação e apropriação do trabalho do homem pelo sistema de produção de exploração.

A novidade está no agravamento de risco generalizado para a sobrevivência do homem no trabalho, tais como: infrações das leis trabalhistas, manutenção e serviços em empresas nucleares, químicas, petroquímicas e hospitalares. Além dos riscos com vírus, fungos, amianto e horários alternados.

Portanto, conforme Dejours (1999, p.28), o sofrimento, além do risco profissional, é adicionado à insatisfação e por não estar à altura das imposições da organização do trabalho, quanto a horários, ritmo, formação, informação, aprendizagem, diploma, experiência, adaptação à cultura ou à ideologia da empresa e relação com clientes.

Nesse aspecto, observamos que Dejours (1999) considera de suma importância o espírito intrínseco da dinâmica do processo produtivo "por de traz" dos muros, janelas, plataformas e vitrines, tão bem pensado pelas empresas, com o objetivo de esconder o que se passa em seu interior, no silêncio do operário, em sua forma de produzir.

De acordo com o mesmo autor, o grau de sutilezas engendradas pela moderna organização do trabalho, tais como extinção de cargos, enxugamento da máquina

administrativa, diminuição do quadro de pessoal, além de construir elementos de pressão como competência e habilidade (ao profissional é delegada função "tapa buracos" com o discurso de que ele é capaz e competente) para a execução das tarefas, impõe o constrangimento e má a execução do trabalho face à falta de pessoal, que acaba sobrecarregando um único operário e criando "obstáculo à qualidade do trabalho". (*Ibid.*, p.31)

Classifica ainda, como forma necessária à proteção do trabalhador, "as estratégias defensivas" ou estratégias e defesas construídas e empregadas pelos trabalhadores coletivamente marcados pela pressão real (prescrita) do trabalho. (*Ibid.*, p.35)

Na relação trabalho e sofrimento, tratada nos estudos de Dejours (1999, p.27), o mundo do trabalho favorece a constatação de inúmeras inquietações da realidade do operário, pois mostra que os tempos ociosos desapareceram e que o "índice de empenho" é muito mais penoso do que no passado, e que ainda não existe nenhuma possibilidade de se livrar individual ou coletivamente das pressões da organização.

Para Dejours (1999, p.52), "(...) os trabalhadores submetidos à nova forma de dominação pela manipulação gerencial da ameaça da precarização vivem constantemente com medo (...)".

Esse medo é permanente e gera condutas de obediência e submissão. Quebra a reciprocidade entre os trabalhadores, desliga o sujeito do sofrimento do outro, que também padece na mesma situação.

Assim, caracterizando o risco profissional, conforme os estudos de Dejours (1999), como elemento de persuasão e resistência na manutenção e garantia do emprego do operário, citamos o profissional de enfermagem como sujeito intrínseco desse processo, cujas condições de trabalho perpassam pela mesma ótica da organização do trabalho.

Baseado nisso, o estudo em questão, a priori, exige a definição histórica do profissional de enfermagem, considerando sua dinâmica organizativa.)

O que se pressupõe é a construção de um processo que objetive o trabalho de modo a prevalecer a mudança nas relações de produção, estabelecendo uma condição de profunda transformação social, onde a felicidade seja louvada por uma sociedade que tenha como objetivo a libertação do peso do trabalho.

2.4 - O contexto histórico da formação da enfermagem

A relação saúde/doença remonta à idéia de sentimento de humanismo, caridade e benevolência para com os indivíduos. É nas sociedades primitivas que encontramos o princípio da busca da saúde frente a patologias acometidas no corpo humano. A busca da cura ia ao encontro dos métodos sacerdotais e feiticeiros, a fim de minimizar ou sanar a dor provocada por determinadas moléstias.

O culto à "cura"¹¹ estendia-se às formas mágicas, e a terapia limitava-se a combater os efeitos diabólicos, quando "Deus", por obra do descuido ou por vingança sobre os homens displicentes e desobedientes, lhe infligia suas leis. A manipulação de elementos naturais (o uso de ervas) demonstra o caráter do poder de cura exercido pelos sacerdotes-médicos, cujo ato de tratar as doenças, limitava-se ao atendimento empírico. Neste período, a figura da enfermagem se confundia com a prática médica, que era de caráter eminentemente religioso.

Em todo o período antigo, a história da enfermagem "confundia-se" com a idéia do "cuidar", cabendo às mulheres, diante das relações autoritárias e de poder das estruturas sociais e familiares, o exercício de suas habilidades psicomotoras.

A atribuição dessa tarefa não é demonstrada como atividade determinante numa escala do saber para o atendimento. Esta prática só é perceptível à medida que o tratamento ao doente acontecia.

Desse modo, inexistem dados que comprovem o real surgimento da enfermagem, já que sua história se confunde com a história da medicina.

Segundo Paixão (1979, p.20), "conhecimento sobre a enfermagem vem de envolta com os assuntos médicos, sociais e religiosos".

A prática em saúde é fruto de um processo difundido ao longo dos séculos, todavia, será a partir da Grécia Clássica que se relata dados relevantes acerca de sua evolução. No plano científico, é na Grécia que encontramos o seu domínio, além da filosofia, ciência, letras e artes é também da medicina, que superava o período metodológico e empírico.

Em Hipócrates *apud* Paixão (1979), surge a base da medicina científica. Neste período,

¹¹ "(...) A cura era um jogo entre a natureza e a doença, e o sacerdote, nesta luta, desempenhava o papel de intérprete dos deuses e aliado da natureza contra a doença. Quando o doente se recuperava, o fato era tido como milagroso. Se morria, era por ser indigno de viver, ou seja, havia total inserção de responsabilidade do sacerdote nos resultados das ações de saúde (...)" (Geovanini, 1995, p.7).

"os médicos gregos já conheciam parte da anatomia (ossos, músculos e articulações), da patologia (epidemias, lesões traumáticas, ferimentos); além da fisioterapia, introdução de sedativos, fortificantes, humostáticos e o uso de ataduras e extração de corpos estranhos. A influência de Hipócrates demonstra seu extremo conhecimento nas mais diversas áreas da medicina, o que evidencia sua contribuição para a humanidade." (p.28)

De acordo com Geovanini (1995), as "*xenodóquias*" eram antigos estabelecimentos para o tratamento de pessoas quando em viagem apresentavam sintomas de doenças. Outros estabelecimentos voltados ao atendimento dos doentes eram os "*latrion*"- ambulatórios. O tratamento aos doentes consistia em banhos, massagens, sangrias, purgantes e dietas. Além da exposição permanente ao sol, ar puro e água mineral.

"Assim, à prática de saúde associava-se à prática religiosa, numa luta de milagres e encantamentos contra os demônios causadores dos males do corpo e do espírito". (*Ibid.*, p.7)

Para Hipócrates apud Paixão (1979, p.28), "a natureza é o seu melhor médico. Seu primeiro cuidado é não contraí-lo".

No período da era cristã, as práticas de saúde, tanto sofreram progressos, como também retrocessos. Esse período é revelado como o maior retrocesso no processo de desenvolvimento na área da saúde. As fortes conotações místicas religiosas levaram à santificação dos cristãos. Os pesadelos e as catástrofes materiais eram remetidas à explicação ideológica eclesiástica por vontade de "Deus".

Tudo era remetido e restrito ao clero, a igreja detinha o monopólio moral, intelectual e financeiro, fundamentado na autoridade e hegemonia eclesiástica. O conhecimento desvinculado do saber científico era parte integrante da "fortuna depositária do clero", que em resposta e explicação, retoma o princípio da caridade e bondade sob o ponto de vista do ceticismo. O misticismo reina num espaço onde o "culto a cristo, médico da alma e do corpo, funde-se" em um só corpo. (Geovanini, 1995, p.10)

A assistência ao doente surge a partir do cunho religioso, cuja fé emanada pelo ato de caridade proporcionou a fundação de congregações e ordens em favor da assistência à saúde. Os hospitais aparecem com conotações diferenciadas quanto ao atendimento. Todos apresentavam caráter religiosos; pois consistiam em atender pobres moribundos sem instituir uma prática médica hospitalar.

Nessa época, conforme Machado (1995), a figura da enfermagem é caracterizada pela forte conotação religiosa movida por mulheres (abadessas) caridosas. As atividades de

enfermagem estavam relacionadas à subserviência e omissão imbuída de abnegação e obediência segundo era estabelecido. O trabalho, por ser eminentemente manual, caracterizava-se no cuidado do enfermeiro, que tinha como parâmetro de conhecimento suas práticas cotidianas.

Para Geovanini (1995, p.13), "as práticas de saúde, aos poucos, vão perdendo o seu caráter eclesiástico, dado a expulsão das religiosas nos hospitais, e precipitando ainda mais o período de reclusão da prática de enfermagem. O surgimento das universidades, apesar de manter uma perspectiva ortodoxa, ainda que voltada aos olhos atentos do clero, consegue construir a passagem do conhecimento contemporâneo".

A autora cita ainda que a universidade "consegue transpor o nível de conhecimento laboral - empírico ao conhecimento científico, constituindo a medicina à sua formação técnica. Apesar de sua retomada no aspecto legal, quanto ao exercício e atuação na assistência à saúde, a medicina estabelece diferenciações no atendimento ao enfermo. A consolidação do seu *status* social diversificava-se dos níveis de atendimento voltados aos ricos, nobres, burgueses e pobres". (*Ibid.*, p.13)

A medicina, ainda que refugiada nas universidades (após a santa inquisição), consegue incorporar seu aspecto científico, fato este que não ocorreu com a enfermagem. A enfermagem, detenta nos hospitais religiosos, permanece empírica por muito tempo. Aliás, razão esta que contribuiu para o seu "esquecimento na atualidade".

A enfermagem só consegue romper em parte com os estigmas proporcionados pelos dogmas religiosos a partir da Reforma Protestante. O enfraquecimento do dogmatismo constituiu-se na divisão da cristandade, contribuindo para libertar o homem de parte do poder eclesiástico.

Este movimento trouxe como resultado o fechamento de vários hospitais religiosos, sendo as religiosas expulsas e substituídas por mulheres "moral e socialmente" despreparadas.

Nesse contexto, o hospital é caracterizado, na opinião de Geovanini (1995):

"(..). Insalubre depósito de doentes..." nesse ambiente de miséria e degradação humana, as pseudo-enfermeiras desenvolvem tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterruptas. Sob exploração deliberada, o serviço de (sic) Enfermagem é confundido com serviço doméstico e, pela queda dos padrões morais que a

sustentavam, tornou-se indigno e sem atrativos para as mulheres de casta social elevada." (p.14)

Para Machado (1995), a inferioridade do papel social da mulher na sociedade determinava o desprestígio de sua atuação na enfermagem. O processo de reestruturação política, econômica e social, a partir do século XVIII, contribuiu fervorosamente para a passagem do processo de trabalho manual para a maquinofatura. Esta mudança atingiu todos os setores organizados da sociedade, incluindo a enfermagem.

Estas evoluções são marcos referenciais para o despertar da era moderna. Foram elas que persistiram nos avanços, fossem eles econômicos, políticos ou sociais. A era do expansionismo mundial, em todos os setores, determinou a elevação do conhecimento científico e tecnológico, contribuindo definitivamente para a nova ordem capitalista.

A medicina é favorecida com a reorganização dos hospitais, agora, considerados como empresas prestadoras de serviço de saúde. "A disciplinarização reflete enfaticamente na enfermagem, o que em Foucault representa o adestramento integral do prestador de serviços". (Geovanini, 1995, p.17)

Mas o espaço social construído aos doentes, os hospitais, ainda que servissem exclusivamente no tratamento das moléstias, não apresentavam em seu interior mudanças quanto às questões de salubridades, pelo contrário, reincidia a predominância de doenças infecto-contagiosas e a inexistência de pessoal habilitado para o atendimento dos doentes.

A disciplina do novo hospital era o pano de fundo que estabelecia a relação de poder do médico ao delegar funções para o pessoal da enfermagem e do enfermeiro. O enfermeiro, apesar de estar presente no processo, estava sendo subutilizado em suas funções, tendo em vista a falsa idéia de que era parte integrante da esfera institucional dominante. Esta condição permaneceu por séculos, dado o caráter de manutenção e administração contido no interior dos hospitais.

Esta contextualização enfoca a enfermagem numa "*camisa de força*" (grifo é nosso), estabelecida pelo seu processo de reconhecimento ao prestar assistência ao doente; o processo evolutivo de constituição dos hospitais a partir das transformações políticas, econômicas e sociais da sociedade. Aos poucos, experimentavam novas formas de assistência aos enfermos, baseadas na filosofia militar. Se anteriormente o atendimento aos doentes obedecia institucionalmente o princípio religioso, posteriormente a fundamentação era militar. Mas esta

evolução não conseguiu melhorar as condições materiais e físicas dos hospitais. O tratamento para com as pessoas ainda permanecia diferenciado.

Os resquícios de cada momento histórico do processo de formação da enfermagem, ainda que embutidos no contexto geral da medicina, não estabeleceram um diferencial em sua forma de atuação. Pelo contrário, são reforçados por Florence Nightengale (1820-1920), ao trabalhar no combate à guerra na Criméia (1854-1856).

De acordo com Dornelles (1995), Florence foi a precursora desta face da enfermagem, onde reforçou a condição de submissão e manutenção da ideologia dominante da época. As enfermeiras neste período correspondiam ao modelo padronizado de mulheres abnegadas de qualquer sacrifício. O culto do cuidado com o corpo do outro corresponde, para Geovanini, (1995) àquele aplicado no âmbito doméstico. À nova enfermeira competia rearranjar o espaço social do doente, o hospital, até então fétido e insalubre.

Na visão de Geovanini (1995), Florence consegue sistematizar o cuidado aos doentes, a partir de conceitos básicos. Ela determinava o ser humano, o meio ambiente, a saúde e a enfermagem como base de sustentação para a identificação dos problemas apresentados, "(..). considerou que o conhecimento e as ações de enfermagem são diferentes das ações do conhecimento médico, uma vez que o interesse da Enfermagem está centrado no ser humano sadio e/ou doente e não na doença e na saúde propriamente(..)." (Ibid., p.18)

Com o fim da guerra, Florence funda uma escola de enfermagem no hospital Saint Thomas. O rigor militar e moral era princípio básico para a formação das acadêmicas. A enfermagem, neste contexto, supera sua condição de atuação empírica, vinculando-se a um saber, ainda que condicionado às decisões do médico, contudo, elaborado, com ocupação definida e remunerada dado a sua prática social nos hospitais.

É na dinâmica da superação das complexidades técnico-científicas de outras áreas da saúde que a enfermagem moderna tenta suprimir suas deficiências, inserindo-se no mercado de trabalho complementar à prática médica. O enfermeiro ocupa nesses espaços uma posição de intermediação no exercício da profissão quando inserido no processo produtivo.

Portanto, valendo-nos dos estudos de Machado (1995, p.192), "(...) a enfermagem é detentora de percentual superior a 50% do contingente de recursos humanos do setor de saúde, sendo responsável pela maior parcela da prestação de saúde à sociedade (...)" e indispensável nos espaços reservados a sua atuação.

Por outro lado, de acordo com os estudos teóricos de Maria Helena (1995, p.14), no que concerne à "definição das profissões, classifica entre elas a Medicina, a advocacia e a engenharia, por apresentarem a existência de um conhecimento e atribuições específicas; e as semiprofissões tais como farmacêuticos e enfermeiros, tendo em vista a ausência de um corpo específico de conhecimento, bem como a inexistência de um mercado de trabalho inviolável tal como ocorre com os médicos e advogados."

"A diferença fundamental entre o verdadeiro profissional e o quase profissional é de que o primeiro negocia com uma clientela específica e o segundo não." (*Ibid.*, p.15)

Essa argumentação destaca a desvalorização do profissional da enfermagem, na sobreposição de poder, principalmente com o médico, ou seja, conforme cita Freidson (1978) *apud* Helena Machado (1995, p.21), "o que diferencia a profissão médica dos enfermeiros é o grau de autonomia, prestígio, autoridade e responsabilidade que a profissão médica detém.", pois a construção da base do conhecimento entre os dos profissionais é ponto fundamental para a obtenção de *status* profissional e autonomia, quanto à inserção e intervenção nos diversos setores de saúde da sociedade.

[Desse modo, conforme Dejours (1999, p.36), "o sofrimento do trabalhador não é apenas resultante da pressão da organização do trabalho, cuja subjetividade do trabalho remete às doenças físicas. O sofrimento no trabalho vai além do físico e psíquico. Ele é ético e moral dado a contraposição de valorização do espaço profissional que ocupa [neste caso] a enfermagem."]

2.5 - A enfermagem brasileira

A constituição e a formação do profissional de enfermagem ao longo dos séculos, tiveram como fatores determinantes para a definição de seu perfil os aspectos sociais, políticos e econômicos.

A realidade do profissional que delineamos está fundamentada no princípio de que sua atuação no mercado de trabalho se insere num contexto em que entre "(...) os diversos profissionais da equipe de saúde, a enfermagem, pelo seu *locos* de atuação e objeto "definido"

e trabalho, é uma profissão que permanece estável em sua essência devido ao desempenho laborioso no trato com o outro¹² "curar e/ou prever doenças (...)". (Dornelles, 1995, p.104)

A visão banalizada e servil a respeito desse profissional, ainda que esteja centrada no modelo de assistência na execução de tarefas e procedimentos rápidos, adicionada à sua submissão exercida pelo profissional médico em sua trajetória histórica, sofreu inúmeras influências e transformações, de modo que sua prática social, historicamente construída, nos servirá como base de sustentação àquela advinda da definição do seu espaço de operacionalização, o hospital, como território delimitado do seu processo produtivo.

Não obstante, grande parte do estudo apresentado traduz-se em leituras literárias em busca de subsídios que venham contribuir para a análise de nosso objeto de interesse, que é o trabalho em turno - (noturno) do enfermeiro.

Em função da insuficiência e inexistência de estudos quanto ao trabalho noturno do profissional de enfermagem, valemo-nos dos estudos historiográficos, com o intuito de estabelecer parâmetros para a concretização do seu trabalho, o qual se reverencia na atualidade conforme o que foi preconizado em suas bases de formação.

Para revelar essa "trama" em que se constituiu a prática de enfermagem, recorreremos a uma retrospectiva cronológica da história da enfermagem no Brasil, escrita por Paixão (1979)¹³. A história da enfermagem brasileira é resultado das relações concretas entre homens e suas práticas de saúde. O desenvolvimento da prática da enfermagem em saúde no Brasil é determinado por períodos históricos, cuja particularidade de formação está associada em diferentes épocas e nações.

A delimitação do seu perfil é caracterizada pela transitoriedade nas ofertas de serviços, diante da perspectiva sócio-econômica e política impulsionada pelos vários estágios de desenvolvimento das sociedades. Sua trajetória é marcada por tendências religiosas, educacionais e profissionais, onde data-se do período colonial até a atualidade.

A assistência aos doentes no Brasil, comparada ao processo que se deu na idade antiga, contempla, a rigor, o que se processava sob a ótica mística e religiosa. O conhecimento

¹² - O poder sobre o corpo, a partir do século XVII até a década de 70, não foi tão indispensável como se poderia esperar. Nesse aspecto, Dejours reitera sua posição, afirmando que o caráter coercitivo do trabalho na sociedade moderna assumiu dimensões estereotipadas, cuja sujeição é fator necessário à submissão.

¹³ - PAIXÃO, Waleska. História da Enfermagem. 5ª ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livr., 1979.

empírico advindo dos colonizadores portugueses e religiosos foi a base do surgimento da medicina no Brasil.

O doente, nesse período, é assistido por religiosos, voluntários e escravos desprestigiados no contexto social e não remunerados. O surgimento das Santas Casas de Misericórdia, edificadas próximas aos colégios e conventos, de acordo com os estudos de Geovanini (1995, p.22), "ainda que assumisse como espaço reservado o atendimento aos doentes pobres e aos soldados, por voluntários e escravos, cuja prática de enfermagem era de caráter doméstico e empírico, pouco mudou quanto à sua forma de assistência ao doente, comparado aos períodos anteriores".

A enfermagem, segundo Paixão (1979), apresentava-se de forma incipiente, tanto pelo seu caráter doméstico e empírico, quanto pela sua conotação de caridade no atendimento aos miseráveis. Mais tarde, os hospitais militares, fundamentados nos interesses financeiros que envolviam as tropas, foram tomando corpo quanto à questão saúde.

O processo de desenvolvimento e a expansão das cidades obrigaram as forças políticas vigentes a repensarem o controle das doenças.

Em 27 de outubro de 1890, é criada a 1ª escola de enfermagem, hoje, Escola de enfermagem Alfredo Pinto, no Rio de Janeiro. A formação de pessoal objetivava o atendimento aos hospitais civis e militares. Seu modelo educacional fundamentava-se nos moldes da Escola de Salpêtrière, na França. As aulas sempre foram ministradas por médicos.

Em 1923 é criada a 1ª Escola de enfermagem baseada no modelo Nightingaleno, proveniente de um acordo entre o governo Brasileiro e o Americano.

Esta escola, denominada de "Anna Nery",¹⁴ constituiu-se em um modelo, onde as enfermeiras, oriundas de classes sociais elevadas, eram preparadas a atender os doentes, seguindo o padrão ao qual pertenciam.

A partir de 1931, criam-se normas legais para o ensino e o exercício da Enfermagem. Em 1949, a escola Anna Nery é incorporada à universidade do Brasil, o que controlou a expansão de escolas e exigiu que a Educação em Enfermagem fosse centralizada

¹⁴ – Anna Nery – Nasceu Anna Justina Ferreira na cidade de Cachoeira, na Província da Bahia, aos 13 de dezembro de 1814. Casou-se com o oficial da armada Isidoro Antônio Nery, tendo enviuvado aos 30 anos. Teve três filhos, dos quais dois médicos militares e um oficial do exército. Em 1865, entrou o Brasil em guerra com o Paraguai. Sem hesitar, Anna Nery escreveu ao Presidente da Província oferecendo seus serviços ao exército.

nas universidades. Somente em 1961, com a lei n.º 2995/56, todas as escolas passaram a exigir curso secundário ou equivalente aos candidatos, passando a enfermagem para nível superior em 1957.

Nesse cenário, encontramos os enfermeiros concentrados nos hospitais e o surgimento de outras categorias da enfermagem acelerando ainda mais sua fragmentação do trabalho na área. Esta nova composição profissional, sustentada pela formação dos profissionais, acentuou a divisão do trabalho em cuidado direto ao paciente, pelos auxiliares, e administração burocrática, pelos enfermeiros. Esta subdivisão de profissionais na área de enfermagem tem contribuído para confundir o usuário ao identificar seus agentes e, assim, diminuindo ainda mais seu reconhecimento social ao realizar suas atividades.

As mudanças no campo político, econômico e social ocorridas nos anos 70 e 80, a partir do novo modelo no sistema de saúde, objetivaram traçar a assistência nos aspectos preventivos, curativos e de reabilitação.

Paralelo a isso, o aumento crescente da produção científica e os variados números de especializações em enfermagem determinaram a necessidade de fóruns organizados da categoria. Todavia, apesar desse processo de reconhecimento e aumento do *status quo* da categoria, a fragmentação profissional acelerou seu empobrecimento.

Tomando como referência os estudos de Geovanini (1995), "a década de oitenta é caracterizada como avanço para a categoria". "Dentre elas a lei n.º 7498/86, que estabeleceu a regulamentação profissional da categoria dos enfermeiros, delimitando o exercício de enfermeiros, técnicos, auxiliares e parteiras, embora sem grandes mudanças. A década de noventa foi marcada pelos entraves políticos, econômicos e sociais em crescente efervescência, provenientes de décadas anteriores, aliada ao processo de deterioração e descompromisso social, que surgia no novo cenário político nacional." (*Ibid.*,p.29)

O processo de reordenação das estruturas políticas e econômicas, condicionado ao padrão do pensamento neoliberal, determinou o início do sucateamento das políticas públicas setoriais do estado brasileiro. O tamanho do estado é repensado a partir do seu nível de atendimento. A rede pública de saúde é levada ao seu total desmonte, reforçando o seu caráter privativo.

Diante desse contexto, e com todas as dificuldades, a enfermagem consegue especializar-se e estabelecer sua inserção profissional em nível hospitalar e no resgate à saúde

pública. A enfermagem, dentre as várias possibilidades de atuação, consegue ser "o agente mediador entre esta e o sistema local de serviços de saúde, atuando com tecnologia simplificada e de baixo custo, tendo como foco principal a educação em saúde com ênfase no alto cuidado". (Geovanini, 1995, p.30)

É interessante observar que a enfermagem é fruto do processo de "consumação" e ordenação da necessidade de expansão do capital, a partir de modelos pré-determinados em contextos completamente diferentes. As influências, os valores, os preconceitos, o elitismo e o autoritarismo foram a base de sustentação do processo de constituição da categoria da enfermagem, bem como de qualquer outra categoria.

Na atualidade, a enfermagem no Brasil, ainda que não tenha desfrutado de todas as suas conquistas, mostrando a criação e a transformação de elementos decisivos para a elevação e representação no espaço social, tem sido sua própria protagonista.

Assim, é importante destacar, de acordo com a opinião de Machado (1995, p.192), que "(...) 85% (oitenta e cinco por cento) do pessoal de enfermagem é constituído por mulheres, razão que nos leva a compreender a desvalorização destes profissionais, dado os baixos salários no mercado, duplas jornadas de trabalho, risco de saúde, social e desinteresse das causas inerentes ao exercício da profissão, cujos reflexos são provenientes do sistema de valores do patriarcado que atribuem à mulher papel secundário na estrutura e divisão social do trabalho na sociedade".

2.6 - O trabalho noturno

Houve um tempo em que a razão, a intuição, o sentimento e a linguagem com o universo estabeleciam o limite do homem diante do seu próprio trabalho. As pessoas definiam uma expectativa entre o que nascia e o que poderia ser transformado a partir da arte de criar. Criar significava lapidar o material bruto e possibilitar sua transformação em objeto de utilização.

O produto como fruto da determinação da arte do fazer, segundo Norbow (1969) apud Marx (1984, p.213), "satisfaz necessidades e "desejos"¹⁵ até então inerente a qualquer mortal".

¹⁵ – "Desejo envolve necessidades; é o apetite do espírito e tão natural como a fome para o corpo (...)". A maioria (das coisas) tem valor porque satisfaz as necessidades do espírito. Karl Marx em O Capital V.I – (Nicholas Narbon, "A Discourse on coining the new money lighter. In: answer to mr. Lock's considerations etc", Londres 1969, p. 2 e 3 (p. 41, Cap. I – A Mercadoria).

A arte de produzir forma o que Marx (1984, p.41) "chamou de mercadoria, que externa qualquer "coisa que satisfaça as necessidades humanas".

Mas, o que há de interativo entre criação, transformação, produto e mercadoria?

Qual a articulação desses fatores com relação ao trabalho noturno?

De acordo com Marx (1984, p.52), antes de surgir [...] o alfaiate, o ser humano costurou durante milênios pela necessidade de vestir-se.

O que queremos nos referir é que ainda que fosse um trabalho útil, este trabalho era enriquecido pela forma artesanal em sua concepção e transformação. No caso do ofício do alfaiate, o casaco, na condição de mercadoria e como objeto de uso, ao ser produzido não agregava a carga e o sofrimento do peso do trabalho artesanal, comparado com a produção do trabalho assalariado na sociedade moderna.

O caráter do trabalho do alfaiate e do tecelão, conforme Marx (1984), não dispensava o uso do cérebro, músculo, nervos e mãos, pois caracterizava-se na produção para suas necessidades com liberdade individual. "O tempo de trabalho necessário era destinado ao consumo e suas relações sociais eram partes integrantes nas relações de produção e distribuição do produto final". (p.51)

A superação desses estágios pelo advento do desenvolvimento, conectado com a esperança do sucesso pessoal diante da produção de bens, fortaleceu o desejo de transformar o individual em coletivo, isto é, a mudança do trabalho artesanal em manufaturas. Ocorre que esse período histórico, que é referendado como "era" da Revolução Industrial, determinou o marco necessário e urgente na arregimentação de mão-de-obra, incorporando a maldição que milhares de operários (empregados e desempregados) carregam consigo.

A necessidade social do homem de estar inserido em agrupamentos, até por ser inerente ao seu fator biológico, ainda que queiram justificá-la como resultado para a organização institucional (empresas), não estabeleceu, assim, como ainda não estabelece fator necessário para a exposição do homem em ofícios danosos e vulneráveis à dor e ao sofrimento, quando em uso do seu próprio corpo.

Segundo Bravermann (1977), o processo de desenvolvimento ocorrido a partir do século XVIII, com a introdução de novas tecnologia, emanava felicidade e satisfação. Todavia,

a promessa não foi cumprida, e o homem permaneceu ilhado em si próprio, desprovido de suas características mentais e físicas.

Mas o desenvolvimento não acaba em si mesmo, sendo ele meio e fim na deterioração do homem, alicia o trabalho em sua forma e organização, comprometendo a liberdade, a cultura e o espaço social da espécie humana. A necessidade do trabalho humano não representava apenas a transformação das coisas, mas, sim, a urgência em atender a demanda crescente de serviços e mercadorias por necessidade e expansão do capital.

De acordo com Furlani (1999), o advento tecnológico da luz artificial estabeleceu de vez a produção em alta escala, e dentre os seus grandes feitos, conseguiu definitivamente inverter o comportamento humano frente ao seu próprio trabalho. Nesse estágio, as formas de organização do trabalho foram redimensionadas a altos índices de produtividade, e o homem passou a trabalhar em turno.

Não há, conforme Ferreira (1987, p.28), uma definição precisa do que venha a ser trabalho em turnos. De certo modo, "(...) esta forma de trabalho se refere a uma forma de organização temporal do trabalho (...)", nos quais diferentes grupos de operários se intercalam em rodízios para garantir a atividade da empresa em horários superiores ao horário administrativo de trabalho.

Akersted *apud* Ferreira (1987, p.28)¹⁶ "considera como trabalho em turnos pelos 4 tipos de situações: trabalho noturno permanente, trabalho em 3 turnos alternantes que cobrem as 24 horas, escala de plantões (menos regular e menos estrita que as 24 horas) e trabalho em horários irregulares. O trabalho em turno, para Montanha (1996, p.39), "representa 20% a 25% da força de trabalho da população americana". No Brasil o assunto ainda é pouco conhecido, a começar pela falta de estimativas que apontem o percentual da força de trabalho sujeito a esta forma de organização.

Dumond *apud* Ferreira (1987, p. 27) menciona - "estudo realizado pela a OIT, em 1982, considerou que, nos países em vias de desenvolvimento", o percentual de trabalhadores submetidos ao trabalho em turno é bem inferior.

Porém, há de se considerar que, embora não se tenha dados estatísticos, esta prática nas empresas é muito comum, tendo em vista que a legislação do trabalho brasileira tem se

¹⁶ - Leda Leal Ferreira. Ergonomista do Setor de Ergonomia da Fundacentro.

mostrado praticamente alheia ao assunto. Basta saber os altos índices de acidentes de trabalho que, na maioria das vezes, é resultado de horas ininterruptas de trabalho; "principalmente nas indústrias, bancos, prestadoras de serviços e na agricultura da cana de açúcar, que geralmente é maquiada pelo incentivo de horas extras e a permanência de 2 ou 3 equipes a cada 24 horas".
(*Ibidem*)

Nessa perspectiva, Ferreira (1987) cita que é crescente o número de pessoas que trabalham em turnos alternantes de 8 horas (manhã, tarde, noite), ou seja: turno da manhã (06:00 às 14:00h), turno da tarde (14:00 às 22:00h), turno da noite (22:00 às 06:00h) cobrindo as 24 horas do dia.

Por opção ou necessidade, o trabalho em turnos, segundo Dejours (1999), acabou vencendo homens e mulheres em sua capacidade de decisão e vontade. Considera-se ainda que, embora grande parte dos trabalhadores achem que em algumas situações de trabalho em turno existam vantagens e benefícios, é preciso salientar os grandes malefícios desse trabalho sobre a saúde dos trabalhadores.

Para Rutenfranz *apud* Fischer (1980), os turnos são utilizados pela organização do trabalho, tendo em vista as necessidades tecnológicas das indústrias, na prestação de serviços necessários à população e principalmente pelos custos econômicos. Dentre os efeitos penosos e patológicos resultantes do trabalho em turno, as doenças mais frequentes nesses trabalhadores são as várias espécies de distúrbios mentais, os distúrbios digestivos e, em menor escala, os distúrbios coronarianos ¹⁷.

O ser humano por essência é um animal diurno, portanto, o homem consegue delimitar o dia para realizar tarefas e a noite para repousar.

Essa essência, conforme Furlani (1999), embora demonstre que o homem sempre respondeu o seu "relógio biológico", mesmo em situações diferentes de trabalho, passou a ser ignorada nas várias formas de organização do trabalho.

O ciclo biológico de vigília e repouso é caracterizado de ritmo circadiano – palavra derivada do latim – "*circadien*", cujo significado é "em torno do dia", ou a cronobiologia, que compreende as alterações no trabalho; "elemento científico fundamental para a compreensão

¹⁷ – Revista de Saúde Ocupacional, nº 58. Vol.15. Abril, Maio Junho 1987. p.27.

da organização temporal dos fenômenos biológicos-fisiológicos e ou psicológicos do homem diante do trabalho". (Ferreira, 1987, p.28)

Para Ferreira (1987), a cronobiologia consegue dar conta das variações funcionais do organismo diante de estímulos ambientais, climatológicos e temporais. Por isso, quando o período do ritmo está em torno das 24 horas, chamamos de circadiano, quando o período é inferior a 24 horas, o ritmo é chamado de ultradiano e, quando ele é superior a 24 horas, chamamos de infradiano. Os ritmos circadianos também correspondem às relações precisas entre si, variando em horas, dias da semana, anos, ambientes, de formas sincronizadas.

Segundo Volpato (1992, p. I-17), por ter o ser humano "(...) o conhecimento da convenção de que um dia tem 24 horas (...) [ele], (...) graças à sua capacidade de refletir sobre si e sobre o mundo que o cerca, introduz o subjetivo nas suas relações com as coisas e com os outros (...)". Portanto, "a caracterização do tempo para os homens não se apresenta apenas no aspecto biológico, mas também social".

Assim, assinala ainda Volpato (1992), além do ser humano estabelecer a relação do seu limite físico pela reflexão, ele consegue responder suas reações biologicamente. O corpo humano responde fisiologicamente à disfunção orgânica provocada pela mudança do estado de vigília pelo de repouso, ou seja, a troca do dia pela noite. É possível o ser humano adaptar-se às diversas situações ambientais, considerando as limitações individuais, contudo, sabe-se que os seres humanos são menos ativos à noite, que não é por acaso que a legislação do trabalho garante adicional noturno para os trabalhadores cujo horário é compreendido entre 22 horas e 05 horas, conforme artigo 73, parágrafo 2º, da lei n.º 5452, de 1º de maio de 1943 – Consolidação das Leis do Trabalho.

A hora noturna do trabalho tem a duração de 52 minutos (artigo 73, parágrafo 1º da CLT).

Quanto às horas de trabalho noturno e seu adicional pago, a legislação brasileira difere de outros países da América do Sul e Europa, sendo o trabalho noturno maior em duração em 5 desses países, conforme tabela a seguir:

Tabela 1: Horário e adicional noturno em alguns países

PAÍSES	HORÁRIO DO TRABALHO NOTURNO	ADICIONAL DO TRABALHO NOTURNO
Brasil	22h às 5h	20%
Bolívia	20h às 6h	25 a 50%
Colômbia	18h às 6h	35%
Equador	19h às 6h	25%
Peru	22h às 5h	Estipulado p/ acordo
Venezuela	19h às 5h	20%
Alemanha Ocidental	22h às 6h	10%

FONTE: O uso de turnos de trabalho e legislação econômica. Revista de Saúde Ocupacional, n.º 22, fl.01, 1983.

Para Santos (1983), a legislação do trabalho, ainda em seu artigo 379 da CLT, proíbe o trabalho em turnos da mulher, exceto nas seguintes atividades:

- a) empresas de telefonia, radiotelefonia ou radiotelegrafia;
- b) serviços de saúde e bem-estar;
- c) casas de diversões, hotéis, restaurantes, bares e estabelecimentos congêneres;
- d) estabelecimentos de ensino;
- e) cargos técnicos de confiança, ou postos de direção, gerência, assessoramento;
- f) industrialização de alimentos perecíveis;
- g) nos estabelecimentos bancários (segundo Decreto Lei n.º 546 de 18/4/69);
- h) em serviços de processamento de dados para computação eletrônica;
- i) indústrias de manufaturados de couro que mantenham contratos de exportação, autorizados por órgãos competentes.
- j) os acontecimentos inevitáveis em relação à vontade do empregador (art.º 50).

Quanto aos itens "f" e "g", conforme parágrafo único do artigo 379, o empregado será submetido à realização de exame médico, quando o mesmo concordar previamente. No artigo 375 da CLT, prevê o horário de trabalho da mulher que não poderá ser prorrogado sem que haja autorização médica oficial. Proíbe ainda o trabalho à noite de menores de dezoito anos (art.º 73, inciso XXXIII).

Notadamente, embora a legislação trabalhista disponha de mecanismos legais de proteção às pessoas que trabalham em sistemas de turnos em período noturno, está comprovado, de acordo com os estudos de Furlani (1999), a inadaptação orgânica, fisiológica e social desses indivíduos frente ao processo produtivo. As pessoas que trabalham à noite deveriam, a priori, inverter seu ritmo circadiano, uma vez que os sincronizadores sociais foram invertidos.

Na realidade, para Ferreira (1987), isso não acontece, pois, apesar do horário de trabalho ter sido invertido, a vida social segue seu curso normal. O trabalhador permanece sob as influências de sincronizadores, que de um lado o empurram para a adaptação de uma nova organização do trabalho, e de outro a vida social.

Diante desse conflito de sincronizadores, temos como resultado o que chama Aschoff¹⁸ "desordem temporal".

Estudos realizados por Reinberg e Cols *apud* Ferreira (1987)¹⁹ revelaram que o turno da noite possui uma velocidade de ressincronização diferente de uma variável para outra; não apresenta uma inversão completa de todos os ritmos circadianos quando se trata de trabalho noturno.

Conforme Ferreira (1987, p.29), "estas "desordens" ou perturbações da "ordem temporal" têm sido motivo de queixas por parte de inúmeros trabalhadores como malefícios irreparáveis ao organismo humano, tais como, principalmente, o sono e a vigília".

Verificamos que não se trata apenas de selecionar os indivíduos (isto é, diante da nova ordem de seleção e recrutamento de trabalhadores nas empresas), mas procurar adequá-los às várias formas de organização do trabalho. Até porque, Santos (1983) já discutiu que pessoas portadoras ou com indicação de doenças estomacais, do intestino, de úlceras do estômago e do duodeno, de diabetes, de epilépticos, de depressão, da dupla jornada de trabalho, e de usuário de drogas, além da idade, não deveriam se submeter ao trabalho noturno.

Outro fator importante é a variabilidade do ritmo circadiano dos indivíduos. Os órgãos, os músculos, e o sistema nervoso, e sensorial, podem fadigar-se, isto é, após um certo período de funcionamento, são obrigados a serem suspensos, de modo que o organismo se recomponha.

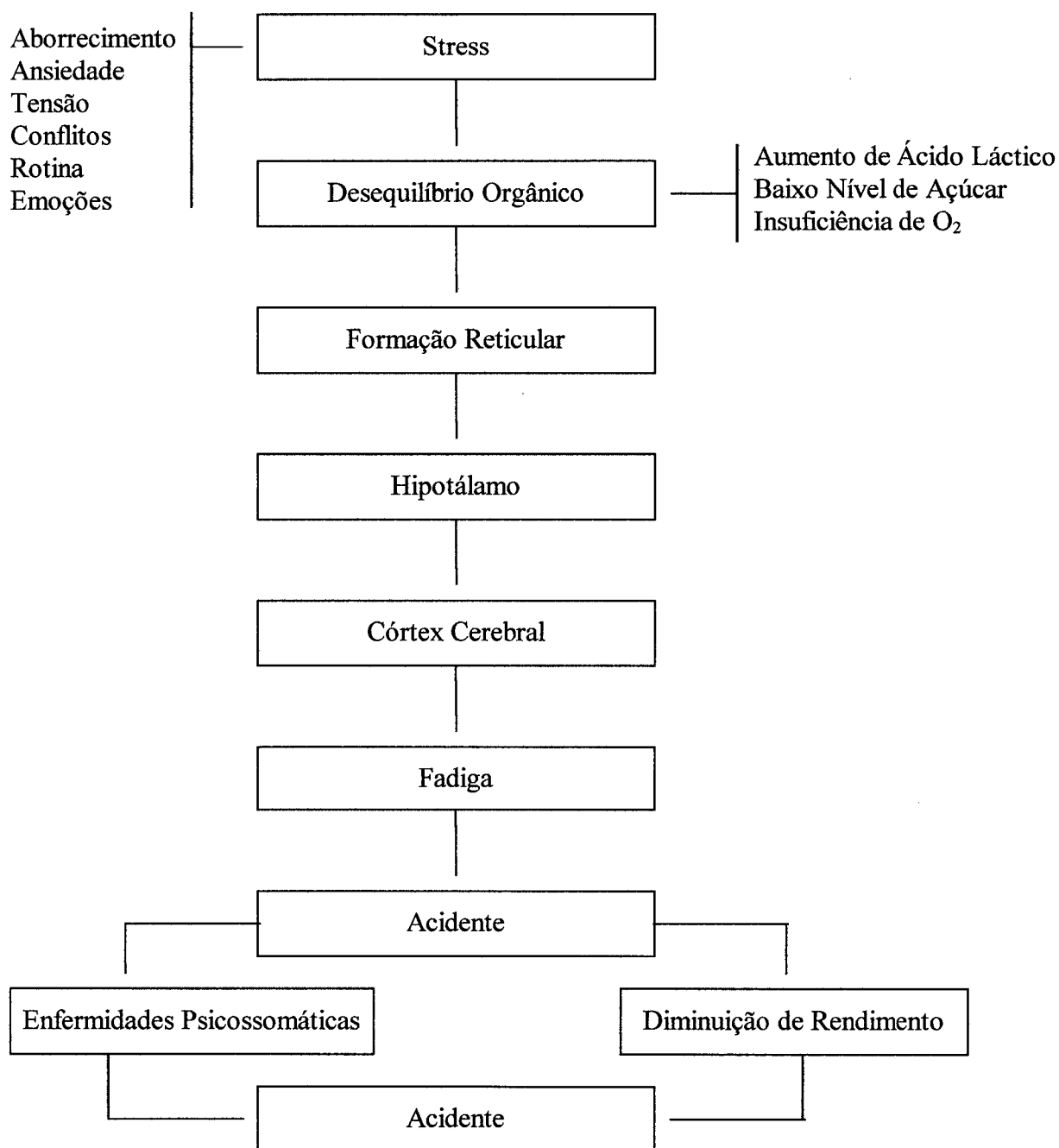
Para Santos (1983), é importante distinguir que entre o trabalho diurno e o noturno existe uma coincidência de fases entre a ativação biológica e o horário de trabalho, e entre desativação cerebral e o sono. No caso do trabalhador noturno, a pressão de ambas situações obriga-o a realizar esforço redobrado para assim executar a mesma tarefa. Essas circunstâncias intensificam a fadiga e apresentam as excessivas enfermidades.

Ainda, em Santos (1983), cita que os excessos intensificam a deterioração dos fatores fisiológicos, psicológicos e eletroencefalográficos, com diminuição da produtividade e aumento de acidentes do trabalho. A sobrecarga do trabalho noturno pode gerar o esgotamento do hipotálamo e, conseqüentemente, uma enfermidade psicossomática.

¹⁸ - Revista de Saúde Ocupacional, nº 58. Vol.15. Abril, Maio Junho 1987. p.2.

¹⁹ - Idem

Figura 01: Enfermidade Psicossomática



Fonte: Revista de Saúde Ocupacional, n.º 22, 1983, fl. n.º 10

O mesmo autor afirma ainda que a debilitação psicofiológica gerada pelo envelhecimento impede maior adaptação e reduz o poder reparador do sono diurno. A antigüidade no trabalho noturno é outro elemento dissipador dos transtornos patológicos, haja vista que, do hábito de ir ao trabalho diariamente, surge uma ação intolerante.

No trabalho noturno não se justifica proteção de mão-de-obra por sexo, salvo a proteção à maternidade. No âmbito social e familiar, o trabalhador noturno sofre grandes conseqüências. Todas as organizações comerciais e prestadoras de serviços são voltadas ao horário diurno. Nas relações familiares, há uma desestruturação, quanto aos costumes e aos hábitos diários, de modo que nem sempre são adequados ao trabalhador noturno. (*Ibidem*)

O cotidiano doméstico (preparação de refeições, cuidados com os filhos) impede a adequação do horário do trabalhador. A dinâmica econômica e social diurna nas cidades, movidas pelo movimento de pessoas, carros, ruídos, é elemento dificultador para o repouso do trabalhador noturno. (*Ibidem*)

A irregularidade dos hábitos familiares, do ponto de vista do trabalho noturno, ainda que seja equacionada a partir das necessidades do trabalhador, não consegue diminuir as conseqüências psicológicas e fisiológicas das pessoas. O trabalhador noturno experimenta o "vazio social"²⁰ pela falta de sincronia do tempo.

²⁰ - Segundo Santos (1983), o trabalhador noturno experimenta uma sensação de descontentamento e isolamento. É uma sensação que se deve à diferença entre o horário do trabalhador noturno e o trabalhador diurno, ou seja, uma falta de sincronia entre os horários do tempo livre.

CAPÍTULO 3

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O presente capítulo tem a finalidade de descrever os procedimentos metodológicos utilizados para a realização do estudo, define as perguntas de pesquisa, local do estudo, os critérios para a seleção da população, os aspectos éticos concernentes aos sujeitos envolvidos, os procedimentos para a aplicação dos instrumentos de coletas de dados, os procedimentos de análise da situação de trabalho e, finalmente, os procedimentos para diagnóstico e recomendações de modo a contribuir para melhor realização profissional do trabalho noturno dos profissionais de enfermagem.

3.1 - Perguntas de pesquisa

As considerações descritas na introdução do estudo levaram, a partir do objetivo da pesquisa, formular perguntas para responder o problema de pesquisa.

Segundo Alves (1991), as perguntas de pesquisa consistem na operacionalização do problema de pesquisa

Tendo como base o problema de pesquisa e o quadro teórico-empírico apresentado, formularam-se as seguintes perguntas para o estudo:

- ⇒ O trabalho noturno do profissional de enfermagem é um estado de sofrimento?
- ⇒ As interferências organizacionais determinam o sofrimento na realização do trabalho noturno?
- ⇒ As interferências pessoais e interpessoais definem o sofrimento no trabalho noturno?

- ⇒ As interferências físico ambientais são fatores determinantes para o sofrimento no trabalho noturno?
- ⇒ Quais as contribuições que a ergonomia poderá promover satisfação e prazer na realização do trabalho noturno do profissional de enfermagem?

3.2 - Local do estudo

O estudo foi realizado na Unidade de Emergência Adulta do Hospital Universitário - Universidade Federal de Santa Catarina - Florianópolis, SC.

3.3 - População

As três equipes de enfermagem do plantão noturno constituem o universo do presente estudo. Para a aplicação dos instrumentos de coleta de dados, ou seja, a aplicação de questionários, entrevistas individuais e observações diretas, levou-se em consideração o dia correspondente de cada plantão e a disponibilidade dos profissionais em participar do estudo.

Cada equipe é constituída por 8 profissionais, entre os quais 1 é enfermeiro e 7 técnicos e/ou auxiliares.

3.4 - Aspectos éticos

De acordo com a resolução n.º 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, pesquisa envolvendo seres humanos é a "pesquisa que, individual ou coletivamente, envolva seres humanos de forma direta ou indireta, em sua totalidade ou partes dela, incluindo o manejo de informações ou materiais".

Assim, atendendo tal determinação, consideramos alguns aspectos relevantes no desenvolvimento e elaboração do estudo, garantindo a sua eticidade, quais sejam:

1. realização do estudo mediante a apresentação de um projeto e com a autorização da Diretoria do hospital e da equipe de saúde da unidade;
2. divulgação do nome da instituição no estudo, precedida do consentimento da Diretoria do hospital e da equipe da unidade;
3. nas etapas do estudo, respeitar os direitos dos clientes, dos acompanhantes e da equipe, em querer ou não participar das várias etapas do estudo;

4. o estudo será realizado, visando prioritariamente, a promoção do ser humano (trabalhador de saúde) no desenvolvimento de sua cidadania e através de um processo de ensino-aprendizagem, com relação ao seu ambiente de trabalho e qualidade de vida;
5. durante o estudo, haverá a preocupação em não expor os clientes, acompanhantes e trabalhadores, garantindo o seu direito ao anonimato;
6. as informações, análises, comentários e sugestões deste estudo serão conduzidos e fundamentados num compromisso de responsabilidade e honestidade, tendo, como principais objetivos, o crescimento e a formação profissional, a contribuição para a comunidade científica e, mais especificamente, para as instituições e profissionais da saúde.

3.5 – Coleta de Dados

3.5.1 - Procedimentos

Após contatos com a Diretoria de Enfermagem e com a chefia de enfermagem da emergência, foi enviado à comissão de ética da enfermagem correspondência (anexo 1) solicitando permissão para aplicar pesquisa junto aos trabalhadores do turno noturno do serviço de enfermagem da emergência do Hospital Universitário.

Após permissão expressada em declaração pelo comitê, foram apresentados às equipes de cada plantão noturno os objetivos da pesquisa, a proposta de trabalho de campo e a colaboração quanto à participação de toda a equipe da unidade. Após a segunda semana de observação e conversas individuais, aplicou-se questionário (anexo 2) de forma intercalada entre os três plantões noturnos, envolvendo todos os servidores de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) da unidade, que foi preenchido e entregue a cada nova visita. Para validar as proposições levantadas no questionário, foi efetuado um pré-teste em uma unidade de emergência hospitalar, cuja população não foi aquela alvo do estudo. A amostragem definida para o pré-teste foi estabelecida conforme preconiza Lakatos e Marconi (1990, p.163), ao afirmar que, "em geral, é suficiente realizar a mensuração em 5 ou 10% (cinco ou dez por cento) do tamanho da amostra", que no estudo correspondeu a 20,8% (vinte vírgula oito por cento) do total da população à qual foi aplicada o questionário. Verificadas as falhas, reformulou-se o questionário, explicitando melhor algumas ou modificando a redação de

outras perguntas, aplicando-se 24 (vinte e quatro) questionários, dentre os quais, 16 (dezesesseis) foram respondidos e devolvidos.

A pesquisa primária foi realizada através de documentos de rotinas, atribuições dos profissionais e estatuto, arquivos, planilhas estatísticas pessoais e do cliente, livro de ocorrência, planta física, quadro de pessoal e organograma, a qual foi realizada no decorrer da coleta de dados. Tais documentos foram colocados à disposição do pesquisador para a consulta e a análise dos mesmos.

A pesquisa secundária foi realizada através de livros, teses, artigos e publicações especializadas.

As entrevistas formais e informais individuais e coletivas foram feitas de acordo com a disponibilidade e disposição dos servidores nos horários de descanso (café) e nos momentos de menor fluxo de atendimento ao cliente. Foram realizadas 18 (dezoito) visitas, das quais o contato diário correspondeu de 3 a 4 horas por plantão. Por se tratar de entrevistas individuais formais e informais individuais e coletivas, foi preparado um diário de campo (anexo 3) com roteiro previamente delineado com questões intrínsecas ao tema proposto e anotadas pelo pesquisador. Nesses momentos, procurou-se não interferir nas crenças, valores e idéias preconizadas pelo senso comum, assumindo um caráter de imparcialidade entre pesquisado e pesquisador. A idéia foi estabelecer comunicação informal, buscando inserir o pesquisado no contexto da pesquisa.

Por ser um estudo de caso, a delimitação do estudo estabeleceu, como variáveis dependentes, as interferências organizacionais, interferências pessoais e interpessoais, as interferências físicas e ambientais e o estado de sofrimento e prazer, tendo em vista a viabilidade e operacionalidade da amostragem existente.

Como método de abordagem, foi utilizado o exploratório, considerando que a análise das atividades estabelece, como parâmetro, o confronto das informações, a partir dos instrumentos de coleta de dados (questionário fechado de múltipla escolha e aberto, roteiro de campo para entrevistas e observações) aliado à percepção, reflexão e análise da realidade apresentada.

Outro aspecto importante que contribuiu e favoreceu para com o estudo foi a confirmação dos resultados da pesquisa através da comparação do referencial teórico com o resultado da pesquisa empírica nas idas a campo.

3.5.2 - Recursos utilizados

Para dar início ao estudo, foram apresentados aos trabalhadores de cada plantão noturno, após prévio contato da responsável geral da unidade, os objetivos do estudo, bem como a explicitação da importância da participação dos profissionais para o resultado da pesquisa proposta. Após a segunda semana de contato com cada grupo de profissionais, foi distribuído para as equipes questionário que constou de: perguntas fechadas ou dicotômicas, múltipla escolha, múltipla escolha com resposta aberta, cuja técnica aplicada foi a de bateria de modo a evitar distorções. As questões tratadas restringiram-se à organização do trabalho noturno do profissional de enfermagem, categorizadas nas condições de trabalho, sofrimento e prazer, relacionados ao ambiente físico, organizacional.

Utilizaram-se, também, observação direta não participante, entrevistas formais (diário de campo) e informais (conversas), individuais e coletivas e, finalmente, análise de documentos primários do hospital e da unidade de emergência adulta.

3.5.3 – Período de coleta de dados

A ida a campo, a fim de aplicar os instrumentos de coleta de dados, estabeleceu uma relação intercalada entre os 3 plantões noturnos, em horários diferenciados entre os meses de Setembro, Outubro, Novembro/1999.

3.6 – Análise e Descrição dos Resultados

Os dados coletados foram analisados quanto qualitativamente e comparados com o que é preconizado pela literatura corrente. A compilação dos dados, para efeito de análise, foi determinada a partir da classificação por categoria das 36 perguntas fechadas e abertas do questionário e de 11 perguntas do roteiro de observação (diário de campo).

Compreendendo a necessidade de delimitarmos o número de variáveis do presente estudo, orientamo-nos pelos pressupostos teóricos determinados por Thiollent (1996), o que define as "variáveis no universo da ciência" em três níveis de abstração, quais sejam, as observações (de fatos, fenômenos, comportamentos e atividades reais), as hipóteses e as teorias, de modo que sejam validadas e sustentadas. Para tanto, no estudo definiu-se, como variável dependente, as interferências organizacionais, as interferências pessoais e

interpessoais, as interferências física e ambiental, considerando que seu princípio básico estabelece a explicação de determinados fenômenos.

Para corroborar a eficiência dos dados quantitativos analisados, utilizou-se o método de análise de frequência estatística, de modo a mensurar em percentuais os resultados apresentados.

As observações foram efetuadas de forma imparcial, procurando estabelecer conexão com o fluxo de idéias e problemas apresentados e levantados pelos profissionais nos respectivos plantões.

3.6.1 - Análise ergonômica do trabalho noturno

Trata-se de uma análise parcial da tarefa e da atividade onde é realizada a caracterização das interferências pessoais e interpessoais, interferências físico ambientais, organização estrutural, estrutura física, recursos humanos, recursos materiais e sofrimento e prazer.

O resultado da análise ergonômica do trabalho noturno está estruturado em quatro etapas, tais como: contextualização do local do estudo - hospital, órgão de enfermagem e serviço de enfermagem; análise da demanda; análise da tarefa - interferências pessoais e interpessoais, interferências físico ambientais, organização estrutural, estrutura física, recursos humanos e recursos materiais; análise da atividade - interferências pessoais e interpessoais e análise do estado de sofrimento e de prazer.

3.7 – Diagnóstico e Recomendações

Quanto ao diagnóstico, foi necessário estabelecer olhar clínico a partir dos sentidos da percepção, da sensibilidade e o exercício da interpretação para julgar a existência do fato social apresentada pelas relações de trabalho entre os profissionais de enfermagem nos plantões noturnos. Para a efetuação da análise ergonômica do trabalho noturno, consideraram-se as patologias do sistema homem-tarefa, baseadas nas interferências organizacionais, as interferências pessoais e interpessoais, as interferências físicas e ambientais e a análise do sofrimento e de prazer.

No que diz respeito às recomendações, consideraram-se aspectos relacionados às interferências físicas e ambientais (ambiente arquitetônico, ambiente luminoso, ambiente

sonoro, ambiente térmico e ventilação, ambiente tóxico e infectado), as interferências do ambiente organizacional (normas e rotinas, material e equipamento, equipe de trabalho, cliente, treinamento e exigências físicas), e as interferências pessoais e interpessoais dentro das quais intervêm fatores cuja natureza influencia as possibilidades de transformação a partir dos conhecimentos em ergonomia.

CAPÍTULO 4

ANÁLISE ERGONÔMICA DO TRABALHO NOTURNO

Este capítulo apresenta a análise ergonômica do trabalho noturno, sendo estruturada da seguinte forma: contextualização do local do estudo, análise da demanda, análise da tarefa, análise da atividade e análise do estado de sofrimento e prazer.

Os pressupostos metodológicos da (AET) estabelecem plano de ação, a fim de determinar a relevância científica na análise dos resultados da coleta de dados, sendo que, ancorado nos estudos de Fialho e Santos (1997, p. 49), "a situação de trabalho compõe-se de três fases: análise da demanda, análise da tarefa e análise das atividades".

4.1 - Contextualização do local do estudo

4.1.1 - Hospital

O Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU-UFSC) foi inaugurado em 1980, atendendo a necessidade relacionada ao campo de estágio para ensino-assistência dos cursos da área da saúde, dentre outros. É um órgão suplementar da Universidade Federal de Santa Catarina, portanto, um Serviço Público Federal, estando subordinado diretamente ao Reitor.

O hospital foi projetado para uma capacidade de 350 leitos, nas diversas especialidades, funcionando, atualmente, com uma média de 246 leitos nas especialidades de pediatria, clínica médica, clínica cirúrgica e ginecologia. Atendendo uma demanda na emergência, nos plantões noturnos, de aproximadamente 90 clientes/noite (adolescentes, adultos e idosos).

Atualmente vem mantendo-se com os recursos financeiros vindos do Ministério da Educação e Cultura e do Ministério da Assistência e Previdência Social, através do Instituto Nacional de Seguridade Social, tendo em vista a sua participação no Sistema Unificado de Saúde.

O HU possui Regimento Interno, aprovado em 1979 (antes de sua inauguração), sendo revisto em 1980 (após a inauguração) e reformulado em 1992, onde estão definidos os objetivos, a filosofia e a estrutura organizacional diretiva do hospital.

De acordo com este regimento, o HU é dirigido pela Administração Superior e Administração Setorial. A Administração Superior é constituída pelo Diretor Geral, Vice-Diretor e Conselho Diretor (Diretores de Medicina, Enfermagem, Administração e Apoio Assistencial). A Administração Setorial é constituída por Diretor (Medicina, Enfermagem, Administração e Apoio Assistencial), com suas respectivas chefias imediatas.

Os maiores objetivos do H.U são os relativos às áreas de assistência, ensino e pesquisa.

A contratação do pessoal do HU é realizada sob duas formas: contrato por prazo determinado através da Fundação de Amparo à Pesquisa e Extensão (FAPEU) e contrato efetivo através de concurso público. A contratação provisória através da FAPEU é um dos recursos utilizados pela direção do hospital para suprir a carência de pessoal nos períodos em que o Governo Federal bloqueia a abertura de concursos públicos e/ou novas contratações. Neste caso, geralmente os critérios de recrutamento, seleção, admissão e demissão são definidos pelas Administrações Setoriais do hospital, e a admissão é quase imediata.

O regime de trabalho é celetista, isto é, baseado na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e os salários e vantagens geralmente diferem sobremaneira dos funcionários com contratos efetivos.

A contratação efetiva, através de concurso público, é realizada obedecendo rigorosamente toda a burocracia das normatizações legais para concurso público federal. A instituição, após estudo minucioso, solicita a abertura de novas vagas para o quadro de funcionários e encaminha à Reitoria (Departamento de Pessoal). Esta, por sua vez, após estudo detalhado da solicitação, encaminha o pedido de abertura de vagas ao MEC. Somente com aprovação do MEC é que o concurso poderá ser realizado.

O regime de trabalho para os contratos efetivos é o estatutário, ou seja, tem como base o Regime Jurídico Único, Lei n.º 8112/90, que normatiza o exercício dos funcionários públicos federais. Nas duas formas de contratação, por ocasião da admissão, o funcionário é submetido ao exame médico admissional onde são realizados exames físico e laboratorial.

Atualmente o hospital conta com um quadro de pessoal com contrato efetivo de, aproximadamente, 1118 funcionários distribuídos nas 64 categorias das atividades fins e atividades meios. Além deste pessoal, o hospital conta ainda com 258 funcionários contratados pela FAPEU, 148 funcionários terceirizados, 08 funcionários do SUS e 135 bolsistas.

4.1.2 - Órgão de enfermagem

O órgão de enfermagem possui uma filosofia baseada na filosofia da UFSC, na Declaração dos Direitos Humanos, da própria enfermagem como profissão e do HU, apesar de, neste caso, a filosofia ser informal. A mesma foi criada em 1979, revisada em 1980; ela encontra-se descrita no manual da Diretoria de Enfermagem (DE), bem como nos setores, tendo o acesso franqueado a qualquer membro da equipe de enfermagem. Todos os funcionários novos da equipe tomam conhecimento da filosofia da DE durante a orientação de admissão, porém uma grande parte refere desconhecer-la, absorvendo-a assim, informalmente, na prática diária.

O regimento interno da DE/HU é o mesmo da instituição, o HU possui um único regimento para todo o hospital.

O organograma foi elaborado em 1980, mas, por determinação do Governo Federal, foi realizado um "enxugamento" de chefia, o que resultou numa alteração em nível de enfermagem ambulatorial. A Diretoria de Enfermagem está subordinada apenas à Direção Geral, proporcionando igualdade entre as diretorias de Apoio Assistencial, Médica e Administrativa. Abaixo da Diretoria de Enfermagem encontram-se 02 Divisões com 16 Serviços e 02 Seções, nos quais 21 delas são funções gratificadas.

A direção geral reúne-se uma vez por semana com diretores e vices para discutirem os problemas gerais, tais como verbas, questões administrativas e as específicas, como de pessoal-remanejamento, sociais e psicossociais. Todas as solicitações feitas em nível de setores são resolvidas hierarquicamente, antes de serem levadas ao diretor. Os representantes das posições do órgão de enfermagem são selecionados através de eleição. Os eleitores são os servidores de

enfermagem, acadêmicos de enfermagem e enfermeiros-professores do Departamento de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde. A reformulação do estatuto eleitoral, no ano 1999, vigorará a partir do ano 2000.

A transmissão e o recebimento de informações pela equipe de enfermagem ocorrem de cinco formas: comunicação informal; ofício circular; memorando; reuniões entre chefia e diretorias. Além destas formas, descritas acima, há também a passagem de plantão, a comunicação feita através de prontuário, como histórico de enfermagem e evolução, e todas as outras informações a respeito do cliente contidas no prontuário, fundamentais no planejamento da assistência de enfermagem.

O planejamento é a determinação das ações de enfermagem, pela utilização de um método de trabalho, a fim de atender as necessidades da clientela. Na DE seguem-se os seguintes passos: objetivos, plano de ação, aprazamento e avaliação. É realizado a cada dois anos, o serviço de emergência elabora seu planejamento, sendo, posteriormente, encaminhado para a Divisão de Pacientes Externos (DPX), que, juntamente com a Divisão de Pacientes Internos (DPI) e DE, elaboraram o planejamento do órgão de enfermagem.

Em 24 de Setembro de 1997, atendendo a aspiração da categoria dos profissionais de enfermagem através do COREN-SC n.º 018/94 e homologada pela plenária do mesmo conselho através da portaria n.º 016/97, cria-se a Comissão de ética de Enfermagem - CEEn-HU. O CEEn, por ser um órgão representativo, atua nas questões éticas dos profissionais de enfermagem. Tem como finalidade atuar nas questões educativa, opinativa, consultiva, fiscalizadora e de assessoramento nas áreas de assistência, ensino, pesquisa e administração.

4.1.3 - Serviço de emergência

O Serviço de Emergência do HU está subordinado diretamente à Divisão de Pacientes Externos (DPX), possui uma chefia de enfermagem e uma chefia médica no Serviço e outra na Divisão.

O número de atendimentos nos plantões noturnos no mês de agosto/99 foi de 2.724 clientes, no mês de setembro/99 foi de 2.634 clientes, no mês de outubro/99 foi de 2.826 clientes, dando uma média diária/noturna de 90 clientes, entre adolescentes, adultos, idosos e triagem maternidade.

Estudos realizados no setor confirmam que aproximadamente 90% (noventa por cento) dos clientes atendidos não são casos de emergência e poderiam ser atendidos no nível ambulatorial na rede básica de saúde.

O número de funcionários da enfermagem que atuam no Serviço de Emergência noturna é de 24 funcionários, com diferentes níveis de formação: auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem e enfermeiros, distribuídos nos três plantões noturnos.

4.2 - Análise da demanda

De acordo com os estudos de Fialho e Santos (1997, p.25), "(...) análise da demanda é a definição do problema a ser analisado, a partir de uma negociação com os diversos atores sociais envolvidos".

Em Santos (1995, p. 22) "a demanda é o ponto de partida de toda análise ergonômica do trabalho. A análise permite compreender a natureza e a dimensão dos problemas apresentados, assim como elaborar um plano de intervenção para abordá-los."

Santos (1992, p. 22) afirma que "a demanda pode ter origem de pessoas ou grupos diversos da empresa." Acrescenta que esta poderá ter origem diretamente dos trabalhadores, das organizações sindicais ou da direção da empresa, ou ainda, do conjunto dos parceiros sociais.

No estudo em questão, a **origem da demanda** surgiu, fundamentalmente, do interesse do pesquisador em aplicar o método de análise ergonômica do trabalho numa situação real, bem como a relevância das interferências cotidianas quanto ao aspecto sofrimento e prazer acerca do trabalho noturno.

Partindo do pressuposto que as descrições bibliográficas determinam sofrimento no trabalho noturno, questiona-se, até que ponto o sofrimento apresenta-se de forma generalizada nas diversas áreas produtivas do trabalho noturno.

Assim sendo, a escolha do estudo junto aos profissionais de enfermagem também delineou-se baseada na não aceitação desses profissionais em trocar de turno de trabalho.

O estudo concentrou-se, predominantemente, nas questões ergonômicas antropocêntricas da organização do trabalho noturno, cujos recortes teóricos perpassam pelos aspectos organizacionais, pessoais e interpessoais, físicos e ambientais e sofrimento e prazer

relacionados ao trabalho da equipe de enfermagem, de forma a contribuir com a análise do estudo; pois o objetivo do estudo não é esgotar o assunto.

4.3 - Análise da tarefa

A análise da tarefa coincide com a análise das condições dentro das quais o trabalhador desenvolve suas atividades de trabalho.

Weerdmeester (1993) "(...) considera tarefa um conjunto de ações que uma pessoa [ou um coletivo de pessoas] realiza durante a jornada de trabalho." (p.114)

Para Iida (1990, p. 151), "uma tarefa pode ser definida como sendo um conjunto de ações humanas que torna possível um sistema atingir o seu objetivo. Ou, em outras palavras, é o que faz funcionar o sistema, para se atingir o objetivo pretendido."

Para desenvolver essa análise, deve-se delimitar o sistema **homem-tarefa** a ser analisado, descrever os elementos que compõem esse sistema (Fialho e Santos, 1997)

O sistema homem-tarefa, conforme Santos (1995, p. 51), "é um sistema rico, uma vez que as tarefas compreendem todas as condições técnicas de trabalho, as condições organizacionais físicas e ambientais".

Nesse aspecto, a **delimitação do sistema homem - tarefa** teve, no estudo, o Serviço de Enfermagem de Emergência Adulta do H.U. O Serviço tem como objetivo principal o atendimento de enfermagem ao cliente em situações de urgência e emergência. Possui 3 postos de trabalho que se inter-relacionam, dentro do sistema de enfermagem e com os demais sistemas (administrativo, médico, nutrição etc) do Serviço de Emergência e do hospital.

A **descrição do sistema homem-tarefa** é entendida por Santos (1995, p. 55) como sendo "a identificação das exigências do trabalho. Acrescenta, ainda, que a descrição tem como objetivos principais o de fornecer, ao analista, conhecimento aprofundado a respeito da tarefa a ser analisada e o de definir os diferentes componentes do sistema (materiais, organizacionais e ambientais)".

Compreendendo que as tarefas equivalem às condições técnicas de trabalho e às condições organizacionais e ambientais, as interferências organizacionais têm, como elemento fundamental de análise, as atividades desenvolvidas.

De acordo com os estudos de Santos (1995, p.108), "para compreender o comportamento do homem (sic) ao trabalho, é necessário considerar a atividade desenvolvida pelo trabalhador".

Além disso, considera-se pertinente que "o analista deve estudar e escrever as atividades pelo trabalhador no seu posto de trabalho, sendo que só interessa ao analista a(s) ação (es) exercidas pelo (s) trabalhador (es). (*Ibid.*, p.108)

4.3.1 - Organização estrutural

De maneira geral, no ambiente organizacional, segundo o que recomenda a bibliografia, o trabalho deve ser organizado aproveitando ao máximo os aspectos positivos, buscando reduzir ou eliminar as conseqüências negativas que não podem ser evitadas.

Conforme foi descrito anteriormente, o Serviço de Enfermagem da Emergência Adulta/noturno do HU está subordinado à Divisão de Pacientes Externos, que, por sua vez, está subordinada à Diretoria de Enfermagem, e esta, à Direção Geral. Possui uma enfermeira chefe do Serviço e três enfermeiras (assistenciais) que possuem a responsabilidade técnica pela equipe do seu turno.

No decorrer da pesquisa foram solicitadas as normas e rotinas técnicas (anexo 4) e administrativas do setor, com a finalidade de conhecer, analisar e observar a sua execução na prática. Foram fornecidas as mesmas pela chefia imediata.

A dinâmica da organização do trabalho da equipe de enfermagem é realizada obedecendo as escalas mensais de distribuições dos plantões e de distribuições de tarefas nos três postos de trabalho, ou seja, pronto atendimento, cirúrgica e repouso.

A escala de distribuição de plantões obedece os critérios legais do Regime Jurídico Único e as normas estabelecidas pelo hospital. Nos plantões noturnos, a equipe trabalha em esquemas de 12 horas trabalhadas por 60 horas de folga, isto é, trabalha uma noite e folga duas. Da mesma forma, cumprem 30 horas semanais.

A escala de distribuição de tarefas do setor é realizada uma vez por mês pelas enfermeiras assistenciais. Esta escala funciona em sistema de rodízio, onde cada um dos funcionários da equipe de enfermagem passa em cada posto de atendimento. O rodízio para distribuição das tarefas é realizado de acordo com cada grupo, que necessariamente faz com que todos passem pelos três postos de trabalho da seguinte forma: o funcionário começa pelo

repouso, logo após passa pelo pronto atendimento e, finalmente, pela sala de atendimento (salas cirúrgicas, de procedimentos, de medicação e de reanimação). Além deste rodízio por posto de trabalho, também são realizados rodízios de algumas atividades, como a revisão do carro de emergência (localizado na sala de preparo de medicação para o repouso). Cada posto de trabalho possui suas tarefas prescritas, no entanto, o funcionário é livre para executá-las, dentro do seu período de trabalho, atendendo a sua criatividade, o seu método de trabalho e o fluxo de atividades do dia.

As atividades para os enfermeiros, no período noturno, estão concentradas nos três postos. As tarefas prescritas para os enfermeiros estão direcionadas para as atividades técnicas mais complexas, a coordenação da assistência de enfermagem, a supervisão, apoio e desenvolvimento da equipe.

4.3.2 - As interferências organizacionais

Conforme já foi mencionado anteriormente, a Unidade de Emergência Adulta do HU tem como objetivo principal o atendimento ao cliente em situações de urgência e emergência. Assim, esta situação não reflete o que preconiza seu objetivo principal, segundo os seguintes relatos:

1 - "Não existe na emergência uma política uniforme de conduta e procedimentos entre os profissionais da área com relação ao paciente.

O paciente apresenta um TCE (trauma craniano encefálico), aí o "residente" atende e prescreve procedimentos ou encaminhamentos, posteriormente, ocorre alteração desse procedimento por outro profissional, colocando em risco a vida do paciente;

2 - Por conta da insuficiência do sistema de saúde no país, grande parte dos atendimentos de emergência são a (sic) nível ambulatorial, por isso, tudo torna-se um faz de conta, ou seja:

A saúde está falida, todos sabem, mas qual é o papel que vem a ser do profissional da saúde, sabendo que o atendimento é ambulatorial;

Ora, a conduta deveria ser em atender e encaminhar o cliente para o posto de saúde conveniente ao usuário, já que o atendimento é ambulatorial. Mas isso não ocorre, o que acontece é que o doente fica mais doente pela quantidade de medicação que lhe é prescrita."

Estas percepções evidenciam que 100% (cem por cento) dos servidores entrevistados confirmam que estas situações interferem no trabalho noturno, razão pela qual é necessário estar equilibrado emocionalmente. Vejamos o relato:

" Isso me mata lentamente "

Nesse sentido, retomamos os estudos de Dejours (1994), que designa o sofrimento quando ocorre a separação entre doença e saúde na relação homem e organização de trabalho. Ou seja, existe um espaço de liberdade que autoriza o modo operatório, isto é, uma invenção do trabalhador sobre a organização do trabalho para torná-lo mais congruente com o seu desejo. Ocorre que, no caso apresentado, os atendimentos ambulatoriais, que deveriam ser emergenciais, dado a precariedade do sistema de saúde pública e os encaminhamentos médicos, contribuem como um dos elementos para o estado de sofrimento dos profissionais de enfermagem na emergência.

O que é confirmado com o seguinte relato:

"Essas experiências, na emergência, contribuem para um estado de profunda desmotivação cotidiana, quando não, desencadeiam em desequilíbrios emocionais".

Para Dejours (1994), o sentimento de desprazer e tensão resulta em uma sobrecarga que acaba desencadeando perturbações psíquicas e patológicas. A energia pulsional que permanece retida diante de uma organização de trabalho [conturbada] conduz a um aumento da carga psíquica, conforme é descrito no referencial teórico.

Estruturalmente, o serviço de emergência do HU, embora esteja subordinado à Divisão de Pacientes Externos (DPX), possui uma sub-estrutura organizacional informal interna nos três postos de trabalho - pronto atendimento, cirúrgica, repouso, que interagem com o sistema de emergência e com as demais estruturas do hospital.

Observa-se que a divisão de tarefas determina a estrutura fragmentada da instituição, correspondendo à lógica da atual organização do trabalho, cujos princípios básicos estão centrados no desenvolvimento das atividades, supervisão, planejamento e controle de operários e técnicos.

Estas elaborações organizacionais comprovam o princípio básico do controle no trabalho, proposto por Taylor. Embora teoricamente esses controles estejam "superados"

como modelo organizacional na sociedade moderna, ainda observa-se a fragmentação e o controle do trabalho nos meios produtivos.

A força de trabalho dos profissionais de enfermagem desempenhada na emergência corresponde a 100% (cem por cento) de servidores federais, dentre os quais 56,2% (cinquenta e seis vírgula dois por cento) entendem que a Instituição respeita e cumpre todos os direitos trabalhistas previstos na legislação vigente. Sendo que 25% (vinte e cinco por cento) entendem que o HU investe em capacitação profissional; 87,2% (oitenta e sete vírgula dois por cento) consideram as relações hierárquicas não autoritárias.

Por outro lado, 37,5% (trinta e sete vírgula cinco por cento) afirmam a existência de diferença salarial, tendo em vista o tempo de serviço entre os vários profissionais, apesar de 50% (cinquenta por cento) dos entrevistados considerarem o salário percebido injusto, comparado às suas funções.

Observa-se, ainda, que 31,2% (trinta e um vírgula dois por cento) dos profissionais entrevistados, às vezes, investem em capacitação profissional.

Os dados apresentados evidenciam as elucidações tratadas anteriormente por Curado (1993) ao afirmar o "perfil generalista dos trabalhadores", quanto às condições estabelecidas pelo processo de trabalho dos países pobres, mais especificamente o caso brasileiro. Os métodos tradicionais de exploração da força do trabalho eliminam a possibilidade do crescimento profissional.

Localizada no andar térreo do HU, a emergência encontra-se no 1º bloco na entrada do hospital.

Internamente, possui 4 consultórios médicos, 1 sala de reanimação com duas macas, 1 sala cirúrgica com 1 maca, 1 sala de repouso com 7 macas, 1 sala de medicação com 7 cadeiras e 3 banquinhos, 9 a 14 macas nos corredores e 1 sala de espera.

O número de funcionários da enfermagem que atua no serviço de emergência noturno atualmente é de 24, sendo 3 enfermeiros, 10 técnicos e 11 auxiliares.

Segundo dados estatísticos do HU, a unidade atende em média 90 clientes/noite nas várias especialidades, que em sua maioria é de adultos e idosos.

Baseado no que é preconizado por Iida (1990), "as tarefas são as ações humanas que tornam um sistema a atingir o seu objetivo, ou seja, o que faz funcionar o sistema", o que

confirma que 62,5% (sessenta e dois vírgula cinco por cento) dos pesquisados entendem que as normas e rotinas inerentes ao trabalho da enfermagem facilitam o desempenho das atividades.

Sendo as atividades a manifestação latente do trabalho noturno, todos os procedimentos no plantão determinam a importância para a organização do trabalho. Cada funcionário, no início do plantão, já se desloca diretamente para o seu posto de trabalho, sendo o tempo bem aproveitado.

Vejamos as afirmações:

“A passagem do plantão é sempre confusa, mas logo normaliza.

Em cada plantão, todo o material é conferido, caso haja falta sem ser percebida, a responsabilidade é do funcionário que não conferiu.

A falta de material ou equipamento pode gerar deficiência no atendimento, tendo como consequência repressão verbal ou advertência.”

Cada plantão tem rotatividade interna de serviços, pois, de acordo com cada posto de trabalho, as pessoas se auto definem para trabalhar, sendo que a tendência é procurar o posto mais dinâmico para não se sentir cansado.

“O trabalho flui quando a equipe é boa e tem experiência.

Muitos profissionais do diurno não possuem pique para o noturno”.

A relevância do rodízio dos funcionários entre os três postos de trabalho reforça a teoria de que, nesta área produtiva, esse fator contribui para com a diminuição do *stress*, ocasionado pelas condicionantes estressantes desses postos, tal como é expressado pelo funcionário da unidade, conforme o seguinte relato:

“Não suporto o posto de trabalho “Repouso”, o tempo não passa e as atividades são monótonas.”

A equipe de trabalho dos profissionais de enfermagem no turno noturno constitui os agentes de atendimento imediato, após contato do cliente com a recepção e encaminhamento ao consultório médico.

A equipe de trabalho é composta por homens e mulheres com idade entre 31 a 50 anos. No quadro número dois (02), observa-se que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, correspondendo a 66% (sessenta e seis por cento) do quadro de pessoal do turno noturno na unidade de emergência.

Os dados apresentados comprovam os estudos de Machado (1995), que 85% (oitenta e cinco por cento) do pessoal de enfermagem são constituídos por mulheres, situação que comprova a desvalorização destas profissionais, tendo em vista os baixos salários.

As observações efetuadas na unidade de emergência evidenciam que, embora o pessoal de enfermagem constitui-se predominantemente, em sua maioria, da força de trabalho feminina, a presença da força de trabalho masculina é eminentemente necessária, dado o desenvolvimento das atividades na emergência. O transporte de clientes, empurrando macas e cadeiras de rodas para outros setores do hospital, exige força física, em alguns casos, além das suas capacidades. O transporte de clientes de ambulâncias para macas, de cadeiras para macas, o auxílio ao cliente na deambulação, sentar-se ou levantar-se de cadeiras ou de macas são, também, atividades rotineiras que devem ser executadas pela equipe; o que é expressado pela chefia imediata:

“A divisão de trabalho nos postos de trabalho, na emergência, necessita também da divisão sexual das atividades, pois algumas atividades demandam força física, tais como transferência de clientes, de maca para maca, maca para ambulância, cadeira para banheiro, assim, eu procuro dividir o máximo os homens entre os 3 postos de trabalho.”

Outro fator que determina a importância da distribuição do pessoal de enfermagem é a adaptação e as preferências por determinadas atividades na emergência, que normalmente perpassam entre todos, assim, a maioria dos servidores caracterizam algumas atividades como estressantes, é o caso do posto de serviço “repouso” e, em menor proporção, a cirúrgica. As atividades, nesses postos, requerem contato permanente com os clientes, dado as suas condições de convalescência. Vejamos o relato entre chefia e servidor:

“Hoje eu preciso rever a escala..., está faltando um servidor, então, só não me coloca no repouso”.

Não agüento aquilo, aturar aqueles velhos esclerosados, chatos e impertinentes”.

Observa-se que o relato descrito, na verdade, não expressa a repulsa ao cliente, seja ele velho “impertinente” ou jovem “mimado”. O que caracteriza a repulsa é o aspecto negativo da estrutura deficitária de internação e a falta de leitos, pois esta situação transforma o posto de trabalho – “repouso” em uma unidade de atendimento permanente. Os clientes fixados no posto “repouso”, a priori, deveriam estar em situação de passagem, ou seja, passariam pelo

pronto atendimento e seriam deslocados para as unidades afins em 24h. Isso não acontece, e o atendimento que deveria ser provisório se transforma em permanente, sobrecarregando a unidade.

Leia-se o seguinte relato:

"Quando o paciente está sem cama, e fica no corredor, eu fico sem reação. Eu me vejo nesta situação como se fosse alguém muito próximo."

Assim sendo, a negação pelo posto de trabalho, embora transpareça ser sobre a figura do cliente, está basicamente na estrutura e na complexidade dos casos apresentados, aliado principalmente aos idosos com alto grau de dependência.

Esta situação é contrária às características dos profissionais de enfermagem que atuam neste posto, pois, segundo resultado da análise dos dados, observa-se que esses profissionais preferem trabalhar em ambientes onde as atividades são rotativas, por exemplo, emergência geral, pronto atendimento e centro cirúrgico, já que esta não é uma característica do posto "repouso".

Analicamente, entende-se que, nesse aspecto, as interferências estruturais e organizacionais estabelecem sentimento de sofrimento. Apesar das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem demandarem complexidade e contrariedade em sua execução, todos os profissionais, de cada plantão, são sujeitos que interagem com o processo do "cuidar", baseado no princípio do atendimento ao cliente.

A evidência desse fato se confunde com aquilo que é descrito na literatura. Apesar da prática em saúde ser um processo difundido ao longo dos séculos, a assistência ao doente praticada pelo profissional de enfermagem, na atualidade, assume um caráter de humanitarismo e bondade.

Esta classificação não corresponde àquela denominada no século passado, onde a enfermagem incorporava os dogmas religiosos. Nem tão pouco, conforme descreve Machado (1995), pela forte conotação religiosa movida por mulheres caridosas.

A questão vai além desta interpretação, pois, mesmo que as mulheres tenham conquistado todos os espaços sociais na sociedade moderna, são ainda inferiorizadas ideologicamente pela estrutura do patriarcado, aliada à disciplina do novo hospital, que

estabeleceu como pano de fundo a relação de poder do médico sobre o pessoal de enfermagem e outras categorias profissionais.

Parece que o profissional de enfermagem está subutilizado em suas funções, dando a falsa idéia, ainda que ele seja parte integrante da esfera institucional, mantida pela administração no interior do hospital. Esta tendência é verificada à medida em que 56,2% (cinquenta e seis vírgula dois por cento) dos pesquisados entendem que uma das mudanças capazes de transformar o trabalho em uma atividade prazerosa é estabelecer a organização e os encaminhamentos de rotinas em tempo hábil por parte dos médicos.

Esclarecemos que, embora não seja preocupação do estudo discutir a relação de trabalho entre médicos e enfermeiros, acredita-se que a sobreposição de poder entre esses profissionais vai além da questão de ser profissional homem ou mulher, até porque grande parte dos profissionais de medicina são mulheres.

Sobre esse aspecto retoma-se o que Dejours (1999) determina em seus estudos, que as sutilezas engendradas pela moderna organização do trabalho, tais como, enxugamento da máquina administrativa, diminuição do quadro de pessoas, diminuição de recursos e outros elementos de pressão, impõem o constrangimento e uma execução do trabalho que, conseqüentemente, cria obstáculos à sua qualificação. Assim, a insatisfação é um agravante e um risco para a sobrevivência do homem no trabalho.

Retoma-se ainda as afirmações de Bravermann (1977), onde o trabalho torna-se cada vez mais subdividido em operações mínimas que exigem cada vez menos instrução e aumento do adestramento, dispensando o cérebro e alienando a população trabalhadora.

Esta nova tendência da divisão do trabalho proporcionou a "sujeição do corpo", o que, para Dejours (1987), aparece como vítima do sistema, disciplinado e dócil.

No comportamento do mercado, o mundo do trabalho precisa se ajustar, é o que Dejours (1999) chama de "guerra econômica", estando em jogo a sobrevivência, a submissão à disciplina e a abnegação.

O trabalhador compartilha o seu próprio sofrimento, pois é impossibilitado de subverter o que está constituído no âmbito do trabalho. Por necessidade, acaba submetendo-se às regras impostas pela organização do trabalho. Assim, segundo o mesmo autor, é a "conduta humana"

que proporciona a adequação, impondo às pessoas a ordem e instituindo uma situação penosa no processo produtivo dentro da organização.

As referências que foram feitas até agora, apesar de estabelecerem normas e regras estruturais no âmbito da organização do trabalho, evidenciam que o posicionamento coletivo dos profissionais de enfermagem aponta expectativas de mudanças capazes de proporcionarem diferenciais positivos no trabalho. Acreditam que possa haver mudanças na organização do trabalho noturno capazes de mudar o estado de insatisfação. Acreditam, ainda, que o trabalho poderá ser um ato prazeroso à medida em que o salário corresponda ao suprimento das necessidades inerentes ao homem. Além do aspecto organizacional no âmbito das atividades, concordam que a triagem (em nível emergencial) no atendimento ao cliente proporcionaria tranquilidade para o desenvolvimento de suas atividades, pois 85,5% (oitenta e cinco vírgula cinco por cento) dos servidores pesquisados são responsabilizados pelo desempenho, execução, qualidade e bom resultado do seu trabalho.

4.3.3 - Estrutura física

Segundo Santos (1995, p. 61), "por meio ambiente de trabalho entende-se tudo o que está relacionado às condições físicas, químicas e biológicas ambientais, que podem exercer sobre os trabalhadores condicionantes sobre suas atividades de trabalho."

O serviço de emergência do HU localiza-se no andar térreo, conforme planta física, (anexo 5). De acordo com o Ministério da Saúde (1987, p. 90), "a emergência deve estar localizada em pavimento térreo, com ampla entrada, independente e coberta, com via de acesso sinalizada e espaço suficiente para livre circulação de ambulância. Deve possuir, também, fácil acesso a serviços complementares de diagnóstico e tratamento. No entanto, deve estar o mais afastada possível do ambulatório, tendo em vista as características e as condições trazidas para a unidade de emergência".

Deve ter, ainda, facilidade de ligação aos centros cirúrgico e obstétrico. A sala de registro (recepção) deve estar localizada junto à entrada da unidade, permitindo a admissão adequada dos pacientes e o controle indispensável de sua movimentação, podendo, inclusive, restar informações ao público. O posto de enfermagem deve ser localizado próximo às salas de repouso e hidratação. (Ministério da Saúde, 1978, p.65)

O quadro, a seguir, mostra a comparação dos elementos da área existente no setor com o preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quadro n.º 01: Comparação dos padrões dos elementos da área física estabelecida pelo Ministério da Saúde com a do Setor de Emergência do HU.

ELEMENTOS	QUANTIDADE	QUANTIDADE
	PRECONIZADA ATÉ 150 LEITOS	EXISTENTE NA EMERG. DO H.U
01. Almojarifado	-	-
02. Plantão médico feminino	8	1
03. WC médico feminino	3	1
04. WC médico masculino	3	1
05. Plantão médico masculino	8	1
06. Sala de estar médica	8	1
07. Chefia médica	8	1
08. Chefia de enfermagem	-	1
10. Copa	4	1
11. Rouparia	8	1
12. Quadro de eletricidade	-	-
13. Consultório médico	12	7
14. Consultório médico	12	-
15. Consultório médico	12	-
16. Sala de admissão	12	1
17. Sala de espera de adultos	36	2
18. WC feminino	4	1
19. WC masculino	4	1
20. Sala do Serviço Social	-	-
21. Sala de macas (PA)	-	-
22. Sala de preparo de medicação (PA)	-	3
23. WC – funcionários	3	2
24. Elevador (em construção)	-	-
25. Sala de estar da enfermagem	-	1
26. Repouso	18	1
27. Posto de enfermagem	4	-
28. Expurgo	4	1
29. WC – clientes	2	4
31. Sala de preparo de medicação(repouso)	-	1
32. Sala de cirurgia asséptica	16	1
33. Sala de RX (desativada)	-	-
34. Câmara escura	4	-
35. Sala cirúrgica séptica	18	-
36. Sala de procedimentos	18	1
37. Consultório cirúrgico	-	-
38. WC clientes	3	-
39. Sala de administração de medicamentos	-	2
40. Sala de reanimação cárdio-respiratória	24	1

Fonte: Quadro adaptado pelo autor a partir dos dados preconizados pelo Ministério da Saúde,(1978).

Todas as salas possuem iluminação artificial com lâmpadas fluorescentes e, segundo a equipe, quando queima alguma lâmpada, a reposição é quase imediata. Algumas salas possuem pequenas janelas, mas, mesmo assim, sendo necessário complementar a iluminação com luz artificial nos períodos diurnos.

O ruído no setor não é constante. As exigências sonoras do setor estão relacionadas aos tumultos provocados pelo fluxo de clientes, em várias situações, em crises de histeria, com gritos agonizantes de dor e/ou sofrimento, gementes.

Nem todas as salas e alguns banheiros possuem janelas, e as existentes não têm abertura suficiente para permitir uma boa ventilação. São localizadas a mais ou menos dois (02) metros do piso, com aproximadamente 60 cm de altura.

O ambiente térmico, na maioria das salas e corredor, é controlado através de ar condicionado. Algumas salas possuem ar condicionado individual (sala de cirurgia, sala de reanimação e repouso), outras não são refrigeradas e nem ventiladas (consultórios, salas de procedimentos, chefias, rouparia, expurgo, copa, sala de preparo de medicamentos). O corredor é refrigerado com ar condicionado central (quando está funcionando).

Os odores mais freqüentes no setor são os de fezes, urina, vômitos, secreções, soluções anti-sépticas e soluções desinfetantes. Tendo em vista a dificuldade de circulação de ar, estes odores permanecem no ambiente por longos períodos, além do normal. É freqüente o atendimento de clientes com doenças infecto-contagiosas ou com feridas altamente infectadas.

4.3.4 - Recursos humanos

Quanto aos recursos humanos da enfermagem no plantão noturno, o número total de funcionários é de 24 profissionais. O horário de atendimento é das 19:00 às 7:00 h.

Atualmente, o setor de emergência conta com uma equipe de enfermagem assim distribuída: - Enfermeiro - 03; - Técnico de Enf. - 10; - Auxiliar de Enf. - 11, totalizando 24 profissionais de enfermagem distribuídos em 3 plantões noturnos.

A equipe de trabalho é composta por homens e mulheres com idade entre 31 a 50 anos. O quadro número dois (02) apresenta a distribuição do pessoal de enfermagem do setor, por sexo e por faixa etária, sendo que a maioria dos profissionais é do sexo feminino, ou seja, 66% (sessenta e seis por cento).

Quadro n.º 02 - Distribuição do pessoal de enfermagem do setor, por faixa etária e por sexo.

FAIXA ETÁRIA	QUANTIDADE DE FUNCIONÁRIOS POR SEXO	
	MASCULINO	FEMININO
31 - 35	02	02
36 - 40	01	04
41 - 45	--	04
46 - 50	01	02
TOTAL	04 (25%)	12 (75%)

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir da coleta de dados.

Obs.: Os números que se encontram entre parênteses correspondem ao número do percentual de pessoal existente na Unidade que devolveu o questionário devidamente preenchido.

Outro aspecto analisado foi com referência às faltas por licença de saúde. Na maioria dos casos, os funcionários apresentam os atestados médico à chefia do setor, no entanto, em algumas situações, a falta é negociada verbalmente com a chefia, o que dificulta a análise exata sobre o assunto.

Quadro n.º 03.: Quadro demonstrativo do número de atestados médicos apresentados pelos funcionários do setor e dos dias abonados, nos meses de Agosto a Outubro de 1999.

MESES	N.º ATESTADOS	DIAS ABONADOS
AGOSTO	03	14
SETEMBRO	02	16
OUTUBRO	02	05
TOTAL	07 (43,75%)	35 (38,8%)

Fonte: Elaborado pelo autor, a partir dos dados do setor de pessoal do HU.

Observa-se, no quadro número três (03), que o número de licenças de saúde no trimestre corresponde a 43,7% (quarenta e três vírgula sete por cento) da população pesquisada, é significativo à medida em que, do total de dias trabalhados, corresponde a 39,9% (trinta e nove vírgula nove por cento) no trimestre.

Como foi visto anteriormente, a carga horária de trabalho exercida pela equipe de enfermagem é de 30 horas semanais. Estudos sobre a carga horária da enfermagem apontam esta jornada de trabalho como ideal. No entanto, os baixos salários oferecidos pelo mercado de trabalho levam o profissional a ter mais que um emprego. Dos 16 funcionários do setor, 62,2% (sessenta e dois vírgula dois por cento) trabalham noutro emprego, a maioria na área da enfermagem.

Os treinamentos são realizados por ocasião da admissão ou por necessidade do trabalho. Normalmente são solicitados pela chefia do setor e coordenados pela Educação em Serviço. Na maioria dos treinamentos realizados, o enfoque foi direcionado para o aperfeiçoamento e atualização técnico-científicos.

4.3.5 - Recursos materiais

Todo o material semi permanente do serviço de emergência é rigorosamente controlado pela equipe de enfermagem. O controle do material semi-permanente é realizado nos três turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno). No início e no final de cada turno são anotados, nos livros de registros das salas de cirurgias e de reanimação, o nome de cada material utilizado, a quantidade e o turno em que foi utilizado o material.

Observa-se que a conservação dos materiais permanentes e semi-permanentes deixa a desejar, pois alguns materiais estão danificados. Segundo informações dos funcionários do setor, isto ocorre pela alta rotatividade de utilização, mas, sempre que é comunicado ao Centro de Material e Esterilização (CME), o material é trocado com eficiência. O prazo de validade da esterilização de todos os materiais semi-permanentes obedece à data da etiqueta encaminhada pelo CME.

O fornecimento do material de consumo é garantido pelo CME e pelo almoxarifado, onde, após detectada a falta pela equipe de enfermagem, o material é solicitado ao escriturário que providencia a reposição imediata. Os materiais de consumo, de rotina, são requisitados duas vezes por semana, no período da manhã, pelo escriturário. A requisição para o pedido é padronizada e nela contém a lista de todo o material que é utilizado pelo setor. Quando há necessidade de reposição de material fora do dia e horário estabelecidos, este é solicitado pelo escriturário, a pedido da enfermeira.

O pedido de medicamentos para os clientes em observação e internados na emergência é feito individualmente, encaminhado pelo escriturário, às 11:00h da manhã, para a farmácia. Às 13:00h. o escriturário vai à farmácia buscar os medicamentos solicitados. A reposição do estoque de medicamentos das salas cirúrgicas, reanimação, sala de preparo e repouso é feita às 19:00h pela farmácia.

A guarda do material nas salas cirúrgicas, é realizada em prateleiras abertas, onde permanece acondicionado, ficando exposto à umidade e ao pó.

O controle da limpeza e desinfecção dos materiais é realizado pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH). Após a utilização dos materiais semi-permanentes nas salas de cirurgias, de procedimentos e de reanimação, estes são enxaguados e deixados em uma solução de água e sabão. Ao final de cada turno são secos, agrupados e encaminhados para esterilização. Materiais como as escarradeiras, comadres, papagaios, cuba rim, são lavados com água e sabão e logo após são reutilizados novamente.

Os materiais utilizados para a realização de nebulizações, após o seu uso, são lavados com água e, posteriormente, são colocados em solução de ácido acético a 0,2% (dois por cento), sendo que nas mangueiras é injetada, com seringa, a própria solução para maior eficácia da desinfecção. Ao final do turno ou quando nota-se que há falta, o material que estava em solução é seco e as mangueiras recebem ar comprimido para retirar o excesso de solução.

Através de um acompanhamento direto desta atividade, observou-se que os funcionários estão bem conscientes da importância de uma boa limpeza e desinfecção dos materiais, isto é manifestado através do cuidado com esta rotina.

4.3.6 - As interferências físico ambientais

As principais exigências ambientais encontradas que podem afetar o organismo humano são: ambiente fechado, fortes odores, ambiente insalubre (doenças infecto-contagiosas). Para tanto, considera-se o meio ambiente de trabalho como um dos principais fatores de queixas por parte dos funcionários da enfermagem. A seguir destaca-se as preocupações mais relevantes que foram apontadas pelos profissionais.

Os funcionários referem que as salas de serviços são bastante pequenas, dificultam a organização do trabalho e a mobilização de mais de uma pessoa na sala. A redução e adequação dos espaços físicos na unidade de emergência do HU, apresentam grandes dificuldades para o desenvolvimento das atividades. Os arranjos físicos efetuados na reforma da unidade de emergência no ano 1998, com exceção da criação de uma sala de isolamento, não contribuíram na visão dos profissionais de enfermagem, para com a melhora das demais instalações físicas. O espaço entre a sala de preparação de medicação do pronto atendimento e o *hall* após a porta de entrada, propiciou o empilhamento de macas, a sala de soro do pronto atendimento concentra 9 cadeiras perfiladas lateralmente, diminuindo o espaço de circulação de clientes e profissionais, vejamos o que expressa um profissional:

"É difícil trabalhar nesta sala, normalmente ela está sempre cheia. Aqui concentra-se vários clientes e com os mais variados sintomas".

Os riscos de contaminação, principalmente por seringas é bem maior, já que segundo determinação do Ministério da Saúde as agulhas, não poderão serem recapadas a fim de evitar acidentes após o seu uso. É preciso considerar que este manejo aumenta as possibilidades de contaminação pelo profissional, principalmente, ao percorrer o trajeto para recolhimento do material usado, pois, é normal o atendimento de clientes descompensados ou confusos.

A falta de janelas que permita a visualização para a rua é também uma das queixas relacionadas com a planta física, pois, os funcionários permanecem no setor durante todo o horário do plantão sem ter contato algum com o ambiente externo. O depoimento a seguir expressa a sua percepção:

" Aqui, dia vira noite e noite vira dia.

A emergência é muito pequena para atender tanta gente, têm dias que as pessoas ficam se esbarrando, aqui dentro é uma loucura.

Não aprenderam que construir hospital, não basta apenas engenheiros e arquitetos, é preciso acabar com isso e consultar o enfermeiro também.

Os ambientes aqui, são extremamente insalubres, faltam espaços adequados, ventilação e janelas.

No inverno, eu nem preciso de roupa quente, isto aqui já é um forno, e no verão, eu fico desaguado de tanto calor."

A falta de ventilação natural em todas as salas para a renovação do ar é uma preocupação quase unânime dos funcionários do setor. As poucas janelas existentes não possuem abertura suficiente para garantir uma ventilação adequada. Esta situação foi revelada com as seguintes afirmações:

"Estas salas sem janelas são um perigo, se fica um paciente com doença respiratória, tuberculose, por exemplo, o ambiente fica todo contaminado, não tem o que fazer. A ventilação é horrível, é muito quente aqui dentro."

Os banheiros, após a reforma, transformaram-se quando se usa o chuveiro, uma sauna, quando se usa o bacio, uma fossa sem cano de respiro."

"Não existe nenhuma ventilação."

Normalmente, ocorrem tumultos provocados pelo aumento do fluxo de pessoas falando alto e ao mesmo tempo, tais como: alunos, professores, clientes, acompanhantes, funcionários.

No entanto, além destes, os ruídos que mais ocorrem são os provocados por carrinhos, macas, cadeiras de rodas, carrinhos de *hamper* e telefone tocando freqüentemente. Afirmaram:

"O barulho é terrível, aumenta mais ainda quando o fluxo de cliente é grande, não dá para agüentar tanta gente falando ao mesmo tempo."

Em geral, os funcionários não se queixam da maioria dos odores, dizem que já estão acostumados, só se despertam para o fato quando o odor é muito intenso ou muito persistente.

Observa-se que esta reação, para estes profissionais, a princípio, é normal, pois, à medida em que o trabalhador assimila inconscientemente os malefícios do trabalho, não se dá conta da degeneração do seu próprio organismo. Aspectos poluentes em outras áreas produtivas têm demonstrado, através da literatura, que o uso adequado dos equipamentos de segurança tem minimizado os riscos com a saúde do trabalhador.

No que concerne às preocupações dos profissionais de enfermagem, percebe-se que o que caracteriza os fatores prejudiciais e de riscos à saúde são, além do contágio das mais variadas infecções (Aids, Tuberculose etc.), o próprio turno noturno.

Entende-se, que apesar de Dumond *apud* Ferreira (1987) considerarem o índice de trabalhador noturno em países em via de desenvolvimento muito pequeno, é prática comum das organizações e omissão da legislação do trabalho em não fiscalizar o que preconiza as exigências para o desenvolvimento do trabalho.

Ainda em Rutenfranz *apud* Fischer (1980), o turno noturno tem contribuído para os efeitos penosos e patológicos do trabalho. É comum doenças de distúrbios mentais, distúrbios digestivos e distúrbios coronarianos. Portanto, embora os profissionais de enfermagem neguem, num primeiro momento, as conseqüências do trabalho noturno por períodos prolongados de trabalho (de 10 a 20 anos), confirma o que Volpato (1992) assinala, ou seja, além do ser humano estabelecer a relação do seu limite físico pela reflexão, ele consegue responder suas reações biologicamente. O corpo humano responde fisiologicamente à disfunção orgânica provocada pela mudança, principalmente do estado de vigília pelo repouso.

Assim, observa-se que 18,7% (dezoito vírgula sete por cento) definem o seu estado físico, após um plantão, estressado e sem estímulo, 31,2% (trinta e um vírgula dois por cento) satisfeitos mas com muita vontade de dormir. Admitem, ainda, uma grande preocupação com relação ao ambiente fechado, o que foi constatado através do seguinte depoimento:

"Quando entra um doente com abscesso ou gangrena no consultório, fica um cheiro tão forte que não dá para agüentar. A gente pede para a serviçal

colocar ácido acético ou desinfetante, o consultório fica aberto um tempo sem atendimento e só depois é que se pode entrar".

A principal preocupação dos funcionários é com relação ao ambiente fechado, principalmente quando recebem clientes com suspeitas de doenças infecto-contagiosas, como a tuberculose.

Assim sendo, conclui-se que 87,4% (oitenta e sete vírgula quatro por cento) consideram que as instalações físicas, materiais e os equipamentos do local de trabalho são insuficientes para o bom andamento das atividades de enfermagem de acordo com a demanda atendida. Outros 68,7% (sessenta e oito vírgula sete por cento) entendem que o perigo e a pressão do ambiente de trabalho são desfavoráveis às atividades da enfermagem.

4.4 - Análise da atividade

4.4.1 - As interferências pessoais e interpessoais

O trabalho exercido pela equipe de enfermagem exige muito de sua capacidade física. Todas as atividades realizadas exigem que o profissional permaneça de pé, em posição estática ou caminhando rapidamente pelas várias dependências do setor. As posturas curvadas sobre o cliente para a execução de procedimentos são uma exigência constante. O transporte de clientes, empurrando macas e cadeiras de rodas para outros setores do hospital, exige força física, em alguns casos, além das suas capacidades, que, conforme Weerdmeeste (1993, p.17), "posturas ou movimentos inadequados produzem tensões mecânicas nos músculos, ligamentos e articulações, resultando em dores no pescoço, costas, ombros, punhos e outras partes do sistema músculo-esquelético .

Isto é importante saber para melhorar as atividades nos postos de trabalho, pois envolvem posturas e movimentos usuais diários.

Em geral, o trabalho exercido pelo profissional de enfermagem exige que ele desenvolva, além de um bom desempenho nos movimentos físicos, capacidade de percepção **sensória-motora**, conforme é relatado:

"No trabalho noturno, em ambientes de emergência, o profissional não pode fechar os olhos.

Não existe pressão ou controle de produtividade, as atividades dos profissionais de enfermagem exigem movimentos rápidos e raciocínio cognitivo imediato.

"Tudo precisa ser muito rápido"

No setor de emergência, esta exigência é um dos fatores que determina a eficácia do atendimento, comprovando que 87,5% dos pesquisados entendem que as mudanças no ritmo circadiano (ciclo biológico de vigília e repouso) não interferem na conduta do profissional de enfermagem ao atender o cliente.

Observa-se que o profissional de enfermagem está constantemente atento a tudo o que se passa a sua volta, para que possa agir com rapidez, evitando riscos ao cliente.

Outro fator importante são as **exigências mentais** do trabalhador da enfermagem em situações de emergência, na verdade, o ponto alto para uma ação imediata e eficaz. Além do conhecimento atualizado das normas e rotinas do setor, o profissional deve estar constantemente atualizado sobre os sinais e sintomas de todas as possíveis situações de urgência e emergência, as necessidades básicas do cliente, que estão afetadas, e as respectivas alternativas de assistência de enfermagem que poderão ser oferecidas.

O produto do trabalho dos profissionais de enfermagem está no "cuidar" do outro, ou seja, melhora ou piora (até o óbito), levando-nos a refletir que, embora tais profissionais não entendam que as exigências motoras, físicas e mentais não interfiram nos aspectos pessoais (ritmos circadianos), o sofrimento assume um caráter subjetivo, segundo é teorizado por Dejours (1999). Na verdade, o que existe é que, para esses trabalhadores, as vantagens e benefícios estão acima dos malefícios do trabalho sobre a saúde desses profissionais, basta saber que, apesar do índice de atestados apresentados seja pouco significativo no contexto geral, 68,7% concordam que as questões subjetivas (a dor, o medo, a angústia) são advindas da organização do trabalho e do domínio do sofrimento e 62,5% consideram a jornada de trabalho estressante.

Outra questão que não deve ser esquecida são os conhecimentos relacionados aos aspectos psicossociais (cultural e sócio-econômico) e psico-espirituais (valores e crenças).

Embora manifestem verbalmente conformismo, 50% (cinquenta por cento) dos pesquisados responderam que uma das principais causas de insatisfação no trabalho noturno são estas perdas, tais como: festas e contatos sociais permanentes

Como foi descrito anteriormente, as funções da enfermagem de emergência são independentes, interdependentes e de colaboração, e todos devem conhecer as limitações éticas e legais das suas atribuições e conservar-se dentro delas procurando desenvolver um trabalho

de equipe com harmonia, solidariedade e competência, o que evidencia que 50% (cinquenta por cento) dos profissionais pesquisados consideram as relações com os colegas de trabalho boas. Afirmado ainda que 68,7% (sessenta e oito vírgula sete por cento) confirmam que existe entre o grupo momentos de confraternização entre os profissionais no ambiente de trabalho.

Em datas comemorativas do ano, são realizadas festas para todos os funcionários da equipe de trabalho da unidade. A participação nas festas é geral, poucos faltam, e os que estão de plantão lamentam por não poderem participar. É difícil o encontro com todo o grupo, já que sempre tem um grupo de plantão.

Todos os funcionários, a princípio, por ocasião do seu aniversário, levam torta para comemorar. Os demais funcionários arrecadam o dinheiro para a compra de um presente.

Outro momento de confraternização é aquele que se dá diariamente, quando o grupo toma café. Esse é um momento social, que é organizado de acordo com a dinâmica de cada equipe de plantão, sendo o habitual a compra do lanche por um colega ou a divisão das despesas entre toda a equipe. O grupo normalmente se auto organiza internamente, sendo subdividido em pequenos grupos de 2 ou de três colegas, enquanto o restante aguarda.

Além desse momento, observa-se que, nos períodos em que há uma parada no fluxo de clientes que procuram o setor, é comum os funcionários reunirem-se para conversas informais a fim de passar o tempo. É importante salientar que, nos períodos de menor fluxo de cliente, os profissionais de enfermagem confirmam, através de seu discurso e ações, a partir da ausência de atividade no seu trabalho, o "vazio existencial", conforme é denominado por Curado (1993).

Sobre esse aspecto, observou-se que os profissionais de enfermagem, apesar de entenderem que os períodos de menor fluxo de cliente contribuem para maior relação social entre a equipe através de conversas informais, não conseguem bloquear o pensamento com relação ao seu trabalho.

Esta situação sustenta o que Dejours (1992) discute teoricamente, ou seja, os trabalhadores lutam contra a atividade de pensar, descontrair e relaxar espontaneamente, porque esta ação tende a desorganizar a sua atividade e ocasionar erro, e isto é o que Dejours chama de "estratégias defensivas". O trabalhador impõe a si próprio um ritmo freqüente de trabalho em todas as atividades, por não conseguir dissociar trabalho e "lazer". Sua construção

mental está condicionada a ocupar o que Curado (1993) chama de "espaços vazios", isto é, a ausência de trabalho implica em um "espaço existencial" levando o tédio e o desinteresse sobre outras coisas, tais como: leituras e relaxamento individual.

De acordo com o que foi comentado anteriormente, cada funcionário, no início do plantão, já se desloca diretamente para o seu posto de trabalho, o que comprova entre os pesquisados que 50% (cinquenta por cento) acreditam que o desenvolvimento do trabalho com liberdade é uma das causas de prazer no desenvolvimento das atividades. Outros 93,7% (noventa e três vírgula sete por cento) acreditam também que o profissional de enfermagem pode possibilitar momentos de felicidade e satisfação no trabalho noturno.

De maneira geral, os locais de trabalho são distribuídos em escalas, deixando o funcionário livre para organizar e distribuir as atividades no período do plantão. As chefias programam reuniões periódicas para resolver problemas, levantar sugestões, divulgar informações, esclarecer dúvidas e tomar decisões conjuntas.

Observa-se que a atitude ético-profissional da equipe de enfermagem do setor é de maneira geral, de respeito, solidariedade, competência e responsabilidade.

Normalmente os profissionais de enfermagem realizam o trabalho em conjunto com a equipe multidisciplinar, respeitando as atribuições de cada um.

Constata-se que existe um clima de união, respeito e solidariedade entre todas as pessoas que trabalham no setor, sem discriminação do nível de formação, categoria profissional e hierarquia.

Os profissionais conhecem as normas estabelecidas pela profissão e procuram aplicá-las na prática.

Fazendo uma análise da distribuição das atividades, constata-se a importância que a escala de trabalho representa para que haja uma organização, direta para o seu posto de trabalho, sendo assim, o tempo é bem aproveitado, o trabalho organizado e o nível de satisfação dos funcionários é maior. Além disso, o rodízio dos funcionários entre os diversos postos de trabalho, torna-se um fator de diminuição do *stress*, ocasionado pelas fortes condicionantes estressoras de alguns destes postos.

De acordo com a Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, somente poderá exercer a enfermagem, no território nacional, o enfermeiro, o

técnico de enfermagem e o auxiliar de enfermagem. Os atendentes de enfermagem que já estavam trabalhando até a data de publicação da referida Lei poderão exercer a enfermagem até a sua aposentadoria, desde que supervisionados pelo enfermeiro.

Como foi visto anteriormente, a carga horária de trabalho exercida pela equipe de enfermagem é de 30 horas semanais. Estudos sobre a carga horária da enfermagem apontam esta jornada de trabalho como ideal. No entanto, os baixos salários oferecidos pelo mercado de trabalho levam o profissional a ter mais que um emprego. Dos 16 funcionários do setor, 62,5% (sessenta e dois vírgula cinco por cento) trabalham noutro emprego, a maioria na área da enfermagem, o mesmo percentual acredita que o ambiente seguro e confortável faz parte da qualidade de vida no trabalho, do mesmo modo, 50% (cinquenta por cento) entendem que são melhores condições de trabalho e melhores salários.

Da mesma forma, 31,2% (trinta e um vírgula dois por cento) definem-se satisfeitos, após um plantão noturno, embora 62,5% (sessenta e dois vírgula cinco por cento) considerem a jornada de trabalho estressante.

Os treinamentos são realizados por ocasião da admissão ou por necessidade do trabalho. Normalmente são solicitados pela chefia do setor e coordenados pela educação em serviço. Na maioria dos treinamentos realizados, o enfoque é direcionado para o aperfeiçoamento e atualização técnico-científico e interrelação de grupo.

4.4.2 - Análise do Sofrimento e Prazer

A construção do alicerce do pensamento acerca do significado de sofrimento e felicidade na sociedade pós moderna está também no modo como é organizado o trabalho.

A contrariedade de ambos significados é intensificada à medida em que o processo de desenvolvimento produtivo nas sociedades determina as formas de reorganização do trabalho.

A relação sujeito/trabalho estabelece um diferencial entre satisfação e sofrimento, ao qual se tem na imagem do trabalho o que ele poderia ter de bom.

Contrário à plenitude do bem estar do trabalhador, a partir de sua força de trabalho cujo resultado é alteração do estado natural dos materiais para melhorar sua utilidade e

satisfazer suas necessidades, o trabalho, ao longo de seu desenvolvimento, tem se transformado em estado de insatisfação e infelicidade.

Lembrando Ferreira (1986), Morim (1981), Touraine (1994), a felicidade é um estado de satisfação, que repousa nas vivências cotidianas dos indivíduos, portanto, é um estado de ser.

Retomando Bravermann (1977), o trabalho, conforme "Aristóteles", em sua organização, transforma-se em "infelicidade".

Assim, do total dos pesquisados, 68,7% (sessenta e oito vírgula sete por cento) definem felicidade como estado de ser, construído no cotidiano a partir das vivências individuais e coletivas.

Conclui-se também que 50% (cinquenta por cento) dos pesquisados entendem como a principal causa de insatisfação no trabalho noturno as perdas sociais e religiosas, 25% (vinte e cinco por cento) entendem ser as mudanças do ritmo circadiano.

Esses resultados correspondem ao que é preconizado na literatura corrente, entretanto, confrontando com o resultado das entrevistas individuais, observa-se que, sendo a felicidade o "antônimo de infeliz", a qualidade desse estágio está relacionada à opção profissional de cada indivíduo pesquisado.

Portanto, o turno noturno, na opinião dos profissionais de enfermagem, não expressa o que se chama de estado de sofrimento para quem dele consegue externar felicidade. Nesta relação o que importa é a possibilidade de ter um segundo emprego, pois 62,5% (sessenta e dois vírgula cinco por cento) dos pesquisados possuem outro trabalho na área de enfermagem, segundo é expressado pelo seguinte depoimento:

"Olha, hoje o turno da noite é mais "light" há mais ou menos 8 anos, era muito estressante, pois o plantão era de 12h por 24 h".

Quanto às perdas sociais e religiosas, observa-se também que existe um processo interno de auto organização social nas equipes, já que a possibilidade de troca de plantões, além de não ser vetada, é amplamente negociada entre os trabalhadores.

Tais trocas, apesar de serem negociadas entre as partes, são devidamente informadas à chefia imediata através do livro de ocorrência, vejamos a descrição de duas anotações no livro de ocorrência:

"... Chefia, tal dia irei ser substituído por "sula".

Chefia, dia 30 tenho casamento para ir, preciso de uma folga..., "Preta" irá me substituir."

Outra questão observada, embora apenas 25% (vinte e cinco por cento) dos pesquisados acreditem serem as perdas no trabalho noturno a mudança do ritmo circadiano, é a frequência de profissionais dobrando plantão.

Sendo o turno noturno uma forma temporal de trabalho, ele proporciona vantagens econômicas e malefícios à saúde do trabalhador. Embora alguns profissionais neguem as mudanças do ritmo circadiano, observa-se também que as variações funcionais do organismo, principalmente o ciclo biológico vigília e repouso, é percebida por eles à medida em que entendem que a cada mudança reflete na desativação orgânica, o que é expressado pelos profissionais da seguinte forma:

"Eu posso passar a noite inteira em vigília, mas ao terminar o plantão, chegando em casa, eu durmo das 9h até umas 4h da tarde, o mundo pode desabar, mas eu não acordo.

O meu organismo já está preparado, por isso, todas às vezes que dou plantão, tenho de me refazer por completo.

Há 20 anos, eu era uma pessoa serena, calma, falava baixo. Com o passar dos anos, diante do meu trabalho, fui mudando meu comportamento, porque isso faz parte do contexto em que vivencio no hospital. Existem casos em que o paciente precisa estar lúcido para manter os sinais vitais e eu preciso fazer com que ele esteja desperto. Assim, eu preciso ser dinâmica, alerta e falante o tempo inteiro.

Hoje..., eu não falo, eu berro."

Esta tendência de comportamento é observada à medida em que, conforme Santos (1993), a debilitação psicofiológica gerada pelo envelhecimento e a antigüidade no trabalho noturno são elementos dissipadores dos transtornos patológicos, haja vista que o envelhecimento impede a adaptação e reduz o sono, a antigüidade no trabalho, tendo em vista o hábito de ir diariamente à empresa, cria uma ação intolerante por parte do trabalhador.

Assim, fica comprovado que 81,2% (oitenta e um vírgula dois por cento) dos profissionais de enfermagem não consideram o trabalho noturno como turno de trabalho um estado de sofrimento, mas sim, a organização deste mesmo trabalho, tais como, falta de política uniforme no atendimento ao cliente, superlotação de clientes na emergência e a falta de serviço social e psicológico permanentes.

Para evidenciar as situações observadas, descreveremos abaixo a existência de sobrecarga física de trabalho:

- em todas as atividades realizadas, o profissional permaneceu de pé, em posição estática (ex.: executando procedimentos ou auxiliando em pequenas cirurgias) ou caminhando rapidamente pelas várias dependências do setor ;
- as posturas curvadas sobre o cliente para a execução de procedimentos foram observadas com muita frequência ;
- *o transporte de clientes em macas e cadeiras de rodas (nem sempre com rodízios em bom estado de conservação) para outros setores do hospital (RX, Unidades de Internação, CC, UTI etc), exigindo força física, em alguns casos, além das suas capacidades, e, muitas vezes, executado por mulheres;*
- a atividade rotineira do transporte de clientes de ambulâncias para macas, de cadeiras para macas, o auxílio ao cliente na deambulação, sentar-se ou levantar-se de cadeiras ou de macas, muitas vezes executados por mulheres;
- a utilização dos equipamentos que normalmente não estão adaptados à estatura média da equipe de trabalho ;

Estas situações observadas são comprovadas através do depoimento, a seguir:

"Não é fácil, a gente sente uma dor forte na coluna no final do expediente, mas alguém tem que fazer o trabalho e muitas vezes não dá para esperar ajuda."

O convívio constante com a dor, o sofrimento, o desespero, a angústia, a ansiedade, a morte, as fortes cenas presenciadas, passaram a fazer parte do dia-a-dia do pessoal da emergência. A princípio, parece que estas situações não mais afetam os profissionais de enfermagem, no entanto, através de conversas informais, constata-se que, muitas vezes, as emoções e os sentimentos ficam "em segundo plano", pois a agilização no atendimento com eficácia torna-se prioridade. Os funcionários relatam situação de fortes condicionantes de sobrecarga psíquica, onde eles tiveram que "*agir com a razão, deixando a emoção de lado*", o que não significa falta de sensibilidade diante das situações vivenciadas:

"Só para informar..., a velhinha do 07 acaba de dar os seus últimos suspiros.

Na maioria das vezes não dá para pensar muito, tem que agir.

É muito triste ver um pai chorando pela morte de um filho, ainda mais acidentado. A gente que tem filho sabe o que isto significa.

A gente vê coisas que ficam marcadas para o resto da vida.

Trabalhar aqui é uma lição de vida constante. A cada dia se aprende mais a dar valor à vida".

Para constatar a presença ou não de sofrimento psíquico entre os profissionais de enfermagem, utilizaram-se os estudos realizados por Dejours (1994), comparando-os com as observações realizadas pela equipe e com os depoimentos dos funcionários durante as entrevistas. As manifestações de sofrimentos psíquicos observadas foram as seguintes:

- **Atitudes Agressivas:** esta manifestação não foi observada pelo grupo, no entanto, através dos depoimentos, os funcionários relatam que, algumas vezes, nos períodos de grandes tumultos no setor, perdem o controle e agredem verbalmente. Estas reações acontecem raramente, e os poucos momentos de conflitos logo são resolvidos. Como se pode constatar no depoimento seguinte:

"A gente tenta se segurar ao máximo, mas tem horas de tumultos que a coisa aperta e a gente explode. Mas logo passa, as pessoas entendem".

- **Preocupação com situações penosas ou perigosas de trabalho:** a preocupação com situações penosas de trabalho, como: a sobrecarga de trabalho pelo grande número de atendimento e o envolvimento emocional das situações vivenciadas foram referidas por quase todos os funcionários entrevistados. Observa-se, ainda, a preocupação com situações perigosas, como, por exemplo: a falta de ventilação e de iluminação adequadas, associadas aos fortes odores e aos riscos de clientes com doenças infecto-contagiosas; o excesso de ruídos e a planta física que não comporta a demanda de clientes. Estas preocupações aparecem como uma das grandes causas de *stress* psíquico ocasionado pela insegurança em atuar, durante todo o período de trabalho, em ambiente insalubre. Como é demonstrado nestes depoimentos:

"É um risco muito grande ficar aqui dentro trancada com pacientes com doenças respiratórias.

A sobrecarga de trabalho é muito grande, o número de atendimento é muito alto para os poucos funcionários da emergência."

- **Ansiedade por esperas prolongadas:** rotineiramente o setor apresenta um fluxo inconstante de clientes, aumentando ou diminuindo dependendo do dia da semana e do período do dia. Quando ocorrem períodos prolongados (mais de duas horas consecutivas) de falta de demanda de clientes, as atividades do pronto atendimento diminuem consideravelmente, provocando ansiedade em toda a equipe de trabalho. Os depoimentos, a seguir, expressam esta percepção:

"Quando o movimento está muito parado, é porque boa coisa não vem por aí.

Ficar parado me dá uma agonia, fico andando de um lado para o outro para passar o tempo".

- **Sentimento de não reconhecimento dos méritos:** esta manifestação foi observada raramente, às vezes, apresentada após uma advertência verbal por parte dos enfermeiros. Como se pode constatar no depoimento seguinte:

"Só olham os erros da gente, não enxergam o que a gente faz de bom".

- **Vivência de injustiça em relação à remuneração:** as observações, neste sentido, foram relacionadas à situação financeira geral que está sendo vivenciada pela maioria da população do país. Não observamos manifestação direta quanto a injustiças salariais da Instituição, geralmente as queixas de baixos salários vêm acompanhadas de uma contextualização em nível nacional, como se pode observar neste depoimento:

"A situação financeira está séria, está todo mundo mal de grana, não sei onde isso vai parar".

- **Crises no interior da equipe ou várias equipes:** raramente foram observadas discussões entre elementos da equipe de enfermagem. Acredita-se que, em situações esporádicas, os conflitos entre os colegas de trabalho podem ser considerados apenas problemas referentes ao relacionamento individual e não uma manifestação específica de sofrimento psíquico.

O quadro, a seguir, mostra o resumo do estudo comparativo realizado.

Quadro n.º 04 : Estudo comparativo entre as reações de sofrimento psíquico observadas por Dejours (1994) com as manifestadas pela equipe de enfermagem do setor.

MANIFESTAÇÃO DE SOFRIMENTO (Dejours)	MANIFESTADAS NA EQUIPE
1. Atitudes agressivas, comportamentos violentos	75% dos entrevistados afirmam que não
2. Preocupação com relação a certas situações penosas ou perigosas de trabalho	62,5% dos entrevistados afirmam que sim
3. Ansiedade por esperas prolongadas	75% dos entrevistados afirmam que sim
4. Rarefação e/ou desaparecimento das festinhas de degelo e reuniões coletivas nos locais de trabalho	100% dos entrevistados afirmam que não
5. Medo de boatos e desconfiança	100% dos entrevistados afirmam que não
6. Desânimo, desencorajamento e resignação	100% dos entrevistados afirmam que não
7. Sentimento de não reconhecimento dos méritos	81% dos entrevistados afirmam que sim
8. Vivência de injustiça em relação à remuneração	87,5% dos entrevistados afirmam que sim
9. Tensões entre equipes ou conflitos abertos	100% dos entrevistado afirmam que não
10. Crises no interior da equipe ou várias equipes	100% dos entrevistado afirmam que não
11. Destruição da confiança recíproca, da unidade e da solidariedade	100% dos entrevistados afirmam que não
12. Desenvolvimento de individualismo.	100% dos entrevistados afirmam que não

Fonte: Quadro adaptado pelo autor, a partir dos estudos de Dejours (1994).

Analisando o quadro anterior, constata-se que dos 12 grupos de manifestações de sofrimento psíquico observadas por Dejours, dos 16 pesquisados 41,6% (quarenta e um vírgula seis por cento) não foram apresentados (conforme itens 5,6,9,11,12), 42% (quarenta e dois por cento) aparecem raramente, e apenas 08% (oito por cento) aparecem freqüentemente.

Com referência à satisfação no trabalho, quando questionados se gostariam de trocar de setor, os funcionários foram quase unânimes em dizer não. Dos funcionários entrevistados, 43% (quarenta e três por cento) responderam que estavam satisfeitos e não trocariam de turno, 40% (quarenta por cento) que estavam satisfeitos, mas ficaram em dúvida quanto à troca de

turno e 17% (dezesete por cento) responderam que não estavam satisfeitos e trocariam de turno.

As causas de satisfação pelo trabalho no setor, que apareceram com mais frequência, foram:

- ⇒ alta rotatividade;
- ⇒ ambiente dinâmico;
- ⇒ espírito de equipe (amizade);
- ⇒ sentimento de "ser útil";
- ⇒ liberdade na organização de trabalho;
- ⇒ oportunidade de amadurecimento precoce (pessoal e profissional).

Nesse sentido, conforme já foi explicitado anteriormente, 75% (setenta e cinco por cento) dos entrevistados acreditam que, para transformar o trabalho noturno numa atividade prazerosa, são necessárias as seguintes mudanças:

- ⇒ não ter superlotação na emergência;
- ⇒ instalação de sanitários para enfermeiros;
- ⇒ melhores condições das instalações físicas, para o descanso dos enfermeiros;
- ⇒ ventilação no posto de trabalho repouso;
- ⇒ trabalhar com equipe de enfermagem completa;
- ⇒ confiança no trabalho técnico;
- ⇒ organização e rapidez nos serviços de apoio e medicina;
- ⇒ rapidez nos encaminhamentos.

Conclui-se que as manifestações de sofrimento psíquico da equipe de enfermagem são discretas. A maior ênfase está nos aspectos relacionados aos estressores do meio ambiente e organizacionais de trabalho. Neste sentido, pode-se justificar, em parte, o motivo pelo qual a maioria da equipe de enfermagem sente prazer em trabalhar no setor.

4.5 - Diagnóstico e recomendações

Para Santos (1992, p. 81), "em ergonomia, o diagnóstico diz respeito às patologias do sistema homem-tarefa, que foi delimitado, dentro do qual intervém fatores cuja natureza, modo

de influência e as possibilidades de transformação podem ser inferidos pelos conhecimentos em ergonomia."

4.5.1 - As interferências organizacionais

De modo geral, observou-se que as interferências organizacionais são parte dos elementos definidores para que o trabalho noturno do profissional de enfermagem seja um estado de sofrimento.

- **Normas e Rotinas**

- Falta de normas administrativas formalizadas, de modo a orientar condutas e procedimentos entre os profissionais da área com relação ao cliente, nos aspectos emergencial e ambulatorial.

- **Organização do trabalho**

- Apesar dos postos de trabalho pronto atendimento, salas de atendimento e repouso da unidade de emergência interagir com os demais serviços do HU, não estão formalizados como parte da estrutura organizacional do hospital;
- O posto de trabalho repouso apresenta sobrecarga física e psíquica aos profissionais de enfermagem, tendo em vista, a sua inadaptação pessoal com as características das exigências das atividades.

- **Treinamento**

- Capacitar os profissionais, a partir da abordagem psicossocial, psicoespiritual e ergonômica, como forma de diminuir os estressores físicos e mentais e aumentar sua capacidade de observação, percepção e ação rápida e eficaz.

- **Equipe de trabalho**

- Observou-se, considerando a demanda atendida plantão/noite, que existe acúmulo de atribuições junto ao enfermeiro chefe com relação aos técnicos e auxiliares. Na maioria das vezes, o atendimento requer decisões que não competem ao técnico e ou auxiliar, mas, que acabam absorvendo-as;

- O número de licenças médicas é significativo à medida em que, do total de dias trabalhados no trimestre, 39,9% (trinta e nove vírgula nove por cento) correspondem a faltas ao trabalho, portanto, é necessário repensar o número de profissionais no setor, pois é comum as equipes trabalharem incompletas;
- Existe uma distorção na distribuição de pessoal por nível de formação;
- Troca freqüente da equipe de trabalho em período muito curto, gerando desgastes administrativos, pessoal e risco ao cliente;
- A quantidade de pessoal por sexo é desigual (25% homens e 75% mulheres). O setor exige muito esforço da equipe, necessitando melhor distribuição e proporcionalidade entre homens e mulheres em cada plantão.

- **Material e Equipamento**

- Manutenção e conservação dos materiais e equipamentos deficientes. Não existe manutenção preventiva, somente é feita por solicitação dos enfermeiros do setor;
- Guarda de alguns materiais em prateleiras abertas, sem portas, deixando-os expostos à umidade e ao pó;
- Equipamentos em desacordo com as necessidades ergonômicas da equipe, exigindo esforço físico além das suas capacidades.

- **Informática**

- Há uma carência quanto ao emprego de sistemas informatizados no preparo de escalas de plantão pela chefia geral da Unidade de Emergência.
- Observaram-se dificuldades para fechar as escalas mensais de plantão.

4.5.2 - As interferências pessoais e interpessoais

- **Exigências físicas**

- De modo geral, as atividades exercidas pela equipe exigem um grande esforço físico por parte da equipe de trabalho noturno, no entanto, não existe qualquer programa da instituição relacionado ao preparo físico e controle periódico de saúde destes profissionais;

- Observaram-se as posturas incorretas, esforços físicos desnecessários e má utilização do tempo e dos movimentos, que poderiam ser evitados (ex.: abaixar-se sem dobrar os joelhos, carregar suportes de soro que possuem rodízios, carregar caixas de soros, quando poderiam ser transportados em carros com rodízios etc.);
- Embora o exercício da profissão seja um ato vocacionado, cujo produto do trabalho está no "cuidar" do outro, observou-se que as questões subjetivas (a dor, o medo, a angústia) advindas da organização do trabalho, embora não sejam percebidas pelo profissional, são elementos dificultadores na execução das atividades;
- Apesar de alegarem conformismo quanto às perdas psicossociais, há uma forte tendência de insatisfação relacionadas a tais perdas;
- Observou-se "um câmbio paralelo" quanto à troca de plantões, ocasionando dificuldades e atraso no preparo do quadro mensal de plantões;
- Em períodos de menor fluxo de clientes, os profissionais não conseguem bloquear o pensamento com relação ao seu trabalho;
- Observou-se o desinteresse sobre outras coisas, o que acarreta, na maioria das vezes, tédio e desinteresse sobre assuntos relacionados a descanso e relaxamento;
- Embora a importância da escala de trabalho nos três postos, represente uma melhor organização, afim de garantir satisfação dos funcionários, os postos de trabalho, repouso e sala cirúrgica, de modo geral, não correspondem as características de trabalho da maioria dos profissionais.

4.5.3 - As interferências físico ambientais

- **Ambiente Arquitetônico**

- Comparando e analisando a planta física do HU. com a preconizada pelo Ministério da Saúde (M.S.), pode-se detectar alguns pontos divergentes que estão relatados a seguir:
- A entrada de acesso de clientes ao setor apresenta-se bastante pequena para o fluxo clientes/dia, provocando tumultos nos horários de grande movimento;

- Serviços complementares de diagnóstico (Radiologia e Laboratório) distantes do setor, dificultando a agilização no atendimento e, conseqüentemente, trazendo sobrecarga física e psíquica à equipe de trabalho;
- Área física abaixo da metragem preconizada pelo Ministério da Saúde, principalmente as salas mais utilizadas pela equipe de trabalho e clientes (rouparia, consultórios, sala de espera, banheiros, posto de enfermagem, salas de cirurgias, sala de procedimentos), sendo mais um fator condicionante para o *stress*;
- Não há sala específica para a guarda de equipamentos, como: cadeiras de rodas, macas, suporte de soros etc;
- Os consultórios não possuem janelas, nem ar condicionado, portanto, sem ventilação, sem refrigeração, sem luz natural e com iluminação artificial inadequada. Nesta situação de trabalho, o profissional retira-se constantemente do ambiente, tentando recuperar-se dos estressores;
- Observou-se que, com a última reforma, não houve melhoras nos ambientes.

- **Ambiente Luminoso**

- Quantidade e distribuição das lâmpadas inadequadas. Observou-se locais de difícil visualização pela falta de iluminação. Isto implica em desgaste visual para a equipe e o aumento da possibilidade de erros humanos ou acidentes.

- **Ambiente Sonoro**

- Ocorrem ruídos desnecessários. Acredita-se que, pela falta de conscientização da equipe de trabalho (alunos, professores, funcionários etc);
- Outros ruídos considerados desnecessários são os provocados pelos rodízios dos equipamentos que, na maioria das vezes, não são emborrachados e estão em mal estado de conservação.

- **Ambiente Térmico e Ventilação**

- Algumas salas possuem ventilação precária, outras não possuem ventilação alguma. Ao entrar no ambiente, sente-se a dificuldade para respirar livremente;

➤ A refrigeração não atende todas as salas, ocorrendo uma variação térmica acentuada entre os diversos ambientes. Os funcionários circulam contentemente entre as salas com diferentes temperaturas.

➤ Observou-se que os aparelhos de ar não funcionam.

- **Ambiente Tóxico e Infectado**

➤ Falta de área física adequada para assistência aos clientes portadores ou com suspeita de doenças infecto-contagiosas;

➤ Odores permanecem no ambiente por longos períodos, além do normal, pela precariedade de ventilação.

- **Material e equipamento**

➤ Manutenção e conservação dos materiais e equipamentos deficientes. Não existe manutenção preventiva, somente é feita por solicitação dos enfermeiros do setor;

➤ Faltam armários adequados para armazenamento dos materiais;

➤ Equipamentos em desacordo com as necessidades ergonômicas da equipe, exigindo esforço físico além das suas capacidades.

4.5.4 - Estado de sofrimento e prazer

➤ Pode-se afirmar com base na análise dos dados, para os profissionais de enfermagem, felicidade é um estado de ser, construído a partir de suas vivências individuais e coletivas.

➤ Assim, percebeu-se que o trabalho noturno, para os profissionais de enfermagem, não é um estado de sofrimento, por entenderem ser um estado de felicidade atuar em uma área produtiva, que está relacionada à ajuda ao ser humano, ou seja, não pode ser sofrimento para quem dele consegue externar felicidade a outras pessoas.

- **Estado de Satisfação**

➤ De modo geral, o trabalho noturno dos profissionais de enfermagem é um ato de satisfação, considerando alta rotatividade, ambiente dinâmico, espírito de equipe, sentimento de ser útil, liberdade na realização e organização do trabalho e oportunidade de amadurecimento profissional;

➤ Apesar das perdas sociais, percebe-se estado de felicidade entre os profissionais de enfermagem, considerando a possibilidade de um segundo emprego.

- **Estado de Prazer**

➤ O trabalho noturno é tido como atividade prazerosa.

- **Estado de sofrimento**

➤ De modo geral, o sofrimento no trabalho noturno do profissional de enfermagem é discreto, levando em conta as interferências organizacionais e interpessoais.

- **Organização do trabalho**

➤ O trabalho noturno é uma forma temporal de trabalho, portanto, ele apresenta-se aos profissionais de enfermagem como vantagens econômicas. Por outro lado, observou-se que tais trabalhadores não conseguem perceber os malefícios do trabalho à medida em que os transtornos patológicos (desgastes orgânicos e psicológicos, envelhecimento e antigüidade no trabalho) aumentam;

➤ Observou-se que, entre os profissionais, existe um processo de auto organização e negociação de modo a garantir algumas atividades socioculturais;

➤ Falta de política uniforme de atendimento ao cliente entre os profissionais da área médica;

➤ Falta de atendimento permanente de profissionais de serviço social e psicologia aos profissionais de enfermagem.

- **Situações Pessoais**

➤ Não foram observadas atitudes agressivas no grupo;

➤ Preocupação com situações penosas e de risco: falta de leitos, doenças infecto-contagiosas, excesso de ruído, ambiente físico inadequado e pequeno;

➤ Falta de reconhecimento dos méritos;

➤ Injustiça quanto à remuneração.

- **Situações Interpessoais**

- Aumento no atendimento de cliente incompatível com a estrutura física da unidade de emergência;
- Atendimento ao cliente em desacordo com situações emergenciais;
- Falta de preparo psicológico, de modo a lidar com pacientes, contrário aos padrões normais de comportamento, ou seja, descompensados, toxicômanos e depressivos.

- **Exigências físicas**

- Atividades realizadas pelos profissionais permanentemente de pé;
- Posturas incorretas para a execução de procedimentos juntos aos clientes;
- Esforço físico excessivo no transporte de clientes para os demais setores do hospital.

- **Sobrecarga psíquica**

- Observaram-se algumas situações permanentes com forte condicionante de sobrecarga emocional;

- **Materiais e Equipamentos**

- Inadequação e inadaptação dos equipamentos utilizados pela equipe de trabalho;
- Os materiais são escassos e mal armazenados, devido à ausência de armários;
- Os equipamentos, além de serem obsoletos e escassos em função da alta rotatividade, estão constantemente quebrados, tal evidência é caracterizada no livro de ocorrências, solicitando consertos e reposições.

4.6 - Recomendações ergonômicas

A partir do diagnóstico estabelecido sobre as disfunções do sistema homem-tarefa considerado, pode-se propor recomendações ergonômicas que permitam alcançar esta transformação. Estas recomendações estabelecerão, de forma condensada, as diversas especificações sobre a situação futura, tanto em termos ambientais como organizacionais."

4.6.1 - Meio ambiente de trabalho

Com referência ao meio ambiente de trabalho, muitas recomendações detalhadas poderiam ser feitas. No entanto, é necessário que se tenha conhecimento técnico e científico suficientes para fazê-las. Neste contexto, as recomendações apresentadas são abrangentes, contudo, de maior importância para o bom funcionamento do setor e para a garantia de satisfação no trabalho sem riscos para os profissionais e clientes.

4.6.2 - Ambiente arquitetônico

- Recomenda-se um estudo detalhado da situação arquitetônica do setor, utilizando os recursos técnicos e científicos da UFSC, para a elaboração de um projeto de construção de um Serviço de Emergência compatível com o porte do hospital e o fluxo de clientes.

4.6.3 - Ambiente físico

- **Luminoso**

- A situação do ambiente luminoso poderá ser resolvida a curto prazo com a realização de um estudo dos ambientes com pouca luminosidade, adequando-os às condições recomendadas.

- **Ambiente Sonoro**

- Uma campanha de silêncio tentando conscientizar a equipe de trabalho é uma das alternativas que vem dando certo em várias situações. Recomenda-se a formação de uma comissão multidisciplinar para estudar as estratégias necessárias para o desenvolvimento desta campanha.
- A troca dos rodízios comuns das macas, carrinhos e cadeiras de rodas por rodízios maiores e emborrachados diminui consideravelmente os ruídos provocados por estes, além de diminuir o esforço físico do funcionário que o empurra.

- **Ambiente Térmico, Ventilação, Tóxico e Infectado**

- Como medida paliativa, ressaltando a troca do forro, recomenda-se a utilização de ventiladores de teto em todos os ambientes, que ventilam nos dois sentidos, ligados com frequência nos ambientes onde não possuem janelas ou ar condicionado.

4.6.4 - Ambiente organizacional

- **Normas e Rotinas**

- Recomenda-se a formação de uma comissão multidisciplinar para elaborar normas a fim de operacionalizar, através de triagem, encaminhamento de clientes quanto aos aspectos emergenciais e ambulatoriais.

- **Material e Equipamento**

- Num setor de alta rotatividade onde a rapidez no atendimento pode salvar vidas, é necessário que todos os materiais e equipamentos estejam em ótimo estado de conservação. Neste sentido, a manutenção preventiva e periódica poderá evitar uma série de riscos para a equipe de trabalho e para o cliente. Recomenda-se um grupo de trabalho multidisciplinar, em conjunto com os setores de manutenção, conservação e controle, para estudar a melhor forma de garantir uma manutenção preventiva dos materiais e equipamentos.
- Material de consumo, principalmente os esterelizados, devem permanecer longe da poeira e da umidade. Portanto, recomenda-se a colocação de portas com visor em vidro transparente para garantir a conservação do material, sem, contudo, dificultar a visualização dos mesmos.
- Alguns equipamentos e mobiliário estão em desacordo com as necessidades ergonômicas da equipe de trabalho e do cliente. Recomenda-se um estudo detalhado destes para posterior adequação.

- **Equipe de Trabalho**

- Recomenda-se um estudo detalhado quanto ao número ideal de funcionários para atuar no setor de enfermagem;

- Exames de saúde periódico e regular devem ser oferecidos e exigidos para todos os funcionários do setor.

4.6.5 - Exigências do trabalho

- **Exigências Físicas**

- Recomenda-se a utilização dos recursos técnico-científicos da UFSC, para a elaboração de um projeto de preparação física e de relaxamento, para toda a equipe de enfermagem do setor;
- A distribuição da equipe de trabalho por sexo deve ser revista, pois as exigências físicas do setor aconselham um número mais equilibrado entre homens e mulheres;
- Os cursos de treinamentos oferecidos aos profissionais de enfermagem devem conter, nos seus programas, conteúdos relacionados aos aspectos ergonômicos das atividades desenvolvidas, visando a conscientização dos riscos que possam advir dos vícios posturais adquiridos, tentando corrigi-los.
- Proporcionar cursos, cujos conteúdos possam adequar as características pessoais dos profissionais do setor, em consonância, com as atividades dos vários postos de trabalho.

- **Exigências Mentais**

- Devem ser oferecidos cursos de psicologia, utilizando os recursos técnico-científicos da UFSC, visando o desenvolvimento da capacidade de observação e percepção, bem como, a diminuição dos estressores psíquicos.

CAPÍTULO 5

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final desta dissertação, podemos considerar inúmeros fatores que interferem no trabalho noturno dos profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência Adulta do HU. Entretanto, baseados nos resultados de nossa pesquisa, destacamos as interferências organizacionais, pessoais e interpessoais, físico ambientais como maiores agentes de sofrimento no trabalho noturno destes profissionais.

Considera-se, ainda, a análise ergonômica como elemento fundamental e necessário de intervenção a fim de propor inovações e melhoria no processo de trabalho, as quais determinaram a relevância de nosso estudo.

O estudo ora concluído definiu um conjunto de recomendações, que servirão como fonte geradora de informação e aprofundamento de investigação em cada aspecto levantado, de modo a proporcionar mudanças na organização do trabalho dos profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência Adulta do HU.

Mantendo o princípio ético proposto no estudo, as informações coletadas e analisadas foram conduzidas e fundamentadas num compromisso de responsabilidade e honestidade, cujas recomendações contribuirão para a comunidade científica e especificamente aos profissionais envolvidos na pesquisa.

Finalizando, com base em nossas sugestões e recomendações, acreditamos que o presente estudo servirá como ponto de partida entre as várias possibilidades para dar continuidade no processo de transformação e satisfação nas relações de produção no turno noturno dos profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência Adulta do HU.

5.1 Conclusões

Entendendo ser a apresentação, a análise dos dados e a interpretação dos resultados parte integrante das conclusões, pode-se afirmar que o estudo realizado alcançou os objetivos propostos.

Visando relacionar as interferências no processo de organização do trabalho noturno do profissional de enfermagem, delineou-se como problema de pesquisa, quais os fatores que interferem para que o trabalho noturno do profissional de enfermagem adulto do HU da UFSC seja um estado de sofrimento e de prazer.

A fundamentação do problema levantado caracterizou-se de forma científica, legitimando os fatos empíricos no seu caráter interpretativo, correlacionando a pesquisa num universo teórico delimitado, cuja abordagem teórica se deu a partir dos pressupostos históricos, sociológicos e ergonômicos, e sustentada pelo método exploratório. Definiu-se metodologicamente a análise ergonômica do trabalho como parâmetro de discussão, na análise parcial da tarefa e da atividade sem aprofundar as questões relacionadas a distribuição de mobiliário e condições dos equipamentos.

A elaboração teórica sustentada no estudo, além de ter contribuído fundamentalmente para o entendimento e detecção das possíveis interferências no trabalho noturno, foi fonte geradora na interpretação e análise dos fatos sociais observados e relatados, de modo a propor mudanças e soluções dos problemas apresentados pelos profissionais de enfermagem.

Para corroborar as proposições levantadas a partir do problema de pesquisa, concluiu-se que dentre, as três hipóteses, uma foi negada, qual seja:

- O trabalho noturno do profissional de enfermagem é um estado de sofrimento.

As considerações propostas e discutidas na introdução do presente estudo levaram-nos a confirmar e/ou negar as perguntas de pesquisa, as quais concluindo-se que:

1. O trabalho noturno do profissional de enfermagem é um estado de sofrimento?

Na opinião dos profissionais pesquisados, o turno noturno não expressa o que se chama de estado de sofrimento para quem dele consegue externar felicidade. Considera-se ainda que, além do aspecto vocacional em lidar com o cuidado do outro, as questões legais relacionadas a horas extras, adicionais noturnos e escala de plantões de 12h por 60h favorecem e possibilitam, dentre outras vantagens, um segundo emprego. Outro aspecto importante são as resistências quanto à mudança de turno de trabalho.

2. As interferências organizacionais determinam o sofrimento na realização do trabalho noturno?

Concluiu-se, a partir da análise dos dados, que as interferências organizacionais são os maiores intervenientes quanto ao sofrimento no trabalho noturno.

Foi confirmado em 100% (cem por cento) dos entrevistados que as interferências organizacionais atrapalham sobremaneira o trabalho noturno, evidenciando sobrecarga física e emocional após os plantões.

Das interferências relacionadas, considera-se a precariedade do sistema de saúde pública a falta de política uniforme de conduta e procedimentos entre os profissionais da área com relação ao cliente, a falta de triagem quanto aos aspectos ambulatoriais, emergenciais e principalmente o achatamento salarial;

3. As interferências pessoais e interpessoais determinam o sofrimento no trabalho noturno?

Considerando que o trabalho do profissional de enfermagem tem como resultado final o atendimento ao cliente; considerando, ainda, objetivo e finalidade da Unidade de Atendimento de Emergência do HU, que foge completamente àquilo que é preconizado pelo Ministério da Saúde, as interferências pessoais e interpessoais no trabalho noturno do profissional de enfermagem são discretas. A partir da análise de dados, em geral, o trabalho exercido pelos profissionais exige bom desempenho nos movimentos físicos e capacidade de percepção sensora-motora. Observa-se um nível de exigência dos órgãos e sentidos muito grande. O compartilhamento do sofrimento do cliente pelo profissional, apesar de não ser demonstrado, altera significativamente o comportamento do profissional, levando-o ao sofrimento subjetivo e conseqüentemente a níveis elevados de *stress*. As perdas socioculturais normalmente são administradas internamente entre as equipes. As relações interpessoais, principalmente com o cliente, são relevantes, dado a sua própria condição de convalescência.

Tendo em vista que o resultado do trabalho destes profissionais é o atendimento , as interferências, salvo os casos problemáticos e insolucionáveis, fazem parte desse cotidiano.

4. As interferências físico ambientais são fatores determinantes para o sofrimento no trabalho noturno?

A partir do que é preconizado pelo Ministério da Saúde (1987), entende-se que as instalações físicas e ambientais da Unidade de Atendimento de Emergência do HU não correspondem aquilo que poderia ser denominado de emergência, entretanto, como não é nosso objetivo analisar os aspectos físicos ambientais do local do estudo, a emergência, nos limitamos à análise das interferências físico e ambientais do trabalho noturno do profissional de enfermagem.

Sendo assim, consideram-se tais interferências como fatores determinantes de sofrimento no trabalho noturno. O que representa 87,4% (oitenta e sete vírgula quatro por cento) dos entrevistados que consideram as instalações físicas, materiais e os equipamentos insuficientes para o bom andamento das atividades de enfermagem.

Finalmente, considera-se ainda que 68,7% (sessenta e oito vírgula sete por cento) dos pesquisados entendem que o perigo e a pressão do ambiente de trabalho são desfavoráveis às atividades de enfermagem.

5. Quais as contribuições que a ergonomia poderá promover satisfação e prazer na realização do trabalho noturno do profissional de enfermagem?

A ergonomia poderá proporcionar satisfação e prazer na realização do trabalho noturno do profissional de enfermagem à medida em que sua intervenção compreender a diversidade da organização do trabalho, concomitantemente com o sistema homem- tarefa, ou seja, compreendendo as condições técnicas, organizacionais, físicas e ambientais de trabalho desta área produtiva, a fim de reorganizar formas produtivas participativas e democráticas para reorganizar os aspectos físicos, ambientais e antropométricos no modo de produção dos profissionais de enfermagem.

Concluindo, entendendo ser para os profissionais de enfermagem a qualidade de ser feliz uma opção profissional, o turno noturno, na opinião destes profissionais, não expressa aquilo que se poderia chamar de sofrimento para quem dele consegue externar felicidade.

O sofrimento, conforme os profissionais de enfermagem, está além de uma noite de vigília. Para eles, o sofrimento é expressado nas preocupações com certas situações penosas ou perigosas de trabalho, espaços físicos e ambientes insalubres, esperas prolongadas gerando ansiedade, falta de uniformidade de rotinas entre os profissionais da área médica e, principalmente, o achatamento salarial.

Por outro lado, afirmam que, apesar desses aspectos, consideram o turno noturno um estado de satisfação, tendo em vista a alta rotatividade das atividades, ambiente dinâmico, liberdade e interação na organização do trabalho.

Acreditam ainda, os profissionais de enfermagem, que para transformar o turno noturno em uma atividade prazerosa, é necessário haver mudanças no meio ambiente e organizacional do trabalho.

5.2 limitações do estudo

Pode-se apontar muitas limitações para a realização deste estudo, no entanto, a principal foi as inúmeras variáveis que envolvem a análise ergonômica de um setor de tamanha complexidade e abrangência.

O estudo limitou-se apenas à análise ergonômica do trabalho com a equipe de enfermagem da Unidade de Atendimento de Emergência Adulta com referência à tarefa e à atividade, diagnosticar a situação de trabalho e buscar soluções para os problemas. Isto fez com que se aproveitasse das fontes bibliográficas somente a parte relativa ao assunto. Por outro lado, poucos estudos desenvolvem este conteúdo em termos de abrangência e profundidade, e outros fazem quase que uma referência, ou seja, levantamento, identificação ou diagnóstico do problema, sem abordar "como" chegar às soluções.

Os problemas, na forma como se apresentam, podem, às vezes, ser considerados sinais ou sintomas e, às vezes, condicionantes. Como também, a condicionante pode ser outro problema ou pode se relacionar com outros sinais ou sintomas, formando até um emaranhado de situações que levam à dificuldade de se delimitar problemas, sinais ou sintomas, condicionantes e suas relações.

5.3 - Recomendações:

Partindo do fato de que muitos pesquisadores têm considerado o *TURNO NOTURNO* como fator determinante dos males psicopatológicos dos indivíduos, com base nos resultados, conclusões e limitações deste estudo e tendo em vista as inúmeras variáveis apresentadas no decorrer da pesquisa, recomendo estudos específicos relativos à origem e causas, dos aspectos relacionados as questões físico e mentais, meio ambiente quanto à distribuição de mobiliário e condições de equipamentos, conteúdo da tarefa e às exigências organizacionais concernentes aos profissionais de enfermagem da Unidade de Emergência Adulta do HU.

Recomendo ainda, continuidade de estudos científicos, relativos aos efeitos estressores da organização do trabalho noturno dos profissionais de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSIS, M.A.A. de.; SANTOS, N. dos.; PROENÇA, R.P.C.; DUTRA, A.R.A. O futuro da ergonomia : preocupações com a taxionomia e com os problemas globais do próximo século. Fpolis., 1998. 2 (1): 31-38. **Revista Produto & produção.**
- ALVES, Alda Judith. O planejamento de pesquisas qualitativas em educação. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, n.77, maio, 1991.
- BASSO, Itacy Salgado. BASSO, I. S e MAZZEO, J. C. A formação de professores: contribuições da perspectiva histórico-cultural. **Anais do Simpósio sobre Formação de Professores: Tendências atuais.** São Carlos: UFSCAR, 1994.
- _____. **Significado e sentido do trabalho docente.** São Carlos, UFSCAR, 1994 (mimeo).
- BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de Junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1986.
- BRAVERMANN, Harry. **Trabalho e capital monopolista.** 1ª ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1977. 379p.
- CODO, Wanderley; MENEZES, Iône Vasques. Burnot: "Síndrome da desistência" Parte V
CODO, Wanderly et al. **Educação, carinho e trabalho.** Petrópolis. Rio de Janeiro. Ed. Vozes., 1999. p. 237
- COFEN/CORENs, **Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.** Santa Catarina, 1993.
- CURADO, José Alberto da Silva. As novas tecnologias e seu impacto na saúde mental. 2ª parte. **Revista Atualidades.** Ano XXVIII. Set/Out/1993. p.7.
- DEJOURS, Chistophe. **A loucura do trabalho** : estudo de psicopatologia do trabalho. 3ª ed., São Paulo: Cortez-Oboré, 1988. 163p.

- _____. "Uma nova visão do sofrimento humano nas Organizações"- In: **O indivíduo na Organização**. Editora Atlas. 1992, p.149-174.
- _____. A carga psíquica do trabalho : In: _____. **Psicodinâmica do trabalho** : contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas., 1994. 145p.
- _____. **O Fator Humano**. 1ª ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas., 1997. 102p.
- _____. **A Banalização da Injustiça Social**. 1ª ed., Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas., 1999. 160p.
- DORNELLIS, Soraia. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: _____. **História da Enfermagem** - Versões e Interpretações. Rio de Janeiro. Livraria Editora Revinter Ltda., 1995. p. 89. DULL, J.; WEERDMEEESTER, B. Ergonomia Prática. ed. Edgard Blucher., São Paulo: Ltda., 1995.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 1ª., Ed. Nova Fronteira: Rio de Janeiro, 1975.
- FERREIRA, Leda Leal. Trabalho em turnos : temas para discussão. In: _____. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. N.º 58. Vol. 15. Abril. Maio. Junho., 1987. p.27-32
- FIALHO, Francisco; SANTOS, Neri dos. **Manual de Análise Ergonômica no Trabalho**. 3ª ed. Curitiba: Gênese, 1997.
- FISCHER, Frida Marina. Trabalho em turnos : alguns aspectos econômicos, médicos e sociais. In: **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. N.º 36. V.9. Out./Dez. 1981. 40p.
- FLEURY, Afonso Carlos Corrêa. Et al. **Organização do Trabalho** : Uma abordagem Interdisciplinar: sete casos brasileiros para estudo/ Afonso Carlos Corrêa. Fleury & Nilton Vargas, Atlas., São Paulo : 1983. 231p.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir** : nascimento da prisão. Petrópolis. Vozes., 1987, 288p.
- FOUCAULT, Michel. Poder - Corpo. In: **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro. Petrópolis Ed. Graal., 1979, pp-145.

- FOURIER, Charles. Design for utopia : selected writing. Nova Yourk, 1971. P.163-164. In: _____. BRAVERMANN, Harry. **Trabalho e capital monopolista** : cap. 1. Trabalho e força de trabalho. 1ª ed. Rio de Janeiro: Zahar., 1977. p.50-53
- FURLANI, Dionice. **As necessidades humanas básicas de trabalhadores noturnos permanentes de um hospital geral frente ao não atendimento da necessidade do sono**. Fpolis., 1999. Dissertação de mestrado em ergonomia, Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.
- GIDDENS, Anthony. Introdução. In: **As conseqüências da modernidade**. São Paulo. Ed. Universidade Estadual Paulista., 1991. p.11-60.
- GEOVANINI, Telma; MOREIRA, Almerinda; DORNELLIS, Soraia; MACHADO, Wiliam C.A. **História da Enfermagem** - Versões e Interpretações. Rio de Janeiro. Livraria Editora Revinter Ltda., 1995. 205p.
- GEOVANINI, Telma. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: **História da Enfermagem** - Versões e Interpretações. Rio de Janeiro. Livraria Editora Revinter Ltda., 1995. p. 3.
- IIDA, Itiro. Ergonomia - **Projeto e Produção**. São Paulo : Editora Edgard Blücher Ltda, 1992.
- LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 2ed. Atlas., São Paulo. 1990. 255p.
- LAVILLE, Antoine. **Ergonomia**. São Paulo : EPU, 1977.
- LEITE, Márcia de P. Modernização tecnológica e relações de trabalho. In: FERRETTI, Celso João et al. **Tecnologias, trabalho e educação** : um debate multidisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1994.
- MACHADO, Wiliam C.A. Reflexão sobre a prática profissional e o trabalho. In: **História da Enfermagem** - Versões e Interpretações. Rio de Janeiro. Livraria Editora Revinter Ltda., 1995. p.163.
- MACHADO, Maria Helena (org). **Profissões de Saúde** : uma abordagem sociológica. Ed. Fiocruz. Rio de Janeiro : 1995, p.162

- MACHADO, Maria Helena (org). Sociologia das profissões : uma contribuição ao debate teórico. In: **Profissões de Saúde** : Uma Abordagem Sociológica. Ed. Fiocruz., Rio de Janeiro : 1995, p. 13 - 148.
- MACHADO, L. R. De Souza. **Controle de qualidade total** : uma nova gestão do trabalho, uma nova pedagogia do capital. In: FIDALGO, Fernandes. S. et al. Belo Horizonte : Movimento de cultura marxista, 1994.
- MARX, Karl. Manuscritos econômicos filosóficos de 1844. In: FERNANDES, F. (org) **Marx, K. Engels**, F.: História. 2. Ed. São Paulo: Ática, 1984. (Grandes Cientistas Sociais, 36).
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Normas e Padrões de Construções e Instalações de Serviços de Saúde**. Brasília, 1978.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Hospital Geral de Pequeno e Médio Portes, equipamento e material**. Brasília, 1979.
- MONTMOLLIN, Maurice de . **A ergonomia**. Lisboa. Sociedade e organizações. 1990.
- MONTANHA, E. V. dos S. **Distúrbios do sono em funcionários de um hospital universitário**. Fpolis., 1996. Dissertação (mestrado em medicina interna) curso de Pós-Graduação em clínica médica.
- MORIN, Edgar. **Cultura de massa no século XX** : o espírito do - 1 neurose. (tradução de Maura Ribeiro Sardinha). 5ª ed., Forense Universitária. Rio de Janeiro 1981: 202p.
- OHLWEILER, Otto Alcides. As forças produtivas na era industrial. In: **Materialismo histórico e crise contemporânea**. Ed. Mercado Aberto., Porto Alegre : 1984, p.29.
- PATRÍCIO, Zuleica M. De uma nova praxis a um novo olhar: perceber a necessidade de felicidade - prazer no processo de viver saudável. In: _____. **A dimensão felicidade prazer no processo de viver saudável individual e coletivo** : uma questão bioética numa abordagem holístico ecológica. Fpolis/sc., 1995. p.75-87. Tese de doutor em filosofia de enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. 215p.
- PARRA FILHO, Domingos; SANTOS, João Almeida. **Metodologia Científica**. Ed Futura, 1998. 273p.

PORTNOFF, André Yves, - "O computador estúpido"- Revista "Isto é Senhor "n.º 1056 - 13/12/1989. p.5.

PROENÇA, Rossana Pacheco da Costa. Aspectos organizacionais e inovações tecnológicas em processos de transferência de tecnologia : uma abordagem antropotecnológica no setor de alimentação coletiva. Fpolis., 1996. Tese de doutorado no Curso de Engenharia de Produção.

RUTENFRANZ, J; KNATH, P; FISCHER, F. M. Trabalho em turnos e noturno. São Paulo: Hucitec, 1989.

SANTOS, Luiz Antônio Machado Banks. Considerações sobre o trabalho noturno. Revista de Saúde Ocupacional, n.º 22, 1983, fl.2.

SANTOS, Neri dos.; FIALHO, Francisco.; Manual de Análise Ergonômica do trabalho. Ed. Gênese : Curitiba., 1987

SANTOS et al. Antropotecnologia, a ergonomia dos sistemas de produção. Curitiba: Gênese., 1997. 354 p

SANTOS, Luiz Antônio Machado B. Dos. Considerações sobre o trabalho noturno. Eletrobras. Temas de saúde ocupacional. N.º 22. 1983.

SILVA FILHO, José Luiz Fonseca. Gestão Participativa e Produtividade: uma abordagem da ergonomia. Tese de Doutorado. P.P.E. E/E de Produção. UFSC. 1995.

SILVA, Maria Anice da. Concepção ergonômica dos locais e dos espaços de trabalho de uma unidade de emergência hospitalar. Florianópolis., 1999. Dissertação de mestrado em ergonomia, Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Universidade Federal de Santa Catarina.

TAYLOR, Frederick. W. Princípios de Administração. Atlas. São Paulo : 1960.

TOUREINE, Alain. Crítica da modernidade. In: _____. Cap. IV, V e conclusão. Petrópolis: Vozes, 1994.

THIOLLENT, Michel. Aspectos qualitativos da metodologia de pesquisa com objetivos de descrição, avaliação e reconstrução. In: Caderno de pesquisa. São Paulo : nº 49. Maio, 1984.

TRAGTENBERG, Maurício. As harmonias Administrativas de Saint-Simon a Elton Mayo cap. II. In: _____. **Burocracia e ideologia** (Ensaio). São Paulo : Ática., 1974. p.59

VOLPATO, Paulo Cesar. **O Trabalho Noturno** : entre a coruja e o galo. In: _____. Controle e subjetividade: As "máquinas" de vigiar e digitar. Dissertação de mestrado em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina. Fpolis/sc, 1992. p. I-17.

WILD, R. Technology, work and workplace. **Management decision**, v. 29, nº 8, 1991, p.32.

WALESKA, **Paixão. História da Enfermagem**. 5ª . ed. Rio de Janeiro : C. Reis Livre., 1979. 138p.

WISNER, A. **A inteligência no trabalho** : textos selecionados de ergonomia. São Paulo: Fundacentro., 1994.

_____. **Por dentro do trabalho ergonômico** : método e técnica. São Paulo: FTD/Oboré, 1987.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS SUPLEMENTARES

- ARENDDT, Hannah. A condição humana. RJ: Forense Universitária, 1989. _____. A ida do espírito: o pensar, o ouvir, o julgar. RJ: Relume Dumara, 1993.
- COELHO, Teixeira. Moderno e pós-moderno : modo & versões. São Paulo: Iluminuras, 1995.
- COUTO, Hudson de Araújo. Ergonomia aplicada ao trabalho : manual técnico da máquina humana. 2ª ed. Ergo Editora Ltda., Belo Horizonte : 1996, 382p.
- Da MATTA., Roberto. Conhecimento moderno: sobre ética e intervenção do conhecimento. Petrópolis : Vozes, 1987.
- DURKHEIM, Emile. Os progressos da divisão do trabalho e os da felicidade. In _____. A divisão do trabalho social II. 2ª ed. Edi, Presença Ltda, Portugal. Livraria Martins Fontes - Brasil: 1977, p.9-34.
- ECO, Humberto. Como se faz uma tese. ed. Perspectiva Ltda. São Paulo: 1977. 183p.
- GENTILI, Pablo A. A; T. Da Silva, Tomaz Tadeu. Neoliberalismo, qualidade total e educação. 4ª ed. Ed. Vozes Ltda. Petrópolis - Rio de Janeiro : 1994, 179p.
- HARVEY, Devid. Condições pós-modernas. 5. Ed. São Paulo : Loyola, 1992.
- LYOTARD, Jean. O pós-moderno. Rio de Janeiro : José Olympio, 1986.
- MANN, Peter H. Métodos de Investigação Sociológica. Zahar Editores, Rio de Janeiro: 1979. 191p.
- MARX, Karl. O Capital - Crítica da economia política. Livro Primeiro. Vol. I. 9ª ed. Difel Difusão Editorial S.A., São Paulo : 1994.
- NETO, Benedito Rodrigues de Morães. Marx, Taylor, Ford. As forças produtivas em discussão. Ed. Brasiliense. São Paulo., 1989. 132p.

- PAETZNICK, Mongueriti. **Organização do Pessoal de Enfermagem nos hospitais.** Belo Horizonte/MG. Ed. A. Ibérica., 1971. 112p.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. A dimensão felicidade-prazer no processo de viver saudável individual e coletivo : Uma questão bioética numa abordagem holística-ecológica. Fpolis., 1995. 215p. Dissertação de doutorado do Programa de filosofia de enfermagem.
- ROCHA, Simone Karla da. **Qualidade de vida no trabalho** : um estudo de caso no setor têxtil. Fpolis., 1998. .106p. Dissertação de mestrado do curso de Pós-graduação em Engenharia de Produção.
- RODRIGUES, Marcus Vinicius Carvalho. **Qualidade de Vida no Trabalho** : evolução e análise no nível gerencial. 2ªed., ed. Vozes, Petrópolis - Rio de Janeiro : 1994. 206p.
- SANTOS, Boaventura. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. São Paulo : Cortez, 1995.
- SOUZA, Mª Cristina Andrade. **Projeto Santa Cruz: indicadores Psico-Fisiológicos de neurostenia e psiconeuroses dos trabalhadores de furnas.** Rio de Janeiro. Março, 1985, fl.27.

ANEXO 01

Ofício circular encaminhado à Comissão de Ética

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE MESTRADO EM ERGONOMIA

Florianópolis,..... de Agosto de 1999

Enfermeira Dr^a Beatriz Capella
Diretora de Enfermagem do Hospital Universitário/UFSC

Prezada Senhora:

Eu, Valter Lopes, regularmente matriculado no Curso de Pós-Graduação, em nível de mestrado em Engenharia de Produção, venho solicitar a esta diretoria permissão para aplicar pesquisa junto ao serviço de Enfermagem da emergência desta instituição, conforme proposta de trabalho em anexo.

A pesquisa será aplicada em dias alternados a fim de coincidir sempre com o mesmo plantão, no qual nosso sujeito de pesquisa se insere. O foco de atenção corresponderá ao turno noturno.

O método da pesquisa de campo será qualitativo, caracterizado pelas coletas de dados através de entrevistas, questionários e observação das atividades inerentes ao profissional de Enfermagem. (anexos)

A análise do estudo obedecerá os aspectos éticos por estarem relacionados aos seres humanos, sendo que a cópia da respectiva proposta está sendo encaminhada ao comitê de bioética da UFSC. Os dados da pesquisa serão apresentados aos atores sociais envolvidos e à diretoria da instituição.

Atenciosamente.,

Valter Lopes

Prof. DR^o José Luiz Fonseca da Silva Filho

ANEXO 02

Instrumentos de coleta de dados - questionário

QUESTIONÁRIO

Este instrumento de coleta de dados faz parte da pesquisa de campo – da Dissertação de Mestrado intitulada Trabalho Noturno do Profissional de Enfermagem do Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Trata-se de um estudo de caso, cujo objetivo é saber quais as interferências organizacionais e pessoais resultantes da organização do trabalho noturno do profissional de enfermagem numa unidade de atendimento de emergência hospitalar, levando em conta, de um lado, o sofrimento e de outro o prazer.

Assim, solicitamos que você responda as questões abaixo com o maior grau de fidedignidade. Os entrevistados escolherão pseudônimos conforme lhes convier, para que possamos identificá-los. Os dados coletados serão tratados de forma sigilosa, segundo é estabelecido na resolução CNS n.º 196/96.

<i>DADOS DOS ENTREVISTADOS:</i>
<i>Pseudônimo:</i>
<i>Idade:</i>
<i>Sexo:</i>
<i>Grau de escolaridade:</i>

1. Qual é a sua profissão?

- Enfermeiro ()
- Técnico ()
- Estagiário ()
- Contratado ()

2. Qual é o seu vínculo empregatício com o Hospital Universitário?

- Servidor ()
- Contratado ()
- terceirizado ()

3. Qual é, para você, a principal vantagem do trabalho noturno?

1. menor circulação de pessoas no interior do hospital ()
2. mais atenção ao paciente ()
3. maior liberdade de horário (possibilidade de 2º emprego) ()
4. maior salário ()
5. maior liberdade em relação às normas prescritas do trabalho ()
6. horário de trabalho mais produtivo e eficaz ()
7. outra () qual?.....

4. Na sua opinião, o que você entende como a principal causa de insatisfação ao desenvolver suas atividades no trabalho noturno?

5. Como você define felicidade?

1. "liberdade e criatividade à sua consciência" ()
2. projeção imaginária na busca do prazer ()
3. estado de ser, construindo no cotidiano a partir das vivências individuais e coletivas ()
4. desejo de ter, possuir, dividir e socializar com as pessoas ()
5. "qualidade ou ato de ser feliz" ()
6. outra () qual?.....

6. Você qualificaria as instalações físicas, materiais e os equipamentos do seu local de trabalho suficientes ou insuficientes para o bom desempenho das atividades de enfermagem no serviço de emergência, considerando a demanda atendida?

1. suficientes ()
2. insuficientes ()

7. As normas e rotinas inerentes ao trabalho da enfermagem dificultam ou facilitam o bom desempenho de sua atividade?

1. dificultam ()
2. facilitam ()

8. O que você pensa que pode causar sofrimento ao desenvolver suas atividades?

1. plantão de 12 horas ()
2. estado permanente de vigília ()
3. falta de contato social ()
4. cansaço físico ()
5. cansaço psicológico ()
6. outra () qual?.....

9. O que você acredita que causa prazer em suas atividades?

1. desenvolvimento do trabalho com liberdade ()
2. aumento do salário sem aumento de produção ()
3. melhores condições de trabalho ()
4. distanciamento de chefes no desenvolvimento das atividades ()
5. afastamento de pressão, controle de horários e menor carga de trabalho ()
6. menos trabalho a ser feito ()
7. outra () qual?.....

- 10. As relações com seus colegas de trabalho são, em média.

1. ótimas ()
2. boas ()
3. regulares ()
4. más ()
5. péssimas ()

- 11. Você considera sua jornada de trabalho estressante?

1. sim ()
2. não ()

justifique

- 12. O fato de trabalhar à noite (noturno) pode ser considerado um estado de sofrimento?

1. sim ()
2. não ()

justifique

13. Você discorda ou concorda que as questões subjetivas (a dor, o medo, a angústia) advindas da organização do trabalho do profissional de enfermagem são elementos do domínio do sofrimento?

1. concorda ()
2. discorda ()

- 14. As mudanças no ritmo circadiano (ciclo biológico de vigília e repouso) interferem na conduta do profissional de enfermagem ao atender o paciente?

1. sim ()
2. não ()

justifique

- 15. Você concorda ou discorda que o trabalho noturno, tanto pode ser considerado um ato de prazer como de sofrimento?

1. concorda ()
2. discorda ()

justifique

- 16. Qual a principal causa de satisfação no seu trabalho?

1. não repetitividade das tarefas ()
2. tranquilidade para fazer as tarefas ()
3. permissão do que fazer e como fazer ()
4. conhecimento de normas e rotinas do trabalho ()
5. liberdade para sugerir e opinar no trabalho ()

6. outra () qual?.....

17. Você considera as relações hierárquicas da sua instituição autoritária e rígida?

1. sim ()
2. não ()

18. Você se atualiza e investe em capacitação profissional?

1. sempre ()
2. quase sempre ()
3. às vezes ()
4. raramente ()
5. nunca ()

19. Você acredita que o profissional de enfermagem pode possibilitar mecanismos de felicidade e satisfação diante do trabalho noturno?

1. sim ()
2. não ()

20. O que você acredita ser qualidade de vida no trabalho?

1. ambiente seguro e confortável ()
2. melhores condições de trabalho ()
3. horário flexível ()
4. melhor salário ()
5. benefícios extras ()
6. outro. qual?.....

21. Você acredita que possam haver mudanças na organização do trabalho noturno, capazes de mudar o estado de insatisfação no trabalho?

1. sim ()
2. não ()
3. não sei ()

Cite algumas —

22. Você considera o seu salário justo comparado às suas funções?

1. ótimo ()
2. bom ()
3. regular ()
4. mais ou menos ()
5. insuficiente ()

23. Como você define a sua realização profissional no turno da noite?

1. ótima ()
2. boa ()
3. regular ()
4. insuficiente ()
5. mais ou menos

24. Como você define seu estado físico após um plantão?

- 1. estressado ()
- 2. esgotado ()
- 3. sem estímulo ()
- 4. deprimido ()
- 5. satisfeito ()
- 6. outro () qual?.....

25. Qual é, para você, o pior momento do trabalho noturno?

- 1. decisão do que fazer e como fazer num atendimento de emergência ()
- 2. índice crescente de atendimento ()
- 3. superlotação na emergência ()
- 4. a perda de um evento social ()
- 5. óbito ()
- 6. outros () qual?.....

frutof.

26. Você é responsabilizado pelo resultado, desempenho e qualidade na execução do seu trabalho?

- 1. sempre ()
- 2. quase sempre ()
- 3. às vezes ()
- 4. raramente ()
- 5. nunca ()

27. Você entende que a sua instituição investe em capacitação profissional?

- 1. sempre ()
- 2. quase sempre ()
- 3. às vezes ()
- 4. raramente ()
- 5. nunca ()

28. Você entende que a instituição respeita e cumpre todos os direitos trabalhistas previstos na legislação do trabalho?

- 1. sempre ()
- 2. quase sempre ()
- 3. às vezes ()
- 4. raramente ()
- 5. nunca ()

29. Entre os vários profissionais de enfermagem com o mesmo cargo, existe diferença salarial?

- 1. muito ()
- 2. bastante ()
- 3. mais ou menos ()
- 4. nenhum ()

30. Cite uma mudança que seja capaz de transformar o trabalho noturno numa atividade prazerosa.

31. É comum ocorrer entre os servidores de plantão a manifestação de atitudes agressivas e/ou violentas?

32. Existe preocupação com relação a certas situações de trabalho, cujo perigo e a pressão no ambiente são desfavoráveis?

33. Existem momentos de confraternização no seu ambiente de trabalho?

34. Existe sentimento de não-reconhecimento do seu mérito profissional por parte da instituição?

35. Existe injustiça com relação aos níveis de remuneração?

36. Você percebe que a existência de confraternização na relação diária do trabalho é algo positivo?

ANEXO 03**Instrumento de coleta de dados - diário de campo**

ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO (DIÁRIO DE CAMPO)

O presente roteiro foi previamente preparado a fim de estabelecer critérios para a observação do trabalho noturno do profissional de Enfermagem. A observação constituirá em ver, ouvir e examinar fatos relacionados ao estudo. Os instrumentos de análise que poderão ser utilizados são quadros, anotações e outros dispositivos pertinentes. O objetivo é obter dados que possam ser comparados com o conjunto de repostas efetuadas.

Para tanto, faz-se necessário informar que as observações coletadas serão registradas pelo pesquisador, manualmente, mediante prévia autorização do comitê de ética em pesquisa com seres humanos, da direção de enfermagem e dos profissionais da unidade de atendimento da emergência; bem como, total sigilo das respostas. Por fim, as observações serão tratadas de forma reservada de modo a preservar a integridade da instituição e pesquisados conforme estabelece a resolução do CNS n.º 196/96.

1. Números de queixas observadas...

2. Riscos pessoais, questões de segurança, higiene, condições de trabalho...

3. O funcionamento da organização do trabalho...

4. Riscos sociais...

5. Existência do estado de sofrimento...

6. Percepção sobre sofrimento...

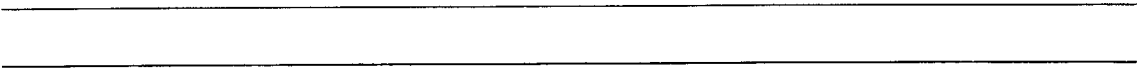
7. Motivação para ir ao trabalho...

8. Ocorre variação de trabalho diariamente...

9. Intervenção em áreas afetadas à enfermagem...

10. Horas extras percebidas...

11. Existência de adicional de trabalho noturno...



ANEXO 04

Normas e rotinas dos profissionais de enfermagem

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

DIRETORIA DE ENFERMAGEM

Atribuições do enfermeiro das seções de internação e emergência

1. Cumprir e fazer o código de Deontologia de Enfermagem.
2. Cumprir e fazer cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da seção.
3. Promover e manter bom relacionamento nas linhas hierárquicas e estimular o trabalho em equipe.
4. Manter um bom entrosamento com as outras seções do Hospital e outras instituições.
5. Realizar reuniões com os servidores de seu turno.
6. Participar de reuniões e de comissões quando convocado.
7. Participar, colaborar e estimular a participação da equipe de enfermagem nos programas da comissão de Educação em Serviço.
8. Promover a integração Docente Assistencial.
9. Desenvolver e/ou colaborar com pesquisa.
10. Participar na elaboração e/ou atualização de procedimentos, rotinas e normas.
11. Manter as chefias imediatas informadas das ocorrências da seção.
12. Avaliar periodicamente os servidores de seu turno.
13. Revisar e assinar requisições de sua competência expedidas pela seção.
14. Orientar e supervisionar a utilização do material de consumo permanente e equipamentos.
15. Orientar e supervisionar os servidores de seu turno quanto à ordem, limpeza e organização da seção.
16. Orientar, avaliar e supervisionar a assistência de enfermagem ao cliente segundo os "Padrões de Assistência de Enfermagem".
17. Fazer diariamente a prescrição de enfermagem, segundo o método de assistência.
18. Orientar, supervisionar e avaliar no seu turno a qualidade das anotações de enfermagem.
19. Coordenar a passagem de plantão.
20. Visitar diariamente todos os clientes da seção.
21. Receber os clientes na admissão, fornecendo orientações referentes à rotina da Instituição.

22. Fornecer informações a clientes, médicos, professores, alunos, familiares, visitas, servidores.
23. Acompanhar a visita médica aos clientes de acordo com as prioridades.
24. Programar as atividades diárias dos funcionários.
25. Supervisionar a organização dos portuários.
26. Estabelecer os horários nas prescrições médicas.
27. Supervisionar a execução e checagem das prescrições médicas e de enfermagem.
28. Anotar e supervisionar os registros do censo diário.
29. Solicitar a presença médica na seção quando necessária.
30. Orientar, preparar e encaminhar clientes para exames, tratamento, transferências e outros.
Acompanhar os clientes graves em exames e transferências, sempre que possível.
31. Supervisionar o controle dos psicotrópicos.
32. Prestar assistência de enfermagem ao cliente, cabendo-lhe os seguintes procedimentos:
 - A. Exclusivo:
 - gasometria
 - troca de cânula de traqueostomia
 - B. Preferencial:
 - Punção venosa em crianças graves
 - Punção venosa com caráter curto
 - Embrocação vaginal
 - Fechamento de balanço hidroeletrolítico
 - Sondagem vesical, nasogátrica, enteral
 - Instalação de PVC
33. Avaliar programa da diálise peritoncal
34. Prestar assistência de enfermagem integral ao cliente em hemodiálise.
35. Orientar e preparar o cliente para CAPD.
36. Participar na elaboração do planejamento e relatório da seção.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM
DIVISÃO DE PACIENTES EXTERNOS

Atribuições do auxiliar e técnico de enfermagem/emergência

1. Cumprir o código de Deontologia de Enfermagem.
2. Cumprir o Regimento Geral, Regulamentos, Portarias, Ordens de Serviço, Normas e Rotinas do Hospital Universitário, da Diretoria de Enfermagem e da Seção.
3. Participar dos programas da comissão de Educação em serviços.
4. Participar das reuniões de sua equipe ou das chefias, quando for convocado.
5. Manter bom relacionamento com todos os membros da equipe de enfermagem, clientes, chefias, professores, alunos, familiares e servidores de outras seções do hospital.
6. Participar ativamente da passagem de plantão até o seu final, colaborando com sugestões e comentários.
7. Apresentar-se ao cliente recém admitido e chamar a todos pelo nome.
8. Explicar ao cliente o que será feito antes de cada atividade.
9. Retirar do prontuário os cuidados a serem ministrados aos pacientes sob sua responsabilidade, os cuidados são integrais.
10. Supervisionar e controlar a fluidoterapia, instalar a partir das doze horas, trocando os equipamentos e identificando-os.
11. Auxiliar ou dar alimentação aos pacientes dependentes no horário das refeições.
12. Não deixar seu local de trabalho sem a presença de outro servidor.
13. Verificar sinais vitais dos pacientes e passar os valores para o prontuário dos pacientes sob sua responsabilidade.
14. Proceder o controle de eliminações e expectoração às 18, 06, 12 horas nas folhas de controle e observação complementar.
15. Comunicar ao enfermeiro as intercorrências do setor.

16. Realizar a limpeza e organizar o carro de emergência conforme escala estabelecida na seção.
17. Realizar controle de psicotrópicos.
18. Checar as prescrições de enfermagem e médica nos prontuários.
19. Escrever nas folhas de observação complementar os cuidados prestados ao paciente, bem como os sinais vitais e sintomas apresentados por estes.
20. Passar no repouso e banheiros, limpar as mesas de refeições e recolher as roupas sujas.
21. Deixar o posto de enfermagem limpo e em ordem, repondo materiais no final do turno.
22. Revisar o controle de fluidoterapia e oxigênio.
23. Fazer a troca de soluções (nebulizadores e cubas) a cada término de plantão.
24. Arrolar e identificar a roupa e pertences do cliente.
25. Fazer o controle da data de vencimento do material esterilizado diariamente.
26. Receber, conferir, guardar e distribuir a roupa encaminhada pelo serviço de processamento de roupas.
27. Preparar o cliente por ocasião da admissão, alta e transferência.
28. Executar cuidados pós morte.
29. Auxiliar no controle de material de consumo, permanente e equipamentos do setor.
30. Zelar pela limpeza, ordem e conservação de materiais e ambientes.
31. Manter limpo, em ordem e ao alcance os objetos de uso individual ao cliente de acordo com seu grau de dependência.
32. Preparar o cliente, material e ambiente para a realização de exames e testes diagnósticos.
33. Auxiliar o médico e a enfermeira na realização de exames e tratamentos necessários.
34. Organizar o material para a troca na central de material e esterilização.

ROTINA DO FUNCIONÁRIO NO SEI - Serviço de Emergência Interna

1. Receber o plantão.
2. Interar-se dos pacientes em observação.
3. Chamar laboratório e encaminhar exames, administrar e checar medicamentos na PA - Pronto Atendimento.
4. Manter o livro atualizado.
5. Comunicar ao enfermeiro anormalidades.
6. Acompanhar os pacientes transferidos e revisar o material da ambulância, quando retornar.
7. Auxiliar nos procedimentos da S.R.
8. Revisar e repor material nos consultórios e salas.
9. Orientar o paciente e familiares quanto às rotinas hospitalares.
10. Trocar as soluções das máscaras e espelhos no final de turno.
11. Manter o setor organizado e limpo.
12. Comunicar ao enfermeiro quando se ausentar.
13. Auxiliar o médico e enfermeiro nos procedimentos.
14. Seguir as rotinas do repouso para pacientes internados.

ROTINA DO FUNCIONÁRIO DO REPOUSO

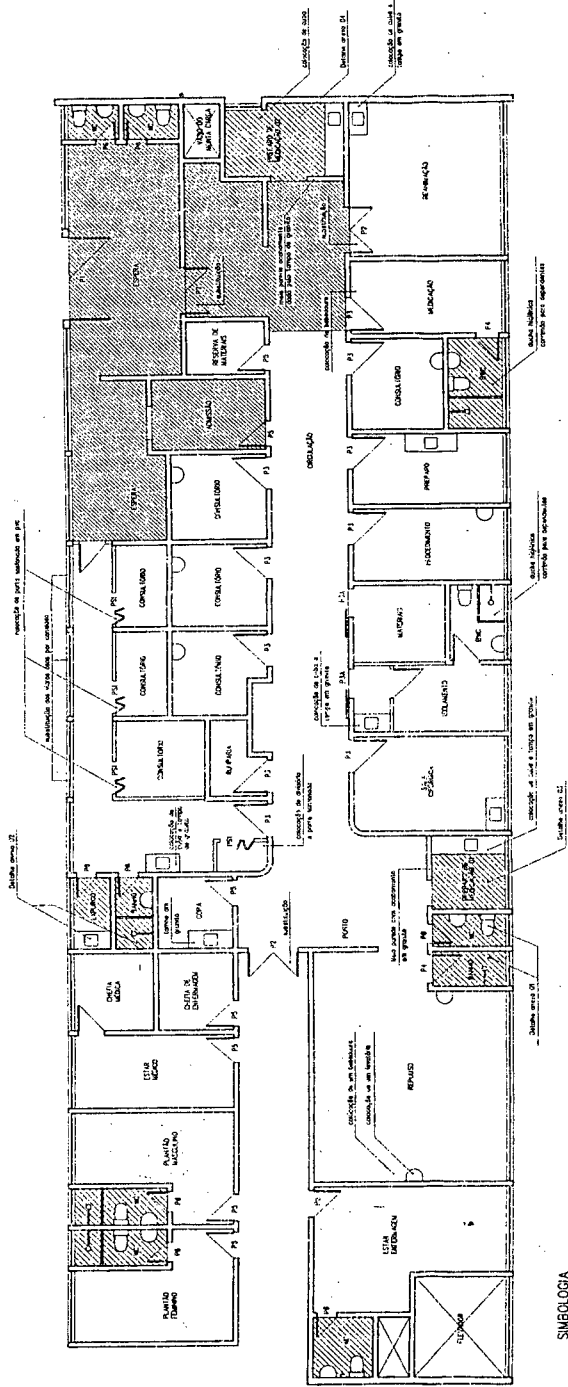
1. Receber passagem de plantão.
2. Passar visita nos pacientes e identificar o jejum com cartaz.
3. Fazer controle dos psicotrópicos.
4. Revisar o carro de parada e materiais (aspiradores e oxigenoterapia).
5. Auxiliar e executar os cuidados de higiene e conforto.
6. Orientar e colher material para exames (fezes, urina e escarro).
7. Administrar medicação e fazer o controle.
8. Auxiliar ou dar alimentação.
9. Acompanhar os pacientes nas transferências, RX, USG e exames especiais.
10. Comunicar ao enfermeiro anormalidades.
11. Comunicar ao enfermeiro quando se ausentar do local.
12. Orientar o paciente e familiares na admissão, visita e alta.
13. Chamar o laboratório.
14. Fazer observações complementares.
15. Manter o livro de registro atualizado,
16. Repor material a cada final de turno.
17. Arrumar a rouparia a cada final de turno.
18. Checar os procedimentos.
19. Trocar soluções a cada final de turno.
20. Auxiliar o médico ou enfermeiro nos procedimentos.
21. Manter o ambiente limpo e organizado.

ROTINA DO FUNCIONÁRIO NA SALA CIRÚRGICA

1. Receber e controlar o material das salas cirúrgicas e de reanimação.
2. Auxiliar nos procedimentos cirúrgicos.
3. Manter limpas e organizadas as salas cirúrgicas e procedimentos.
4. Preparar pacientes para cirurgia.
5. Mediar os pacientes cirúrgicos.
6. Trocar material.
7. Acompanhar os pacientes cirúrgicos para RX, USG e exames especiais.
8. Repor material a cada final de turno.
9. Trocar soluções a cada final de turno.
10. Comunicar ao enfermeiro anormalidades.
11. Comunicar ao enfermeiro quando se ausentar do local.
12. Passar o plantão das salas cirúrgicas e sala de reanimação.

ANEXO -05

Planta física da unidade de emergência



PROJETO DE REFORMA EMERGENCIA
ESCALA: 1:75

- SIMBOLOGIA**
- locais onde serão aplicados piso e revestimento cerâmico
 - locais onde se colocou mais crítico do piso vinílico

Portas	tipo	Dimensões
P1	Abir (Abre lateral)	2,50 x 2,10m (total)
P2	Abir (Abre lateral)	1,50 x 2,10m (total)
P3	Abir	1,00 x 2,10m
P4	Correr	1,00 x 2,10m
P5	Abir	0,90 x 2,10m
P6	Abir	0,80 x 2,10m
P7	Abir	0,80 x 2,10m
P8	Santidade (PVC)	0,60 x 2,10m

 ESPAÇO & CRIAÇÃO ARQUITETURA DESIGN & COMPUTAÇÃO GRÁFICA	FRANCISCO EDUARDO & SILVEIRA ARQUITETO & URBANISTA <small>CRA-SC 52026/79</small>
	PROJETO DE REFORMA EMERGENCIA DO H.U. <small>PROPOSTA: UFSC</small>
COTADO <small>PLANALTIJARA DA UNIVERSIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO</small>	DATA: 01/01 <small>31/01/2004</small>