



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

KAROLLINE SANTOS MACEDO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA EM HOSPITAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

SALVADOR

2017

KAROLLINE SANTOS MACEDO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA EM HOSPITAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem. Área de concentração: Gênero; Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa: Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo
Co-orientadora: Profa. Dra. Heloniza O. Gonçalves Costa

SALVADOR

2017

Modelo de ficha catalográfica fornecido pelo Sistema Universitário de Bibliotecas da UFBA para ser confeccionada pelo autor

Macedo, Karolline Santos
Processo de trabalho da enfermeira em hospitais do Sistema Único de Saúde / Karolline Santos Macedo. -- Salvador, 2016.
97 f.

Orientador: Cristina Maria Meira de Melo.
Coorientador: Heloniza Oliveira Gonçalves Costa.
Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem) -- Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal da Bahia, 2016.

1. Processo de trabalho. 2. Trabalho. 3. Enfermeira. 4. Serviços de saúde. I. Melo, Cristina Maria Meira de. II. Costa, Heloniza Oliveira Gonçalves. III. Título.

KAROLLINE SANTOS MACEDO

**PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA EM HOSPITAIS DO SISTEMA
ÚNICO DE SAÚDE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia como requisito parcial de aprovação para obtenção do grau de mestra em enfermagem, área de concentração "Gênero, Cuidado e Administração em Saúde", linha de pesquisa "Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde".

Aprovada em 27 de abril de 2016

BANCA EXAMINADORA



Profa. Dra. Cristina Maria Meira de Melo

Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Profa. Dra. Dra. Heloniza O. Gonçalves Costa

Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Maria Enay Neves Gusmão

Doutora em Saúde Coletiva e Professora da Universidade Federal da Bahia



Profa. Dra. Mirian Santos Paiva

Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia

Prof. Dr. Isabela Cardoso de Matos Pinto - Suplente

Doutora em Administração e Professora da Universidade Federal da Bahia

AGRADECIMENTOS

À minha família, por aturar por tanto tempo um filha-irmã-tia-sobrinha-madrinha-fantasma. Estou voltando, minha gente!

À minha orientadora, Cristina Melo, por acolher no seu grupo uma trabalhadora a quem, justamente por ser trabalhadora, sempre disseram que o sonho de mestrado era irrealizável e por redimensionar minhas certezas sobre o mundo do trabalho, sobre a profissão e sobre a vida;

Ao meu marido, Jardel, que foi um grande companheiro desde o nascimento da ideia de ser mestranda, que corria para me inscrever nas várias vezes que tentei ser aluna especial, que me manteve alimentada, preservou meu sono (mesmo contra minha vontade) e aguentou toda a papelada pela casa;

Às minhas *best's* Larissa e Pollyana, o que dizer, hein? Nos apoiamos durante a descoberta da profissão, das especialidades, do mundo trabalho, do mestrado e da deserção... Vamos para o próximo?

Às Juliana, Mariana e Tatianas, que aguentaram as minhas ligações, desfizeram minhas neuroses e simplificaram minha vida. Nildo e Handerson foram poupados devido aos limites restritos da paciência de cada um. Mas vocês seis foram bênçãos inesperadas em minha vida;

Às minhas companheiras e companheiros do Grupo Gerir, que fizeram com que eu me sentisse em casa e foram indispensáveis para a concretização desse, especialmente Heloniza e Enoy;

Às Samylla, Ana Luiza e Lorena, por segurarem minha mão a cada passo do ingressar e aprender a ser mestranda;

Às minhas colegas de trabalho (principalmente as amigas Karina e Karla e o amigo Francisco), que me ajudaram a gerenciar meu tempo, ouviram minhas lamentações, aguentaram meu mau humor e me impulsionaram nos meus piores dias;

Às minhas coordenadoras, que toleraram a bagunça que eu fiz nas escalas;

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a realização dessa pesquisa e não foram aqui citados. Esse foi um trabalho coletivo no sentido mais literal da expressão.

RESUMO

MACEDO, Karolline Santos. **Processo de trabalho da enfermeira em hospitais do Sistema Único de Saúde**. 97 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introdução: Dentre as causas de fragilização dos vínculos de trabalho e aumento da exploração da força de trabalho nos hospitais públicos está a mudança nos modelos de gestão. As enfermeiras, como trabalhadoras assalariadas, têm seu processo de trabalho intensamente atingido por essas mudanças e, portanto, a análise do processo de trabalho da enfermeira pode revelar as condições sociais da produção da saúde nos hospitais do Sistema Único de Saúde (SUS). O objetivo deste estudo foi analisar as características do processo de trabalho das enfermeiras em hospitais da rede estadual do SUS na Bahia sob administração direta e sob administração indireta. **Métodos:** Estudo descritivo e exploratório, quantitativo, realizado nos hospitais da rede estadual de serviços de saúde da Bahia. Foram entrevistadas 256 enfermeiras no período de março a outubro de 2015. Os dados foram analisados com frequências uni e bivariadas e medidas de tendência central e desvio-padrão. Na análise bivariada empregou-se o teste Qui-quadrado de Pearson, Fisher ou Tendência Linear. Utilizou-se o coeficiente Kappa para avaliação da concordância entre atividades auto referidas e avaliadas. Adotou-se a significância estatística de 5%. **Resultados:** Na amostra, predominaram mulheres pardas e pretas, com idade média de 39 anos, qualificadas, qualificadas com remuneração entre 3 e 4 salários mínimos. Nos dois grupos observaram-se longas jornadas diárias de trabalho (86,7% \geq 12 horas), alta proporção de duplo vínculo empregatício (58,6%), sobrecarga de pacientes (56,6%), falta de tempo para interação com o usuário (53,5%) e polivalência (54,3%). As atividades mais frequentemente realizadas foram a sistematização da assistência (64,1%) e os procedimentos técnicos (63,3%). Houve baixa concordância entre a atividade predominante auto-referida e atividade predominante avaliada ($p=0,000$), com predomínio de atividades assistenciais-administrativas (47,8%). As enfermeiras em hospitais sob administração direta comparadas às sob administração indireta eram mais velhas ($p=0,000$), mais experientes ($p=0,000$), cumpriam menores jornadas semanais de trabalho ($p=0,000$) e trabalhavam em turnos menos estressantes ($p=0,015$). Contudo tinham menos acesso a educação permanente ($p=0,000$), executavam mais atividades para as quais não eram qualificadas (0,024), participavam menos de reuniões ($p=0,000$) e de tomada de decisões ($p=0,018$), utilizavam menos protocolos operacionais ($p=0,000$), tinham menor disponibilidade e menor adequação de materiais e equipamentos ($p=0,000$), realizavam mais adaptações e improvisos ($p=0,000$) e dispunham de piores condições de trabalho para atender o perfil de gravidade do usuário ($p=0,000$). **Conclusão:** Constatou-se homogeneidade entre os grupos quanto às características dos objetos de trabalho e das atividades, com alta proporção de subdimensionamento de pessoal, polivalência, intensificação do trabalho e baixos salários, resultando em precarização do trabalho. Houve diferença entre os grupos quanto aos agentes, benéfica para o grupo sob administração direta, e quanto aos instrumentos, vantajosa para o grupo sob administração indireta. Os resultados clamam pelo aumento de salários, redução das jornadas diárias e semanais, aumento do número de trabalhadoras nos hospitais públicos do SUS e viabilização da sua qualificação.

Palavras-chave: Enfermeira; Processo de trabalho; Serviços de saúde; Trabalho.

ABSTRACT

MACEDO, Karolline Santos. **Work process of nurses in hospitals of the National Health System.** 97 f. Dissertation (Nursing Master Degree) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introduction: Among the causes of weakness in employment relationship and increase in the exploration of the workforce in public hospitals are the changes in the governance models. Nurses, as wage earners, have their labor process acutely affected by these changes and, therefore, the analysis of the labor process of nurses can reveal the social conditions of health production in hospitals of the National Health System (SUS). The objective of this study was to analyze the characteristics of the labor process of nurses in hospitals of the SUS state network in Bahia, under direct and indirect administration. **Methods:** A descriptive, explorative and quantitative study performed in hospitals of the health service state network in Bahia. There were 256 nurses interviewed during the period from March to October 2015. The data was analyzed with uni and bivariate frequencies and measures of central tendency and standard deviation. In the bivariate analysis the Pearson, Fisher Chi-square test or Linear Trend were used. The Kappa coefficient was used for evaluation of matches between self-referred and evaluated activities. The statistical significance of 5% was adopted. **Results:** In the sample there was predominance for brown and black women, average age of 39 years, qualified, with remuneration between 3 and 4 minimum wages. In both groups long daily working hours (86.7% \geq 12 hours), high proportion of dual employment relationships (58.6%), overburden of patients (56.6%), lack of time for interaction with the user (53.5%) and multitasking (54.3%). The most frequently performed activities were the systematization of care (64.1%) and technical procedures (63.3%). There was low accordance between the self-referred predominant activity and evaluated predominant activity ($p=0.000$), with predominance of care-administrative activities (47.8%). Nurses in hospitals with direct administration compared to those under indirect administration were older ($p=0.000$), more experienced ($p=0.000$), with less weekly working hours ($p=0.000$) and working in less stressful shifts ($p=0.015$). Nevertheless, they had less access to permanent education ($p=0.000$), carried out more activities for which they were not qualified (0.024), had less participation in meetings ($p=0.000$) and in decision making ($p=0.018$), used less operational protocols ($p=0.000$), had less availability and less adequate materials and equipment ($p=0.000$), performed more adaptations and improvisation ($p=0.000$) and had worse working conditions to attend to the severity profile of the user ($p=0.000$). **Conclusion:** The homogeneity among the groups was observed in relation to the characteristics of the working objects and activities, with a high proportion of sub-dimensioning of personnel, multi-skills, intensification of work and low wages, resulting in the precariousness of the work. There was a difference between the groups in relation to the agents, better for the group under direct administration and to the instruments, advantageous for the group under indirect administration. The results call for increase in wages, reduction in daily and weekly working hours, increase in the number of workers in public SUS hospitals and enabling their qualification.

Key-words: Nurse; Labor process; Health services; Work.

RESUMEN

MACEDO, Karolline Santos. **Proceso laboral de la enfermera en hospitales del Sistema Único de Salud**. 97 f. Disertación (Máster en Enfermería) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2016.

Introducción: Entre las causas de la debilitación de los vínculos laborales y el aumento de la exploración de la fuerza de trabajo en los hospitales públicos está el cambio en los modelos de gestión. Las enfermeras, como trabajadoras asalariadas, tienen su proceso de trabajo intensamente atingido por esos cambios y, por lo tanto, el análisis del proceso de trabajo de la enfermera puede revelar las condiciones sociales de la promoción de la salud en los hospitales del Sistema Único de Salud (SUS). El objeto del estudio fue analizar las características del proceso de trabajo de las enfermeras en hospitales de la red estadual del SUS en Bahia bajo la administración directa e indirecta. **Métodos:** Estudio descriptivo y exploratorio, cuantitativo, realizado en los hospitales de la red estadual de servicios de salud de Bahia. Fueron entrevistadas 256 enfermeras en el periodo de marzo a octubre de 2015. Los datos fueron analizados con frecuencias uni y bivariadas y medidas de tendencia central y desviación estándar. En el análisis bivariado se empleó el teste Chi-cuadrado de Pearson, Fisher o Tendencia Linear. Se utilizó el coeficiente Kappa para evaluación de concordancia entre actividades auto referidas y evaluadas. Se adoptó la significancia estadística de 5%. **Resultados:** En la muestra, predominaron mujeres pardas y negras, cualificadas, con remuneración entre 3 y 4 sueldos mínimos. En los dos grupos se observaron largas jornadas diarias de trabajo (86,7% \geq 12 horas), alta proporción de doble vínculo laboral (58,6%), sobrecarga de pacientes (56,6%), falta de tiempo para interacción con el usuario (53,5%) y polivalencia (54,3%). Las actividades más frecuentes realizadas fueron la sistematización de la asistencia (64,1%) y los procedimientos técnicos (63,3%). Hubo baja concordancia entre la actividad predominante auto-referida y la actividad predominante avaluada ($p=0,000$), con predominio de actividades asistenciales-administrativas (47,8%). Las enfermeras en hospitales bajo la administración directa en comparación a las enfermeras bajo la administración indirecta tenían más edad ($p=0,000$), tenían más experiencia ($p=0,000$), cumplían menores jornadas semanales de trabajo ($p=0,000$) y trabajaban en turnos menos estresantes ($p=0,015$). No obstante tenían menos acceso a la educación permanente ($p=0,000$), ejecutaban más actividades para la cuales no eran calificadas (0,024), participaban menos de reuniones ($p=0,000$) y de tomada de decisiones ($p=0,018$), utilizaban menos protocolos operacionales ($p=0,000$), tenían menor disponibilidad y menor adecuación de materiales y equipos ($p=0,000$), realizaban más adaptaciones e improvisos ($p=0,000$) y disponían de peores condiciones de trabajo para atender el perfil de gravedad del usuario ($p=0,000$). **Conclusión:** Se constató homogeneidad entre los grupos cuanto a las características de los objetos de trabajo y de las actividades, con alta proporción de sub-dimensionamiento de personal, polivalencia, intensificación del trabajo y bajos sueldos, resultando en precarización del trabajo. Hubo diferencia entre los grupos cuanto a los agentes, benéfica para el grupo bajo administración directa y cuanto a los instrumentos, ventajosa para el grupo bajo administración indirecta. Los resultados claman por el aumento de sueldos, reducción de jornadas diarias y semanales, aumento del número de trabajadores en los hospitales públicos del SUS y viabilidad de su cualificación.

Palabras-clave: Enfermera; Proceso de labor; Servicios de salud; Trabajo.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra -	37
Quadro 2	Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional -	38
Quadro 3	Distribuição total dos profissionais em toda a rede da Sesab por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia-Brasil, 2015 -	38
Quadro 4	Distribuição dos profissionais na amostra por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia-Brasil, 2015 -	38
Quadro 5	Variáveis segundo elementos do processo de trabalho -	41

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Diferenças entre proporções relativas às características sociodemográficas das enfermeiras dos hospitais da rede SUS estadual por tipo de administração (n=256). Bahia – Brasil, 2015.	45
Tabela 2	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira em hospitais por tipo de administração, segundo as variáveis relacionadas ao tempo das(os) agentes no trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015 -	48
Tabela 3	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira em hospitais por tipo de administração, segundo as variáveis relacionadas aos objetos de trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015-	50
Tabela 4	Distribuição das atividades mais frequentes realizadas pelas enfermeiras nos hospitais públicos por tipo de administração (n=256). Bahia – Brasil, 2015 -	52
Tabela 5	Atividade predominante na jornada de trabalho das enfermeiras nos hospitais públicos por tipo de administração (n=255). Bahia – Brasil, 2015 -	53
Tabela 6	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas às atividades (n=256). Bahia – Brasil, 2015-	54
Tabela 7	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas aos instrumentos de trabalho intelectuais (n=256). Bahia – Brasil, 2015 -	55
Tabela 8	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas aos instrumentos manuais (n=256). Bahia – Brasil, 2015 -	59
Tabela 9	Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas as condições para executar o trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015 -	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO DA LITERATURA	17
2.1	PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE.....	17
2.2	PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA.....	22
2.3	PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NO HOSPITAL.....	27
3	METODOLOGIA	34
3.1	DESENHO DO ESTUDO.....	34
3.2	LÓCUS DA PESQUISA.....	35
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	36
3.4	COLETA DE DADOS.....	39
3.4.1	Instrumento de coleta	39
3.4.2	Operacionalização da coleta	40
3.5	DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS.....	41
3.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	42
3.7	ASPECTOS ÉTICOS.....	43
4	RESULTADOS	45
4.1	CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ENFERMEIRAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA.....	45
4.2	CARACTERÍSTICAS DAS TRABALHADORAS ENFERMEIRAS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA.....	47
4.3	CARACTERÍSTICAS DOS OBJETOS DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINSTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA.....	50
4.4	CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES DAS ENFERMEIRAS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA.....	51
4.5	CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA SOB HOSPITAIS ADMINITRAÇÃO INDIRETA.....	55

4.5.1 Instrumentos de trabalho intelectuais.....	55
4.5.2 Instrumentos de trabalho manuais.....	59
4.5.3 Condições para executar o trabalho.....	61
5 DISCUSSÃO.....	63
6 CONCLUSÃO.....	77
REFERÊNCIAS.....	80
ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	88
ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados.....	89
ANEXO C- Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFBA.....	95

1 INTRODUÇÃO

A crise da economia mundial iniciada na década de 1960 produziu um contexto de instabilidade que, diante do baixo crescimento econômico e exposição à concorrência internacional, exigiu das indústrias novas maneiras de manterem-se competitivas frente ao mercado globalizado. Promoveu-se a partir dos anos 1970 a reestruturação do processo de produção com a flexibilização como elemento central (ANTUNES, 2009; BALTAR; KREIN, 2013).

A flexibilização refere-se à liberdade do empregador para demitir trabalhadores; para reduzir ou aumentar a jornada de trabalho; para pagar salários reais inferiores ao que a paridade de trabalho exige; para subdividir a jornada de trabalho em dias e semanas com mudança de horários e das características do trabalho, dentre tantas outras formas que resultam na precarização do trabalho, segundo a conveniência da empresa e sem penalidades para o empregador (ANTUNES, 2009).

Para que essa flexibilização fosse possível, o Estado afastou-se do seu papel de regulador e deu liberdade aos detentores do capital para determinar as condições de contratação, uso e remuneração da força de trabalho (BALTAR; KREIN, 2013). No Brasil, no entanto, o Estado não apenas se afastou desse papel regulador como, a partir dos anos 1990, adotou na sua própria administração as medidas preconizadas pela política neoliberal utilizadas pelos grandes empresários.

A Reforma do Aparelho do Estado no Brasil coincidiu com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o que produziu um grande paradoxo: os gestores direcionavam-se ao mesmo tempo para a redução de custos com pessoal e para a expansão da rede de serviços de saúde, com abertura de novos postos de trabalho (VARELLA; PIERANTONI, 2008).

Como forma de enfrentar esse impasse, surgiram diversas propostas de mudanças nos modelos de administração, que supostamente permitiriam a ampliação da rede de saúde adaptada à restrição crônica de financiamento. Entre estes modelos estão as organizações sociais, as parcerias público-privado e as fundações estatais de direito privado (CARDOSO; CAMPOS, 2013). Tais modelos de administração foram adotados principalmente nos hospitais públicos, seja ao terceirizar a administração de toda a organização, seja ao introduzir novas formas de vinculação do trabalhador nos hospitais que se mantiveram sob administração direta do Estado.

As organizações hospitalares já respondiam ao modo de produção regido pelo capital no seu papel de promover a recuperação da força de trabalho. Com a adoção dos novos modelos

de administração, os hospitais do SUS passaram a funcionar na lógica do setor privado com o objetivo de reduzir custos com o trabalho médico, possibilitando a geração de lucros para o capital, principalmente por influenciar o consumo de medicamentos, procedimentos e equipamentos (SANTOS, 2012).

Regidas pela lógica neoliberal, as organizações adotam a flexibilidade como forma de restringir as despesas e aumentar sua governabilidade, ainda que o resultado para o trabalhador seja a fragilização dos vínculos e aumento da exploração de sua força de trabalho.

Nas organizações hospitalares públicas da região metropolitana do Rio de Janeiro e São Paulo, o grau da adesão à flexibilização sobre a administração de pessoas foi de 78% das organizações, utilizando-se formas de contratação complementares ou alternativas ao concurso público (COSTA, RIBEIRO, SILVA, 2000). No SUS, a flexibilização tem sido cada vez mais utilizada como forma de manter quadros mínimos de pessoal e assim reduzir as responsabilidades do Estado para com o trabalhador (NUNES et AL., 2006).

As mudanças decorrentes da reestruturação produtiva não se restringem à forma como a força de trabalho se vincula às organizações de saúde, mas também transforma o trabalho que aí se produz. O conceito de trabalho adotado nesta pesquisa é oriundo dos estudos de Marx (2010, p. 211), que o conceitua como “um processo de que participam o homem e a natureza” no qual o ser humano transforma a natureza para torná-la útil à vida, ao mesmo tempo em que modifica a si mesmo.

Adotamos também a definição deste autor quanto ao processo de trabalho. Este é considerado como uma atividade guiada pela finalidade de criar valores-de-uso, mercadorias que se prestem a satisfazer necessidades humanas. Esse processo se decompõe em elementos que são o próprio trabalho, ou seja, a atividade adequada a um fim; o objeto de trabalho, que é a matéria sobre a qual o trabalho se aplica; e por fim, o instrumental ou meios de trabalho (MARX, 2010).

São as necessidades humanas expressas por aqueles que utilizam os serviços de saúde que atribuem todo movimento aos elementos do processo de trabalho. No campo da saúde o estudo desse processo e de seus elementos têm se dado como forma de revelar como as necessidades de saúde têm sido satisfeitas e quais as condições sociais de produção da saúde.

Compreendendo que o processo de trabalho em saúde está intimamente relacionado aos processos de mudanças sociais, entende-se que as condições sociais de produção da saúde são degradadas pelas novas relações de trabalho instituídas pelo neoliberalismo. Nunes et al. (2006) entendem que o contexto atual do trabalho em saúde reflete mudanças decorrentes da

instituição de políticas voltadas para atender a um modelo econômico que expropria o trabalhador do direito ao trabalho decente, do prazer e da criatividade com o seu trabalho.

Dentre os agentes/sujeitos do processo de trabalho em saúde nos hospitais ganha destaque a enfermeira que, como força de trabalho predominantemente assalariada, tem seu processo de trabalho atingido intensamente por essas mudanças. As enfermeiras, junto com as demais trabalhadoras do campo da enfermagem (auxiliares e técnicas), estão presentes durante as 24 horas nos hospitais e constituem a maior parte de todos os trabalhadores nesta organização.

Além da responsabilidade pela continuidade do processo assistencial no hospital, as enfermeiras respondem as necessidades do modo de produção exercendo seu papel de gerente intermediária, o qual lhe atribui a coordenação do processo de trabalho em enfermagem e a direção do processo de trabalho em saúde e a defesa dos interesses da organização (SANTOS, 2012).

Para esta trabalhadora, a flexibilidade dos vínculos promoveu intensa precarização do trabalho. A instabilidade no emprego, associada aos baixos salários, conduziu a enfermeira a assumir mais vínculos empregatícios (COMARU, 2011) e/ou, quando nos serviços públicos, a ampliar a jornada de trabalho, para recebimento de gratificação, uma exploração da trabalhadora por si mesma (VERAS, 2003).

Quanto ao cotidiano de trabalho, a nova forma de organização do processo de trabalho em saúde transferiu o foco dos meios e processos para o foco nos resultados. Essa reorientação produz aparentes espaços de autonomia para a enfermeira e intensifica o seu trabalho.

A flexibilização se reflete no processo de trabalho da enfermeira pelas mudanças no padrão da remuneração e pelo aumento da intensidade do trabalho, acúmulo de tarefas, ampliação da jornada para dentro e fora do tempo de trabalho, que são características do modelo toyotista de organização do trabalho. Estas características convivem com aspectos normativos e fragmentação do trabalho da organização taylorista/fordista. Esses elementos impactam sob a forma de desgaste e insatisfação da enfermeira, elementos da subjetividade dessa trabalhadora que retroalimentam o processo de trabalho em saúde, com possível impacto negativo sobre a qualidade da assistência em saúde.

Uma análise das publicações de revistas brasileiras do campo da enfermagem sobre o processo de trabalho em enfermagem realizada em 2005 evidenciou pequena produção de artigos sobre a temática, com os artigos identificados focando os instrumentos de trabalho (FRACOLLI; GRANJA, 2005). Pesquisas relacionadas com o processo de trabalho da

enfermeira em organizações hospitalares têm sido feitas em determinadas unidades de produção de serviço, como a unidade de terapia intensiva (GAIVA; SCOCHI, 2004; PINHO; SANTOS; KANTORSKI, 2007). No entanto, pela inserção no modo de produção capitalista, existem características no processo de trabalho da enfermeira que são compartilhadas nas diversas unidades de produção de serviços no hospital e que podem ser evidenciadas pela ampliação do foco de estudo.

Na Bahia, a maior parte das organizações hospitalares públicas está sob administração da esfera estadual, das quais 40% estão sob administração indireta, o que evidencia que as mudanças no aparelho de Estado foram adotadas pela Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab). Nos hospitais sob administração direta coexistem trabalhadores com vínculos diversos e há poucos anos foi introduzida uma fundação estatal de direito privado como forma de reduzir o déficit de trabalhadores na rede pública (BAHIA, 2014).

Em todo o estado, segundo o Conselho Regional de Enfermagem da Bahia, em abril de 2016 existiam 28.799 enfermeiras ativas, que corresponde a aproximadamente 26% das trabalhadoras do campo da enfermagem na Bahia (COREN, 2016). Segundo a Sesab, em 2013 existiam no seu quadro 2.301 enfermeiras estatutárias e 39 com contrato por tempo determinado trabalhando na rede própria de atendimento (SUPERH, 2014). Contudo, o número de trabalhadoras que possuem outros vínculos empregatícios e/ou que trabalham nos hospitais com administração terceirizada é desconhecido.

Diante de tais fatos, a questão que se coloca para este estudo é: quais as características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais da rede de serviços do SUS estadual na Bahia?

Pretendemos com este trabalho ajudar a preencher, ainda que parcialmente, as lacunas de conhecimento identificadas por Ramos, Gelbcke e Lorenzetti (2009) em relação ao estudo sobre o processo de trabalho em enfermagem, no que se refere aos objetos e produtos do processo de trabalho, das necessidades dos sujeitos do cuidado, da finalidade do trabalho e da própria práxis no cenário histórico-social.

Ao se estudar o processo de trabalho da enfermeira pode-se revelar as condições sociais que estas compartilham no processo de trabalho nos hospitais do SUS no contexto da reestruturação produtiva, além de mensurar o desenvolvimento da força de trabalho e dos instrumentos que estas utilizam. O conhecimento produzido pode favorecer o planejamento de condições favoráveis ao desenvolvimento do processo de trabalho da enfermeira no SUS que auxiliem a aproximação entre a trabalhadora e seu objeto de trabalho, no compartilhamento

da finalidade entre o agente/sujeito e o objeto vivo em resposta às necessidades de saúde e, conseqüentemente, impactar nas condições de assistência a saúde dos usuários.

O estudo tem, portanto, utilidade social e política pela possível contribuição para o aprimoramento da administração do trabalho no SUS do estado da Bahia e pela possibilidade de reduzir a alienação das enfermeiras, em decorrência da compreensão dos elementos do seu processo de trabalho e de sua função nas organizações de saúde que, por conseguinte, contribuirá nas discussões dos grupos que buscam o empoderamento das profissionais enfermeiras e a visibilidade do seu trabalho (MELO, 2013).

Postos os elementos introdutórios, define-se como objetivo geral analisar as características do processo de trabalho das enfermeiras em hospitais da rede estadual do Sistema Único de Saúde na Bahia.

Como objetivos específicos definem-se:

- Descrever os componentes do processo de trabalho da enfermeira em hospitais sob administração direta e sob administração indireta.
- Comparar as diferenças entre as características do processo de trabalho da enfermeira em organizações hospitalares sob administração direta e sob administração indireta.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo revisaremos a literatura sobre o processo de trabalho em saúde, retomando os conceitos de Marx. Posteriormente, examinaremos o conhecimento existente acerca do processo de trabalho da enfermeira e de como esse processo se realiza no hospital, priorizando estudos que utilizam o referencial marxista, pois entendemos que as discussões sobre o trabalho da enfermeira não podem se desvincular do momento histórico e econômico em que ele se processa.

2.1 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho foi analisado por Marx (2010) um processo do qual participam o homem e a natureza, que envolve três componentes (o objeto, a atividade e os meios) e resulta em algo que já existia na imaginação do trabalhador, idealizado em resposta a uma necessidade. É essa construção do produto na mente do trabalhador que o distingue dos animais e faz do trabalho uma atividade exclusivamente humana.

Os conceitos de Marx foram aplicados na saúde por Mendes-Gonçalves (1979) na análise do trabalho médico, que além da atividade, objeto e meios, destaca no processo de trabalho o elemento agente/sujeito. Suas considerações foram estendidas por muitos pesquisadores no sentido de caracterizar o trabalho em saúde (NOGUEIRA, 1997; PIRES, 1999; PEDUZZI, 2007).

Peduzzi (2002) transpõe o conceito de processo de trabalho marxista para o trabalho em saúde, definindo-o como um processo de transformação onde o agente alcança a finalidade do trabalho por meio de ações baseadas em um saber operante e em um dado modelo tecnológico. Este trabalho, configurado como reflexivo, tem como finalidade a prevenção de danos e riscos, manutenção ou restauração do estado de saúde.

Mendes-Gonçalves (1992) elabora esquemas em que demonstra que é essa finalidade, baseada em necessidades, que atribui todo o movimento ao processo de trabalho. No caso da saúde, essa necessidade, em geral, parte do usuário ou de outros processos de trabalho que visam atender as necessidades do usuário. Considerando que essas necessidades provêm de sujeitos inseridos em um contexto sócio histórico, podemos afirmar que essas necessidades são transformadas em demandas no modelo assistencial biomédico, que é hegemônico, o qual também responde aos interesses do capital. Tais demandas correspondem principalmente a restauração da saúde afetada, no sentido do afastamento da doença.

Na lógica econômica dos serviços de saúde, o usuário paga pelos bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho na produção de atos fragmentados, com efeitos presumidamente positivos sobre o estado de saúde (NOGUEIRA, 1997). Ainda que se espere que o produto final do trabalho em saúde seja o atendimento da necessidade do usuário, este trabalho responde ao sistema capitalista gerando valor de três formas: pela recuperação da força de trabalho adoecida para seu posterior retorno e exploração no sistema produtivo; pela produção da mais valia a que são submetidos os trabalhadores da saúde; e por gerar consumo de materiais, serviços e ações que contribuem para alimentar os lucros da indústria farmacêutica e da indústria de insumos e equipamentos (SANTOS, 2012).

A contradição que envolve a finalidade do processo de trabalho permeia todo o processo de trabalho em saúde que, em geral, perde seu sentido ao encerrar-se em si mesmo, e assim o trabalhador aliena-se por também perder o sentido e o valor do seu trabalho.

O processo de trabalho em saúde é desenvolvido coletivamente, cuja finalidade é a ação terapêutica de saúde e tem o indivíduo ou grupos de indivíduos doentes, sadios ou expostos a risco como objeto. Os instrumentos e condutas são meios de trabalho, e a prestação do serviço de saúde (assistência) é o seu produto (PIRES, 1999). Para Peduzzi (2007) esses elementos do processo de trabalho devem ser analisados de forma articulada, visto que apenas pela reciprocidade de sua relação é que se configura determinado processo de trabalho. Nesse sentido, discutiremos sobre os quatro componentes do processo de trabalho em saúde – objeto, produto, meios e agente - considerando a finalidade como o elemento que os une.

Conceitua-se como objeto de trabalho o que é transformado a partir do trabalho humano. O objeto, ao ser tomado para o processo de trabalho, sofre modificação: ele é desprendido de suas características naturais face à finalidade do trabalho e os instrumentos que serão utilizados. Assim perde sua naturalidade e se conforma ao processo de trabalho, onde passa a ser então objeto de trabalho. Não é possível no trabalho em saúde desligar o objeto de suas conexões naturais, visto que o objeto e as necessidades de saúde são expressas por meio do corpo do indivíduo ou de grupos de indivíduos. Assim, o objeto de trabalho em saúde, o corpo, está determinado pela sua existência social (MENDES-GONÇALVES, 1979).

Ao mesmo tempo, a delimitação do objeto depende da visão de mundo do trabalhador que, com base em um determinado saber, antevê o potencial produto do seu trabalho. No objeto, o trabalhador identifica a necessidade que precisa ser atendida e sobre a qual pode intervir com os meios que dispõe. Portanto, a delimitação de um objeto de trabalho implica na existência de um projeto que é, no caso dos serviços de saúde, o reconhecimento de uma necessidade. Assim, a delimitação do objeto de trabalho exige a presença de um sujeito, o

agente/sujeito, o que faz com que a subjetividade e a objetividade sejam indissociáveis no processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992; PEDUZZI, 2007).

Uma característica peculiar do trabalho em saúde é a de produzir ações e serviços fundamentados na relação interpessoal. Esse trabalho é processado sobre pessoas, e estas contribuem no processo ao fornecer valores de uso necessários a efetivação do mesmo, como fornecimento de informações e seguimento do plano terapêutico e, portanto, são corresponsáveis pelo êxito ou fracasso do mesmo (NOGUEIRA, 1997). É a participação desse objeto complexo e peculiar no processo de trabalho em saúde que faz com que ele não possa ser reproduzível e, portanto, o modelo rígido e prescritivo adotado nas produções fabris não se adequa à finalidade deste trabalho, ainda que protocolos tenham sido criados para reduzir a variabilidade na execução do trabalho humano em organizações de saúde.

Consideramos pertinente ao trabalho em saúde o que Mendes-Gonçalves (1979) ressalta sobre o trabalho médico: o objeto não se dissocia da necessidade que o move, visto que este é o próprio portador da necessidade, parcialmente convertido em objeto. Ao fim do processo de trabalho o resultado não é o produto a atender as necessidades, mas o próprio portador das necessidades, agora com estas necessidades satisfeitas. A consequência da coexistência entre objeto de trabalho e necessidade em um mesmo corpo é a tendência de confundir o objeto com a finalidade do processo de trabalho em saúde. Esta confusão não é característica apenas do trabalho médico, como será discutido na seção sobre o processo de trabalho em enfermagem.

O objeto, sob a ação humana mediada por instrumentos, se transforma em produto. Porém, o produto não se configura dentro do processo de trabalho apenas como um resultado final, mas como uma necessidade que antecede o processo e o fim deste e, por resposta a essa necessidade, o produto é valor de uso (MENDES-GONÇALVES, 1979).

É no produto/valor de uso, uma matéria natural adaptada às necessidades humanas mediante transformação da forma, que o processo de trabalho se encerra. Enquanto um valor de uso resulta no processo de trabalho como produto, outros valores de uso, produtos de processos de trabalho anteriores, são inseridos no processo como instrumentos de produção. Por isso os produtos não são apenas resultados, mas ao mesmo tempo condições do processo de trabalho (MARX, 2010).

O produto no trabalho em saúde é a prestação da assistência, a qual é consumida enquanto é produzida. É impossível, portanto, dissociar o produto gerado pelo trabalho em saúde do processo que o produz, já que o produto é a própria realização da atividade (PIRES,

1999). Para que o objeto se transforme em produto são utilizados instrumentos ou meios de trabalho.

Conforme Marx (2010, p. 213), “o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador coloca entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto”. Este autor considera que não é o que se faz, mas como e com que meios de trabalho se faz, que distingue as épocas econômicas. Os meios de trabalho são medidores do grau de desenvolvimento da força de trabalho humana, mas também indicadores das condições sociais nas quais se trabalha. Além das coisas que mediam a atuação do trabalho sobre seu objeto, entre os meios do processo de trabalho estão todas as condições objetivas que são exigidas para que o processo se concretize e que não fazem diretamente parte dele.

Com base nestas ideias de Marx, Mendes-Gonçalves (1979) interpreta que os instrumentos utilizados no trabalho médico podem ser classificados em três grupos: aqueles que permitem a apropriação do objeto, que correspondem à dimensão intelectual; aqueles que servem à transformação do objeto, que respondem à dimensão manual e o terceiro grupo que equivale às condições materiais que não participam diretamente do processo mas que são indispensáveis à sua concretização, cujo exemplo mais importante é o local de trabalho. Tanto as características do objeto quanto a finalidade do trabalho, o projeto do produto a ser alcançado, são determinantes das características dos meios de trabalho utilizados para aproximação e transformação do objeto.

Outra particularidade que distingue a produção de saúde da produção fabril envolve incorporação da tecnologia e da constante inovação tecnológica. Na indústria os novos instrumentos geram redução dos postos de trabalho pela substituição do trabalhador pela máquina, enquanto na saúde a introdução de novas tecnologias não substitui o trabalhador e muitas vezes não substitui a tecnologia preexistente, num processo cumulativo (NOGUEIRA, 1997; VARELLA, 2006). Assim, o avanço tecnológico na saúde, ao invés de reduzir os postos de trabalho, intensifica a demanda por mão de obra, porém os agentes desse processo passam a necessitar de frequente qualificação.

O agente do processo de trabalho é um sujeito ou conjunto de sujeitos que executa as ações, estabelece os objetivos e as relações de adequação dos meios e condições para a transformação dos objetos. O agente do trabalho deve ser considerado na complexidade de sua existência real, como uma pessoa que é formada e desenvolve suas atividades em uma sociedade determinada (FARIA et al., 2009).

Assim, o processo de trabalho em saúde envolve múltiplos sujeitos/agentes, com variados graus de qualificação, autonomia e valorização do trabalho. A complexidade do objeto exige que esses agentes trabalhem em conjunto, em um trabalho coletivo. Compreendem os profissionais de nível superior como médicos, enfermeiras, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos e os trabalhadores de nível médio e fundamental.

Exceto os médicos, os demais trabalhadores da saúde são predominantemente assalariados. Em função da relação trabalhista, estão submetidos aos constrangimentos das regras de funcionamento da organização, restrições que são menores em relação ao trabalho médico, pois diferente das demais profissões esta não tem restrição de atuação em qualquer ramo de atividade em saúde, ocupa os cargos mais altos nas organizações e têm maior representatividade política no país (PIRES, 1996).

Assim, quem assume o controle sobre o processo de trabalho em saúde é a categoria médica que, mesmo quando é proprietária dos meios de produção, o faz a partir de sua autoridade técnica e social. Tal fato é o que diferencia os médicos dos demais trabalhadores da saúde (NOGUEIRA, 1997).

Ainda que todas as profissões sejam necessárias para a manutenção e produção de valor no sistema capitalista, a precarização do trabalho é intensa nas profissões subsidiárias ao trabalho médico, o que lhes atribui menor preço e menor prestígio social (SANTOS, 2012).

Quanto às atividades realizadas pelos agentes/sujeitos, o trabalho em saúde tem sido gerenciado no modelo taylorista/fordista, assim como o trabalho industrial, o que produz conflito entre a autonomia dos profissionais e constrangimentos da organização. Ao mesmo tempo, este é um trabalho dotado de incertezas e descontinuidade, que impossibilitam a normatização completa e a definição de critérios rígidos de produção (PEDUZZI, 2002).

Faria e Araújo (2010, p. 432) ressaltam como a complexidade e a dinamicidade do trabalho em saúde torna esse trabalho refratário ao modelo prescritivo adotado pelos gestores, baseados em modelos técnico-burocráticos, produzindo o confronto cotidiano entre o trabalho real e o trabalho prescrito. Como forma de aumentar o controle sobre o trabalho, há uma tendência em coisificar tanto os agentes/sujeitos como os objetos e a relação entre estes, justificados pela busca pela qualidade total, que se traduzem em protocolos, competências e padronização de procedimentos voltados “às partes de um corpo sem história e sem emoção, sem lugar contextualmente circunscrito ou culturalmente perpassado”.

Cabe apontar uma diferença entre o processo de trabalho em saúde dos demais processos de produção: enquanto no processo de produção de bens materiais ocorre a cisão entre o trabalho manual e intelectual, na saúde essas dimensões tendem a ser integradas em

algum nível, exigindo dos profissionais de grau superior a execução de alguma parcela ou da totalidade dos procedimentos necessários à efetivação da assistência. Apesar disso, os atos de saúde são fragmentados e exigem do usuário que percorra uma infinidade de serviços para que seu problema seja resolvido, muitas vezes ignorando a finalidade das intervenções realizadas sobre si (NOGUEIRA, 1997).

Essa divisão do trabalho em saúde reflete o desenvolvimento científico tecnológico, com a divisão técnica e pormenorizada do trabalho, mas também a própria dinâmica social do trabalho em saúde e a valoração social do trabalho dos diferentes agentes, que também são desiguais, e cujo grau de autonomia variam conforme a autoridade técnica socialmente legitimada. A divisão do trabalho em saúde permite o aumento da produtividade nos serviços e aprofundamento na qualidade da assistência especializada, ainda que gere com isso fragmentação das ações (PEDUZZI, 2002).

Na próxima seção discutiremos como se processa o trabalho de um dos agentes/sujeitos do trabalho em saúde: a enfermeira.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA

Começamos essa seção enfatizando a dificuldade que as enfermeiras têm em identificar os elementos do seu processo de trabalho e a inserção do seu trabalho no modo de produção capitalista.

A enfermeira não compreende para quem, como e porque o seu trabalho é realizado, resultando em um trabalho que carece de planejamento e sentido, centrado em procedimentos. A dificuldade da enfermeira em compreender o seu processo de trabalho e identificar seus elementos está associada a alienação dessa trabalhadora, produzida pela exploração da força de trabalho que caracteriza o modo de produção capitalista (YAMAMOTO et al., 2009).

Em publicação do ano de 1986, Graciette Borges da Silva já sinalizava a necessidade de retomar o debate quanto ao objeto de trabalho das trabalhadoras da enfermagem e as funções que lhes são atribuídas, que entendemos aqui como atividades. Alguns estudos tangenciando este tema foram realizados desde então.

Mandú e outros (2011) identificaram o início da produção brasileira sobre o trabalho em enfermagem na perspectiva marxiana a partir dos anos 1980, intensificada nos anos 2000. Dessas produções, 14,43% tinham como objeto os processos sociais e/ou institucionais e a organização do trabalho em enfermagem. Tanaka e Leite (2008) evidenciam que mesmo entre professores dos cursos de graduação em enfermagem o processo de trabalho da enfermeira

não é compreendido. Entendemos que mesmo após três décadas de produção acadêmica sobre o tema ainda é preciso discutir o processo de trabalho da enfermeira.

O trabalho em enfermagem, como parte do trabalho em saúde, é realizado em resposta a finalidades e necessidades sociais, através do envolvimento dos sujeitos no processo de apreensão e transformação dos objetos de intervenção pelo uso de tecnologias materiais e imateriais (MANDÚ et al., 2010).

O trabalho da enfermeira é indispensável para as organizações de saúde no sentido de assegurar os interesses econômicos que fundamentam o modelo biomédico e o modo de produção regido pelo capital (MORAIS, 2011). Além disso, o trabalho da enfermeira contribui para a produção de valor no capitalismo ao participar da recuperação dos corpos dos trabalhadores; pela mais valia gerada ao exercer seu trabalho assistencial-gerencial, pelo qual colabora com a exploração do trabalho das outras trabalhadoras em enfermagem; pela racionalização dos equipamentos e insumos no processo de trabalho; e pela articulação dos diversos processos de trabalho em saúde (SANTOS, 2012).

Alguns fatores para discussão são levantados a partir da análise do processo de trabalho em enfermagem como parte do trabalho em saúde. O primeiro relaciona-se com a presença de múltiplos agentes caracterizando uma nova divisão do trabalho, que intensifica ainda mais a fragmentação do trabalho em saúde e permite compreender como se entrelaçam (e se confundem) os demais componentes do processo de trabalho da enfermeira. Entre os fatores que confundem a compreensão sobre o trabalho está o uso do termo “enfermagem” como nome da profissão. Ao nomear a profissão como enfermagem, na literatura e na vida cotidiana, esconde-se os diferentes processos de trabalho nesse campo, e reafirma-se a existência de um processo de trabalho único, encobrindo-se a atuação dos diferentes agentes/sujeitos no processo de trabalho em enfermagem.

Os agentes/sujeitos do trabalho em enfermagem em nosso país são a enfermeira, a técnica de enfermagem e a auxiliar de enfermagem. Esta divisão social do trabalho em enfermagem remonta a sua institucionalização, reproduzindo as classes sociais dos novos agentes, com enfermeiras executoras da assistência provindo de classe social diferente das enfermeiras que ensinam, coordenam e supervisionam. Isto reflete a organização do processo de trabalho da profissão, atrelada às relações econômicas de produção (MELO, 1986).

O que se exterioriza no cotidiano de trabalho como uma divisão entre trabalho manual e intelectual no processo de trabalho em enfermagem oculta a relação social entre seus integrantes, no qual a enfermeira é o sujeito hegemônico, a quem cabe limitar o espaço de atuação dos demais, ao tempo que é limitada e fiscalizada pelos proprietários/gestores das

organizações de saúde, sob a lógica política, econômica e biomédica dominante. Na posição de coordenadora do processo de trabalho em enfermagem, a enfermeira vive em conflito com as demais trabalhadoras devido a divisão social e técnica do trabalho e pela constituição de relações de dominação sempre combatida e questionada, reflexo da luta entre as classes sociais que representam (MELO, 1986; GEOVANINI, 2010).

Visto que o valor econômico do trabalho da enfermeira é superior ao das trabalhadoras de nível médio, a divisão do trabalho no campo da enfermagem responde ao modo de produção econômico ao permitir a redução de custos por meio da diminuição de postos de trabalho para as enfermeiras e aumento do número de técnicas e auxiliares sob sua supervisão (MORAIS, 2011).

Como já dito anteriormente, essa divisão do trabalho em enfermagem gera diferentes processos de trabalho para enfermeiras, técnicas e auxiliares. Enquanto as técnicas e auxiliares são direcionadas para o desenvolvimento de tarefas e atividades na assistência, as enfermeiras responsabilizam-se principalmente pelas atividades de planejamento, organização, supervisão e avaliação do cuidado prestado (PEDUZZI, ANSELMINI, 2002).

Diversas autoras distinguem dimensões no processo de trabalho da enfermeira e atribuem a estas diferentes componentes do processo de trabalho.

Hausmann e Peduzzi (2009) consideram que o processo de trabalho da enfermeira é composto por duas dimensões complementares: assistencial e gerencial, as quais articuladas dão origem ao que as autoras denominam como gerenciamento do cuidado. Para Kirchof (2003), o processo de trabalho da enfermeira envolve cuidar, educar, administrar/gerenciar. Já Sanna (2007) considera que o trabalho em enfermagem é composto por cinco processos de trabalho: assistir, administrar, ensinar, pesquisar e participar politicamente, que podem ou não ser realizados concomitantemente. Segundo Kirchof (2003) os processos de trabalho podem ocorrer simultaneamente ou ser priorizado um em prejuízo a outros. Porém, considera-se que a dimensão administrativa do processo de trabalho é inseparável das demais. Esta dimensão tem por finalidade organizar o serviço a fim de atender as necessidades tanto do usuário quanto dos trabalhadores e da organização de saúde.

As classificações acima fragmentam o trabalho da enfermeira em categorias que não se relacionam ao trabalho real, ainda que partamos do pressuposto que no imaginário das próprias trabalhadoras/agentes exista uma dicotomia entre atividades de natureza assistencial ou gerencial. Por outro lado, compreende-se que a maneira como têm-se produzido saúde no modelo biomédico vigente, não possibilita nomear o processo de trabalho da enfermeira como cuidado, visto que nem todas as atividades assistenciais resultam em cuidado.

Assim, as discrepâncias entre as diversas autoras revelam o caráter multifacetado do trabalho da enfermeira cuja ênfase recai sobre dois aspectos: a gerência e a assistência. Santos (2012) salienta que de fato a enfermeira executa um trabalho assistencial-gerencial, contudo não existe uma relação dicotômica entre eles, mas momentos em que um se sobrepõe ao outro, a depender da organização do trabalho em cada organização de saúde.

As divergências expressas na definição do processo de trabalho da enfermeira não se limitam as atividades, mas estendem-se ao objeto e a finalidade do trabalho. Para Geovanini (2010), as enfermeiras não têm um único objeto de trabalho. Considera que os objetos de trabalho são a administração, o cuidado de enfermagem, o ambiente terapêutico, a educação em saúde etc., mas que todos são direcionados ao indivíduo. Peduzzi e Anselmi (2002) identificam esses objetos como cuidado e gerenciamento do cuidado. Sanna (2007) diferencia os objetos identificando que ao assistir ao indivíduo, família, grupos sociais, comunidades e coletividades, o objeto é o cuidado demandado por estes. Ao administrar, o objeto são os agentes do cuidado e os recursos utilizados na assistência. O ponto comum entre as definições das autoras é considerar o cuidado como objeto de trabalho da enfermeira.

Kirchhof (2003) contraria essa concepção ao considerar que ao assistir a enfermeira tem como objeto o corpo; ao educar, a consciência individual e/ou coletiva e ao administrar-gerenciar, centra-se na organização do trabalho da equipe de enfermagem e na mediação do trabalho da equipe de saúde.

Assumimos para este estudo o conceito de cuidado de Ayres (2004, p. 22), como uma conformação humanizada do ato de assistir, “uma atenção à saúde imediatamente interessada no sentido existencial da experiência do adoecimento, físico ou mental, e, por conseguinte, também das práticas de promoção, proteção ou recuperação”. Nesse sentido, o cuidado é visto como um ato, uma ação diferenciada que se aproxima de dois elementos do processo de trabalho: a atividade e a finalidade.

Registramos anteriormente que Mendes-Gonçalves (1979) evidencia a existência de uma confusão entre o objeto e a finalidade do trabalho médico (e para nós, do trabalho em enfermagem) como consequência da coexistência do objeto de trabalho e das necessidades em um mesmo corpo. Ou seja, o autor reconhece o corpo socialmente constituído como o objeto de trabalho médico, que aqui assumimos como o objeto de trabalho da enfermeira.

A finalidade permeia não só o objeto, mas todo o processo de trabalho por ser aquilo que lhe dá sentido e expressa a necessidade que o gerou. Apesar dos esforços no sentido de desvendar o processo de trabalho da enfermeira, a finalidade que guia este trabalho ainda não está clara. O foco do trabalho se desvirtua na rotinização das ações e na sobrecarga de

atividades e, acrescentaria, na precarização do trabalho em saúde (SHIMBO, LACERDA, LABRONCINI, 2008).

Essa divergência e confusão teórica, dado que as autoras referidas não definem conceitualmente sua filiação quando discute trabalho, fica evidente nas produções teóricas sobre o processo de trabalho da enfermeira. Dito isto, optamos por adotar os conceitos oriundos de Mendes-Gonçalves (1979), de que o objeto de trabalho é o próprio portador de necessidades.

Assim, concordamos com Santos (2012) quando diz que a dupla natureza do trabalho da enfermeira faz com que os elementos do seu processo de trabalho também sejam diversificados. No trabalho assistencial, o objeto de trabalho corresponde ao corpo adoecido, a finalidade é a realização da assistência e os instrumentos são materiais e não materiais. No trabalho gerencial, o objeto de trabalho da enfermeira é o corpo das demais trabalhadoras do campo da enfermagem e de outros profissionais e trabalhadores que compõem a equipe de saúde, a finalidade é garantir a realização da assistência através da articulação dos trabalhadores da saúde e pela mobilização de insumos, e os instrumentos são também materiais e imateriais, baseados no modelo de organização do trabalho taylorista.

As enfermeiras compartilham com os demais profissionais e trabalhadores alguns instrumentos de trabalho. Entretanto, alguns meios são utilizados no trabalho da enfermeira e não das demais trabalhadoras em enfermagem, resultado da dupla natureza que confere especificidade ao seu trabalho. Um dos instrumentos de trabalho da enfermeira é a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), que é considerada por Peduzzi e Anselmi (2002) como reprodutor inflexível da divisão social do trabalho, em reforço à cisão entre concepção e execução. Outros instrumentos serão discutidos na seção sobre o processo de trabalho da enfermeira no hospital.

Além de alguns instrumentos de trabalho, a finalidade do trabalho em saúde também é compartilhada entre os diversos agentes. Geovanini (2010) salienta que como a finalidade do trabalho em saúde é coletiva, não há uma finalidade do trabalho em enfermagem, mas uma recriação pelas trabalhadoras da finalidade do trabalho em saúde. Esta finalidade seria curar e/ou prevenir doenças. A apropriação da finalidade se dá pela relação direta entre profissional e usuário e pela criação de condições ideais para o trabalho dos diversos profissionais da saúde.

A forma pela qual as trabalhadoras da enfermagem interpretaram a finalidade do trabalho em enfermagem como parte do trabalho em saúde, é designando o cuidado de enfermagem como finalidade. Conforme afirma Collière (1989), cuidar é ajudar a viver e

esses cuidados que são tanto de manutenção como de reparação consideram a diversidade das necessidades de saúde com atenção ao que é significativo para a vida das pessoas.

O trabalho da enfermeira mantém interface com todos os demais, dado que esta trabalhadora é quem direciona o processo de trabalho em saúde. Parte do trabalho da enfermeira, pela sua natureza assistencial-gerencial, equivale a atividade meio, ao assegurar condições para que o trabalho coletivo em saúde se realize. Essa natureza, entre outros fatores, determina a invisibilidade do trabalho da enfermeira (SANTOS, 2012).

Possivelmente, a imaterialidade das atividades meio, como a invisibilidade do trabalho gerencial, contribua para que a enfermeira desvalorize e até antagonize essa dimensão do seu trabalho. Giovanini (2010) afirma que as atividades gerenciais para assistir ocupam grande parte do tempo do trabalho da enfermeira. Mesmo assim, esta reconhece apenas a assistência como parte do seu trabalho, por atribuir a esta mais nobreza em relação à dimensão gerencial. A formação destas profissionais centra-se quase que exclusivamente para a prestação da assistência, quando seu trabalho parece transcender as ações técnicas, administrativas e assistenciais.

Até aqui examinamos como o processo de trabalho da enfermeira é parte do processo de trabalho em saúde e quais os seus componentes. Contudo, o trabalho da enfermeira não pode ser compreendido fora do espaço em que se realiza. Isso porque, como salienta Kirchof (2003), apesar da finalidade do trabalho ser a interpretação da necessidade do usuário, realizada pelo profissional e levando em conta sua interpretação e sua subjetividade, o produto deste trabalho é reflexo do que é possível às condições de produção num tempo e espaço dado. Por ser socialmente determinado, há influência das organizações no processo de trabalho da enfermeira, direcionando suas práticas à medida que limita os papéis e impõe barreira a esta (SHIMBO; LACERDA; LAMBROCINI, 2008). O espaço no qual focaremos nossa atenção neste estudo serão as organizações hospitalares.

2.3 PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NO HOSPITAL

Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência destinada aos pobres, por meio do qual estes eram separados e excluídos da sociedade. As pessoas que trabalhavam nos hospitais eram leigas ou religiosos, que visavam menos a cura e mais a salvação da própria alma e da alma do doente (FOULCAULT, 1984).

O hospital como instrumento terapêutico é algo relativamente recente, data em torno de 1780, quando da necessidade de recuperação dos corpos dos soldados, cujo custo social para a

formação, capacitação e desenvolvimento de aptidões tornava-se cada vez mais elevado. Reordenado pela disciplina, o hospital passa a ser um espaço onde os doentes são vigiados e onde tudo que ocorre é registrado, ao tempo que se modifica o ambiente com intuito terapêutico (FOULCAULT, 1984).

Dentro dessa nova lógica de organização, o hospital moderno, por seu tamanho e complexidade, passou a demandar uma infraestrutura indispensável à sua manutenção, cujo trabalho mais importante foi o da enfermeira. Esta trabalhadora, na divisão social e técnica do trabalho ficou encarregada das atividades mais manuais e outras funções complementares, enquanto o médico manteve o domínio do processo intelectual. Uma segunda divisão ocorreu no trabalho da enfermeira, quando a profissional mais qualificada manteve seu trabalho intelectual e atribuiu aos auxiliares a parte manual (MENDES-GONÇALVES, 1992).

A enfermeira, em um espaço que agrupava os diferentes trabalhadores da saúde, usuários, equipamentos e insumos, ocupou, no Brasil, a função de articuladora das ações e serviços para a assistência. Este trabalho tem características de permanência, continuidade e vigilância, subsidiando o trabalho pontual executado pelo médico, mas com valor inferior a este (SANTOS, 2012).

Segundo Gustavo (2001), a enfermeira articula o processo de trabalho em saúde no hospital ao promover a manutenção da infraestrutura do local de trabalho e a organização de materiais e pessoal; ao providenciar a resolução dos problemas da família do usuário; ao esclarecer os familiares em relação às condutas que não foram compreendidas e promover a ligação entre a equipe de saúde e os demais setores do hospital.

Desta forma, a enfermeira viabiliza não apenas o trabalho das trabalhadoras da enfermagem e, também, de todos os demais agentes do trabalho em saúde. Gustavo (2001) observa que no hospital a enfermeira articula os agentes do trabalho em saúde, tornando-se o elo entre as especialidades. Pela característica de continuidade do seu trabalho, a enfermeira centraliza grande parte das informações necessárias ao trabalho dos outros profissionais, atuando como o sujeito/agente de referência no trabalho coletivo.

Análises realizadas sobre o processo de trabalho da enfermeira em unidade de internação pediátrica por Yamamoto ET al. (2009); em unidade de terapia intensiva neonatal por Gaiva e Scochi (2004); e no centro cirúrgico por Rodrigues e Sousa (1993) destacaram que viabilizar o trabalho médico é parte do trabalho da enfermeira. Lima e Binsferd (2003) ressaltam que o processo de trabalho da enfermeira no hospital têm características tanto de núcleo operacional quanto de assessoria de apoio. Esse apoio seria direcionado à viabilização

do processo de produção dos médicos por serem os únicos profissionais com autonomia nesta organização.

O que se pode observar, no entanto, é que no hospital, como em qualquer local onde se desenvolva o trabalho em saúde, a interdependência e complementaridade são elementos indissociáveis na execução desse trabalho (GUSTAVO, 2001). Cada agente/sujeito colabora com o processo de trabalho desenvolvido pelo outro profissional, ao tempo em que tenta preservar sua parcela de autonomia no interior do trabalho coletivo. O grau de liberdade de ação da enfermeira está relacionado com a interdependência e complementariedade do seu trabalho com o trabalho dos demais profissionais da saúde que atuam no hospital.

Considerando a autonomia à luz do conceito de Schraiber e Peduzzi (1993) reinterpretado por Peduzzi (2001, p. 105) como “a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários”, podemos concordar com o que Bueno e Queiroz (2005) ressaltam: que a autonomia da enfermeira nas organizações hospitalares é limitada principalmente pelo processo de trabalho que se distingue pela tecnicidade dos procedimentos médicos, dominantes no modelo biomédico, e pela pouca relevância atribuída aos aspectos socioculturais e emocionais do processo de doença e de cura.

No hospital, a autonomia relativa e a dita especificidade do trabalho da enfermeira dizem respeito ao gerenciamento tanto dos recursos necessários à articulação do processo de trabalho em saúde quanto do processo de trabalho em enfermagem. Entretanto, a atuação da enfermeira na organização das unidades de produção de serviço mantém-se no sentido de confirmar e reproduzir a hegemonia médica (MORAIS, 2011).

Isso se confirma pela observação de Yamamoto et al. (2009) na unidade de internação pediátrica, onde o processo de trabalho da enfermeira tem características de atividades rotineiras, em um trabalho hierarquizado e submetido aos interesses da organização.

Parte desses interesses é atendida pela enfermeira ao realizar o controle dos custos da unidade, com mais atenção aos registros de utilização de materiais do que a evolução e recuperação do usuário. Sob pressão da organização, a enfermeira exerce um domínio rigoroso não só dos materiais e insumos utilizados na prestação da assistência como sobre a produção das trabalhadoras da enfermagem (MORAIS, 2011). Isso revela não só o papel da enfermeira na sustentabilidade financeira do hospital, como também a sua posição como intermediária entre os proprietários dos meios de produção e os trabalhadores assalariados. É a enfermeira quem potencializa a exploração dos demais trabalhadores da organização através da supervisão e controle do processo de trabalho destes, incluindo cobranças pelo aumento da produtividade e minimização do tempo morto no processo de trabalho (MELO, 2013).

Em resposta às demandas da organização, grande parte do tempo que a enfermeira despense em seu trabalho é consumido pela rotina diária do hospital, num trabalho acrítico e passivo, restringindo os espaços e tempos para um trabalho criativo (BUENO, QUEIROZ, 2006).

Nas organizações hospitalares não se costuma refletir sobre o processo de trabalho assistencial. Em geral, os processos de trabalho nestas organizações dispensam a participação dos trabalhadores no planejamento e organização do trabalho. Portanto, a acentuada especialização nas organizações da saúde gera fragmentação e alienação ao invés de possibilitar avanço na prestação dos serviços de saúde (PIRES, 1999). Em consequência, o poder decisório das trabalhadoras de enfermagem é pequeno, limitado por outros setores e por regras de funcionamento da organização hospitalar.

Mendes-Gonçalves (1979) afirma que a organização da produção dos serviços equivale de forma fiel às características do objeto de trabalho, portanto as organizações destinadas a diferentes classes sociais têm tempos distintos de duração da assistência, por uma adaptação, que vai se produzindo na prática, às estruturas de normatividade da classe que atendem.

Ainda que a organização do trabalho deva se dar em torno do objeto, que é um corpo e suas necessidades socialmente construídas. Pires (1999) observa que na maior parte dos serviços a satisfação e necessidades dos usuários não são incluídas no planejamento, embora estejam presentes nos discursos de trabalhadores e gestores. Os serviços organizam-se sob regras rígidas que impelem o trabalhador a distanciar-se das características humanas do seu objeto de trabalho, enquanto defendem os interesses corporativos em detrimento da reflexão sobre o processo assistencial global.

Desta forma as organizações nem direcionam a sua finalidade à necessidade do usuário, nem permitem que o trabalhador o faça, visto que para tanto os trabalhadores precisariam de uma dinâmica de trabalho que promovesse espaços de inter-relação com o usuário e com isso permitisse o compartilhamento dessas necessidades. Quando isso não ocorre, caminha-se para um processo de trabalho alienado, desprovido de finalidade.

O conjunto de atribuições da enfermeira, portanto, molda-se a partir do interesse de cada organização hospitalar e da compreensão de cada uma destas trabalhadoras. Contudo, em todas as unidades de produção de serviço do hospital o trabalho da enfermeira consiste em gerenciar, ainda que de forma distinta (MORAIS, 2011).

Foi observado que as enfermeiras em unidades de internação, no entanto, pouco identificam e não aceitam o seu trabalho de coordenadora dos processos de trabalho em saúde, atribuindo à assistência o ideal para a profissão (GUSTAVO; LIMA, 2003). A definição do

lugar que ocupa no processo de trabalho não cabe, portanto, à enfermeira e sim as organizações de saúde. Moraes (2011) afirma que o quantitativo reduzido de enfermeiras, condição imposta pela divisão social e técnica do trabalho em enfermagem (MELO, 1986), não permite que estas sejam responsáveis pela assistência ao usuário, de tal forma que a proporção entre enfermeiras e as demais trabalhadoras do campo da enfermagem no hospital indica que a enfermeira opera nesta organização primeiramente como gerente intermediária.

Apenas em algumas unidades de produção de serviço especializadas, com maior complexidade técnica-assistencial, exige-se a intervenção direta da enfermeira na assistência ao usuário.

Gaiva e Scochi (2004), ao estudar o processo de trabalho em saúde em unidade de terapia intensiva neonatal, observam que a enfermeira, além de controlar o processo de trabalho em enfermagem, também presta assistência aos neonatos mais graves. Neste tipo de unidade a enfermeira esforça-se para envolver-se em atividades mais simples, como o banho e controle de dados vitais, mesmo quando o número reduzido de enfermeiras leve-as a atribuir às trabalhadoras de nível médio a realização de procedimentos complexos. O mesmo achado é registrado no estudo do processo de trabalho de enfermeira em alojamento conjunto pediátrico, no qual as enfermeiras justificavam a realização das atividades mais simples ao reduzido número de trabalhadoras da enfermagem de nível médio (YAMAMOTO ET al., 2009). Esses estudos demonstram que em unidades de produção onde o objeto de trabalho é a criança, as enfermeiras ignoram a divisão do trabalho devido a afinidade com o objeto.

No entanto, são poucos os elementos que indicam discreto rompimento da fragmentação do processo de trabalho no sentido de um trabalho cooperativo e integral. Para alguns autores esses elementos seriam a participação direta da enfermeira na assistência, a realização da assistência individualizada pelas trabalhadoras de nível médio e a participação das trabalhadoras na confecção da escala de serviço (GAIVA; SCOCHI, 2004).

Ainda que o Centro de Materiais e Esterilização (CME) seja uma unidade de produção de serviço especializada, representa o polo oposto das unidades citadas anteriormente. Nele, o processo de trabalho assemelha-se mais ao trabalho industrial no qual o produto do trabalho não é consumido em ato. No CME, Taube e Meier (2007) identificaram como objeto de trabalho da enfermeira os materiais e as demais trabalhadoras da equipe; a assistência ao usuário e a qualidade ao serviço prestado como finalidade, e acrescem ainda a finalidade o alcance de novas tecnologias, ou seja, o instrumento como finalidade.

No hospital se destaca o uso intensivo de instrumentos tanto intelectuais quanto manuais, diferenciados em cada unidade de produção de serviço de acordo com sua especialidade.

Contudo, se observa o uso de instrumentos comuns no trabalho da enfermeira. Alguns desses instrumentos que poderiam ser empregados para a integração do trabalho são pouco utilizados para este fim, a exemplo da visita dos profissionais de saúde e do prontuário, instrumento de trabalho comum entre enfermeiras, auxiliares, técnicas, médicos e outros profissionais (PIRES, 1999). A visita, em geral, é realizada apenas entre profissionais médicos e o prontuário é utilizado por cada categoria separadamente, dispensando importantes oportunidades de coesão do trabalho em saúde.

O chamado processo de enfermagem é um outro instrumento de trabalho da enfermeira, que, no hospital, caracteriza-se pela utilização das bases técnicas e teóricas do modelo biomédico, resultando em prescrições voltadas para a assistência ao corpo biológico e aos procedimentos técnicos (GAIVA; SCOCHI, 2004). Yamamoto et al. (2009) comprovaram que há uma ausência de uniformidade na utilização do processo de enfermagem entre diversos hospitais, cujo desuso chega a se revelar por informações importantes sobre a assistência da enfermeira registradas em relatórios e suprimidas nos prontuários.

Outro instrumento utilizado é a passagem de plantão, que se presta a garantir a continuidade do processo de trabalho, pela transmissão de informações sobre a evolução do usuário, a assistência prestada, pendências e alterações nas prescrições dos médicos e das enfermeiras (GAIVA; SCOCHI, 2004). Estas informações são imprescindíveis para que não haja atrasos na recuperação dos corpos doentes, possibilitando a rotatividade dos leitos; e ainda evita a utilização duplicada de recursos, servindo tanto ao controle do processo de trabalho quanto a redução de custos e podendo contribuir como forma de articulação do trabalho coletivo. Yamamoto et al. (2009) observaram que as enfermeiras em alojamento conjunto pediátrico além de realizarem a passagem de plantão com foco na patologia, procedimentos e prescrição médica, não incluem as demais trabalhadoras da enfermagem, o que reforça a fragmentação da assistência no trabalho em enfermagem.

Na análise dos instrumentos do processo de trabalho da enfermeira em unidade de terapia intensiva para adultos, Pinho, Santos e Kantorski (2007) citam o modelo de assistência de Wanda Horta como uma estratégia para o cumprimento de rotinas institucionais assistenciais que tem o potencial de dinamizar o processo de trabalho para além do atendimento padrão e rotineiro. Foi observado neste estudo, entretanto, que este referencial teórico utilizado para orientação do trabalho foi interpretado pelas trabalhadoras como uma

imposição do hospital à qual as enfermeiras precisavam se adaptar. Assim, ao contrário de estimular a criatividade, o modelo de assistência de Horta permitia maior controle da organização sobre o processo de trabalho da enfermeira, reforçando o caráter prescritivo e normativo do trabalho e permitindo a reprodução da realidade social existente.

Nos hospitais públicos um aspecto comum sobre os meios de trabalho refere-se a escassez de recursos, tanto de consumo quanto de estrutura. Yamamoto et al. (2009) identificaram esse aspecto nas unidades pediátricas, com insuficiência tanto quantitativa quanto qualitativa. Isso implicou no aumento do trabalho das enfermeiras pelo esforço de tentar prover esses materiais recorrendo aos empréstimos ou em elaborar alternativas que possibilitassem a continuidade da assistência na ausência dos recursos específicos.

Além disso, a maioria das enfermeiras resistia ao uso de instrumentos e tecnologias que potencializavam a administração, apegadas a metodologias defasadas, rotinas e repetição de tarefas, mantendo características próximas ao gerenciamento do trabalho doméstico (MORAIS, 2011).

Tendo em vista o que foi exposto, pode-se afirmar que o trabalho da enfermeira no hospital, inserido no modo de produção vigente, consiste em coordenar o processo de trabalho em enfermagem e direcionar os processos de trabalho em saúde. Pela natureza assistencial-gerencial do seu trabalho, a enfermeira participa tanto da recuperação dos corpos dos trabalhadores para retorno ao sistema produtivo como da manutenção financeira da organização hospitalar (SANTOS, 2012). A menor valorização que as enfermeiras atribuem ao seu trabalho como gerente intermediária no hospital e a busca da prática assistencial como ideal para a profissão refletem a alienação em que essas agentes se mantêm em relação ao seu lugar no mundo do trabalho.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um recorte da pesquisa denominada Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem na Rede Estadual do Sistema Único de Saúde/Bahia, financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, cujo objetivo geral é analisar o processo de trabalho em enfermagem na rede de serviços do SUS. Consiste em um estudo exploratório, que tem como campo de pesquisa a rede de serviços de saúde do SUS estadual e como sujeitos as trabalhadoras em enfermagem inseridas nesses campos de trabalho (MELO, 2013).

A coleta de dados da pesquisa matriz foi desenvolvida em duas fases: 1) análise de dados secundários através das bases de dados e bancos de teses nacionais e internacionais sobre a produção de conhecimento sobre o processo de trabalho em enfermagem; 2) aplicação de questionário com enfermeiras(os), técnicas(os) e auxiliares de enfermagem para caracterização sociodemográfica e profissional, caracterização do processo de trabalho e das condições de trabalho das mesmas (MELO, 2013).

A pesquisa da qual tratamos a seguir contempla parte da fase dois do projeto matriz, com enfoque na caracterização do processo de trabalho das enfermeiras dos hospitais da rede estadual do SUS/Bahia.

3.1 DESENHO DO ESTUDO

Realizou-se um estudo do tipo descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa.

A opção por essa abordagem se deu à medida que se identificou que os estudos brasileiros existentes sobre o processo de trabalho da enfermeira partiram de uma análise qualitativa e se pretendia produzir dados abrangentes sobre este processo de trabalho. Serapioni (2000), ao tratar de métodos em pesquisas sociais, considera que se pode utilizar métodos de pesquisa quantitativa quando outras pesquisas acumularam um corpo suficiente de conhecimentos sobre o tema e parte-se então para verificação se este corpo de conhecimentos é válido em outras situações, ainda não exploradas empiricamente.

A estratégia quantitativa em pesquisa social é recomendada ainda quando se pretende definir padrões e identificar relações entre muitos casos, além de testar teorias e fazer predições. É aplicável quando a intenção for pesquisar um grande número de indivíduos e analisar muitas de suas características (CERVI, 2009), o que é o caso da pesquisa relatada.

Com esta investigação, pretendemos evidenciar características semelhantes do objeto de estudo cuja variabilidade foi evidenciada nos estudos anteriores. Ao utilizar a abordagem

quantitativa, poderemos garantir a precisão dos resultados, de forma a evitar distorções de análise e interpretação, com margem de segurança quanto às inferências feitas.

A pesquisa descritiva é empregada para observar, registrar, analisar e correlacionar eventos ou fenômenos sem manipulá-los (CERVO; BERVIAN; SILVA, 2007). Para Cervi (2009, p. 140), este tipo de pesquisa “utiliza-se de uma série de informações coletadas em uma grande massa de variáveis e reduzidas a indicadores representativos da dinâmica social, para descrever como os fenômenos acontecem”.

Quando os estudos descritivos têm a finalidade de realizar testes preliminares sobre hipóteses podem ser chamados de estudos exploratórios, os quais são justificados em situações em que o conhecimento existente descritos ainda são escassos, contribuindo com informações preliminares sobre o evento. Estes permitem identificar hipóteses que possam ser testadas em outros estudos de abordagens mais analítica (ALMEIDA FILHO; BARRETO, 2012).

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida nos hospitais gerais e especializados da rede de atenção à saúde da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (Sesab), onde realiza-se a maior parte dos atendimentos de média e alta complexidade do estado.

A rede própria de atendimento da Sesab é composta por nove núcleos regionais, 24 unidades hemoterápicas, 7 unidades de pronto-atendimento, 11 centros de referência e 41 hospitais gerais e especializados, os últimos voltados para atendimento em obstetrícia/neonatologia, pediatria, ortopedia, psiquiatria e infectologia (SESAB, 2015).

Os hospitais contatados para essa pesquisa foram os existentes em novembro de 2013, quando a Sesab contava com 22 hospitais sob administração direta e 17 sob administração indireta. As organizações hospitalares da Sesab estavam distribuídas entre 16 das 28 regiões de saúde da Bahia e atendiam a toda população do estado através da transferência dos usuários que necessitem de assistência por intermédio da Central Estadual de Regulação.

Após anuência da Superintendência de Recursos Humanos da Sesab, todos os hospitais da rede de atendimento foram contatados via e-mail institucional e, na ausência de resposta após repetidas tentativas, foram realizadas novas abordagens por telefone no período de abril a novembro de 2014. Naquele momento, os diretores das organizações hospitalares foram informados sobre a realização da pesquisa e lhes foram solicitadas informações sobre o número de trabalhadoras do campo da enfermagem de cada hospital por tipo de vínculo

empregatício. Houve retorno destes dados para 22 hospitais localizados em 9 das 28 regiões de saúde, 15 de administração direta e 7 de administração indireta. Foi então estabelecido o primeiro critério de exclusão da pesquisa, visto que apenas as organizações respondentes constituíram os campos de coleta de dados.

Dos hospitais participantes, 13 são hospitais gerais e 9 hospitais especializados. Esses hospitais contém 60,8% dos leitos hospitalares da rede hospitalar própria da Sesab: 73% dos leitos sob administração direta e 42% dos leitos de hospitais sob administração indireta (BRASIL, 2015). Para início da coleta de dados foi realizado um segundo contato junto às diretorias e coordenações dos 22 hospitais que fizeram parte do cálculo amostral com o intuito de informar o início da coleta. Durante este contato, dois hospitais de administração indireta informaram a impossibilidade de coleta no período devido a substituição das empresas gestoras do estabelecimento de saúde. Com isso, as unidades hospitalares coletadas foram reduzidas para 20.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população do estudo foi constituída pelas enfermeiras da rede hospitalar própria do SUS estadual, na Bahia, durante o período de março de 2015 a outubro de 2015. Os dados fornecidos no primeiro contato foram utilizados para a estimativa do número de trabalhadoras do campo da enfermagem vinculadas à rede hospitalar da Sesab e, conseqüentemente, para realização do cálculo amostral. A amostra foi calculada para o projeto matriz que englobou, além das enfermeiras, as técnicas e auxiliares de enfermagem tanto de hospitais, quanto de centros de referência e unidades de pronto-atendimento.

A técnica de amostragem adotada foi a amostragem estratificada com alocação proporcional. A opção por esta técnica deve-se a heterogeneidade existente entre os dois estratos, trabalhadoras da enfermagem sob administração direta e sob administração indireta, visto que elementos como a forma de seleção de pessoal, jornada de trabalho, salário, tipo de vínculo dentre outros aspectos tendem a ser diferentes e influenciar no processo de trabalho. Deste modo, buscou-se garantir tanto a homogeneidade dentro dos estratos para garantir maior precisão das estimativas, quanto a proporcionalidade visando garantir maior representatividade das trabalhadoras dentro dos respectivos estratos.

No contexto deste estudo, as organizações de saúde foram as unidades amostrais e a trabalhadora a unidade elementar (ou respondente). Foram utilizadas planilhas Excel com os dados cadastrais dos elegíveis e o software STATA v.12 para o cálculo da amostra e sorteio.

A prevalência dos fenômenos sob estudo foi considerada desconhecida ($p=0,50$), admitiu-se um erro amostral de 3% ($d=0,03$), sob o nível de confiança de 95% ($\alpha=0,05$). Ao n encontrado, foi acrescido 20% para perdas eventuais. O cálculo para o projeto matriz foi realizado com o auxílio da seguinte fórmula:

$$n = z_{1-\alpha/2}^2 * \sum_h^H [N_h^2 * P_h * (1 - P_h) / w_h] / [N^2 * d^2 + z_{1-\alpha/2}^2 \sum_h^H N_h * P_h * (1 - P_h)]$$

onde,

Quadro 1. Descrição dos parâmetros utilizados para o cálculo da amostra.

Parâmetro	Descrição
H	total de estratos (H=2)
N=8.821	número total de profissionais
N _h	total de profissionais no estrato h
w _h	N _h /N – fração de observações alocadas no estrato h
P _h	proporção de profissionais no estrato h, assumiu-se prevalência desconhecida (P _h = 0,5).
n	tamanho da amostra
n _h	tamanho da sub amostra no estrato h
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	percentil da distribuição gaussiana que corresponde o nível de confiança 95% ($\alpha=0,05$), para hipótese bilateral.
D	erro amostral ($d=0,03$)

Quadro 2. Cálculo amostral, amostragem estratificada com alocação proporcional.

h	Tipo da Administração	Nh	Wh	Ph	$Nh*Ph*(1-Ph)$	$Nh^2*Ph*(1-Ph)/wh$	Amostra (nh)	Perdas
1	Direta	7140	0,81	0,5	1785	15745485	771	925
2	Indireta	1681	0,19	0,5	420,25	3707025,25	181	218
Total		8821	1		2205,25	19452510,25	952	1.142

Quadro 3. Distribuição total dos profissionais em toda a rede da Sesab por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia-Brasil, 2015.

Profissional	Administração Direta	%	Administração Indireta	%	Total	%
Enfermeiras	1712	23,98	436	25,94	2148	24,35
Técnicas	2597	36,37	1160	69,01	3757	42,59
Auxiliares	2831	39,65	85	5,06	2916	33,06
Total	7.140	100,00	1.681	100,00	8.821	100,00

Fonte: Dados obtidos do cálculo amostral.

Quadro 4. Distribuição dos profissionais na amostra por tipo de administração com alocação proporcional. Bahia-Brasil, 2015.

Profissional	Administração Direta	%	Administração Indireta	%	Total	%
Enfermeiras	223	23,98	57	25,91	280	24,35
Técnicas	338	36,37	152	69,09	490	42,63
Auxiliares	369	39,65	11	5,00	379	33,02
Total	930	100,00	220	100,00	1150	100,00

Fonte: Dados obtidos do cálculo amostral.

Posteriormente, essa amostra foi alocada proporcionalmente por tipo de profissional para cada organização de saúde que forneceu os dados segundo o percentual de trabalhadoras de cada organização na população de estudo.

Para este estudo realizamos um recorte utilizando unicamente as enfermeiras dos hospitais gerais e especializados, configurando uma amostra intencional. A população foi então estimada em 2.148, o que corresponde a 24,35% das trabalhadoras em enfermagem em atividade nas organizações hospitalares estudadas. Destas, 197 enfermeiras seriam entrevistadas em hospitais sob administração direta e 57 em hospitais sob administração indireta. À saída de dois hospitais de administração indireta da pesquisa, foram retiradas 9 enfermeiras da amostra que estavam alocadas nesses hospitais e, ao fim, foram entrevistadas 256 enfermeiras.

Foram definidos como critérios de exclusão para a participação do estudo: 1) participar da pesquisa; 2) estar em desvio da função para qual foi admitida; 3) trabalhar por um período inferior a seis meses no local de pesquisa e; 4) fazer parte da direção da organização hospitalar.

3.4 COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados e a operacionalização da coleta de dados são descritos a seguir.

3.4.1 Instrumento de coleta

Para realizar a coleta de dados e atender aos objetivos da pesquisa foi empregado um questionário estruturado elaborado para o projeto matriz do qual essa investigação faz parte. A elaboração do instrumento foi apoiada em extensa revisão de literatura, na experiência em serviço de enfermeiras que trabalham em organizações de saúde e a partir da leitura dos instrumentos utilizados em outras pesquisas.

O formulário inclui questões elaboradas pelo grupo de pesquisadoras responsáveis pelo projeto matriz e incorporou questões adaptadas dos instrumentos utilizados nas seguintes pesquisas: Perfil da Enfermagem no Brasil (MACHADO, 2011); Estudo da Saúde dos Enfermeiros, realizado nos hospitais públicos do Município do Rio de Janeiro em 2011 (GRIEP; ROTENBERG, 2009); e Distúrbios Músculo-esqueléticos em Trabalhadoras de Enfermagem, realizado em hospital público da cidade de Salvador, Bahia (FONSECA, 2009).

O instrumento é composto por 94 itens divididos em sete seções (Anexo A):

- I. Características sociodemográficas, com questões estruturadas e semiestruturadas relativas a idade, sexo, escolaridade, situação conjugal, número de dependentes, tempo de trabalho na profissão;
- II. Informações sobre outros vínculos de trabalho: formado por questões relativas ao número de outros vínculos de trabalho e jornada de trabalho nestes;
- III. Informações sobre o trabalho na Sesab: inclui questões de múltipla escolha sobre o tempo de trabalho no local de pesquisa, local de trabalho, características da jornada de trabalho, tipo de vínculo.

- IV. Informações sobre o processo de trabalho: contempla afirmações sobre o processo de trabalho graduadas pela escala de *Likert* e questões sobre atividades predominantes no trabalho;
- V. Informações sobre condições de trabalho: inclui questões de múltipla escolha e graduadas em escalas sobre a intensidade do trabalho, presença de conflito, violência e discriminação, satisfação com o trabalho e profissão;
- VI e VII. Informações sobre atividades domésticas e informação salarial: tempo gasto no trabalho doméstico e salário.

O instrumento de coleta foi construído e validado em múltiplas oficinas das quais participaram expertises sobre o trabalho em enfermagem e trabalhadoras em enfermagem, com posterior orientação de profissional especializado em estatística.

3.4.2 Operacionalização da coleta

A testagem do instrumento foi realizada no período de janeiro a fevereiro de 2015 com 347 trabalhadoras de uma organização hospitalar externa à amostra e que possui características semelhantes às esperadas nos campos de coleta. O teste piloto permitiu a familiarização da equipe de coleta com o instrumento, a adequação da linguagem empregada, a avaliação do tempo de aplicação do instrumento e evidenciou as fragilidades e lacunas do questionário. Após nova oficina realizada com as pesquisadoras e estudantes que participaram do teste piloto foram acordadas e inseridas novas modificações no questionário.

O treinamento da equipe de coleta de dados se deu por aplicação do questionário entre os pares, pela realização do teste piloto e durante o andamento da pesquisa por meio de reuniões periódicas. Em cada um destes momentos foram feitas orientações e ajustes em relação a abordagem do sujeito e ao conteúdo e aplicação do questionário.

Os dados foram coletados no período de março a outubro de 2015 utilizando a técnica de entrevista estruturada. A sistemática de seleção dos sujeitos adotada foi a abordagem direta do profissional ativo após autorização do responsável pela organização hospitalar. Para cada estabelecimento, solicitamos informações sobre as unidades de produção de serviço onde atuavam as trabalhadoras do campo da enfermagem e buscamos abordar os sujeitos do estudo em todas as unidades, em dias e turnos aleatórios para contemplar a variabilidade da população em estudo.

O controle de qualidade ocorreu em três etapas. A primeira logo após a coleta dos dados, quando a coordenadora de campo analisava o preenchimento dos questionários de cada

coletadora(or); no segundo momento as questões do questionário eram codificadas por uma revisora treinada e um terceiro controle foi realizado durante a digitação.

Devido ao rigor do treinamento e do controle de qualidade, não ocorreram perdas durante a coleta de dados, totalizando 256 entrevistas viáveis, 206 em organizações com administração direta e 50 em hospitais com administração indireta.

3.5 DESCRIÇÃO DAS VARIÁVEIS

A abstração realizada por Mendes-Gonçalves (1992) em estudo sobre o trabalho em saúde e a classificação dos meios de trabalho realizada pelo mesmo autor em 1979, com base em estudos com abordagem marxista, foram utilizadas para guiar a construção de variáveis que fossem capazes de mapear o cotidiano social em estudo.

Desta forma, foram utilizados quatro grupos de variáveis relativas ao processo de trabalho da enfermeira:

Quadro 5. Variáveis segundo elementos do processo de trabalho.

ELEMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO	VARIÁVEIS
Agentes	Idade, sexo, situação conjugal, número de dependentes, cor da pele autodeclarada, rendimentos, tipo de vínculo de trabalho na Sesab, jornada semanal de trabalho na Sesab, número de vínculos de trabalho, jornada semanal de trabalho em outros vínculos, duração da jornada diária de trabalho, turno de trabalho.
Objetos	Características do trabalho (assistencial, gerencial, assistencial-gerencial), número de usuários sob assistência, tempo para interação com o usuário, número de trabalhadores sob supervisão.

(Continua)

ELEMENTO DO PROCESSO DE TRABALHO	VARIÁVEIS	
Instrumentos	<i>Dimensão intelectual</i>	Escolaridade, tempo de trabalho na profissão, tempo de experiência na organização hospitalar estudada, acesso a educação permanente, qualificação para a atividade que exerce, participação em planejamento do trabalho, autonomia, tomada de decisão, trabalho coletivo, uso de protocolos
	<i>Dimensão manual</i>	Disponibilidade de materiais, adequação de materiais e equipamentos, necessidade de adaptações
	<i>Condições para o trabalho</i>	Compatibilidade do perfil dos usuários com a unidade de produção de serviço, sobrecarga de trabalho, tempo para alimentação, intensidade do trabalho
Atividade/Finalidade	Atividades mais frequentes, atividades predominantes auto-referidas x atividades predominantes avaliadas, polivalência, intensidade do trabalho, resultado da assistência, priorização das necessidades do usuário.	

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram digitados em um formulário desenvolvido através do gerenciador de banco de dados Microsoft Access v.2003 e, após a digitação, exportados para software estatístico STATA versão 12.0 para tratamento e geração dos resultados.

Inicialmente foram realizadas análises exploratórias, visando caracterizar a população e atender aos objetivos do estudo. As variáveis qualitativas foram descritas por meio de distribuições de frequências (uni e bivariadas) e as variáveis quantitativas por meio das medidas de tendência central (media, moda ou mediana) e medidas de dispersão (desvio-padrão).

Em etapa posterior, foram verificadas as diferenças de proporção entre os grupos de comparação, utilizando os testes Qui-quadrado de Pearson e quando necessário, o Exato de Fisher (frequências < 5) e, para as variáveis ordinais, foi utilizado o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear.

Foi utilizado o Coeficiente Alfa de Cronbach para validar a consistência interna das respostas aos itens do instrumento nas escalas do tipo *Likert*. Este coeficiente, é utilizado para mensurar o grau de correlação entre os itens de uma escala aplicada a um grupo, seus valores variam entre 0 e 1 e quanto mais próximo de 1 mais forte e consistente é a correlação entre as respostas aos itens. Para avaliar a força da correlação entre as respostas, foi adotada como parâmetro a classificação sugerida por Steiner e Norman (2003): valores entre 0,70 e 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

O valor geral do coeficiente Alfa de Cronbach da escala relacionada ao ritmo de trabalho foi de 0,63, apresentou uma fraca correlação entre as respostas a estes itens. O coeficiente Alfa de Cronbach geral da escala relacionada aos processos de trabalho foi 0,77, expressando uma boa consistência interna entre as respostas. O valor do coeficiente Alfa de Cronbach geral, para os itens do instrumento referente as condições de trabalho foi 0,83, expressando uma boa consistência interna entre as respostas.

O coeficiente Kappa foi utilizado para avaliação da concordância entre a resposta do tipo de atividade predominante desempenhada com um indicador síntese das cinco principais atividades desempenhadas no dia a dia, foi encontrada uma fraca concordância entre a resposta da atividade predominante e a síntese das cinco principais atividades referidas ($\kappa=0,1934$). Os valores de referência do coeficiente Kappa (κ), foram definidos de acordo com a classificação sugerida por Landis; Koch (1977): concordância excelente (0,81 a 1,0), moderada (0,61 a 0,80), fraca (0,41 a 0,60), leve (0,40 a 0,21) e desprezível (0,20 a 0,00).

Adotou-se em todas as análises o nível de significância estatístico de 5% ($p \leq 0,05$).

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto matriz Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem na Rede Estadual do SUS/Bahia, do qual essa pesquisa faz parte, foi aprovado pelo edital FAPESB 020/2013 Programa de Pesquisa para o SUS e aprovado pelo comitê de ética da EEUFBA sob o protocolo (CAAE) nº 17813413.0.0000.5531.

Este trabalho foi desenvolvido respeitando a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, de forma a respeitar os preceitos éticos da autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça (BRASIL, 2012).

Os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os objetivos e relevância do estudo no ato do convite para participar da pesquisa e lhes foi dada a liberdade para aceitar ou não fazer parte do estudo. A concordância se efetivou pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) e somente então procedeu-se a entrevista.

Às(aos) participantes foi assegurado o direito de desistência e de obter informações sobre o estudo em qualquer uma das suas fases, podendo estes contatar o pesquisador responsável por meios dos contatos disponibilizados no TCLE.

Os riscos desse estudo foram associados ao possível constrangimento que o participante poderia sofrer durante a coleta de dados ou ao vazamento das informações disponibilizadas, contudo medidas como a coleta em local privado e não identificação do sujeito no questionário foram adotadas para que os riscos não se tornassem reais.

4 RESULTADOS

Os resultados obtidos a partir deste estudo estão descritos por amostra para os grupos de enfermeiras nos hospitais sob administração direta e nos hospitais sob administração indireta. As informações foram agrupadas em cinco blocos: dois blocos relacionados às agentes do trabalho (caracterização sociodemográfica das enfermeiras e características relacionadas ao tempo no trabalho das enfermeiras), seguidos dos blocos relacionados às características dos objetos de trabalho, características das atividades e características dos instrumentos de trabalho das enfermeiras.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS ENFERMEIRAS DOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Na tabela 1 estão descritas as características sociodemográficas das enfermeiras nos hospitais de administração direta e indireta.

Tabela 1. Diferenças de proporção relativas às características sociodemográficas das enfermeiras dos hospitais da rede SUS estadual por tipo de administração (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Sexo							0,126 ^a
Masculino	18	7,0	12	5,8	6	12,0	
Feminino	238	93,0	194	94,2	44	88,0	
Grupo Etário (em anos)							0,000^b
< 30	51	19,9	34	16,5	17	34,0	
31 a 35	79	30,9	60	29,1	19	38,0	
36 a 40	48	18,8	40	19,4	8	16,0	
41 a 45	26	10,2	23	11,2	3	6,0	
46 a 50	20	7,8	18	8,7	2	4,0	
51 e mais	32	12,5	31	15,0	1	2,0	
Idade média (± desvio padrão)			39,0 (± 9,2)		33,9 (± 6,0)		

(conclusão)

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	N	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Cor da Pele							0,490 ^c
Branca	41	16,0	35	17	6	12,0	
Preta	64	25,0	47	22,8	17	34,0	
Parda	145	56,6	118	57,3	27	54,0	
Amarela/Indígena	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Não sabe	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Situação conjugal							0,779 ^a
Casada	154	60,2	126	61,2	28	56,0	
Solteira	77	30,1	60	29,1	17	34,0	
Separada ou divorciada/Viúva	25	9,8	20	9,7	5	10,0	
Número de dependentes							0,519 ^b
Nenhum	88	34,4	69	33,5	19	38,0	
1	70	27,3	56	27,2	14	28,0	
2	64	25,0	54	26,2	10	20,0	
3	23	9,0	17	8,3	6	12,0	
4 e mais	10	3,9	9	4,4	1	2,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Rendimento líquido em salários mínimos^d							0,762 ^b
Entre 1 a 2	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Acima de 2 até 3	34	13,3	32	15,5	2	4,0	
Acima de 3 até 4	97	37,9	72	35,0	25	50,0	
Acima de 4 até 5	78	30,5	61	29,6	17	34,0	
Acima de 5 até 10	41	16,0	36	17,5	5	10,0	
Recusou-se a responder	3	1,2	2	1,0	1	2,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^a Qui-quadrado de Pearson; ^b Qui-quadrado de Tendência Linear; ^c Exato de Fischer; ^d Salário mínimo corrente no ano de 2015 equivalente a R\$ 788,00.

A amostra foi composta por 256 enfermeira (o) s, 206 (80,5%) trabalhavam em hospitais públicos sob administração direta e 50 (19,5%) em hospitais públicos sob administração indireta. Do total, 93,0 % eram do sexo feminino e 7,0% eram do sexo masculino. A proporção de trabalhadores do sexo masculino foi maior em hospitais sob administração indireta, comparado aos hospitais sob administração direta (12,0 % vs 5,8%), contudo não foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto ao sexo e o tipo de administração.

A média de idade foi de 39,0 anos (dp=9,2) em hospitais sob administração direta e 33,9 anos (dp=6,0) em hospitais sob administração indireta, com predomínio na amostra e nos grupos da faixa etária de 31 a 35 anos (30,9%, 29,1% e 38% respectivamente). Os grupos

apresentaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes quanto a idade ($p=0,000$), com maior proporção de trabalhadoras com 41 anos e mais dentre as enfermeiras em hospitais sob administração direta (34,9%) comparadas às enfermeiras nos hospitais sob administração indireta (12,0%), o que evidencia, portanto, a existência de maior proporção de enfermeiras mais velhas em hospitais de administração direta em relação aos hospitais de administração indireta.

Predominaram enfermeira(o)s que se auto referiram de cor parda (56,6%), seguida da preta (25,0%), com distribuição semelhante entre os grupos. Observou-se ainda maior frequência de pessoas casadas (60,2%), com proporção análoga nos dois grupos. Notou-se maior proporção de enfermeiras(os) sem dependentes financeiros (88 - 34,4%) e 86,7% das enfermeiras da amostra tinham até 2 dependentes de sua renda. A distribuição proporcional por dependentes financeiros por tipo de administração foi semelhante ao global. Não se identificaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos quanto a cor ($p=0,490$), situação conjugal ($p=0,779$) e número de dependentes ($p=0,519$).

Quanto ao recebimento líquido pelo trabalho que executam na Sesab, predominou em ambos os grupos a faixa salarial entre 3 a 4 salários mínimos, com 64,6% das enfermeiras em hospitais sob administração direta e 84,0% nos hospitais sob administração indireta com rendimento entre 3 e 5 salários mínimos. Ainda que entre as enfermeiras dos hospitais sob administração direta tenha sido observado uma proporção 4,2 vezes maior de enfermeiras com rendimento igual ou inferior a 3 salários mínimos, os grupos mostraram-se proporcionalmente semelhantes ($p=0,762$).

4.2 CARACTERÍSTICAS DAS ENFERMEIRAS NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

Na tabela 2 são apresentadas as características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais estudados em 2015, segundo variáveis relacionadas ao tempo das (os) agentes no trabalho.

Na amostra analisada, maior proporção de enfermeiras trabalhava durante 30 horas semanais (117 - 45,7%). Contudo a comparação entre os grupos demonstrou que, enquanto maior proporção de enfermeiras em hospitais sob administração direta tinha jornada de trabalho semanal de 30 horas (56,3%), entre as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta a jornada predominante foi de 36 horas (72,0%) e, portanto, maior que nos hospitais de administração direta.

Em contraponto, a proporção de enfermeiras com jornada de trabalho semanal entre 40 e 44 horas foi semelhante entre os grupos (26,2% para hospitais sob administração direta e 24,0% para hospitais sob administração indireta). Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre esta variável e o tipo de administração ($p=0,000$).

Tabela 2 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira em hospitais por tipo de administração, segundo as variáveis relacionadas ao tempo da (os) agentes no trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Jornada semanal de trabalho							0,000^a
30 horas	117	45,7	116	56,3	1	2,0	
36 horas	65	25,4	29	14,1	36	72,0	
40 horas	50	19,5	46	22,3	4	8,0	
44 horas	16	6,3	8	3,9	8	16,0	
Outra	8	3,1	7	3,4	1	2,0	
Jornada diária de trabalho							0,078^a
6 horas	23	9,0	22	10,7	1	2,0	
8 horas	11	4,3	5	2,4	6	12,0	
12 horas	192	75,0	149	72,3	43	86,0	
24 horas	30	11,7	30	14,6	0	0,0	
Turno de trabalho							0,015^b
Matutino	12	4,7	11	5,3	1	2,0	
Vespertino	3	1,2	3	1,5	0	0,0	
Diurno	87	34,0	77	37,4	10	20,0	
Noturno	34	13,3	30	14,5	4	8,0	
Misto	119	46,5	84	40,8	35	70,0	
Não respondeu	1	0,4	1	0,5	0	0,0	
Possui outro vínculo de trabalho							0,678^c
Sim	150	58,6	122	59,2	28	56,0	
Não	106	41,4	84	40,8	22	44,0	
Quantidade de outros vínculos (n=150)							0,469^b
1	136	90,7	109	89,3	27	96,4	
2 a 3	14	9,3	13	10,7	1	3,6	
Jornada de trabalho nos outros vínculos (n=150)							0,185^c
Até 30h	65	43,3	56	45,9	9	32,1	
Mais de 30h	85	56,7	66	54,1	19	67,9	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^a Qui-quadrado de Tendência Linear; ^b Qui-quadrado de Fischer; ^c Qui-quadrado de Pearson.

Para 75,0% das enfermeiras, essa jornada de trabalho é distribuída em turnos de 12 horas diárias. Os turnos mais longos de trabalho foram encontrados excepcionalmente entre enfermeiras nos hospitais sob administração direta, nos quais 14,6% cumpriram jornadas de trabalho de 24 horas. Apenas 2,0% das enfermeiras em hospitais sob administração indireta e 10,7% em hospitais sob administração direta cumprem turnos de 6 horas diárias. As diferenças proporcionais verificadas entre os grupos não se mostraram estatisticamente significantes para a variável jornada diária de trabalho ($p=0,078$).

O turno de trabalho predominante entre as enfermeiras da amostra foi turno misto (119 – 46,5%), seguido pelo turno diurno (87 - 34,0%), o mesmo sendo observado para enfermeiras nos hospitais sob administração direta e indireta. Contudo, as diferenças de proporção entre as enfermeiras que são expostas ao trabalho noturno (turno noturno ou turno misto) entre os grupos foi elevada, com menor proporção de enfermeiras nos hospitais sob administração direta trabalhando em turnos noturnos em comparação aos hospitais de administração indireta (55,3% vs 78,0%). Observaram-se diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre a variável turno de trabalho e o tipo de administração dos hospitais ($p=0,015$).

Além do vínculo de trabalho junto à Sesab, mais da metade das trabalhadoras (150- 58,6%) possuíam outro vínculo de trabalho, as quais constituem 59,2% das enfermeiras em hospitais sob administração direta e 56,0% em hospitais sob administração indireta, com distribuição semelhante entre os grupos ($p=0,678$). Dentre as 150 enfermeiras que possuem outro vínculo de trabalho, houve maior proporção de enfermeiras que trabalhavam em 3 vínculos ou mais nos hospitais sob administração direta (10,7%) comparadas às enfermeiras nos hospitais sob administração indireta (3,6%), ainda que estas diferenças de proporção não tenham se mostrado estatisticamente significantes ($p=0,469$).

Quanto ao tempo que as enfermeiras dispõem nos outros vínculos de trabalho, houve predomínio na amostra de jornadas semanais de trabalho superiores a 30 horas (56,7%), bem como para os tipos de administração (54,1% sob administração direta e 67,9% em hospitais sob administração indireta). As variáveis jornada de trabalho em outro vínculo e tipo de administração não se mostraram proporcionalmente associadas ($p=0,185$).

4.3 CARACTERÍSTICAS DOS OBJETOS DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

As características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais estudados, segundo as variáveis relacionadas aos objetos de trabalho, estão apresentadas na tabela 3. No que se refere a interação com o usuário, 46,5% das enfermeiras afirmaram dispor de tempo para interagir com o usuário com frequência, enquanto 13,3% informou que nunca ou raramente dispunha de tempo para tal. Dentre os grupos, observou-se que a proporção de enfermeiras que referiam ter disponibilidade de tempo de interação com o usuário foi maior para os hospitais sob administração direta (101 – 49,0% vs 18 – 36,0%), porém tais diferenças não mostraram significância estatística ($p=0,083$).

Tabela 3 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira em hospitais por tipo de administração, segundo as variáveis relacionadas aos objetos de trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Tempo para interação com o usuário							0,083 ^a
Nunca	4	1,6	3	1,5	1	2,0	
Raramente	30	11,7	22	10,7	8	16,0	
Algumas vezes	103	40,2	80	38,8	23	46,0	
Frequentemente	76	29,7	64	31,1	12	24,0	
Sempre	43	16,8	37	17,9	6	12,0	
Sobrecarga de usuários							0,344 ^a
Nunca	26	10,2	20	9,7	6	12,0	
Raramente	27	10,5	20	9,7	7	14,0	
Algumas vezes	55	21,5	45	21,8	10	20,0	
Frequentemente	70	27,3	55	26,7	15	30,0	
Sempre	75	29,3	65	31,6	10	20,0	
Não respondeu	3	1,2	1	0,5	2	4,0	
Sobrecarga na supervisão de trabalhadores							0,219 ^a
Nunca	63	24,6	46	22,3	17	34,0	
Raramente	90	35,2	74	35,9	16	32,0	
Algumas vezes	32	12,5	28	13,6	4	8,0	
Frequentemente	42	16,4	35	17,0	7	14,0	
Sempre	28	10,9	23	11,2	5	10,0	
Não respondeu	1	0,4	0	0,0	1	2,0	
Atividade que predomina na jornada de trabalho							0,397 ^b
Assistencial	187	73,0	154	74,8	33	66,0	
Administrativa	44	17,2	34	16,5	10	20,0	
Assistencial e Administrativa	25	9,8	18	8,7	7	14,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^a Qui-quadrado de Tendência Linear; ^b Qui-quadrado de Pearson.

Observou-se que, tanto para a amostra (145 - 56,6%) quanto entre os grupos (120 – 59,7% nos hospitais de administração direta; 25 - 50,0% nos hospitais de administração indireta), houve maior proporção de enfermeiras que referiu ser responsável por mais usuários do que conseguiam assistir. Não houve tendência de aumento ou redução de frequência estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,344$) quanto a sobrecarga de usuários.

Observou-se menor frequência (27,4%) de enfermeiras que afirmaram que eram responsáveis pela supervisão de mais trabalhadoras do que eram capazes. Os grupos nos hospitais sob a administração direta e indireta mostraram-se proporcionalmente semelhantes para com relação a sobrecarga na supervisão de trabalhadores (28,2% vs 24,0%). Não houve tendência de aumento ou diminuição da frequência para esta variável entre os grupos ($p=0,219$).

Quanto ao tipo de atividade que exercem, a maior proporção de enfermeiras tanto da amostra (73,0%), quanto dos grupos de hospitais sob administração direta e indireta (74,8% e 66%), relataram executar predominantemente atividades assistenciais, com proporção semelhante nos grupos estudados ($p=0,397$).

4.4 CARACTERÍSTICAS DAS ATIVIDADES DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

As atividades mais frequentes na jornada de trabalho das enfermeiras foram divididas em 17 categorias e apresentadas na tabela 4. As categorias predominantes foram: Sistematização da assistência de enfermagem, referida por 64,1% das enfermeiras, seguida da execução de procedimentos técnicos, cujo percentual foi de 63,3%. Para os grupos, as proporções foram semelhantes às da amostra, ainda que para as enfermeiras nos hospitais sob gestão indireta a atividade revelada como mais frequente tenha sido a execução de procedimentos técnicos. As diferenças de proporção para as atividades mais frequentes não foram estatisticamente significantes em relação ao tipo de administração dos hospitais.

Tabela 4 Distribuição das atividades mais frequentes realizadas pelas enfermeiras nos hospitais públicos por tipo de administração (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Atividade predominante na jornada de trabalho	Total		Direta		Indireta		p-valor
	n	%	n	%	n	%	
Atividades assistenciais-administrativas							
Admissão e alta de pacientes	56	21,9	41	19,9	15	30,0	0.121 ^a
Aprazamento e revisão da prescrição médica	76	29,7	61	29,6	15	30,0	0.957 ^a
Sistematização da assistência de Enfermagem	164	64,1	134	65	30	60,0	0.505 ^a
Encaminhamento e transporte de pacientes	46	18,0	41	19,9	5	10,0	0.102 ^a
Atividades administrativas							
Gerenciamento do serviço	71	27,7	54	26,2	17	34,0	0.270 ^a
Controle de qualidade	9	3,5	7	3,4	2	4,0	0.690 ^b
Previsão, provisão e controle de materiais, medicamentos e equipamentos	46	18,0	39	18,9	7	14,0	0.415 ^a
Articulação do processo de trabalho	31	12,1	25	12,1	6	12,0	0.979 ^a
Confecção e gerenciamento da escala dos trabalhadores	66	25,8	53	25,7	13	26,0	0.969 ^a
Coordenação do trabalho das trabalhadoras em enfermagem	69	27,0	57	27,7	12	24,0	0.600 ^a
Atividades assistenciais							
Assistência ao paciente	84	32,8	72	35	12	24,0	0.139 ^a
Administração de medicamentos e soluções	75	29,3	60	29,1	15	30,0	0.903 ^a
Cuidados de vigilância e de manutenção da vida	26	10,2	21	10,2	5	10,0	0.967 ^a
Realização de procedimentos técnicos	162	63,3	130	63,1	32	64,0	0.906 ^a
Escuta, orientação e encaminhamento/resolução das necessidades do paciente/família	38	14,8	33	16	5	10,0	0.283 ^a
Vigilância do paciente	15	5,9	14	6,8	1	2,0	0.195 ^a
Outros	32	12,5	26	12,6	6	12,0	0.905 ^a

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^aQui-quadrado de Pearson; ^bQui-quadrado de Fischer

A análise da frequência de menções dessas atividades pelas enfermeiras dos hospitais estudados evidenciou que 59,0% foram de atividades administrativas ou assistenciais administrativas e 27,0% eram atividades assistenciais.

Na tabela 5 foram confrontadas as atividades listadas como as cinco mais executadas no cotidiano do trabalho das enfermeiras com a resposta à pergunta sobre qual a atividade enunciada como predominante pelas mesmas. Quando questionadas, 72,9% das enfermeiras afirmaram realizar predominantemente atividades assistenciais, seguido de atividades de

natureza administrativa (17,2%) e, por fim, atividades de natureza assistencial-administrativa (9,8%), conforme já exposto na tabela 3. Contudo, confrontando essas atividades com as cinco referidas como mais frequentes no cotidiano, foi observado que 47,8% exercem atividades assistenciais-administrativas, 34,5% exercem predominantemente atividades assistenciais e 17,7% executam predominantemente atividades de natureza administrativa.

O Coeficiente Kappa indicou baixa concordância entre a atividade predominante referida e a avaliada (0,1934), (p 0,000) (Tabela 5).

Tabela 5 Concordância entre a atividade predominante auto referida e avaliada na jornada de trabalho das enfermeiras nos hospitais públicos por tipo de gestão (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Atividade predominante na jornada de trabalho	Avaliada						Total	
	Assistencial		Administrativa		Assistencial-administrativa			
	n	%	n	%	n	%		
Auto referida								
Assistencial	77	87,5	17	37,8	92	75,4	186	72,9
Administrativa	6	6,8	24	53,3	14	11,5	44	17,2
Assistencial-administrativa	5	5,7	4	8,9	16	13,1	25	9,8
Total	88	100,0	45	100,0	122	100,0	255	100,0
Concordância observada 45,88%	Concordância esperada 32,91%		Coeficiente Kappa = 0,1934 (p=0,000)					

Fonte: Elaboração própria

Na tabela 6 foram apresentadas características do processo de trabalho da enfermeira relacionadas às atividades. A proporção de enfermeiras que executa atividades referidas como não pertinentes as suas atribuições profissionais foi elevada e correspondeu a 43,4%. Proporção semelhante é encontrada no grupo de enfermeiras que trabalhavam em hospitais sob administração direta e é menor entre as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta (46,7% vs 30%), ainda que essas diferenças não sejam estatisticamente significativas ao teste qui-quadrado de tendência linear (p=0,113).

Tabela 6 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas às atividades (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Executa atividades que não são sua atribuição							0,113
Nunca	21	8,2	16	7,7	5	10,0	
Raramente	41	16,0	33	16,0	8	16,0	
Algumas vezes	83	32,4	61	29,6	22	44,0	
Frequentemente	68	26,6	59	28,7	9	18,0	
Sempre	43	16,8	37	18,0	6	12,0	
O trabalho exige mais do que pode fazer							0,529
Nunca	23	9,0	20	9,7	3	6,0	
Raramente	37	14,5	29	14,1	8	16,0	
Algumas vezes	93	36,3	76	36,9	17	34,0	
Frequentemente	71	27,7	56	27,2	15	30,0	
Sempre	32	12,5	25	12,1	7	14,0	
É possível saber o resultado da assistência prestada ao paciente							0,079
Nunca	12	4,7	12	5,8	0	0,0	
Raramente	45	17,6	38	18,5	7	14,0	
Algumas vezes	89	34,8	71	34,5	18	36,0	
Frequentemente	74	28,9	59	28,6	15	30,0	
Sempre	36	14,1	26	12,6	10	20,0	
Pode quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do paciente							0,086
Nunca	19	7,4	14	6,8	5	10,0	
Raramente	76	29,7	58	28,2	18	36,0	
Algumas vezes	112	43,8	91	44,2	21	42,0	
Frequentemente	35	13,7	31	15,0	4	8,0	
Sempre	14	5,5	12	5,8	2	4,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^aQui-quadrado de Tendência Linear.

A maior parte das trabalhadoras (40,2%) informou que é frequente o trabalho exigir mais do que elas podem executar, com observação semelhante para os grupos de comparação (39,3% em administração direta e 44,0% de administração indireta) (p=0,529).

Para 43,0% das enfermeiras, é possível saber com frequência o resultado da assistência prestada ao paciente, com proporções semelhantes para os grupos nos hospitais sob administração direta e nos hospitais sob administração indireta (41,2% vs 50,0%), semelhanças confirmadas pelo teste de tendência linear (p=0,079).

Apenas 19,1% das enfermeiras informaram que podem quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do paciente com elevada frequência. Para o grupo das enfermeiras que trabalhavam nos hospitais sob administração direta a proporção se assemelha ao grupo geral (20,8%). Contudo, para o grupo de enfermeiras que trabalhavam nos hospitais sob administração indireta a proporção se reduz a 12%, sem significância estatística na tendência linear entre os grupos ($p=0,086$).

4.5 CARACTERÍSTICAS DOS INSTRUMENTOS DE TRABALHO DA ENFERMEIRA NOS HOSPITAIS PÚBLICOS SOB ADMINISTRAÇÃO DIRETA E HOSPITAIS SOB ADMINISTRAÇÃO INDIRETA

4.5.1 Instrumentos de trabalho intelectuais

Na tabela 7 estão evidenciadas as características do processo de trabalho da enfermeira segundo as variáveis relacionadas aos instrumentos intelectuais. Quanto a escolaridade, verificou-se que 74,6% das enfermeiras são especialistas, seguidas de 12,5% que não cursaram qualquer tipo de pós-graduação. Na observação dos grupos constatou-se que a proporção de especialistas entre as enfermeiras sob administração indireta (84,0%) foi maior do que o observado para a amostra, enquanto nos hospitais sob administração direta a proporção de enfermeiras que cursaram residência, mestrado e/ou doutorado é 2,4 vezes maior que entre as trabalhadoras nos hospitais sob administração indireta (14,6% vs 6%). As diferenças de proporção entre os grupos não apresentaram significância estatística ($p=0,097$).

Tabela 7 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas aos instrumentos de trabalho intelectuais (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Escolaridade							0,097
Superior completo	32	12,5	27	13,1	5	10,0	
Especialização	191	74,6	149	72,3	42	84,0	
Residência	17	6,6	16	7,8	1	2,0	
Mestrado	15	5,9	13	6,3	2	4,0	
Doutorado	1	0,4	1	0,5	0	0,0	

(continua)

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Experiência de trabalho							0,000
<5 anos	31	12,1	15	7,3	16	32,0	
5 a 10 anos	105	41,0	81	39,3	24	48,0	
11 a 15 anos	48	18,8	40	19,4	8	16,0	
16 a 20 anos	26	10,2	26	12,6	0	0,0	
21 a 25 anos	16	6,3	15	7,3	1	2,0	
26 anos e mais	30	11,7	29	14,1	1	2,0	
Tempo de trabalho na organização de saúde							0,169
< 1 ano	2	0,8	2	1,0	0	0,0	
1 a 5 anos	158	61,7	120	58,5	38	76,0	
6 a 10 anos	56	21,9	45	21,9	11	22,0	
11 a 15 anos	4	1,6	4	2,0	0	0,0	
21 anos e mais	35	13,7	34	16,6	1	2,0	
Acesso a atividades de educação permanente							0,000
Nunca	21	8,2	17	8,3	4	8,0	
Raramente	70	27,3	66	32,0	4	8,0	
Algumas vezes	89	34,8	77	37,4	12	24,0	
Frequentemente	57	22,3	35	17,0	22	44,0	
Sempre	19	7,4	11	5,3	8	16,0	
Faz atividades para as quais não foi qualificada							0,024
Nunca	80	31,3	59	28,6	21	42,0	
Raramente	71	27,7	59	28,6	12	24,0	
Algumas vezes	64	25,0	54	26,2	10	20,0	
Frequentemente	27	10,5	23	11,2	4	8,0	
Sempre	14	5,5	11	5,4	3	6,0	
É possível participar de reuniões para a organização das atividades							0,000
Nunca	33	12,9	31	15,0	2	4,0	
Raramente	78	30,5	70	34,0	8	16,0	
Algumas vezes	74	28,9	54	26,2	20	40,0	
Frequentemente	39	15,2	30	14,6	9	18,0	
Sempre	32	12,5	21	10,2	11	22,0	
Pouca liberdade para decidir como fazer as próprias tarefas							0,211
Nunca	61	23,8	52	25,2	9	18,0	
Raramente	93	36,3	76	36,9	17	34,0	
Algumas vezes	64	25,0	48	23,3	16	32,0	
Frequentemente	26	10,2	20	9,7	6	12,0	
Sempre	12	4,7	10	4,9	2	4,0	

(conclusão)

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Participação em tomada de decisões com outros trabalhadores							0,018
Nunca	8	3,1	8	3,9	0	0,0	
Raramente	40	15,6	34	16,5	6	12,0	
Algumas vezes	88	34,4	74	35,9	14	28,0	
Frequentemente	77	30,1	60	29,1	17	34,0	
Sempre	43	16,8	30	14,6	13	26,0	
Executa as atividades com outros trabalhadores							0,157
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	4	1,6	4	1,9	0	0,0	
Algumas vezes	17	6,6	17	8,3	0	0,0	
Frequentemente	82	32,0	65	31,6	17	34,0	
Sempre	153	59,8	120	58,2	33	66,0	
Utiliza protocolos operacionais							0,000
Nunca	40	15,6	38	18,4	2	4,0	
Raramente	48	18,8	44	21,4	4	8,0	
Algumas vezes	50	19,5	43	20,9	7	14,0	
Frequentemente	69	27,0	51	24,7	18	36,0	
Sempre	49	19,1	30	14,6	19	38,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^a Qui-quadrado de Tendência Linear.

Maior proporção da amostra (105 – 41,0%) registra entre 5 e 10 anos de experiência como enfermeira. Na comparação entre os grupos, observou-se que as enfermeiras dos hospitais de administração direta tinham mais tempo de experiência na profissão, visto que no grupo dos hospitais sob administração indireta 80,0% tinham 10 anos ou menos de trabalho como enfermeira; em contraste, 53,4% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta exercem a atividade há 11 anos ou mais. Essas diferenças de proporção mostraram-se estatisticamente significantes para a variável experiência de trabalho como enfermeira ($p=0,000$).

Dentre a amostra de 256 enfermeiras, foi identificada maior frequência daquelas que trabalhavam entre 1 a 5 anos nos hospitais estudados (62,0%). Nota-se que 98% das enfermeiras atuando nos hospitais sob administração indireta ali trabalhavam entre 1 e 10 anos, enquanto 18,6% das enfermeiras sob administração direta inseriram-se no local de trabalho há 11 anos ou mais e, destas, 89,4% estavam nestes locais há 21 anos ou mais. Entretanto, ainda que o tempo de trabalho nas organizações estudadas tenham sofrido

variações, a diferença proporcional entre os grupos não demonstra significância estatística ($p=0,169$).

Quanto à possibilidade de participação em atividades de educação permanente proporcionadas pelos hospitais, existiu pouca diferença entre a proporção de enfermeiras que referiu ter pouca ou nenhuma oportunidade, as que algumas vezes têm oportunidade e as que tem frequentemente oportunidade de participação (35,5% vs 34,8% vs 27,7%). Contudo, foi evidenciada diferença entre os grupos: dentre as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta, 60,0% referiu ter acesso a atividades de educação permanente de forma frequente, proporção maior que a encontrada entre as enfermeiras nos hospitais sob administração direta, cujo percentual foi de 22,3%, com diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos ($p=0,000$).

A maioria das trabalhadoras da amostra e nos grupos nos hospitais sob administração direta e nos hospitais sob administração indireta afirma não ser frequente a realização de atividades para as quais não são qualificadas, ainda que no grupo de enfermeiras nos hospitais sob administração indireta a proporção das enfermeiras que nunca realizou atividades para as quais não foi qualificada seja maior que entre as enfermeiras nos hospitais sob administração direta (42,0% vs 28,6%), com tendência linear com significância estatística ($p=0,024$).

Sobre a participação em reuniões para a organização de atividades, 43,4% das enfermeiras afirmaram que nunca ou raramente têm oportunidade de participar dessas reuniões, em contraste com a proporção que informou participar de reuniões para a organização de atividades com frequência, que foi de 27,7%. Verificou-se tendência de aumento proporcional da frequência de oportunidades de participar de reuniões estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,000$) em favor das enfermeiras alocadas em hospitais sob administração indireta (40,0% vs 24,8%).

Quanto ao poder de decisão sobre como executar as próprias tarefas, predominou tanto para a amostra (60,2%) quanto para os diferentes tipos de administração (62,1% nos hospitais sob administração direta e 52,0% para os hospitais sob administração indireta) aquelas que tinham liberdade para decidir como fazer as próprias tarefas. Não houve tendência de aumento ou diminuição proporcional para esta variável entre os grupos ($p=0,211$).

A maior parte das enfermeiras (46,9%) afirmou que frequentemente ou sempre pode participar da tomada de decisões com a equipe sobre as atividades de trabalho. Entre os grupos houve diferença nessa proporção em 16,7% favorável ao grupo de enfermeiras que trabalhavam em hospitais sob administração indireta, com tendência de maior oportunidade de poder decisório entre estas ($p=0,018$).

Observou-se que 91,8% da(o)s enfermeiras(os) executam o seu trabalho em conjunto com outros trabalhadores com elevada frequência, ainda que, contrastando os grupos, essa proporção seja maior entre as trabalhadoras dos hospitais sob administração indireta (100% vs 89,8%), sem tendência de aumento ou diminuição proporcional estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,157$).

Quanto ao uso de protocolos operacionais, verificou-se prevalência de 46,1% das enfermeiras que frequentemente ou sempre utilizam protocolos operacionais. Entre as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta o uso frequente de protocolos operacionais mostrou-se mais elevado (74,0% vs 39,3%), com tendência de aumento para o uso de protocolos para esse grupo em relação ao grupo nos hospitais sob administração direta ($p=0,000$).

4.5.2 Instrumentos de trabalho manuais

As características do processo de trabalho das (os) enfermeiras (os) nos hospitais estudados quanto aos instrumentos manuais estão descritos na tabela 8.

Tabela 8 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas aos instrumentos manuais (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Disponibilidade de materiais de consumo para executar as atividades							0,000
Nunca	0	0,0	0	0,0	0	0,0	
Raramente	12	4,7	12	5,8	0	0,0	
Algumas vezes	84	32,8	74	35,9	10	20,0	
Frequentemente	126	49,2	102	49,5	24	48,0	
Sempre	34	13,3	18	8,8	16	32,0	
Disponibilidade de materiais de consumo adequados para executar as atividades							0,000
Nunca	2	0,8	2	1,0	0	0,0	
Raramente	27	10,5	24	11,6	3	6,0	
Algumas vezes	116	45,3	103	50,0	13	26,0	
Frequentemente	86	33,6	65	31,6	21	42,0	
Sempre	25	9,8	12	5,8	13	26,0	

(continua)

Características	(conclusão)						p-valor ^a
	Total		Direta		Indireta		
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Disponibilidade de equipamentos adequados para executar suas atividades							0,000
Nunca	9	3,5	9	4,4	0	0,0	
Raramente	33	12,9	30	14,6	3	6,0	
Algumas vezes	104	40,6	92	44,9	12	24,0	
Frequentemente	84	32,8	67	32,7	17	34,0	
Sempre	25	9,8	7	3,4	18	36,0	
Necessidade de adaptações ou improvisos para substituir recursos não disponíveis							0,000
Nunca	8	3,1	3	1,4	5	10,0	
Raramente	30	11,7	16	7,8	14	28,0	
Algumas vezes	97	37,9	77	37,4	20	40,0	
Frequentemente	86	33,6	77	37,4	9	18,0	
Sempre	35	13,7	33	16,0	2	4,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^a Qui-quadrado de Tendência Linear.

Quanto aos materiais de consumo, 62,5% das enfermeiras da amostra referiram que estes estão disponíveis com alta frequência, ainda que estejam mais disponíveis para as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta comparadas às dos hospitais sob administração direta (80,0% vs 53,2%), com tendência de aumento para a disponibilidade de materiais de consumo estatisticamente significativa ($p=0,000$).

Quanto a adequação desses materiais, apenas 43,4% das enfermeiras informaram que estes são frequentemente adequados. Para o grupo de enfermeiras trabalhando nos hospitais sob administração indireta a adequação dos materiais de consumo é maior em relação ao outro grupo (68,0% vs 37,4%), com tendência de aumento proporcional da frequência de adequação estatisticamente significativa entre os grupos ($p=0,000$).

A proporção de enfermeiras da amostra que referiram como frequente a adequação dos equipamentos foi de 42,7%. Constatou-se, porém, uma distribuição proporcional desigual entre os grupos. Houve maior proporção de enfermeiras dos hospitais sob administração indireta que relataram a adequação de equipamento em relação ao grupo trabalhando nos hospitais sob administração direta (70,0% vs 36,1%) com tendência de aumento proporcional da adequação de equipamentos estatisticamente significativa para os grupos ($p=0,000$).

A necessidade de realizar adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis foi frequente para 47,3% das enfermeiras. A proporção de enfermeiras que

frequentemente precisavam fazer improvisações ou adaptações no trabalho foi maior entre as enfermeiras dos hospitais sob administração direta (53,4% vs 22,0%), com significância estatística a partir do teste de tendência linear ($p=0,000$).

4.5.3 Condições para execução do trabalho

Na tabela 9 foram descritas as características do processo de trabalho da enfermeira em hospitais, segundo variáveis relacionadas às condições para executar o trabalho.

Tabela 9 Diferenças de proporção relativas às características do processo de trabalho da enfermeira nos hospitais públicos por tipo de administração, segundo variáveis relacionadas as condições para executar o trabalho (n=256). Bahia – Brasil, 2015.

Características	Total		Direta		Indireta		p-valor ^a
	n	%	n	%	n	%	
	256	100	206	80,5	50	19,5	
Condições de trabalho adequadas para o perfil de gravidade do usuário							0,000
Nunca	22	8,6	21	10,2	1	2,0	
Raramente	62	24,2	57	27,7	5	10,0	
Algumas vezes	108	42,2	85	41,3	23	46,0	
Frequentemente	50	19,5	39	18,9	11	22,0	
Sempre	14	5,5	4	1,9	10	20,0	
Assume múltiplas atribuições devido a escassez de pessoal							0,079
Nunca	18	7,0	11	5,3	7	14,0	
Raramente	39	15,2	30	14,6	9	18,0	
Algumas vezes	60	23,4	51	24,8	9	18,0	
Frequentemente	86	33,6	67	32,5	19	38,0	
Sempre	53	20,7	47	22,8	6	12,0	
É possível parar e se alimentar com tranquilidade							0,360
Nunca	26	10,2	19	9,2	7	14,0	
Raramente	65	25,4	51	24,8	14	28,0	
Algumas vezes	89	34,8	73	35,4	16	32,0	
Frequentemente	57	22,3	49	23,8	8	16,0	
Sempre	18	7,0	14	6,8	4	8,0	
Não respondeu	1	0,4	0	0,0	1	2,0	

Fonte: Elaboração própria

Notas: ^aQui-quadrado de Tendência Linear.

Apenas 25% das enfermeiras referiram ser frequente condições de trabalho adequadas no serviço onde atuavam de acordo com o perfil de gravidade do usuário. Contudo, a

proporção de adequação afirmada pelas enfermeiras dos hospitais sob administração indireta é 2,1 vezes maior que para as enfermeiras dos hospitais sob administração direta (44,0% vs 20,8%). Houve tendência de aumento proporcional para adequação das condições de trabalho ao perfil de gravidade do usuário estatisticamente significante entre os grupos ($p=0,000$).

Observa-se que das 256 enfermeiras da amostra, 54,3% assumem com elevada frequência múltiplas atribuições devido à escassez de pessoal. A análise da distribuição entre os grupos demonstrou que a proporção se assemelha à da amostra (55,3% para hospitais sob administração direta e 50,0% para hospitais sob administração indireta) e a ausência de diferenças estatisticamente significante entre os grupos, confirmada pelo teste de tendência linear ($p=0,079$).

Sobre a possibilidade de pausa para se alimentar com tranquilidade durante a jornada de trabalho, a resposta das enfermeiras na amostra foi dispersa. Contudo entre os grupos, há diferenças de proporção que indicam que as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta possuem menos tempo para alimentação do que as enfermeiras nos hospitais sob administração direta (42,0% vs 34% cujas respostas foram nunca ou raramente). Todavia, não houve tendência de aumento ou redução das frequências para esta variável estatisticamente significante entre os grupos ($p= 0,360$).

5 DISCUSSÃO

A predominância de mulheres no estudo era esperada e foi semelhante ao encontrado em pesquisas anteriores realizadas em hospitais públicos no Brasil (MAGALHÃES et al, 2007; GRIEP, et al, 2013; LIMA et al, 2013), o que confirma, apesar da inserção de homens na profissão, que a profissão da enfermeira ainda é um nicho tradicionalmente feminino.

A esse trabalho feminino, concentrado nos setores de serviços pessoais, educação e saúde, como aqui se observou, é atribuída como característica a realização de atividades monótonas, repetitivas e estressantes (HIRATA, 2002; NOGUEIRA, 2009). Característica esta que discutiremos ao longo desta seção.

A faixa etária encontrada foi semelhante ao relatado em outras publicações (GRIEP et al, 2013, LIMA et al, 2013), que constataram idade média para as enfermeiras em hospitais públicos em torno de 40 anos. A maior proporção de enfermeiras mais jovens em hospitais sob administração indireta também era esperada, dado que em sociedades com desemprego estrutural, os mais jovens são mais propensos a ocupar vínculos precários de trabalho (ANTUNES, 2009).

No caso deste estudo, por ser realizado em hospitais públicos, considera-se precário o vínculo trabalhista regido pela Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT), o qual é o único adotado nos hospitais sob administração indireta e parcialmente em hospitais sob administração direta (18,9% das trabalhadoras). Os longos períodos sem concurso público na Bahia também explica a maior faixa etária nos hospitais sob administração direta, visto a ausência de entrada de novas trabalhadoras desde o concurso de 2008.

A maioria das enfermeiras declarou-se de cor parda, seguida da negra, convergente com o esperado, visto que o estudo foi realizado em uma região com predominância de afrodescendentes, ainda que divirja dos dados do Censo Demográfico 2010, no qual a população predominante neste estado era parda, seguida da branca (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012). Os dados obtidos diferem do encontrado em outras pesquisas realizadas em estados onde a população é predominantemente branca, no qual a maioria das enfermeiras se declarou de cor branca (GRIEP et al, 2013).

Estudos demonstram que pessoas pardas e negras originam-se mais frequentemente de classes sociais baixas (RIBEIRO, 2006) e que mulheres negras recebem salários inferiores aos de mulheres brancas e menor ainda se comparadas a homens brancos (GUIMARÃES, 2002). Os dados desta pesquisa revelam que na Bahia a profissão enfermeira é feminina e negra, indicando a possibilidade de ser também mal-remunerada.

Essa hipótese é confirmada à análise da remuneração recebida pelo trabalho que exerce nos hospitais estudados: maior proporção de enfermeiras tinha recebimento líquido entre 3 e 4 salários mínimos, independentemente do tipo de administração do hospital. Considerando que em 2010 a remuneração média de enfermeiras era de 6 salários mínimos (SANTOS, 2012) e que a categoria têm reivindicado um piso salarial de aproximadamente 10 salários mínimos (BRASIL, 2015), conclui-se que os sujeitos deste estudo recebem salários insuficientes para a sua reprodução social.

Offe e Hinrich (1989) ressaltam que a aceitação dos baixos salários está relacionada com a assimetria da necessidade do trabalhador pelo emprego contra a necessidade do empregador por força de trabalho, em prejuízo do trabalhador. Como o trabalhador não pode manter-se fora do mercado de trabalho por muito tempo sem comprometer seus meios de subsistência, vê-se obrigado a ceder ante a oferta desvantajosa do capitalista. No caso das enfermeiras acresce-se ainda o fato de ser um trabalho feminino, em uma categoria onde falta organização política para fazer frente às pressões dos empregadores. Silva e outros (2006) observaram que a existência de baixos salários na profissão é um dos principais motivos citados pelas enfermeiras para a manutenção do duplo vínculo empregatício (SILVA, et al., 2006). Neste estudo, mais da metade das enfermeiras possuíam mais de um vínculo de trabalho, os quais podem ter sido motivados pelos baixos salários aqui observados.

Esperava-se ainda que o salário das enfermeiras alocadas em hospitais sob administração indireta fosse inferior ao das enfermeiras sob administração direta. Esse pressuposto justifica-se porque a terceirização dos hospitais têm sido defendida pelos gestores como uma estratégia de redução de custos na gestão pública (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000). Conforme ressaltam Druck e Franco (2009), na terceirização a empresa contratada é subordinada a contratante e, na busca de manter-se na concorrência e garantir-se no mercado, apoia-se na precarização do trabalho sob a forma de baixos salários, jornadas extensas e ausência de contratos. O que foi encontrado nesse estudo, porém, é que tanto os hospitais sob administração direta quanto os hospitais sob administração indireta os salários as enfermeiras são baixos. Isto demonstra que a precarização se registra também nos hospitais sob administração direta pela Sesab.

Por outro lado, a equiparação salarial líquida observada entre os tipos de administração pode ser influenciada pela presença de benefícios para os profissionais estatutários nos hospitais sob administração direta descontados em folha de pagamento, reduzindo assim o valor a ser recebido ao final. Entre estes benefícios estão planos de saúde, financiamento de imóveis e empréstimos. Acresce-se a isto a presença de 18,9% de

enfermeiras com vínculos terceirizados nos hospitais sob administração direta, provavelmente recebendo remuneração inferior às enfermeiras estatutárias. A terceirização de vínculos nos hospitais de administração direta pode ser responsável pela proporção de trabalhadoras com os menores salários neste grupo.

No que tange ao uso do tempo da enfermeira para o trabalho, a jornada semanal foi igual a 30 horas para a maior parte da amostra, porém nos serviços sob administração indireta a jornada de trabalho das enfermeiras foi superior em relação as enfermeiras nos hospitais sob administração direta. Esse achado, somado ao achado relativo à remuneração, permite inferir que as trabalhadoras nos hospitais sob administração indireta não apenas trabalham em jornadas semanais maiores, como também não recebem remuneração adicional proporcional ao maior tempo de trabalho. Confirma-se, assim, a hipótese de que os hospitais terceirizados tendem a pagar menores salários às trabalhadoras em relação aos hospitais sob administração direta pela Sesab.

Essas diferenças justificam-se pelo interesse dos empregadores em manter a jornada de trabalho no limite máximo para acréscimo à mais-valia produzida pelo trabalhador para o capitalista (SANTOS, et al., 2013). Nos serviços sob administração indireta, onde prevalecem os vínculos regidos pela CLT, o patrão têm maior liberdade para definir o contrato e, com ele, a jornada de trabalho, o que resulta em maior controle também sobre o grau de exploração da trabalhadora.

Por outro lado, a proporção de trabalhadoras com jornadas de trabalho semanais maior que 40 horas é semelhante para ambos os hospitais com diferentes tipos de administração. Neste caso, a equiparação da jornada de trabalho tem origem não no empregador, mas na trabalhadora. Parte das enfermeiras estatutárias têm optado pela ampliação da jornada de trabalho de 30 para 40 horas, regulamentada pelo Plano de Cargos, Carreira e Vencimentos para obter maior remuneração (BAHIA, 2009).

Essa alternativa para compensar os baixos salários, vista por essas trabalhadoras como um benefício oferecido pelo empregador, se contrapõe as reivindicações da categoria pela regulamentação da jornada de trabalho. As justificativas para a necessidade de regulamentação da jornada de trabalho de 30 horas têm como base o desgaste a que são submetidas essas trabalhadoras em virtude dos turnos longos e frequentes sob diferentes riscos ocupacionais (BRASIL, 2000; FELLI, 2012). Se por um lado o aumento do tempo no local de trabalho tem a potencialidade de aumentar o vínculo entre a trabalhadora e o paciente e com os demais membros da equipe, por outro lado o maior desgaste relacionado ao aumento

de tempo dentro do trabalho pode diminuir a capacidade produtiva das enfermeiras e impactar negativamente sobre a qualidade do seu trabalho.

Neste estudo, as jornadas diárias de trabalho de 12 horas foram identificadas para maior proporção de trabalhadoras, bem como para os dois grupos da amostra. Ainda assim, 14,6% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta tinham as maiores jornadas diárias de trabalho, correspondente a turnos de 24 horas. Estudo anterior demonstrou que o grau de estresse para enfermeiras com jornada diária de 12 e 24 horas é semelhante, contudo o estresse percebido entre as que cumpriam turnos de 12 horas era maior que entre as que cumpriam turnos de 6 horas (LIMA, BIANCHI, 2010).

Entende-se, portanto, que jornadas de trabalho cumpridas em turnos de 6 horas podem ter influência positiva sobre a integridade da trabalhadora, conseqüentemente sobre o trabalho que a mesma desenvolve. Contudo, apenas 9,0% das trabalhadoras neste estudo cumprem essa carga horária diária. Não se pode, porém, desconsiderar que parte das trabalhadoras em enfermagem preferem jornadas diárias mais longas visto que estas resultam em mais dias de folga para a vida privada, além de facilitar a conciliação com as jornadas de outros vínculos de trabalho.

A maior proporção de enfermeiras trabalhavam em turno misto. Porém, enquanto maior parte das enfermeiras nos hospitais sob administração indireta trabalhavam em turno misto, as enfermeiras nos hospitais sob administração direta trabalhavam majoritariamente em turnos diurno e misto. No hospital, os diferentes turnos de trabalho implicam em diferentes dinâmicas de trabalho: durante a manhã concentram-se os procedimentos técnicos, pela tarde ocorrem os internamentos e atividades administrativas e no período noturno a manutenção da assistência (YAMAMOTO et al., 2009).

Batista e Bianchi (2013) identificaram ainda que as enfermeiras que trabalhavam nos turnos manhã e tarde e as enfermeiras que trabalhavam em turnos mistos tinham maior grau de estresse comparadas as enfermeiras que trabalhavam em turnos fixo pela manhã, tarde ou noite. Dito isto, ainda que no turno noturno exista menor quantitativo de pessoal trabalhando, com aumento de responsabilidades por redução dos serviços de apoio, o que interfere no ciclo circadiano da trabalhadora (SILVA et al., 2011; VEIGA; FERNANDES; PAIVA, 2013), o serviço diurno, cujo trabalho cotidiano implica em maior quantidade de procedimentos, transporte de pacientes e atividades administrativas, parece exigir mais da trabalhadora (OSÓRIO, 2006). Diante do exposto, supõe-se que, ao passo que as enfermeiras nos hospitais sob administração direta podem estar submetidas a situações mais estressantes, as enfermeiras

dos hospitais sob administração direta podem estar submetidas a maior intensificação do trabalho.

Mais da metade das trabalhadoras nos hospitais pesquisados possuía outro vínculo de trabalho e com jornada superior a 30 horas semanais, semelhante ao encontrado em pesquisa realizada anteriormente (LIMA et al., 2013). Como foi afirmado, a busca por outros vínculos é uma forma de compensar os baixos salários recebidos pelas enfermeiras. Essa sobrecarga de trabalho “auto imposta” resulta para essas profissionais em tempo insuficiente para descansar, pensar, organizar e estudar, decorrente da sobrecarga de trabalho (SILVA, et al., 2006).

Destaca-se ainda o fato de que a proporção de enfermeiras com três vínculos ou mais foi três vezes maior entre enfermeiras nos hospitais sob administração direta que entre enfermeiras nos hospitais sob administração indireta, podendo implicar que a menor jornada de trabalho pode resultar em maior tempo disponível para acúmulo de um número maior de vínculos, como afirmado por Santos e outros (2013), como forma de compensação aos baixos salários aqui observados para os dois grupos em estudo.

A análise do uso do tempo da enfermeira para o trabalho neste estudo evidenciou como a flexibilização atinge essa trabalhadora no ambiente hospitalar, com o intenso uso do tempo dentro do trabalho e da jornada de trabalho ampliada, seja pelo empregador, seja pela trabalhadora como forma de compensação do baixo salário.

Menos da metade das enfermeiras nos hospitais públicos estudados referiram ter tempo para interação com o paciente, tanto na amostra quanto para os grupos de trabalhadoras nos diferentes tipos de administração. A relação interpessoal entre o agente e o objeto de trabalho em saúde é prerrogativa para a identificação das necessidades do usuário, necessidades estas que fundamentam a finalidade do trabalho em saúde e atribuem todo o movimento a este processo (MENDES-GONÇALVES, 1992). Sem interação adequada com o usuário, seu objeto de trabalho, não é possível para a enfermeira incluir no processo de trabalho as necessidades do usuário e incorporar no seu processo de trabalho aquilo e incorporar no seu processo de trabalho aquilo que Ayres (2004) nomeia como cuidado.

A elevada proporção de trabalhadoras que referiam estar submetida a sobrecarga de pacientes em seu trabalho, independentemente do tipo de administração do hospital, além de revelar o subdimensionamento de enfermeiras nos hospitais da rede pública estadual, pode justificar a falta de tempo destas para interação com o paciente. O subdimensionamento de enfermeiras parece ser frequente em hospitais públicos, conforme observado em estudos anteriores (NICOLA; ANSEMI, 2005; FAKIH; CARMAGNANI, CUNHA, 2006). Neste contexto, na execução da assistência ao usuário não existe para a enfermeira espaço para

cuidar. Para que o cuidado ao paciente possa existir é preciso considerar o que é significativo para o ser cuidado (COLLIÉRE, 1989), o que demanda um encontro menos superficial com o objeto/sujeito do trabalho.

No SUS, a flexibilização das formas de contratação da força de trabalho e da gestão dos serviços têm sido cada vez mais utilizada como forma de manter quadros mínimos de pessoal e assim reduzir as responsabilidades do Estado para com o trabalhador (NUNES et al., 2006). Além de comprometer o trabalho e nele as possibilidades de interação entre a enfermeira e o usuário do serviço de saúde, o subdimensionamento de pessoas revelado neste estudo pode contribuir para a intensificação da jornada de trabalho da enfermeira, para a ocorrência de erros assistenciais e para aumento da divisão do trabalho entre as categorias que compõem o campo da enfermagem nos hospitais estudados.

Quanto ao objeto de trabalho das enfermeiras como coordenadoras do processo de trabalho em enfermagem, o corpo das trabalhadoras da enfermagem, poucas enfermeiras mencionaram sobrecarga em relação ao número de trabalhadoras que deveriam supervisionar. Os dados aqui encontrados contradizem estudos relacionados a dimensionamento de pessoal no campo da enfermagem, os quais evidenciaram número insuficiente de enfermeiras e excedente de trabalhadoras da enfermagem do nível médio/fundamental nas organizações hospitalares (NICOLA; ANSELMINI, 2005; FAKIH; CARMAGNANI, CUNHA, 2006).

Especificamente para este estudo, devido a constatação de um quantitativo superior de usuários a serem assistidos, esperava-se que houvesse maior quantidade de trabalhadores de saúde a serem supervisionados pela enfermeira como forma de compensar o déficit de enfermeiras a um custo mais baixo e assegurar a assistência ao usuário.

As atividades mais frequentemente executadas pelas enfermeiras dos hospitais estudados foram a elaboração da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a realização de procedimentos técnicos. No primeiro grupo, além das atividades normalmente atribuídas a SAE, foram incluídas as atividades de visita ao paciente, exame físico e a passagem de plantão. A SAE não é apenas uma atividade assistencial-gerencial como também é considerada instrumento do processo de trabalho da enfermeira, utilizado como rotina de organização do trabalho e para otimização da assistência (YAMAMOTO et al, 2009).

Quanto aos procedimentos técnico-assistenciais, os mais frequentemente realizados pelas enfermeiras nos hospitais estudados foram as sondagens e curativos. Esse achado corrobora com Nogueira (1997) que afirma que, ainda que ocorra a divisão entre o trabalho intelectual e manual cujo exemplo é a divisão social do trabalho existente entre as três

categorias de trabalhadoras no campo da enfermagem, no trabalho em saúde é impossível dissociar totalmente o trabalho intelectual e o manual, como ocorre na produção fabril.

Ambas as atividades exigem proximidade com o usuário para serem realizadas de forma eficiente e respeitosa, já que invade-se o espaço do sujeito-corpo-objeto para que sejam efetuadas. Como tal atitude é possível, quando à maioria das trabalhadoras não é fornecido tempo para relacionar-se com o seu objeto de trabalho? Os achados apontam, portanto, para o questionamento quanto a qualidade da assistência prestada aos pacientes e, mais ainda, quanto a possibilidade de concretizar o cuidado com atividade/finalidade nas organizações estudadas.

As enfermeiras afirmam que o cuidado se concretiza em atividades que consistem em procedimentos técnicos, mesmo que essas atividades sejam frequentemente realizadas de forma repetitiva e mecânica. Esses atos, sem o encontro interessado entre o usuário e a trabalhadora, limitam a enfermeira a uma profissional técnica e especializada, que atende as rotinas e protocolos das organizações de saúde, ao invés de necessidades dos sujeitos (THOFEHN et al., 2015), e que executa uma assistência baseada predominantemente nos dispositivos resultantes da evolução do aparato tecnológico e menos nas relações entre agente/sujeito e objeto/sujeito (PINHO; SANTOS; KANTORSKI, 2007).

Quanto a classificação de atividades predominantes auto-referidas, maior proporção de enfermeiras informou que as atividades assistenciais são predominantes no seu trabalho, independentemente do tipo de administração. Apesar disso, a comparação das respostas das enfermeiras sobre a atividade predominante (assistencial, administrativa ou assistencial-administrativa) com a classificação das cinco atividades mais frequentes realizadas pelas mesmas revelou baixa concordância entre as respostas. Ainda que as mesmas refiram executar atividades assistenciais, as atividades mais frequentes para a maioria foram atividades assistenciais-gerenciais.

Yamamoto e outros (2009) também observaram que a maior parte do tempo das enfermeiras nas unidades de internação não é despendido em atividades assistenciais e sim administrativas. A incongruência observada neste estudo entre as atividades predominantes auto-referidas e observadas foi compatível com o estudo de Gustavo e Lima (2003), no qual foi observada a existência de contradições entre o imaginário que a enfermeira tem sobre o seu trabalho e o que a enfermeira realmente faz.

No imaginário da enfermeira existe um conflito entre assistir e administrar, que a faz crer que não consegue prestar a assistência necessária ao usuário e que o tempo que deveria ser gasto para a assistência tem sido desperdiçado com atividades administrativas. Contudo, no modo de produção vigente, as organizações hospitalares exigem da enfermeira a

intermediação de conflitos, resolução de problemas e articulação do processo de trabalho em saúde. Ambas as atividades, assistenciais e administrativas, tem como objetivo final o usuário e portanto não podem ser auto excludentes (GUSTAVO; LIMA, 2003). Este estudo, portanto, confirma a natureza assistencial-gerencial do trabalho da enfermeira, bem como a ideologização do trabalhador e a falta de reconhecimento das mesmas das atividades gerenciais que exercem, o que influi negativamente no preço pelo trabalho da enfermeira, visto que o trabalho não reconhecido não é pago.

Neste estudo, elevada proporção de enfermeiras afirmaram realizar atividades que não são da sua atribuição. Não era esperado porém, que tal fato ocorresse mais entre enfermeiras nos hospitais sob administração direta que nos hospitais sob administração indireta, considerando o pressuposto de que a polivalência das trabalhadoras é maior onde há maior influência do capital, no caso os hospitais sob administração indireta. Baltar e Krein (2013) afirmam que tanto os trabalhadores permanentes quanto os temporários foram atingidos pelos efeitos da reorganização da economia. Os empregadores submetem os trabalhadores permanentes à flexibilidade funcional, que implica em maior liberdade para determinar as funções a serem exercidas pelos trabalhadores, culminando no aumento da polivalência.

Hirata (2002) aponta ainda como tendência da evolução do trabalho feminino a diversificação de tarefas e funções ao lado do crescimento da minoria de mulheres em profissões ditas executivas e intelectuais. Em estudo realizado por Thofehn e outros (2015) essa multiplicidade de funções é referida pelas enfermeiras como o elemento que as impede de realizar o cuidado clínico ao paciente.

O processo de trabalho da enfermeira é atingido pela flexibilidade seguindo a tendência da nova ordem produtiva, que implica em uma organização flexível do trabalho que exige da trabalhadora a capacidade de “ocupar diferentes postos de trabalho, de intervir em diferentes tipos de materiais, de inserir-se em diferentes segmentos do processo de trabalho (...)” (BIHR, 1998, p. 92). Os achados deste estudo permitem inferir que a flexibilidade funcional atingiu os hospitais sob administração direta, provavelmente como forma de compensar o déficit de trabalhadores nesses serviços.

Grande proporção de enfermeiras, tanto em hospitais sob administração direta quanto nos hospitais sob administração indireta, afirmaram que o trabalho exige mais do que elas podem fazer. A intensidade do trabalho nos hospitais pode ser comparada com o que Bihl (1998) afirma ser uma fábrica fluida. Nela a produção é contínua, com o mínimo de tempos mortos ou interrupções, que resulta em ganhos de produtividade e intensidade do trabalho. Nos hospitais não se pode protelar a recuperação dos corpos, existe pressão para

disponibilização de vagas de leitos e é isto o que impulsiona (ou pressiona) a execução das atividades.

Por ser a enfermeira a profissional responsável por coordenar o processo de trabalho em enfermagem e direcionar o processo de trabalho em saúde, assegurando a continuidade da assistência, é dela grande parte do encargo pela dinâmica da fábrica fluida hospitalar. Nos hospitais estudados associam-se o ritmo de trabalho típico da organização hospitalar à sobrecarga de assistência observada, aumentando os ganhos de intensidade no trabalho para as trabalhadoras de ambos os tipos de administração.

Menos da metade das enfermeiras nos hospitais estudados frequentemente sabe o resultado da assistência prestada ao paciente, indicando a perda do controle por essa trabalhadora sobre o resultado da sua produção. Se para Marx (2010) o produto é algo que existe na mente do trabalhador previamente ao início do processo de trabalho, a perda do produto, resultante do trabalho, pode retirar do processo de trabalho seu sentido e valor para o trabalhador. O trabalho em saúde, como parte do setor serviços, é caracterizado por resultar em um produto não-material, não dissociável do processo que o produz. A própria prestação do serviço é o produto deste trabalho (PIRES, 1999). Assim, tendo em vista o trabalho parcelar observado nos ambientes hospitalares, a não identificação do produto não tangível torna-se ainda maior.

A maior proporção das enfermeiras deste estudo afirmou existir pequena possibilidade de quebrar regras para atender uma necessidade do paciente. Shimbo (2008) corrobora com esse achado ao afirmar que a rotinização e a sobrecarga do trabalho desvirtua o trabalho em saúde da sua real finalidade. Quando as necessidades do usuário não são priorizadas há espaço para um processo de trabalho da enfermeira como o identificado por Yamamoto e outros (2009): organizado em torno da prescrição médica e, portanto, centrado na patologia e em procedimentos técnicos, demonstrando a hegemonia do modelo assistencial biomédico.

Este achado pode revelar nas organizações hospitalares do SUS estadual a priorização das normas e rotinas em detrimento das necessidades do usuário. Por outro lado, evidencia a limitação da autonomia da trabalhadora por parte da organização hospitalar, tomando a ideia de que autonomia pode se expressar na liberdade de tomada de decisões frente a necessidade do usuário (PEDUZZI, 2001).

Quanto aos instrumentos intelectuais para o trabalho, observou-se neste estudo que maior proporção das enfermeiras são especialistas, tanto para a amostra quanto para os grupos trabalhando nos hospitais sob diferentes tipos de administração, e que pequena proporção de enfermeiras cursaram mestrado e doutorado, semelhante ao encontrado em outras pesquisas

em organizações hospitalares (GRIEP et al., 2013; LIMA et al., 2013). A especialização nesta profissão parece resultar de um nivelamento mínimo ao qual o profissional necessita chegar para oferecer-se ao mercado de trabalho e tornar-se competitivo, principalmente no contexto hospitalar. Tal afirmativa é reforçada pelo estudo realizado por Gustavo e Lima (2003), no qual as enfermeiras referiram que o conhecimento científico e especializado de acordo com a área que atuam é esperado delas pelos demais profissionais da equipe de saúde.

A reestruturação produtiva, no entanto, transformou o modo como as trabalhadoras mobilizam suas capacidades físicas, cognitivas e afetivas para a produção (NAVARRO, PADILHA, 2009). A competência, exigida para que os trabalhadores mantenham-se competitivos, passa a ser definida menos como um conjunto de conhecimentos profissionais e mais como uma atitude social de assumir responsabilidades frente aos eventos inesperados na atividade produtiva (ZARIFIAN, 1998). Os resultados desse estudo indicam que as enfermeiras, ao assumirem mais atividades do que se consideram capazes, atendem ao critério de competência estabelecido pelo mercado e pela reestruturação produtiva.

Para as organizações hospitalares, onde procedimentos técnicos-assistenciais são predominante, as enfermeiras escolhem as especializações como forma de adquirirem instrumentalização para fazê-los, em detrimento de instrumentalização para investigação científica. São esses conhecimentos que medeiam a transformação do objeto em produto (MENDES-GONÇALVES, 1979), e portanto a opção pelas especializações perpetuam a execução da atividade baseada no modelo biomédico.

A maior proporção de enfermeiras deste estudo tinham entre 5 e 10 anos de experiência, maior que em outro estudo realizado em hospital público (LIMA et al, 2013). A observação dos grupos demonstrou que as enfermeiras nos hospitais sob administração direta eram mais experientes que as enfermeiras nos hospitais sob administração indireta. Essa diferença era esperada visto que 80,1% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta eram estatutárias e o último concurso para ingresso nessas organizações foi realizado em 2008, permitindo inferir que a maior parte dessas trabalhadoras têm sete anos ou mais de experiência de trabalho. Por outro lado, as pessoas com menos experiência se submetem mais a empregos precários: nesse caso a precariedade é relativa e está relacionada principalmente ao vínculo (CLT vs estatutário).

A maioria das enfermeiras tem entre um e cinco anos de trabalho nas organizações estudadas. Ainda que a maioria das enfermeiras estejam há pouco tempo nos hospitais da rede estadual de saúde, há maior proporção de enfermeiras com 11 anos ou mais de atuação nos hospitais sob administração direta. Esse dado é resultado da maior estabilidade do vínculo

predominante nestas organizações, enquanto nos hospitais sob administração indireta existe maior possibilidade de rotatividades das trabalhadoras devido à natureza instável do contrato de trabalho (ANSELMÍ; ANGERAMI; GOMES, 1997). Neste estudo observou-se que apesar de maior proporção de enfermeiras com pouco tempo de trabalho nas organizações estudadas, a maioria é experiente e qualificada, elementos que facilitam a apreensão do objeto de trabalho pela trabalhadora.

Registrou-se maior proporção de trabalhadoras com acesso a atividades de educação permanente nos hospitais sob administração indireta em relação aos hospitais sob administração direta. Nesse sentido, o achado pode indicar que os gestores dos hospitais sob administração direta investem menos na qualificação permanente dos seus trabalhadores.

Maior proporção de trabalhadoras refere nunca ou raramente fazer atividades para as quais não foram qualificadas. Entre as trabalhadoras nos hospitais sob administração indireta essa proporção é ainda maior que entre as enfermeiras nos hospitais sob administração direta. Contudo, com esse estudo não foi possível inferir se as enfermeiras se negam a fazer atividades para as quais são qualificadas ou se são qualificadas para as atividades que lhes são atribuídas, consistindo em uma das limitações do estudo.

Como integrantes do processo de trabalho em saúde, é pela experiência e pelo conhecimento especializado que as enfermeiras ampliam sua liberdade de ação, ao imprimir segurança aos demais profissionais da equipe de trabalho (GUSTAVO, LIMA, 2003). Nesse estudo, as trabalhadoras nos hospitais sob administração direta apresentaram maiores ganhos de experiência no trabalho/local de trabalho, enquanto nos hospitais sob administração indireta parece haver maior estímulo no trabalho para aquisição de qualificação.

Quanto ao acesso a participar de reuniões para a organização das atividades, contou-se baixa a moderada frequência entre os grupos, contudo os resultados são mais baixos para as enfermeiras nos hospitais sob administração direta. É durante reuniões ocorridas fora do momento da execução do trabalho que é possível discutir coletivamente sobre o modo de trabalhar, o que é necessário principalmente quando mais complexa é a atividade e os eventos imprevistos são mais frequentes (ZARIFIAN, 1998). Os hospitais sob administração indireta possuem metas fixadas e o controle de resultados como parte do contrato de gestão junto ao Estado. Assim, é possível que nestas organizações haja maior pressão sobre os gestores e sobre as trabalhadoras em relação a produtividade e qualidade dos serviços, o que pode justificar maior participação em espaços para discussão sobre o trabalho.

A maioria das enfermeiras referiu que tem autonomia para decidir como fazer suas próprias tarefas. A ampliação da autonomia é uma tendência das mudanças no trabalho

produzidas pelo capital. Conforme Zarifian (1998), o aumento da complexidade do trabalho provoca o deslocamento do controle sobre o trabalho, com menor intervenção sobre as atividades, portanto redução do trabalho prescrito, ampliando o espaço de autonomia do trabalhador. Contudo, o mesmo autor afirma que o relaxamento sobre as tarefas é compensado pelo aumento do controle sobre os resultados.

Desta forma, o aumento da autonomia e da iniciativa do trabalhador podem tanto coexistir quando contribuir para a intensificação do trabalho pelo processo de auto intensificação (HIRATA, 2002). O trabalho que é exercido no ambiente hospitalar necessita de força de trabalho vivo, de um trabalhador que mantenha a subjetividade e esteja “disposto” a colaborar no processo de trabalho. Neste caso, portanto, eliminar a autonomia do trabalhador é contraproducente (OFFE, HINRICH, 1989).

Maior proporção de enfermeiras afirmou poder participar da tomada de decisões com outros trabalhadores sobre as atividades a serem executadas no trabalho, com maior participação entre as enfermeiras nos hospitais sob administração direta que sob administração indireta. Observa-se neste achado uma contradição: as enfermeiras trabalhando nos hospitais sob administração indireta eram mais jovens, menos experientes, mas que afirmavam tomar mais decisões coletivamente. Esse achado, contudo, não acompanhou a proporção de enfermeiras que referiu realizar as atividades em conjunto com outros trabalhadores, que se aproximou a 92%, sem diferença entre os grupos.

Pode-se inferir que, ainda que o trabalho em saúde seja realizado de modo coletivo e compartilhado, existe graus de fragmentação, visto que nem sempre a tomada de decisão é coletiva. Pires (1999) reflete que complexidade das necessidades de saúde implicam na exigência de um trabalho coletivo, no qual envolvem-se profissionais e trabalhadores diversos e especializados. Contudo, o entendimento da totalidade dos problemas de saúde só pode ser atingido com a inter-relação entre as diversas áreas e profissões (PIRES, 1999).

A elevada participação das enfermeiras no processo de tomada de decisão de forma coletiva pode estar relacionada a duas características do seu trabalho: de continuidade, que permite à enfermeira obter informações privilegiadas sobre os usuários e os processos administrativos hospitalares e seu trabalho articulador, que direciona o processo de trabalho em saúde e a torna elo das atividades fragmentadas exercidas pelas diversas especialidades (GUSTAVO, 2003).

Quanto ao uso de protocolos operacionais, foi mais elevado no trabalho da enfermeira em hospitais sob administração indireta em relação a administração direta. Se por esse lado parece indispensável o uso de protocolos nos serviços de saúde, há que se lembrar que o

trabalho em saúde, pela imprevisibilidade, costuma também ser refratário aos modelos prescritivos (FARIA, 2010). A análise do uso de protocolos indica um maior controle de qualidade a partir da padronização das ações nos hospitais sob administração indireta.

A maioria das enfermeiras afirmou que há disponibilidade de materiais de consumo para executar seu trabalho, ainda que quando questionadas quanto a adequação dos mesmos, bem quanto a adequação dos equipamentos, as proporções, ainda que positivas, tenham sofrido redução. A confrontação dos grupos revelou que os materiais e equipamentos são mais disponíveis e adequados em hospitais sob administração indireta.

Ainda assim, a maior proporção de enfermeiras do estudo referiu fazer adaptações ou improvisos para substituir recursos não disponíveis para execução do seu trabalho, mesmo que, novamente, esse evento ocorra menos entre enfermeiras nos hospitais sob administração indireta.

É responsabilidade da enfermeira a solicitação e gestão dos recursos materiais para a execução do trabalho em saúde, atividade para qual ela imprime sentimentos negativos pois considera que não deveria ser exclusivamente seu trabalho (THOFEHRN et al. 2015). Tendo em vista que o trabalho em saúde nos hospitais demanda grande volume de recursos materiais, a falta destes e a necessidade de improvisos, ainda que não sejam predominantes, tornam o trabalho da enfermeira mais árduo, desgastante e demorado. Ocorre o dispêndio de energia na busca de instrumentos alternativos para execução da atividade, o que dificulta o processo de trabalho em si.

Hospitais sob administração indireta contam com métodos de controle de materiais e de incorporação de tecnologias diferenciados em relação ao hospitais sob administração direta pelo Estado, com vistas a atingir as metas dos contratos de gestão (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000). É possível supor que maior flexibilidade nas regras para aquisição de materiais, como a ausência de processos de licitação nos hospitais sob administração indireta estudados, permite a reposição e a escolha dos mesmos com mais agilidade.

O estudo revelou condições de trabalho inadequadas para o perfil de gravidade dos pacientes atendidos segundo a maior parte das enfermeiras, com resultados inferiores nos hospitais sob administração direta e moderada nos hospitais sob administração indireta. A maioria dos hospitais sob administração direta participantes da amostra são de maior porte e funcionam como referência para diversas cidades. Por vezes é opção atender sem condições a negar atendimento aos usuários. A flexibilidade nos processos, necessária para adequação dos serviços às necessidades dos usuários parece menor em hospitais sob administração indireta (COSTA; RIBEIRO; SILVA, 2000).

A proporção de trabalhadoras que referiram sobrecarga de atribuições relacionada a escassez de pessoal foi elevada para ambos os grupos. Esse aumento da intensidade do trabalho é previsto pelo empregador, visto que contratos de trabalho não especificam dimensões concretas da quantidade e da qualidade do trabalho. A indeterminação contratual das atividades, garante ao empregador a liberdade relativa de modificar as atividades e a intensidade do esforço no trabalho (OFFE, HINRICH, 1989).

Apenas 30,6% das enfermeiras nos hospitais sob administração direta e 24,0% das enfermeiras nos hospitais sob administração indireta afirmaram que era possível alimentar-se tranquilamente e rotineiramente. Esse achado demonstra como o empregador tem controle sobre todo o tempo de trabalho, incluindo os períodos de pausa no trabalho (SANTOS et al., 2013). Observando a sobrecarga de trabalho a que são submetidas as enfermeiras neste estudo entende-se que para estas trabalhadoras a exploração do seu trabalho dentro da jornada foi estendida ao máximo. Exceto pelo tempo para alimentação, as enfermeiras em hospitais sob administração indireta dispõem melhores condições de trabalho.

Os resultados impõem a reflexão sobre a importância de avaliar o desenvolvimento da força de trabalho no SUS, as condições que os gestores fornecem para estimular, qualificar e permitir a efetivação do processo de trabalho na saúde, revelando como e para quem se trabalha. Os gestores dos hospitais públicos da rede SUS deveriam traçar estratégias que favoreçam a fluidez do processo de trabalho em benefício dos usuários do Sistema.

6 CONCLUSÃO

Os dados deste estudo reafirmam a influência da reestruturação produtiva sobre o trabalho da enfermeira no hospital, mesmo em hospitais públicos. As enfermeiras dos hospitais estudados eram mulheres pardas e pretas, qualificadas, experientes, vulneráveis ao desgaste físico e emocional devido a extensas jornadas de trabalho semanais decorrentes principalmente da presença do duplo vínculo, e com extensas jornadas diárias de trabalho e, ainda assim, tinham baixa remuneração para ambos os tipos de administração.

As enfermeiras eram responsáveis por mais usuários e por usuários em condições clínicas mais graves do que seria possível assistir nas condições de trabalho existentes. Confirmou-se a presença de um trabalho coletivo, realizado em condições precárias (déficit e inadequação de materiais e equipamentos, subdimensionamento de pessoal) que predispõem a eventos inesperados e, por isso, com espaços para autonomia, ainda que esta fosse parcialmente limitada por regras institucionais.

Mesmo que a terceirização da gestão dos hospitais seja justificada pelo discurso tendencioso dos gestores públicos, como alternativa para redução de custos e otimização da qualidade do serviço prestado à população, os resultados deste estudo apontam muitas semelhanças, apesar de algumas diferenças, no processo de trabalho das enfermeiras independentemente do tipo de administração.

Quanto às diferenças, observou-se que as enfermeiras nos hospitais sob administração direta tinham idade mais avançada, maior tempo de experiência no trabalho e jornadas semanais menores em troca da mesma remuneração. Todavia, executavam mais atividades para as quais não foram qualificadas e lançavam mão de mais adaptações/improvisos em relação aos materiais utilizados no processo de trabalho.

Como esperado, as enfermeiras dos hospitais de administração indireta eram mais jovens, confirmando como essas profissionais são mais propensas à precariedade de vínculos trabalhistas. Tinham também jornadas semanais mais longas de trabalho troca de remuneração semelhante a das enfermeiras de administração direta em turnos de trabalho considerados mais estressantes. Em contrapartida, dispunham de maior acesso a qualificação para o trabalho, participavam mais de reuniões para organização das atividades e tomadas de decisões coletivas, utilizavam mais os protocolos operacionais, dispunham de materiais e equipamentos mais adequados e condições de trabalho mais adequadas ao perfil de gravidade do usuário internado.

Dito isso, observou-se que as diferenças quanto aos elementos do processo de trabalho das enfermeiras em hospitais sob administração direta e hospitais sob administração indireta contemplaram apenas os elementos agentes e instrumentos de trabalho: as enfermeiras de administração direta tinham vantagens relacionadas principalmente às agentes, enquanto as enfermeiras em hospitais sob administração indireta eram privilegiadas em relação aos instrumentos de trabalho.

Não houve diferenças no processo de trabalho das enfermeiras dos hospitais sob administração direta e sob administração indireta para grande parte das variáveis estudadas, e nenhuma diferença significativa no que se refere ao objeto de trabalho e atividades executadas.

Para ambos os tipos de administração, identificou-se o subdimensionamento de pessoal que não só resulta em intensificação do trabalho, como dificulta a interação entre o agente/enfermeira e o objeto/paciente, o que levanta a hipótese de que o cuidado enquanto atividade pode não se concretizar nesses hospitais. Dado que sem interação as necessidades do usuário não podem ser identificadas, além do fato de que para a maioria das enfermeiras não era possível quebrar regras do serviço para atender à necessidade do paciente, é possível apontar que são as rotinas institucionais e não as necessidades do usuário que atribuem o movimento ao processo de trabalho da enfermeira nos hospitais estudados, desvirtuando a finalidade do trabalho da enfermeira.

Constatou-se entre as enfermeiras dos hospitais estudados o conflito entre o trabalho real e o trabalho imaginário: enquanto afirmavam desempenhar predominantemente atividades assistenciais-gerenciais. Há, portanto, ideologização sobre o trabalho executado, com negação da dupla natureza do trabalho da enfermeira pela rejeição do conteúdo gerencial, o que influi negativamente no valor pago pelo trabalho da enfermeira, já que o trabalho realizado não é reconhecido pelas próprias agentes do trabalho.

O trabalho das enfermeiras é intensificado e estas exerciam múltiplas funções que que consideravam não fazer parte do seu trabalho, confirmando a polivalência como característica do trabalho da enfermeira nos hospitais para ambas as formas de administração. Considera-se ainda a possibilidade de que as funções relatadas como não fazendo parte do trabalho da enfermeira possam ser as atividades administrativas negadas pelas mesmas, indicando a necessidade de estudos posteriores que avaliem quais funções as enfermeiras não consideram como parte de seu trabalho.

Ainda que, por ser descritivo e exploratório, haja limites neste estudo, ele permite levantar hipóteses causais relacionadas ao processo de trabalho da enfermeira nos hospitais

com diferentes tipos de administração da rede pública de saúde, a serem confirmadas por estudos analíticos posteriores.

A partir dos resultados nestes hospitais pode-se recomendar: aumento da remuneração das trabalhadoras de modo a permitir a estas a reprodução social com um único vínculo; redução da jornada de trabalho semanal e diária para 30 horas e 6 horas respectivamente para preservar a integridade mental e física da enfermeira, além de proporcionar tempo para ressignificar a vida e o trabalho; aumento do número de enfermeiras nos hospitais públicos do SUS; oportunizar espaços fora do tempo de trabalho para discutir coletivamente o trabalho realizado; ampliar as atividades de educação permanente.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Naomar de; BARRETO, Maurício Lima. **Epidemiologia e saúde: fundamentos, métodos, aplicações**. Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan, 2012.

ANSELMINI, Maria Luiza; ANGERAMI, Emília Luigia Saporiti; GOMES, Elizabeth Laus Ribas. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. **Rev Panam Salud Publica**, v. 2, n. 1, p. 45, 1997.

ANTUNES, Ricardo. Século XXI: Nova era da precarização estrutural do trabalho? In: _____. **Infoproletários: degradação real do trabalho virtual**. 1. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009. p. 231-8.

AYRES, J. R. C. M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BAHIA. **Lei nº 11.373, de 05 de fevereiro de 2009**. Reestrutura o Grupo Ocupacional Serviços Públicos de Saúde, criado pela Lei no 5.828, de 13 de junho de 1990, e reestruturado pela Lei no 8.361, de 23 de setembro de 2002, bem como o seu Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos – PCCV, e dá outras providências.

Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/_LEI\(3\).pdf](http://www.saude.ba.gov.br/dgtes/_LEI(3).pdf)>. Acesso em: 21 nov. 2013.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado. Hospital Geral Roberto Santos recebe 72 novos enfermeiros. Disponível em:

<http://www.saude.ba.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=6017:hospital-geralrobertosantosrecebe72novosenfermeiros&catid=1:noticiascidadeusuario&Itemid=14>.

Acesso em: 08 jul. 2014.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Rede de Atendimento. Disponível em: http://www.saude.ba.gov/novoportal/indez.php?option+com_content&view+article&id+9459%Anuidades-de-saude-e-dires&catid+27%Arede-de-atendimento-sesab&Itemid+19.

Acesso em: 20 nov.2015.

BALTAR, Paulo Eduardo de Andrade; KREIN, José Dari. A retomada do desenvolvimento e a regulação do mercado de trabalho no Brasil. **Caderno CRH**, Salvador, v. 26, n. 68, p 273-292, maio/ago. 2013.

BATISTA, Karla de Melo; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. A relação stress, hardiness e turno de trabalho em enfermeiros de um hospital de ensino. **Enfermería Global**, v. 12, n. 1, p. 274-280, 2013.

BIHR, Alain; BRANT, Wanda Caldeira. A fragmentação do proletariado. In: _____. **Da grande noite à alternativa: o movimento operário europeu em crise**. Boitempo, 1998.

BRASIL. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p.59.

BRASIL. Câmara dos deputados. **Projeto de lei n.º 459 de 2015**. Dispõe sobre o Piso Salarial do Enfermeiro, do Técnico de Enfermagem, do Auxiliar de Enfermagem e da Parteira.

BRASIL. Ministério da Saúde. Bancos de dados do Sistema único de Saúde-DATASUS, Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Atenção à Saúde- CNES Consulta Estabelecimentos. Disponível em: <http://cnes2.datasus.gov.br/Index.asp?home=1>. Acesso em 28 out.2015.

BRASIL, 2000. Projeto de Lei 2295/2000. Dispõe sobre a jornada de trabalho dos Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares de Enfermagem.

BUENO, Flora Marta Giglio; QUEIROZ, Marcos S. O enfermeiro e a construção da autonomia profissional no processo de cuidar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 2, p. 222-7, mar./abr. 2006.

CARDOSO, Felipe Monte; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Reformas Neoliberais, Reforma Sanitária Brasileira e Fundações Estatais de Direito Privado: análise de documento da Fundação Estatal de Saúde da Família (FESF) - Bahia. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 97, p. 219-232, abr./jun. 2013.

CERVI, Emerson Urizzi. Métodos quantitativos nas ciências sociais: uma abordagem alternativa ao fetichismo dos números e ao debate com qualitativistas. In: AYRES, J. B. (Org.) **Pesquisa Social**: reflexões teóricas e metodológicas. Ponta Grossa: Ed. Toda Palavra, 2009. p. 126-42.

CERVO, Amado L.; BERVIAN, Pedro A. DA SILVA, Roberto. Técnicas de coleta de dados. In: _____. **Metodologia Científica**. 6. ed. São Paulo: Persian Prentice Hall, 2007. Cap. 5.

COLLIÈRE, Marie-Françoise. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel, 1989.

COMARU, Claudia Marques. **Estresse psicossocial e vínculo profissional em trabalhadoras da enfermagem**: uma análise da flexibilização do trabalho a partir da escala desequilíbrio esforço-recompensa. 2011. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM SEÇÃO BAHIA. Quantitativo de profissionais ativos. **Enfermagem em dados**. Abril de 2016. Disponível em: <<http://www.coren-ba.com.br>>. Acesso em: 04 de abr. 2016.

COSTA, Nilson do Rosário; RIBEIRO, José Mendes; SILVA, Pedro Luís Barros. Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 427-42, jan. 2000.

DRUCK, G; FRANCI, T. O trabalho contemporâneo no Brasil: terceirização e precarização, Seminário Fundacentro, mimeo, 2009.

FARIA, Horácio Pereira de et al. **Processo de trabalho em saúde**. 2. ed. Belo Horizonte: Nescon/UFGM, Coopmed, 2009.

FARIA, Helaynne Ximenes; ARAUJO, Maristela Dalbello. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 429-39, jun. 2010.

FAKIH, Flávio Trevisan; CARMAGNANI, Maria Isabel Sampaio; CUNHA, I. C. K. O. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital de ensino. **Rev Bras Enferm**, v. 59, n. 2, p. 183-7, 2006.

FELLI, Vanda Elisa Andres. Condições de trabalho de enfermagem e adoecimento: motivos para a redução da jornada de trabalho para 30 horas. **Enfermagem em foco**, v. 3, n. 4, 2012.

FONSECA, Natália da Rosa. Distúrbios músculo-esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. 2009. 93fl. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) – Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed Graal, 1984. p. 99-111.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; GRANJA, Gabriela Ferreira. A utilização da categoria processo de trabalho pela enfermagem brasileira: uma análise bibliográfica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. esp, p. 597-602, dez. 2005.

GAÍVA, Maria Aparecida Munhoz; SCOCHI, Carmen Gracinda Silvan. Processo de trabalho em saúde e enfermagem em UTI neonatal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 469-76, mai./jun. 2004.

GEOVANINI, Telma. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 3. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2010.

GRIEP, Rosane Härter et al. Enfermeiros dos grandes hospitais públicos no Rio de Janeiro: características sociodemográficas e relacionadas ao trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, p. 151-157, 2013.

GRIEP, Rosane Härter; ROTENBERG, Lúcia. Estudo da Saúde dos Enfermeiros. Instituto Oswaldo Cruz/ FIOCRUZ, 2009.

GUSTAVO, A. S. **O trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar: idealização e realidade**. 2001. 115f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2001.

GUSTAVO, Andréia da Silva; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. Idealização e realidade no trabalho da enfermeira em unidades especializadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 1, p. 24-7, jan./fev. 2003.

GUIMARÃES, Nadya Araújo. Os desafios da equidade: reestruturação e desigualdades de gênero e raça no Brasil. **Cadernos Pagu**, n. 17-18, p. 237-266, 2002.

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

HIRATA, Helena. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, n. 17-18, p. 139-156, 2002.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Danièle. Novas configurações da divisão sexual do trabalho. **Cadernos de pesquisa**, v. 37, n. 132, p. 595-609, 2007.

IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo Demográfico 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/população/censo2010/default.shtm>>. Acesso em: 22 mar.2016.

KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-73, nov./dez. 2003.

LANDIS, J.R.; KOCH, G.G. **The measurement of observer agreement for categorical data** *Biometrics*, v.33, p. 159-75, 1977.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Qualidade de vida no trabalho de enfermeiros de um hospital universitário. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 1000-6, 2013.

LIMA, Gabriela Feitosa; BIANCHI, Estela Regina Ferraz. Estresse entre enfermeiros hospitalares e a relação com as variáveis sociodemográficas. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 210-218, 2010.

LIMA, Juliano de Carvalho; BINSFELD, Luciane. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 98-103, 2003.

MACHADO, Maria Helena Vieira. Perfil da Enfermagem no Brasil. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRZ, 2011.

MAGALHÃES, Ana Maria Müller de et al. Perfil dos profissionais de enfermagem do turno noturno do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. **Revista HCPA. Porto Alegre. Vol. 27, n. 2 (2007), p. 16-20**, 2007.

MANDÚ, Edir Nei Teixeira et al. Literatura brasileira sobre o trabalho de enfermagem fundamentada em categorias marxianas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 4, p. 766-773, jul./ago. 2011.

MARX, Karl. Processo de trabalho e processo de produzir mais-valia. In:_____. **O Capital: crítica da economia política**. 27. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010. p. 211-9.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, Cristina Maria Meira de (org.) **O Processo de Trabalho em Enfermagem na rede estadual de saúde** (Projeto de Pesquisa Edital FAPESB/SESAB 020-2013) PPSUS, 2013.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. **Medicina e história: raízes sociais do trabalho médico**. 1979. 208f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1979.

_____. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. **Cadernos Cefor – Textos, 1**. São Paulo, 1992.

MORAIS, Valdiclei Reis de. **A especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar**. 2011. 121f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2011.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria. (Orgs.). (2009). **Retratos do trabalho no Brasil**. Uberlândia, MG: Edufu.

NICOLA, Anair Lazzari; ANSEMI, Maria Luiza. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em um hospital universitário. **Rev bras enferm**, v. 58, n. 2, p. 186-90, 2005.

NOGUEIRA, Cláudia Mazzei. As metamorfoses da divisão sexual do trabalho. In: NAVARRRO, Vera Lúcia; PADILHA Valquíria (orgs). **Retratos do trabalho no Brasil**. Uberlandia: EDUFU, 2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Relações de trabalho no setor saúde: as dimensões do trabalho em saúde. In: AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 1997. p. 71-6.

NUNES, Isa Maria et al. O trabalho em saúde no contexto hospitalar: processos e necessidades como subsídios para a formação profissional. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 509-13, dez. 2006.

OFFE, Claus.; HINRICH, Karl. Economia social do mercado de trabalho: diferencial primário e secundário de poder. In: OFFE, C. **Trabalho e Sociedade: Problemas estruturais e perspectivas para o futuro da “Sociedade do Trabalho”**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1989.

OSORIO, Claudia. Trabalho no hospital: ritmos frenéticos, rotinas entediadas. **Cadernos de Psicologia Social do trabalho**, v. 9, n. 1, p. 15-32, 2006.

PEDUZZI, Marina. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-109, fev. 2001.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho, educação e saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

_____. **Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população**. 2007. 247f. Tese de livre-docência - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

PEDUZZI, Marina; ANSELMINI, Maria Luiza. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PINHO, Leandro Barbosa de; SANTOS, Silvia Maria Azevedo dos; KANTORSKI, Luciane Prado. Análise do processo de trabalho da enfermagem na unidade de terapia intensiva. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 4, out./dez. 2007.

PIRES, Denise. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 356f. Tese (Doutorado em Sociologia) - Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.

_____. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, Maria Tereza et al (Orgs.). **Processo de trabalho em Saúde**: Organização e Subjetividade. Florianópolis: UFSC, 1999. p-25-48.

RAMOS, Flávia Regina Souza; GELBCKE, Francine Lima; LORENZETTI, Jorge. Produção do conhecimento sobre o processo de trabalho na enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 5, p. 753-757, set./out. 2009.

RIBEIRO, Carlos Antonio Costa. Classe, raça e mobilidade social no Brasil. **Dados**, v. 49, n. 4, p. 833-873, 2006.

RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; SOUSA, F. A. E. F. O trabalho da enfermagem em centro cirúrgico: análise de depoimentos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, v. 1, n. 2, p. 21-34, 1993.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, mar./abr. 2007.

SANTOS, Tatiane Araújo dos. **O valor da força de trabalho da enfermeira**. 2012. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2012.

SANTOS, Tatiane Araújo dos et al. Significado da regulamentação da jornada de trabalho em enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 2, p. 265-268, 2013.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 27, n. 3, p. 295-313, jul./set. 1993.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 187-192, 2000.

SHIMBO, Adriano Yohio; LACERDA, Maria Ribeiro; LABRONICI, Liliana Maria. Processo de trabalho do enfermeiro em unidade de internação hospitalar: desafios de uma administração contemporânea. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 13, n. 2, p. 296-300, abr./jun. 2008.

SILVA, Bernadete Monteiro da et al. Jornada de trabalho: fator que interfere na qualidade da assistência de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 442-448, 2006.

SILVA, Graciete Borges da. O Fetichismo da Enfermagem. *In: Enfermagem Profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986. p.95-131.

SILVA, Rosângela Maria da et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 2, p. 270-276, 2011.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health Measurement Scales**. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

SUPERINTENDÊNCIA DE RECURSOS HUMANOS DA SAÚDE – SUPERH. Banco de dados sobre os trabalhadores de enfermagem da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Dezembro, 2013.

TANAKA, Luiza Hiromi; LEITE, Maria Madalena Januário. Processo de trabalho do enfermeiro: visão de professores de uma universidade pública. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 21, n. 3, p. 481-6, 2008.

TAUBE, Samanta Andrine Marschall; MEIER, Marineli Joaquim. O processo de trabalho da enfermeira na central de material e esterilização. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 470-5, out./dez. 2007.

THOFEHRN, Maira Buss et al. Processo de trabalho dos enfermeiros na produção de saúde em um Hospital Universitário de Múrcia/Espanha/Work processes of nurses in health production in a University Hospital in Murcia/Spain. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 924-932, 2015.

VARELLA, Thereza Christina. **Mercado de trabalho de enfermeiro no Brasil: configuração do emprego e tendências no campo do trabalho**. 2006. Tese de Doutorado. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social.

VARELLA, Thereza Christina; PIERANTONI, Célia Regina. Mercado de Trabalho: revendo conceitos e aproximando o campo da saúde. A Década de, 90: **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.18, n.3 : p. 521-544, 2008.

VEIGA, Kátia Conceição Guimarães; FERNANDES, Josicelia Dumet; PAIVA, Mirian Santos. Análise fatorial de correspondência das representações sociais sobre o trabalho noturno da enfermeira. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 18-24, 2013.

VERAS, Verônica Simone Dutra. **Aumento da jornada de trabalho: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?**. 2003.

ZARIFIAN, P. A gestão da e pela Competência. *In: “Anais do Seminário Internacional “Educação Profissional, Trabalho e Competência”*. Rio de Janeiro: CIET/UNESCO/SENAI, novembro/1998.

YAMAMOTO, Diane Militão et al. O processo de trabalho dos enfermeiros em unidades de alojamento conjunto pediátrico de instituições hospitalares públicas de ensino do Paraná. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 224-32, abr./jun. 2009.

ANEXO A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



PESQUISA: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO SUS BAHIA

Prezada(o),

Meu nome é Cristina Maria Meira de Melo, sou enfermeira e professora da Escola de Enfermagem da UFBA. Estou desenvolvendo uma pesquisa intitulada Análise do Processo de Trabalho em Enfermagem no SUS/BA. O objetivo geral da pesquisa é analisar o processo de trabalho em enfermagem no SUS/Bahia.

Inicialmente agradeço a sua concordância em participar dessa pesquisa. Sua participação é fundamental para alcançar os objetivos e resultados da pesquisa.

Garanto que as informações obtidas serão utilizadas exclusivamente para a execução desta pesquisa, com garantia do sigilo das respostas. Você terá acesso as informações caso as solicite. Asseguro que você será informada(o) quanto aos procedimentos e benefícios do estudo, sendo esclarecidas possíveis dúvidas que possam ocorrer. Além disso, você tem a liberdade de retirar o seu consentimento a qualquer momento e não participar da pesquisa sem qualquer prejuízo para você.

Para qualquer contato conosco informo-lhe meu nome, telefone, endereço postal e endereço eletrônico:

Cristina Maria Meira de Melo

Escola de Enfermagem da UFBA

Rua Basilio da Gama, S/N

Campus Universitário do Canela, Salvador, Bahia, CEP: 40110-907

Telefone: (71) 32837623

Endereço eletrônico: cmmelo@uol.com.br

Coletador de dados

Participante

Pesquisador responsável

ANEXO B – Instrumento de Coleta de Dados



PESQUISA: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO SUS BAHIA

Instrumento de Coleta de Dados

Não preencher

Categoria profissional neste trabalho: 1() Enfermeira(o) 2() Técnica(o) 3() Auxiliar Enfermeira coordenadora? 1() Sim 2() Não	N. do Formulário: -----
Nome do Entrevistador:	Código do Coletador: -----
Local da Pesquisa:	Código do Local: -----
Data da Entrevista: ___/___/___	Início:

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

1. Idade: _____ anos	2. Data de Nascimento: 1() ____/____/____ 2() Não respondeu
3. Sexo:	1() Feminino 2() Masculino
4. Qual a sua escolaridade? <i>* Registrar o maior grau</i>	1() Primeiro grau incompleto 6() Especialização 2() Primeiro grau completo 7() Residência 3() Segundo grau completo 8() Mestrado 4() Superior incompleto 9() Doutorado 5() Superior Completo
5. Qual a sua situação conjugal?	1() Casada(o) ou possui companheiro(a) 2() Solteira 3() Separada(o) ou Divorciada(o) 4() Viúva
6. Você tem filhos(as)?	1() Não 2() Um 3() Dois 4() Três 5() Quatro ou mais
7. Além de você, quantas pessoas dependem da sua renda?	1() Nenhuma 2() Uma 3() Duas 4() Três 5() Quatro ou mais
8. De que raça/cor você se considera?	1() Branca 2() Preta 3() Parda 4() Amarela (de origem asiática) 5() Indígena 6() Recusou-se a responder 7() Não sabe
9. Há quantos anos você trabalha nesta profissão?	_____ anos.

II. INFORMAÇÕES SOBRE OUTROS VÍNCULOS DE TRABALHO (excluir este vínculo de trabalho)

10. Você possui outro vínculo de trabalho?	1() Sim 2() Não <i>* Se Não, seguir para a questão 13.</i>
11. Quantos vínculos?	_____ vínculos.
12. Qual é a sua jornada de trabalho total no(s) outro(s) vínculo(s)?	_____ horas.

III. INFORMAÇÕES SOBRE ESTE TRABALHO

13. Em que mês e ano você entrou neste local de trabalho?	_____/____
14. Você trabalha em um setor fixo?	1() Sim 2() Não <i>* Se Não, seguir para a questão 16.</i>
15. Qual setor?	_____
16. Qual o seu turno de trabalho?	1() Matutino 2() Vespertino

	3() Diurno 4() Noturno 5() Misto
17. Como sua jornada de trabalho é cumprida?	1() Turno fixo 2() Turno rotativo
18. Qual a sua jornada de trabalho semanal neste estabelecimento?	1() 30h 2() 36h 3() 40h 5() 4() 44h Outra _____
19. Qual a sua jornada de trabalho diário predominante neste estabelecimento?	1() 6h 2() 8h 3() 12h 4() 24h
20. Como você é recompensada(o) pela hora extra e/ou dobra? <i>*Admite-se mais de uma resposta</i>	1() Dinheiro 2() Banco de horas 3() Não se aplica
21. É comum ser chamada(o) para cobrir o serviço fora da sua escala?	1() Sim 2() Não
22. Qual o seu vínculo nesta organização?	1() Estatutário 2() REDA 3() FESF 4() CLT 5() Outro: _____ <i>*Quando existir outro tipo, anote-o</i>

IV. INFORMAÇÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO

Para as afirmativas a seguir, escolha a alternativa que represente melhor sua resposta de acordo com a escala:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre	
1	2	3	4	5	
23. Neste trabalho, você tem tempo para interação com o usuário. <small>(Interação = relação de proximidade em que, muitas vezes, os trabalhadores possuem um amplo conhecimento sobre o usuário, seu contexto familiar e seu processo de saúde/doença)</small>	1	2	3	4	5
24. Neste trabalho, você é responsável por mais usuários do que consegue assistir.	1	2	3	4	5
25. Neste trabalho é sempre possível para você participar da tomada de decisões com outros trabalhadores sobre as atividades que devem ser executadas.	1	2	3	4	5
26. Você executa seu trabalho em conjunto com outros trabalhadores (médicos, enfermeiras, auxiliares, técnicas, outros).	1	2	3	4	5
27. As condições de trabalho no serviço onde você atua são adequadas para atender ao perfil de gravidade do usuário.	1	2	3	4	5
28. Neste trabalho é sempre possível saber o resultado da assistência prestada ao usuário.	1	2	3	4	5
29. Neste trabalho, você utiliza protocolos operacionais (POP).	1	2	3	4	5
30. Neste trabalho são disponibilizados equipamentos adequados para executar suas atividades.	1	2	3	4	5
31. Neste trabalho são disponibilizados materiais de consumo para executar suas atividades.	1	2	3	4	5
32. Neste trabalho são disponibilizados materiais de consumo adequados para executar suas atividades.	1	2	3	4	5
33. Suas atividades exigem que você faça adaptações ou improvisos para substituir os recursos não disponíveis.	1	2	3	4	5
34. Neste trabalho, você tem sob sua responsabilidade a supervisão de mais trabalhadoras(es) do que é capaz. <i>* deve ser aplicada apenas para enfermeiras(os)</i>	1	2	3	4	5
35. Neste trabalho é possível participar de reuniões para organização das atividades.	1	2	3	4	5
36. Neste trabalho sua escala mensal é modificada sem sua prévia concordância.	1	2	3	4	5
37. Neste trabalho você participa das decisões para elaboração da escala mensal.	1	2	3	4	5
38. Neste trabalho suas tarefas são interrompidas antes que você possa concluí-las.	1	2	3	4	5

39. Durante sua jornada de trabalho é possível parar e se alimentar com tranquilidade.	1	2	3	4	5
40. Neste trabalho, você faz dobras no serviço.	1	2	3	4	5
41. Neste trabalho, você faz hora extra.	1	2	3	4	5
42. Neste trabalho, você pode quebrar regras do serviço para atender uma necessidade do usuário.	1	2	3	4	5
43. Neste trabalho, você não sofre retaliação quando quebra regras do serviço para atender uma necessidade do usuário.	1	2	3	4	5

44. Que tipo de atividade predomina na sua jornada de trabalho? ***Admite-se apenas a escolha de uma alternativa.**
 1() Assistencial 2() Administrativa 3() Outra _____

45. Liste as cinco (05) principais atividades que você exerce com mais frequência neste trabalho.

V. INFORMAÇÕES SOBRE CONDIÇÕES DE TRABALHO

46. Sobre o seu ritmo de trabalho dê uma nota entre 0 e 5 de acordo com as seguintes características:

	Inexistente			Muito frequente		
46.1 Gestos repetitivos	0	1	2	3	4	5
	Lento			Muito Acelerado		
46.2 Ritmo de trabalho	0	1	2	3	4	5
	Inexistente			Insuportável		
46.3 Pressão de tempo	0	1	2	3	4	5
	Nunca			Sempre que precisa		
46.4 Pausa para descansar	0	1	2	3	4	5

47. No seu ambiente físico de trabalho você tem sensação predominante de: *Admite-se mais de uma resposta.	1() Frio 2() Calor 3() Umidade 4() Poeira 5() Odor desagradável 6() Ruído 7() Nenhuma 8() Outra: _____
48. No seu turno de trabalho noturno, quanto tempo é possível descansar? * Somente para quem trabalha no turno noturno	1() ____ horas ____ minutos 2() Não se aplica
49. Neste trabalho existe lugar exclusivo para o seu descanso?	1() Sim 2() Não
50. Neste trabalho, o local onde você descansa é:	1 () Adequado 2 () Inadequado 3 () Muito Inadequado
51. Neste trabalho existe conflito entre você e outros trabalhadores? (Conflito= Embate, confronto, tensão, motivos contraditórios, competição consistente, incompatibilidade entre valores)	1() Sim 2() Não *Se Não, seguir para questão 54.
52. Liste 03(três) categorias de trabalhadores com quem você entra em conflito. * Pode-se aceitar menos que 3 trabalhadores.	_____ _____ _____
53. Este conflito prejudica a execução das suas atividades?	1() Sim 2() Não
54. Em seu ambiente de trabalho qual tipo de discriminação você sofre ou já sofreu? *Se a resposta for Nenhuma, seguir para questão 56. * Admite-se mais de uma resposta	1() Gênero 2() Orientação sexual 3() Cor/Raça 4() Peso 5() Idade 6() Social 7() Pessoa com deficiência 8() Limitação física

	9() Tipo de vínculo neste trabalho 10() Tempo de serviço 11() Outro _____ 12() Nenhuma
55. Por quem?	_____
56. Em seu ambiente de trabalho, qual tipo de violência você sofre ou já sofreu? <i>* Se a resposta for Nenhuma, seguir para a questão 58.</i> <i>* Admite-se mais de uma resposta</i>	1 () Física 2 () Psicológica 3 () Sexual 4 () Moral 5 () Outro _____ _____ 6 () Nenhuma
57. Por quem? <i>*Admite-se mais de uma resposta.</i>	1() Usuário 2() Familiar do usuário 3() Chefia imediata 4() Colega da mesma categoria profissional 5() Colega de outra categoria profissional 6() Outro: _____ _____
58. Você está satisfeita(o) com seu salário?	1() Muito satisfeita(o) 2() Satisfeita(o) 3() Pouco satisfeita(o) 4() Insatisfeita(o) 5() Muito insatisfeita(o)
59. Neste trabalho existe plano de cargos, carreiras e vencimentos?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe <i>*Se Não, seguir para questão 61.</i>
60. Você já foi beneficiada(o) por este plano?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe
61. Você se considera protegida(o) contra demissão injusta?	1() Sim 2() Não
62. Você recomendaria sua profissão (não este trabalho) a uma(um) amiga(o)?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe
63. Durante os últimos 12 meses, com que frequência você pensou em abandonar sua profissão (não este trabalho)?	1() Nunca 2() Algumas vezes por ano 3() Algumas vezes por mês 4() Algumas vezes por semana 5() Todos os dias
64. Você aceitaria este trabalho novamente?	1() Sim 2() Não 3() Não sabe
65. Você é afiliada(o) a qual entidade de trabalhador? <i>*Admite-se mais de uma resposta.</i>	1() Sindicato dos Enfermeiros do Estado da Bahia (SEEB) 2() Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) 3() Associação Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (ANATEn) 4() Sindicato dos Trabalhadores em Saúde/Sindsaúde-público 5() Sindicato dos Trabalhadores em Saúde/Sindsaúde-privado 6() Associação profissional por especialidade 7() NDA 8() Não sabe
66. Você sofreu algum acidente de trabalho nos últimos 6 meses?	1() Sim 2() Não

67. No último ano você se afastou deste trabalho por razão de saúde?	1() Sim 2() Não <i>* Se Não, seguir para questão 69.</i>
68. Qual o motivo?	_____

Para as afirmativas a seguir, escolha a alternativa que represente melhor sua resposta de acordo com a escala:

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
1	2	3	4	5

69. Seu trabalho exige mais do que você pode fazer.	1	2	3	4	5
70. Seu trabalho permite o desenvolvimento de suas atividades e o alcance das metas de modo tranquilo.	1	2	3	4	5
71. Seu trabalho exige intensa concentração no desenvolvimento das tarefas por longo período de tempo.	1	2	3	4	5
72. Seu trabalho neste lugar lhe satisfaz.	1	2	3	4	5
73. Neste trabalho, você se sente informada(o) sobre os riscos a que está exposta(o) no desenvolvimento de suas atividades.	1	2	3	4	5
74. Neste trabalho são disponibilizados EPI (luvas, capas, máscaras, óculos, dentre outros).	1	2	3	4	5
75. Neste trabalho os equipamentos e mobiliários são ergonomicamente adequados.	1	2	3	4	5
76. Neste trabalho seus direitos trabalhistas são respeitados.	1	2	3	4	5
77. Neste trabalho as expectativas de promoção estão de acordo com seu desempenho. (Promoção = É tudo aquilo que faz você ascender na carreira neste local de trabalho)	1	2	3	4	5
78. Neste trabalho você faz atividades que não são da sua atribuição.	1	2	3	4	5
79. Neste trabalho você faz atividades para as quais não foi qualificada(o).	1	2	3	4	5
80. Neste trabalho você assume múltiplas atribuições porque é frequente a escassez de pessoal.	1	2	3	4	5
81. Neste trabalho você se sente pressionada pela chefia imediata no cumprimento das tarefas.	1	2	3	4	5
82. Neste trabalho você tem pouca liberdade para decidir como fazer suas próprias tarefas.	1	2	3	4	5
83. Neste trabalho você já foi constrangida(o).	1	2	3	4	5
84. Neste trabalho você faz muitas coisas com as quais não concorda.	1	2	3	4	5
85. Neste trabalho as pessoas com quem você trabalha interessam-se pelo seu bem-estar.	1	2	3	4	5
86. Sua(seu) chefe imediata(o) preocupa-se com o bem-estar dos seus subordinados.	1	2	3	4	5
87. Neste trabalho existe possibilidade de participar de atividades de educação permanente.	1	2	3	4	5
88. Você se sente reconhecida(o) socialmente pelo trabalho que faz.	1	2	3	4	5
89. Você se sente segura(o) para planejar seu futuro profissional.	1	2	3	4	5
90. Você utiliza seu tempo de folga para atender a demandas do seu trabalho.	1	2	3	4	5

VI. INFORMAÇÕES SOBRE ATIVIDADES DOMÉSTICAS

91. Quantas pessoas moram na sua casa contando com você?	_____ pessoas.
92. Em sua casa você utiliza serviço de diarista ou empregada doméstica?	1() Sim 2() Não
93. Nos últimos sete dias, quantas horas aproximadamente você se dedicou ao trabalho doméstico (sem incluir o dia da entrevista)?	_____ horas por semana

VII. INFORMAÇÃO SALARIAL

94. Considerando seu recebimento líquido neste trabalho, em qual faixa salarial você se inclui, com base no mês passado? (SM = salário mínimo R\$ 788,00)	1() R\$ 788,00 até R\$ 1.576,00 2() Acima de R\$ 1.576,00 até R\$ 2.364,00 3() Acima de R\$ 2.364,00 até R\$ 3.152,00 4() Acima de R\$ 3.152,00 até R\$ 3.940,00
---	---

	5() Acima de R\$ 3.940,00 até R\$ 7.880,00 6() Acima de R\$ 7.880,00 7() Recusou-se a responder
95. Você considera que o seu salário neste trabalho é suficiente para suas necessidades pessoais e familiares?	1() Sim 2() Não
96. Você gostaria de acrescentar mais alguma informação que considera importante sobre o seu processo de trabalho?	1() Sim 2() Não

Término: _____

AGRADECEMOS SUA PARTICIPAÇÃO!

ANEXO C – Carta de aprovação do comitê de ética em pesquisa da UFBA

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM NO SUS/BAHIA

Pesquisador: CRISTINA MARIA MEIRA DE MELO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 17813413.0.0000.5531

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 398.772

Data da Relatoria: 04/09/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de Projeto de Pesquisa coordenado pela Professora Cristina Melo e está candidato ao PPSUS, envolvendo em sua equipe docentes de cursos de Pós Graduação, e profissionais de saúde. É estudo exploratório que aborda aspectos relacionados à organização. Terá como participantes as 3.329 trabalhadoras de enfermagem do SUS do Estado da Bahia.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: O objetivo geral é analisar o processo de trabalho em enfermagem na rede de serviços do SUS no estado da Bahia.

Objetivo Secundário: Como objetivos específicos delimitam-se: Analisar o estado da arte da produção do conhecimento nacional e internacional sobre o processo de trabalho em enfermagem. Fazer a caracterização sociodemográfica e profissional das trabalhadoras em enfermagem no SUS/Bahia. Caracterizar o processo de trabalho das trabalhadoras em enfermagem. Caracterizar as condições de trabalho em enfermagem. Avaliar o grau de satisfação das trabalhadoras estatutárias com o Plano de Cargos e Vencimentos (PCCV) no SUS/Bahia

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: As autoras inicialmente afirmam que há risco na participação das trabalhadoras(ores)no grupo de discussão ou na resposta ao questionário online. Cada participante do grupo focal será

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Daniela Rose

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 398.772

única no seu município. O único desconforto possível poderá ser de ordem pessoal/emocional na discussão sobre o processo de trabalho e suas condições, dado que o mundo do trabalho produz sofrimento para os trabalhadores.

Benefícios: As diferentes dimensões do trabalho em enfermagem precisam ser compreendidas e seu sentido aprofundado, para que possam ser reveladas na prática profissional. O trabalho da auxiliar e da técnica de enfermagem é ainda menos estudado que o trabalho da enfermeira, mesmo que este grupo de trabalhadoras seja numericamente o mais expressivo do campo da saúde, com 1.159.285 milhões de profissionais com inscrição no Conselho Federal de Enfermagem em 2010. Na Bahia, as trabalhadoras do campo da enfermagem estão assim distribuídas: 15.401 enfermeiras; 36.234 técnicas de enfermagem e 25.640 auxiliares de enfermagem. As trabalhadoras da enfermagem compõem mais de 60% da força de trabalho no setor saúde no Brasil. No entanto, este campo profissional é invisível no processo de trabalho em saúde, dado aos fatores históricos e econômicos que o mantém como campo de trabalho com baixo valor social e econômico. O estudo do trabalho em enfermagem pode também contribuir para valorizar estas profissões, dando visibilidade ao serviço prestado à população. Vale destacar que a maior parte das trabalhadoras em enfermagem atua no Sistema Único de Saúde, seu maior empregador no país. A relevância do estudo sobre o maior contingente da força de trabalho na saúde e como o conhecimento produzido pode ser aplicado para o aprimoramento da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS. Para as trabalhadoras(ores) participantes os benefícios serão contribuir para a produção do conhecimento sobre o trabalho na sua profissão. Além disso os resultados da pesquisa serão apresentados aos gestores do SUS estadual e poderão contribuir com a reorganização do trabalho no SUS bem como na formulação e reorientação de políticas na gestão do trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante sobre a atenção à saúde, à estruturação dos serviços de saúde e a gestão do processo de trabalho e contribui com informações sobre causalidade. Pretende avaliar qualitativamente o grau de satisfação das trabalhadoras do SUS no Estado da Bahia em relação ao plano de cargo, carreira e vencimento da secretaria da saúde. Serão participantes: enfermeiras, técnicas(os) e /auxiliares de enfermagem que trabalhem no SUS estadual há pelo menos 1 ano; com diferentes formas de vínculo com a Sesab; residente no município polo da Macrorregião e que aceitem participar do Grupo mediante a assinatura do TCLE. A relevância do estudo se dá sobre o maior contingente da força de trabalho na saúde e a forma como o conhecimento produzido pode

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar
Bairro: Canela **CEP:** 41.110-060
UF: BA **Município:** SALVADOR
Telefone: (71)3283-7615 **Fax:** (71)3283-7615 **E-mail:** cepee.ufba@ufba.br

Davi Santa Rosa

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



Continuação do Parecer: 398.772

ser aplicado para o aprimoramento da gestão do trabalho e da educação em saúde no SUS.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A autora apresentou todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Não Há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer emitido ad referendum pelo Coordenador do CEP devendo ser apreciado na próxima reunião do CEP.

SALVADOR, 18 de Setembro de 2013

Darci de Oliveira Santa Rosa

Assinador por:

DARCI DE OLIVEIRA SANTA ROSA
(Coordenador)

Endereço: Rua Augusto Viana S/N 3º Andar

Bairro: Canela

CEP: 41.110-060

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3283-7615

Fax: (71)3283-7615

E-mail: cepee.ufba@ufba.br