



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO.**



**ANÁLISE DO TRABALHO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE
UMA MATERNIDADE PÚBLICA**

MANOEL HENRIQUE DE MIRANDA PEREIRA

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2013

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária de Saúde,
SIBI - UFBA.

P436 Pereira, Manoel Henrique de Miranda.

Análise do trabalho no setor de emergência de uma
maternidade pública / Manoel Henrique de Miranda Pereira –
Salvador, 2013.

124 f.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Faculdade de Medicina, 2013.

1. Saúde. 2. Emergência. 3. Maternidade Pública. 4. SUS.
5. Enfermagem I. Silva, Rita de Cássia Ribeiro. II.
Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 614



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE,
AMBIENTE E TRABALHO.**



ANÁLISE DO TRABALHO NO SETOR DE EMERGÊNCIA DE UMA MATERNIDADE PÚBLICA

MANOEL HENRIQUE DE MIRANDA PEREIRA

Professor-orientador: PAULO GILVANE LOPES PENA

Dissertação apresentada ao Colegiado do Curso de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito obrigatório para a obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2013

COMISSÃO EXAMINADORA

Rita de Cássia Pereira Fernandes

Doutora em Saúde Coletiva pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Norma Carapiá Fagundes

Doutora em Educação pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Paulo Gilvane Lopes Pena – Professor-orientador

Doutor em Sócio-Economia do Desenvolvimento pelo Ecole des Hautes Études
en Sciences Sociales, França
Universidade Federal da Bahia

Dedico este trabalho...

A Wilka e a Lis,
Pelo apoio, estímulo e inspiração em.
Continuar acreditando.
E aos meus amados pais e irmã,
Dirce, Valdeci e Leninha
que me ensinaram a buscar meus ideais,
superando os obstáculos,
me auxiliando nos mais importantes momentos,
Ajudando-me a crescer.

AGRADECIMENTOS

A construção da dissertação foi sem dúvidas uma construção coletiva, envolveu minha família, amigos, colegas e professores do mestrado e acima de tudo, os trabalhadores com os quais tenho convivido como sanitarista e enfermeiro. Dedicção, empenho, equilíbrio e capacidade de escutar o outro foram elementos que me acompanharam neste percurso.

Ao acolhimento fraterno e a confiança de todos os trabalhadores da Maternidade Albert Sabin que compartilharam comigo suas vidas no trabalho. Agradecimento especial a Rita de Cassia Leal, Tereza Pain, Maria Conceição, Jussara Gomes, Maria Claudia, Maria Helena, Suzane, Milena, Ednaide Silva e Elba Cristina pelas conversas que tanto contribuíram para as reflexões trazidas neste trabalho.

À Jose Walter e a Gisélia Santana por acreditarem na contribuição da pesquisa para o fortalecimento da assistência no SUS e melhoria do processo de trabalho nas maternidades estaduais.

Às mulheres e famílias que buscam nas maternidades públicas e nos trabalhadores o apoio em realizar o sonho de parir uma nova vida.

Ao coletivo de companheiras da Rede Cegonha pela luta em defesa da vida e pelas lindas experiências de mudança na forma de nascer no mundo.

Às amigas. Vera Figueiredo e Analia Pupo pelos lindos e inesquecíveis momentos vividos no desafio cotidiano de ser *Apoiador Institucional*.

Ao querido Paulo Pena pelo companheirismo e dedicação na construção do pensamento. Aos professores e colegas de mestrado pelo apoio e troca de experiências ao longo e sofrido porém, inesquecível processo de aprofundamento teórico. À Rita de Cassia Fernandes pela inspiração na luta pela construção do conhecimento implicado com a transformação dos contextos de trabalho.

.Aos queridos dindos Emanuel Nonato e Isabelita que me ajudaram na construção da pesquisa.

À banca examinadora pela contribuição com o aprimoramento da produção científica.

*“Para mudar o mundo, primeiro
é preciso mudar a forma de nascer “*

Michel Odent

*... Sou do tamanho daquilo que vejo
e não do tamanho da minha altura ...”*

Carlos Drummond de Andrade

Análise do trabalho no setor de emergência de uma maternidade pública

Manoel Henrique de Miranda Pereira

RESUMO

A saúde dos trabalhadores da saúde tem estado cada vez mais no centro de estudos e de políticas de humanização do SUS, considerando sua interface com a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. A assistência nas maternidades acontece a partir de práticas divergentes às evidências científicas para uma gestação segura no mundo, e associadas à precarização do trabalho. A dinâmica do trabalho nos serviços de urgência e emergência tem sido condicionada pela constante superlotação, impondo ritmo acelerado e sobrecarga para os trabalhadores. A tarefa de prestar cuidados diretos e ininterruptos expõe os profissionais de enfermagem a graves riscos e acidentes ocupacionais. Objetivou analisar o trabalho no setor de emergência de uma maternidade pública. O primeiro artigo analisou a organização e o funcionamento do setor de admissão da emergência maternidade pública, seus aspectos gerenciais, características da demanda de trabalho no setor de admissão e relações com os riscos à saúde desses trabalhadores. O segundo descreveu os conflitos e estratégias das enfermeiras e técnicas de enfermagem do setor de admissão da emergência de uma maternidade pública e analisar as características da atividade de trabalho e identificar aspectos associados a riscos a sua saúde. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada numa maternidade pública localizada na periferia de Salvador durante o ano de 2012. Para isto, foi utilizada a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), centrada na análise de situações reais de trabalho. Realizou-se um estudo ergonômico com análise de fontes documentais, observações abertas das tarefas, entrevistas semi-estruturadas e situadas. Foram identificadas contradições, restrições e pressões vividas pelos trabalhadores e dirigentes relacionadas ao aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios disponíveis para o trabalho e funcionamento da instituição. Constatou-se que a demanda desvinculada da garantia de um modelo efetivo de referência e contra referência do pré-natal para parto no SUS repercute na precarização dos contextos de trabalho na maternidade e dificulta a garantia de qualidade na assistência. A sobrecarga de trabalho da enfermeira está relacionada à sua atuação em múltiplos setores com diversas exigências. Para as técnicas de enfermagem a sobrecarga está relacionada ao excesso de procedimentos e tarefas inseridas no trabalho real além do previsto. As insuficiências nos protocolos, normas e rotinas prescritas contribuíram aumentar os conflitos com os usuários e os demais trabalhadores. Mostrou a importância de dimensionamento adequado com ocupação dos postos de trabalho levando em consideração a demanda real de atendimentos e a importância das prescrições para o trabalho.

Palavras chaves: Serviços de urgência e emergência, Saúde dos Trabalhadores da Saúde, Enfermagem

Analysis of the work in the emergency department of a public hospital

Manoel Henrique de Miranda Pereira

ABSTRACT

The health of health workers have been increasingly at the center of studies and policies humanization of SUS, considering its interface with improving the quality of health care for the population. Assistance in maternity happens from divergent practices the scientific evidence for a safe pregnancy in the world, and associated with job insecurity. The dynamics of working in emergency services and emergency has been conditioned by the constant overcrowding, fast pace and imposing burden on workers. The task of providing direct care and uninterrupted exposes nurses to severe occupational hazards and accidents. Aimed to analyze the work in the emergency department of a public hospital. The first article looked at the organization and functioning of the sector emergency public hospital admission, his managerial aspects, characteristics of labor demand in industry admissions and relations with the health risks of these workers. The second described the conflicts and strategies of nurses and nursing techniques sector emergency admission of a public hospital and analyze the characteristics of the work activity and identify aspects associated with risks to your health. This is a qualitative research conducted in a public hospital located on the outskirts of Salvador during the year 2012. For this, we used the Ergonomic Work Analysis (EWA), focused on the analysis of real work situations. We conducted a study with ergonomic analysis of documentary sources, observations of open tasks, and semi-estruturadas located. Were identified contradictions, constraints and pressures experienced by workers and managers related to excessive increase in demand and inadequate resources available for the work and functioning of the institution. It was found that the demand unrelated to guarantee an effective model reference and counter reference prenatal childbirth SUS affects the casualization of work contexts in motherhood and difficult to guarantee quality of care. The nurse's workload is related to its operations in multiple industries with various requirements. For technical nursing overload is related to excess procedures and tasks embedded in the actual work beyond the expected. The weaknesses in the protocols, standards and prescribed routines helped increase conflicts with users and other workers. Showed the importance of proper sizing with occupancy of jobs taking into account the actual demand for care and the importance of the requirements for the job.

Keywords: Emergency services and emergency Health Workers Health Nursing.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	10
OBJETIVOS	14
Geral	14
Específicos.....	14
ARTIGO I.....	15
Organização e funcionamento de uma maternidade pública: fatores intervenientes na demanda de trabalho e saúde dos trabalhadores	15
Resumo	15
Abstract.....	16
Introdução	17
Métodos	24
O desenvolvimento do estudo ergonômico	28
Resultados e discussão	31
Considerações finais	53
Referências	56
ARTIGO II	59
Conflitos e estratégias dos trabalhadores de enfermagem na emergência de uma maternidade pública	60
Resumo	60
Introdução.....	62
Métodos	69
Desenvolvimento do estudo ergonômico	72
Instrumentos e procedimentos	74
Resultados e discussões	77
Considerações finais	103
Referências	106
CONSIDERAÇÕES FINAIS	111
REFERÊNCIAS	113
ANEXOS	120
Anexo 1	120
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	120
Anexo 2 Parecer Consubstanciado do CEP	121
Anexo 3 Folha de encaminhamento ao CEP	122

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ARTIGO I

Quadro 1 Sumário de procedimentos metodológicos da pesquisa	25
Figura 1 Fluxograma sobre a origem da demanda dos atendimentos do setor de admissão da emergência da maternidade.....	32
Quadro 2 Matérias e notícias jornalísticas publicas na internet	38
Quadro 3 Componentes da atividade do dirigente da maternidade relacionados a confrontação individual das situações observadas	43
Quadro 4 Composição dos vínculos de emprego segundo a função na equipe dirigente	44
Quadro 5. Quantitativo de trabalhadores por vínculo de emprego e natureza das atividades que realizam na maternidade	47
Quadro 5 Modalidade de contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem e obstetras da maternidade.....	48

ARTIGO II

Quadro 1 Sumario de procedimentos metodológicos.....	75
Figura 1 Fluxograma de atendimento no setor de admissão da emergência	77
Figura 2 Box de atendimento das mulheres.....	79
Figura 3 Bancada de prescrição e preparo de medicações com porta de acesso às enfermarias e centro obstétrico.....	79
Figura 4 Porta de entrada de mulheres para atendimento no setor de admissão	79
Tabela 1 Atividades realizadas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem durante a admissão das mulheres na maternidade	83

APRESENTAÇÃO

Não há trabalho sem trabalhadores, do mesmo modo que não há como ter qualidade na assistência á saúde da população sem intervir nos determinantes de adoecimento dos trabalhadores da Saúde. Mesmo reconhecendo sua importância no cuidado à população, as circunstâncias com as quais o trabalhador da saúde adoce não têm sido debatidas a contento e suas consequências permanecem presentes no cotidiano dos serviços de saúde e invisíveis para a gestão do sistema de saúde, em certa medida para os próprios trabalhadores.

Na constituição do trabalho em saúde, o pensamento taylorista determinou a organização dos serviços de saúde e as práticas de cuidado. Tal doutrina roga pela separação entre o planejamento e a operação de produção, conseqüente a busca de redução das possibilidades de variação na execução das tarefas, voltando-se para a antecipação do trabalho e dos seus resultados. O funcionamento é pautado pela supressão da espontaneidade e da iniciativa no trabalho, produzindo uma subjetividade voltada para a adaptação dos trabalhadores ao contexto. A compreensão do trabalho está relacionada ao conformismo e passividade de aceitar o cotidiano sem mudanças. Em termos organizacionais a maioria das teorias administrativas ou dos métodos de gestão dos serviços públicos de saúde foi baseada no controle sobre a autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 2005). Esse pensamento aplicado às praticas de cuidado incorreu na fragmentação do corpo humano pela ação dos profissionais da saúde, com conseqüente supremacia da intervenção médica no contexto do parto, atribuindo a esse o *status* de doença, desconfigurando o sentido do nascimento como condição humana.

Para alcançar os objetivos propostos para o SUS é fundamental reinventar os modelos de gestão das instituições de saúde, de modo a responder às exigências de saúde da população, constituindo-se modelos operacionais alternativos à hegemonia do método taylorista de gestão (CAMPOS, 1998). A atividade dos trabalhadores em situações de variações imprevisíveis, nas quais não é possível ter controle sobre a demanda, implica em consequências sobre a saúde e para a própria produção (GUÉRIN *et al.*, 2001). Neste sentido, novos desafios se apresentam para a análise do trabalho possibilitando atuar frente ao sofrimento não reconhecido, provocado pela organização do trabalho (DEJOURS, 2005). Por sua vez, Schwartz *et al.* (2010) referem sobre a necessidade de reconhecer que novas formas de produção transformam o trabalho e modificam as atividades humanas na sua composição social, originando a todo momento novas competências, saberes e exigências para o trabalho.

Compreender o trabalho amplia a possibilidade de transformação de si e do próprio meio de trabalho.

Vivenciar as situações de trabalho enquanto trabalhador de enfermagem inserido num serviço de emergência da rede estadual de saúde gerou no autor a experiência concreta e a necessidade de abordar essa dinâmica de trabalho e suas consequências na saúde dos trabalhadores, principalmente da Enfermagem. Lidar com a insatisfação da população frente a qualidade dos atendimentos e ter que desenvolver as atividades em precárias condições de trabalho e emprego foram aspectos determinantes para abordar o tema proposto pela pesquisa.

Em outro lado, o autor tem realizado nos últimos anos encontros colegiados e rodas de conversas com dirigentes e trabalhadores das maternidades de Salvador, movimentos sociais e outras instituições, envolvendo a problematização do cotidiano do trabalho e do cuidado com o intuito de efetivar os preceitos da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) . A inserção como Sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB) desenvolvendo a função de Apoiador Institucional conformou o cenário propício para a aproximação com as situações concretas de trabalho no dia-a-dia dos serviços de emergência das maternidades.

A função de Apoiador Institucional é prevista pela PNH e vem sendo desenvolvida enquanto estratégia metodológica, no fomento à constituição de espaços coletivos para problematização e ampliação dos processos de diálogo, reflexão e análise das práticas de cuidado e gestão. Assume enquanto princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos na definição dos caminhos para transformação das práticas de gestão, cuidado e do próprio trabalho. Propõe ainda, ações de modo transversal em todas as políticas e programas

do Sistema de Saúde como via para horizontalizar as relações entre os sujeitos e fortalecer a constituição de coletivos e experiências de transformação das relações e da produção do cuidado aos usuários do SUS. O exercício da participação ativa de gestores trabalhadores e usuários na tomada de decisão nos serviços de saúde é colocado como caminho para a superação da dicotomia que há entre as esferas da gestão e a atenção à Saúde.

Neste caminho, a pesquisa teve a perspectiva de se colocar mais próximo às situações de trabalho no atendimento no setor de emergência de uma maternidade pública, procurando conhecer melhor a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores. Na oportunidade, não foram encontrados estudos sobre a atividade dos trabalhadores da saúde em maternidades públicas de Salvador. O momento atual de intensas mudanças na organização do trabalho e na própria natureza do cuidado às mulheres gestantes reforça a necessidade de aprofundar o debate sobre as medidas necessárias para melhorias nos contextos de trabalho. Quando se pretende qualificar a Atenção à Saúde da população, deve-se também perseguir a garantia de ambientes de trabalho saudáveis onde o sentido de realização e satisfação não seja superado pelo desânimo e adoecimento dos trabalhadores.

A reflexão teórico-metodológica, investigação científica e desenvolvimento conceitual do estudo, pretendem fornecer elementos para a ação, visando intervir também na elaboração de Políticas na Área de Proteção à Saúde dos Trabalhadores da Saúde. Para tanto, foi utilizada a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) centrada no estudo das situações reais de trabalho buscando compreender o que “está em jogo” no desenvolvimento das tarefas no setor de admissão de uma maternidade pública em articulação com os determinantes do processo de adoecimento de trabalhadores da saúde. A investigação foi dirigida para as situações reais de trabalho, onde a observação e escuta dos trabalhadores possibilitou problematizar sobre seu trabalho, fazendo-os expressar sentimentos frente à realização das tarefas, explicitando as dificuldades e estratégias utilizadas nas tentativas de atender os objetivos da organização do trabalho.

Assim sendo, esta dissertação será apresentada na forma de dois artigos.

O artigo I intitulado **Organização e o funcionamento de uma maternidade pública: fatores intervenientes na demanda de trabalho e saúde dos trabalhadores** que analisa a organização e o funcionamento de uma maternidade pública. Nessa direção descreve as características para a gestão do serviço de emergência, identifica as características da demanda de trabalho no setor, relacionando-as com riscos à saúde dos trabalhadores. A questão norteadora do estudo foi identificar os fatores relacionados à demanda de trabalho no

setor de admissão da emergência de uma maternidade pública que influenciam na saúde dos trabalhadores da saúde. Os resultados obtidos sugerem contradições, restrições e pressões para trabalhadores e dirigentes da maternidade relacionadas ao aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios disponíveis para o trabalho e funcionamento da instituição. A insuficiência dos meios e a lógica de organização do trabalho produzem situações de intensificação do trabalho, riscos e sofrimento à saúde dos trabalhadores.

O artigo II intitulado **Conflitos e estratégias dos trabalhadores de Enfermagem na emergência de uma maternidade pública** descrevem as características da atividade de trabalho das enfermeiras e técnicas de Enfermagem do setor de admissão da emergência e identifica aspectos associados a riscos à sua saúde. Os resultados evidenciaram restrições relacionados à variabilidade e excesso da demanda de atendimentos, sobrecarga de trabalho, ritmo de trabalho ditado pelos usuários e pressão temporal. A multiplicidade de funções repetitivas, trabalho intenso e excessivo ritmo com desgaste físico, mental e posições incômodas na execução das atividades foram aspectos presentes no contexto de trabalho dos trabalhadores de Enfermagem do setor.

O método utilizado nesta pesquisa foi abordado nos artigos apresentados a seguir. No item Anexo segue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) entregue aos sujeitos no ato de sua participação na pesquisa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA).

OBJETIVOS

Geral

Analisar o trabalho no setor de emergência de uma maternidade pública.

Específicos

- i. Descrever organização e o funcionamento de uma maternidade pública (Artigo I)
- ii. Identificar as características da demanda de trabalho do setor de emergência (Artigo I)
- iii. Descrever os riscos à saúde dos trabalhadores da saúde do setor de emergência (Artigo I)
- iv. Descrever a atividade de trabalho de enfermeiras e técnicas de Enfermagem da admissão da emergência (Artigo II)
- v. Identificar aspectos do trabalho associados a riscos à saúde de enfermeiras e técnicas de Enfermagem da admissão da emergência (Artigo II)

ARTIGO I

Organização e funcionamento de uma maternidade pública: fatores intervenientes na demanda de trabalho e saúde dos trabalhadores

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Resumo

A saúde dos trabalhadores da saúde tem estado cada vez mais no centro de estudos e de políticas de humanização do SUS, considerando sua interface com a melhoria da qualidade da atenção à saúde da população. A racionalidade expressa na organização dos serviços de saúde tem colaborado para a desumanização das práticas de cuidado e das condições de trabalho. Nesse contexto, a assistência nas maternidades acontece a partir de práticas divergentes às evidências científicas para uma gestação segura no mundo, e associadas à precarização do trabalho. O estudo teve como questão norteadora identificar os fatores relacionados à demanda de trabalho em maternidade que influenciam na saúde dos trabalhadores da saúde. Objetivou analisar a organização e o funcionamento do setor de admissão da emergência maternidade pública, seus aspectos gerenciais, características da demanda de trabalho no setor de admissão e relações com os riscos à saúde desses trabalhadores. Trata-se de uma pesquisa qualitativa realizada numa maternidade pública localizada na periferia de Salvador durante o ano de 2012. Utilizou a Análise Ergonômica do Trabalho (AET) para análise de situações reais de trabalho. Foram identificadas contradições, restrições e pressões vividas pelos trabalhadores e dirigentes relacionadas ao aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios disponíveis para o trabalho e funcionamento da instituição. A intensificação das atividades no setor condiciona o ritmo de trabalho e cria o contexto propício para o adoecimento físico e mental dos trabalhadores. Existem incoerências entre a capacidade instalada e a demanda real de atendimentos e de internação aumentando a sobrecarga de trabalho. A insuficiência dos meios e a lógica de organização do trabalho ampliam os riscos e sofrimentos que dificultam a vivência do trabalho como experiência de auto realização. Constatou-se que a demanda desvinculada de um modelo efetivo de referência e contra referência do pré-natal para parto no SUS repercute na precarização dos contextos de trabalho na maternidade e dificulta a garantia de qualidade na assistência. Conclui-se que a desorganização da demanda intensifica o trabalho, produz perturbações e acarreta sobrecarga e sofrimento aos trabalhadores do setor de admissão. A análise do cotidiano do trabalho e sua interface com o funcionamento da maternidade trouxe elementos que apontam para a adoção de medidas mais efetivas para a transformação do contexto real de um trabalho que adoce e prejudica a qualidade do atendimento à população.

Palavras chaves: Ergonomia, Trabalhador da Saúde, Maternidade e Humanização

Organization and operation of a public hospital: factors affecting the demand for labor and workers' health

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Abstract

The health of health workers have been increasingly at the center of studies and policies humanization of SUS, considering its interface with improving the quality of health care for the population. The rationale expressed in the organization of health services has contributed to the dehumanization of care practices and working conditions. In this context, assistance in maternity happens from divergent practices the scientific evidence for a safe pregnancy in the world, and associated with job insecurity. The study was to identify the factors guiding question related to the demand for labor in maternity influencing the health of health workers. The study was to identify the factors guiding question related to the demand for labor in maternity influencing the health of health workers. Aimed to analyze the organization and functioning of the sector emergency public hospital admission, his managerial aspects, characteristics of labor demand in industry admissions and relations with the health risks of these workers. This is a qualitative research conducted in a public hospital located on the outskirts of Salvador during the year 2012. Used the Ergonomic Work Analysis (EWA) for analysis of real work situations. Were identified contradictions, constraints and pressures experienced by workers and managers related to excessive increase in demand and inadequate resources available for the work and functioning of the institution. The intensification of the industry dictates the pace of work and creates a context conducive to physical and mental illnesses of workers. There are inconsistencies between capacity and actual demand of care and hospitalization increasing workload. The inadequacy of logic and organization of work amplify the risks and hardships that hinder the experience of working as an experience of self-realization. Consisted demand unrelated to an effective model reference and counter reference prenatal childbirth SUS affects the casualization of work contexts in motherhood and difficult to guarantee quality of care. We conclude that the disruption of demand intensifies work, produces disturbances and can overload and suffering sector workers admission. The analysis of the daily work and its interface with the operation of motherhood brought elements that point to the adoption of effective measures for the transformation of the real context of a work that sickens and hurts the quality of care to the population.

Key words: Ergonomics, Health Worker, Maternity, Humanization

Introdução

Do mesmo modo que não há trabalho sem trabalhadores, não há assistência à Saúde sem conhecer os determinantes de seu processo de adoecimento no contexto laboral. Não é difícil reconhecer o lugar ocupado por esses profissionais no cuidado à população. No entanto, as circunstâncias com as quais o trabalho acontece nos Serviços de Saúde não têm se constituído objeto de debate e permanecem invisíveis para a gestão do Sistema de Saúde e para os próprios trabalhadores.

Trabalhar na Saúde pode ser um caminho para a auto realização tendo em vista seu objetivo central: assistir o outro que necessita de cuidado. No entanto, existem sinais indicativos de insatisfação e adoecimento em diversas categorias desse setor (ASSUNÇÃO, 2011). A 3ª Conferencia Nacional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (BRASIL, 2005) apontou como desafios para a melhoria das condições de trabalho: insuficiência de recursos e meios para desenvolver as tarefas; cansaço; baixos salários; falta de reconhecimento pelos investimentos pessoais no desenvolvimento das tarefas; e as avaliações de desempenho que levam em conta os números e não os resultados. Esses desafios também permeiam o fazer dos gerentes e dirigentes nos Serviços de Saúde, impondo-lhes diferentes restrições.

A racionalidade expressa na organização dos serviços de Saúde tem colaborado para a desumanização das práticas de cuidado, nas quais as tecnologias sobrepõem-se às relações humanas. Isso acontece no cotidiano da assistência ao parto nos serviços de saúde, onde perduram práticas e rotinas consideradas inadequadas, em divergência com as evidências científicas para uma gestação segura no mundo. A imobilização da mulher no momento do parto, indução das dores de parto, realização de cortes desnecessários, privação do direito à acompanhante, falta de liberdade na posição de parir, bem como a solidão e o desamparo,

compõem o cenário de excesso no uso da intervenção tecnológica de modo acrítico e iatrogênico (DINIZ, 2005).

O Sistema Único de Saúde (SUS) historicamente concebido na luta pela redemocratização da sociedade brasileira tem como princípios a universalidade, a equidade e a integralidade na assistência à Saúde da população. A discussão sobre a humanização na assistência ao parto e nascimento tem estreita relação com o processo de constituição desses princípios, e também se inscreve nas lutas por direitos sociais gerais e direitos reprodutivos e sexuais. A insuficiência de ações de promoção à saúde, dificuldades no acesso e na qualidade do pré-natal, falta de integração entre os serviços de atenção primária e de assistência ao parto são alguns dos desafios colocados à organização do sistema de saúde. O processo de gestão dos serviços toma como objeto a interação dos recursos e o trabalho humano, transversalizados por contradições e conflitos entre seus pressupostos e o cenário real da organização e do trabalho em saúde. A principal tarefa da gestão é construir as mediações ou coincidência entre os interesses e desejos dos trabalhadores e a disposição dos meios e os fins da organização dos Serviços de Saúde.

No contexto do trabalho, a carência dos meios para a execução da tarefa e de medidas de proteção à saúde tem levado o trabalhador da saúde à insatisfação e ao adoecimento, o que significa riscos de acidentes de trabalho. Do ponto de vista da saúde mental, Demerouti *et al* (2000) mostram a presença de efeitos psicológicos negativos relacionados ao contato direto com a dor e o sofrimento dos doentes, acompanhados por níveis excessivos de responsabilidade em situações onde há pressão temporal e baixo poder de decisão. Em estudo epidemiológico com 502 trabalhadoras de enfermagem de um hospital público de Salvador, Araújo *et al.* (2003) encontraram associação positiva entre a demanda psicológica do trabalho e o aparecimento de Distúrbios Psíquicos Menores (DPM). As trabalhadoras expostas aos fatores de alta demanda e baixo controle apresentaram maior prevalência de DPM do que aquelas em situações de ausência de exposição aos fatores analisados.

O aparecimento de problemas musculoesqueléticos em trabalhadores de Saúde pode estar associado a exigências físicas como mobilização dos doentes, deslocamentos constantes, permanência por longos períodos em pé, movimentos finos e sustentados para a realização dos pequenos cuidados prestados (BUCKLE & DEVEREUX, 2002). Em trabalhadores da Saúde, a prevalência de doença musculoesquelética foi maior nos indivíduos expostos a demandas predominantemente físicas. Houve maior concentração entre as mulheres, e dentre essas, naquelas com menos escolaridade e que executavam também atividade doméstica

(MONTEIRO *et al.*, 2006). Quanto às lombalgias ocupacionais, o trabalhador de enfermagem tem sido mais acometido em relação a outros profissionais. No caso dos médicos, a adoção de posturas estereotipadas e a manutenção de esforço muscular estático prolongado durante a prática clínica e cirúrgica fez dos obstetras os mais expostos (DOLAN & MARTIN, 2001). Em relação à ocorrência de acidentes do trabalho, estudos relacionam lesões de coluna com determinadas atividades como a manipulação de equipamentos e pacientes (PARADA, ALEXANDRE & BENATTI, 2002). Em levantamento bibliográfico sobre a ocorrência dos acidentes de trabalho com material perfurocortante Marziale e colaboradores (2002) demonstraram a relação entre o risco de acidentes com atividades como administrar medicamentos e realizar curativos. Além de fatores ligados à execução da tarefa e organização do trabalho, esse estudo apontou como fatores predisponentes as situações de urgência, falta de capacitação dos profissionais, sobrecarga de trabalho e fadiga.

No que se refere à assistência à população nas maternidades, diferentes concepções, crenças e modelos determinaram historicamente suas práticas de cuidado e o seu funcionamento. A ocorrência de partos no ambiente hospitalar acontece a partir do século XX em virtude dos avanços da medicina frente às complicações obstétricas e neonatais. Ainda em 1847 acontecem os primeiros achados sobre a transmissão da infecção hospitalar, onde se observou a frequência mais elevada de infecção puerperal em parturientes assistidas por médicos em relação às cuidadas por parteiras, isso antes das descobertas que levaram à era bacteriológica (FONTANA, 2006). Mas o surgimento da antisepsia, antibióticos, novas técnicas anestésicas, prevenção e tratamento das convulsões com sulfato de magnésio, transfusão sanguínea, tornou mais seguro o parto nas situações de risco (TODMAN, 2007). No entanto, a problemática persiste e estudos apontam relação entre a contaminação das mãos dos profissionais de saúde e a transmissão da febre puerperal (FERNANDES, 2000; RODRIGUES, 1997; PEREIRA, 1995).

No início, a assistência médica foi orientada pela doutrina da Igreja Católica, que concebia o sofrimento do parto como divino, tornando difícil ou mesmo ilegal o apoio para o alívio dos riscos e as dores do parto. A preocupação humanitária em resgatar a mulher do sofrimento do parto fez a obstetrícia médica exercer maior influência sobre a assistência e o parto passou a ser entendido como evento patológico no qual havia sempre riscos e sofrimentos para a mulher e para o bebê (ROTHMAN, 1993).

Com o processo de hospitalização do parto, o modelo de assistência fracionou a assistência às mulheres em estações de trabalho (pré-parto, parto, pós-parto), similar a uma

linha de montagem. Esse modelo foi utilizado inicialmente nas maternidades-escola e direcionado às camadas abastadas da sociedade e posteriormente adotado como modelo de assistência (MARTIN, 1987). Mesmo sem evidências científicas sobre sua segurança, o processo de hospitalização do parto se tornou dominante nos países industrializados. Atualmente há uma distância entre as evidências científicas e as práticas de saúde nas maternidades, nas quais a cultura (institucional, técnica, corporativa, sexual, reprodutiva) tem precedência sobre a racionalidade científica, como conhecimento hegemônico na organização de tais práticas. Cada mulher internada em hospital passou a ser vista como “paciente” e submetida, portanto, às “regras” pertinentes a todos os “doentes” (DINIZ, 2005). O conjunto de práticas biomédicas e gerenciais incorreu na fragmentação do corpo humano pela ação dos profissionais da saúde, em que o parto medicalizado como enfermidade focava apenas no aparelho reprodutor e assim desconstruindo a noção de saúde e da condição humana nas maternidades.

A administração dos serviços hospitalares teve no modo de governar taylorista sua principal inspiração e na Racionalidade Gerencial Hegemônica seu método de gestão. Propunha a centralização do poder nas estruturas gerenciais com comando e controle da força de trabalho, exigindo dos trabalhadores a renúncia dos desejos e interesses, substituindo-os por objetivos, normas e protocolos. Postulava a separação entre o trabalho intelectual e o trabalho material como justificativa à limitação da autonomia dos trabalhadores nos processos de produção (CAMPOS, 2005). A padronização de condutas, o controle e a determinação sobre o fazer dos trabalhadores foram utilizadas como estratégias de dominação e alienação sobre o seu próprio trabalho.

O pensamento taylorista é orientado pela separação entre o planejamento e a operação de produção, conseqüente a busca de redução das possibilidades de variação na execução das tarefas, voltando-se para a antecipação do trabalho e dos seus resultados. O funcionamento administrativo se pauta pela supressão da espontaneidade e da iniciativa no trabalho, produzindo uma subjetividade voltada para a adaptação dos trabalhadores ao contexto. A compreensão do trabalho está relacionada ao conformismo e passividade de aceitar o cotidiano sem mudanças. Em termos organizacionais, a maioria das teorias administrativas ou dos métodos de gestão se baseou no controle sobre a autonomia dos trabalhadores (CAMPOS, 2005).

Em 2003, o Ministério da Saúde (MS) lançou a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), após intensos debates sobre as condições precarizadas de

trabalho, dificuldades de pactuação entre as esferas do SUS, descuido e falta de compromisso na assistência ao usuário nos Serviços de Saúde. No conjunto de seus princípios e diretrizes, está a compreensão da indissociabilidade entre a produção de saúde, do trabalho em ato, e os modos de gestão dos processos de trabalho. Enquanto eixos para as políticas de Saúde, este projeto buscava operar mudanças nos modelos de atenção aos usuários e no campo da gestão dos serviços. A PNH ou HumanizaSUS se pautou pela efetivação dos princípios do SUS no cotidiano das relações de cuidado, trabalho e gestão, propondo a ampliação de espaços coletivos para debater sobre os modos de assistir e cuidar. Os espaços coletivos com trabalhadores, gestores e usuários têm a pretensão de realizar a análise dos problemas e dificuldades encontrados no cotidiano, proporcionando a troca de experiências entre os sujeitos e o confronto de diferentes pontos de vista. Para Barros (2011), uma política de humanização somente se efetiva quando há sintonia entre “o que fazer” com o “como fazer”, o conceito com a prática, o conhecimento com a transformação da realidade.

A PNH traz como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão, o protagonismo, a corresponsabilidade e a autonomia dos sujeitos e coletivos. Propõe ainda suas ações de modo transversal em todas as políticas e programas do Sistema de Saúde como via para horizontalizar as relações entre os sujeitos e fortalecer a constituição de coletivos e experiências de transformação das relações de trabalho e de produção do cuidado aos usuários. A participação ativa de gestores trabalhadores e usuários na tomada de decisão nos serviços de saúde é colocada como caminho para a superação da dicotomia que há entre as esferas da gestão e a atenção à Saúde.

O protagonismo dos sujeitos na construção dos caminhos mobiliza sua satisfação e interesses promovendo implicação e ampliação da autonomia, o que torna oportuna a corresponsabilização no processo de mudança. Apresenta como indutores na construção de novos arranjos de trabalho: o acolhimento; gestão participativa e cogestão, ambiência; clínica ampliada e compartilhada; valorização do trabalho e defesa dos direitos dos usuários (BRASIL, 2011). A PNH pretende reconfigurar as relações de poder nos Serviços de Saúde por meio da gestão participativa, construída pela horizontalidade e pela troca de experiências entre gestores, trabalhadores e usuários (CAMPOS, 2007). Deste modo, as relações entre os sujeitos e o trabalho não devem centrar na luta contra o sofrimento, mas na atividade de trabalho como fonte permanente de recriação de formas de viver. A mudança das condições de trabalho dos Serviços de Saúde, assim como, a melhoria da qualidade da assistência configuram-se como os seus principais desafios.

Segundo Diniz (2009), na assistência ao parto no Brasil é possível perceber um paradoxo no qual o adoecimento e morte estão relacionados à falta de tecnologia apropriada, mas também ao seu uso em excesso, que se expressa na assimetria entre a melhoria de determinantes sociais de saúde e os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Aliado a esse fato, o nascimento ainda acontece em contexto iatrogênico, no qual uma intervenção leva à necessidade de outra criando um efeito cascata, um círculo vicioso de procedimentos desnecessários diretamente envolvidos com a produção de complicações no parto. Embora o Brasil tenha avançado na redução da mortalidade materna e infantil, o lento ritmo de redução frente ao cumprimento das metas do milênio da Organização das Nações Unidas (ONU) e a persistência de modelo de atenção ao parto e nascimento orientado por práticas de cuidado aquém do proposto pela PHN fizeram o Ministério da Saúde, em 2011, lançar o Programa Rede Cegonha como estratégia política de reorganizar as bases do cuidado a saúde da mulher e da criança. Esse programa tem como objetivo construir redes de atenção que garantam acesso, acolhimento e resolutividade, além de reduzir a mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2012). Ele descreve um conjunto de ações no âmbito da gestão e da atenção com foco na ativação de processo de mudança profunda na racionalidade presente no cotidiano da assistência e no modo de operar a organização dos serviços e do trabalho em Saúde, colocando no centro a garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento.

A PNH, ao abordar o trabalho humano não considera a centralidade da relação entre trabalho e subjetividade na luta contra o sofrimento, mas a atividade trabalho como fonte contínua para recriar novas formas de viver (OSORIO DA SILVA, 2007). As condições de trabalho compreendem as condições de emprego, a natureza da relação entre o empregador e o empregado e correspondem às pressões e a restrições colocadas nos ambientes de trabalho físico e organizacional em que as tarefas são desenvolvidas. Para a PNH a gestão é compreendida enquanto campo de ação humana que visa à coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins, metas e objetivos. Trata-se da ação que tem como objeto o trabalho humano que disposto sob o tempo e guiado por finalidades deve realizar tanto a missão das organizações como os interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2010). Neste sentido, se baseia na construção de diferentes modos de gestão a partir da produção de novas realidades no cotidiano das situações de trabalho. Busca a ampliação da autonomia e o protagonismo dos sujeitos e coletivos que constituem o SUS e a corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em saúde. Segundo Barros (2011), a política aborda a saúde do trabalhador a partir de uma perspectiva transdisciplinar, com base

na promoção de diálogos entre os diferentes saberes advindos da experiência e da participação dos trabalhadores na análise dos processos de trabalho como forma de interrogar o que está em curso nas situações laborais. Neste sentido, busca redimensionar a tradição da Saúde Ocupacional em intervenções pontuais sobre os riscos à saúde, tendo como eixo a redemocratização dos ambientes de trabalho. Pressões sociais sobre as precárias condições de trabalho no Brasil colaboraram para que normatizações sobre saúde e segurança no trabalho fossem incorporadas na Consolidação de Leis Trabalhistas (CLT).

Na década de 80, aconteceu a ampliação do conceito da Saúde Ocupacional com a incorporação das relações entre a atividade de trabalho e a saúde, reorientando a visão sobre seus determinantes sociais, passando a se utilizar o termo Saúde do Trabalhador (OLIVEIRA, 2011). Essa mudança contribuiu para a participação dos trabalhadores nas discussões sobre seus problemas de saúde e segurança e propiciou sua inclusão na avaliação do ambiente e organização do trabalho, o que permitiu a análise das situações de trabalho. A identificação de acidentes relacionados ao trabalho, o diagnóstico e o aumento das doenças ocupacionais relacionadas à organização do trabalho contribuíram para a criação dos primeiros programas de saúde do trabalhador no SUS, propondo ações intersetoriais de assistência à Saúde e vigilância dos ambientes de trabalho. Foi criada a Política de Saúde do Trabalhador incorporando nas legislações a relação entre a organização do trabalho e a saúde, destacando a centralidade da avaliação das condições de trabalho. Assim, segundo Oliveira (2011), na constituição do campo da Saúde do Trabalhador no Brasil os princípios da Ergonomia fundamentaram a compreensão dos determinantes da relação saúde e trabalho e serviram de referência para formulação do arcabouço político e operacional da regulação dessa relação nos ambientes de trabalho.

A Ergonomia é uma disciplina que tem como objeto de estudo o trabalho. Entre os seus pressupostos está a indissociabilidade entre três realidades: condições de trabalho, atividade de trabalho e os resultados alcançados. Por meio da Análise Ergonômica do Trabalho (AET), ela tem como ponto de partida conhecer as situações concretas de trabalho com o objetivo de situar a atividade dos trabalhadores no contexto de funcionamento da instituição, o que permite confrontar o que está previsto para o trabalhador fazer e o trabalho realizado (GUÉRIN, 2001).

Assim, este estudo situa-se no campo da Saúde do Trabalhador a partir da necessidade de responder metodologicamente ao problema de pesquisa: quais são os fatores intervenientes na demanda de trabalho de uma maternidade pública que influenciam na saúde dos

trabalhadores da Saúde? Seu objetivo geral é analisar a organização e o funcionamento de uma maternidade pública e repercussões na saúde dos trabalhadores. Para alcançar tal objetivo, constituem-se em objetivos específicos: descrever aspectos gerenciais, identificar as características da demanda de trabalho e os riscos à saúde dos trabalhadores. Para tanto, realizou estudo ergonômico do trabalho no setor de admissão de uma emergência da maternidade. Cabe também pontuar que o uso de uma abordagem qualitativa permitiu maior aprofundamento sobre o contexto real do trabalho.

Métodos

Esse estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública localizada na periferia da Cidade do Salvador. A escolha desta maternidade se deu pela disponibilidade de acesso, pois já havia a inserção do pesquisador como sanitaria da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia (SESAB), com a função de apoiador institucional para a implantação das diretrizes do Programa da Rede Cegonha do Ministério da Saúde (MS). Prevista pela PNH, a função de apoiador tem como premissa a problematização dos processos de trabalho, induzindo a formação de espaços coletivos para análise, definição de tarefas e elaboração de intervenções na realidade. Orienta-se pela problematização do cotidiano laboral dos trabalhadores, contribuindo para a promoção de saúde nos locais de trabalho.

Inaugurada na década de 90, a maternidade possui uma área de 14.552 m² e 3.120 m² de construção horizontal, conta atualmente com 51 leitos de internamento, oito macas de observação no setor de admissão da emergência, 10 leitos de unidade intermediária neonatal. No ambulatório são oferecidas as seguintes consultas: pré-natal de baixo, médio e alto risco; seguimento para o recém-nascido de alto risco; neuropediatra; oftalmologia (teste do “olhinho” e mapeamento de retina), ginecologia (exame preventivo e citologia); e acompanhamento de puérperas agendadas na alta hospitalar. Além disso, dispensa medicação de alto custo para pacientes portadores de mioma e endometriose. O acesso à marcação das consultas resulta da iniciativa da mulher gestante, não é referenciada de outros serviços e acontece no próprio ambulatório.

A maternidade em questão está localizada em Salvador, a terceira cidade mais populosa do país, segundo estimativa do IBGE (2012) com população de 2.710.968 habitantes. A gestão municipal divide a cidade em 18 regiões administrativas (RA) e 12

Distritos Sanitários (DS). A área do DS a qual pertence a maternidade é considerada periferia, caracterizada pela expansão de conjuntos habitacionais.

Estruturalmente, a pesquisa de campo ordenou-se no seguinte formato:

Quadro 1. Sumário de procedimentos metodológicos da pesquisa

Sumario de procedimentos		Quantidade
Lócus	Maternidade pública em periferia da cidade de Salvador	1
Sujeitos	Dirigentes e trabalhadores da saúde do setor de admissão da maternidade	35 trabalhadores
Ferramentas de pesquisa	Entrevistas	11
	• Semiestruturadas	5
	• Situadas e abertas	6
	Roteiro semiestruturado	1
	Observação aberta participante	8 plantões
	• Observações globais	1 (12 horas)
	• Observações sistemáticas	6 (12 horas) e 1 (24 horas)
	Diário de campo	1
	Verbalização com confrontação	Constante nas observações
Fontes documentais	Relatórios de gestão da maternidade, normativas do Ministério da Saúde, relatório de supervisão do distrito sanitário, livro de registro de atendimento do setor de admissão, regimento interno e estrutura funcional da SESAB e matérias e notícias jornalísticas publicadas na internet.	

Os sujeitos da pesquisa podem ser assim apresentados:

Sujeitos	Quantidade	Função	Quantidade
Dirigentes	5	Diretora geral	1
		Diretora médico	1
		Diretora de enfermagem	1
		Coordenadora de obstetrícia	1
		Supervisora do setor de admissão	1
Trabalhadores da saúde	30	Obstetras	18
		Enfermeiras	2
		Técnicas de enfermagem	10

Como referência metodológica, o estudo utilizou a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), com abordagem centrada na análise de situações concretas de trabalho, buscando situar a atividade no contexto de funcionamento da instituição. O confronto de diferentes pontos de vista permite desvelar as possibilidades de transformação do trabalho, o que coloca em evidência as contradições entre a racionalidade do sistema e a encontrada na execução da tarefa. Essa análise permite se aproximar das dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores no cotidiano do trabalho. Utiliza-se como conceitos centrais o trabalho real e trabalho prescrito, atividade de trabalho e tarefa no processo de análise das situações de trabalho. O trabalho prescrito refere-se ao “que se deve fazer”, o que se espera ser realizado pelo trabalhador no âmbito do processo de trabalho, se constituindo na tarefa. Essa é estabelecida de modo antecipado, por meio das regras, dos resultados e dos objetivos fixados pela organização do trabalho, e em condições pré-determinadas. No campo da prescrição estão as ordens emitidas pela hierarquia (oral ou escritas), os protocolos, as normas técnicas e de segurança, os meios técnicos colocados à disposição, a forma de divisão de trabalho, as condições temporais previstas e as condições socioeconômicas como a qualificação profissional e o salário (GUÉRIN et al., 2001)

A tarefa concebida no exterior da própria atividade conserva uma relação de predição sobre o tempo de trabalho, o que determina e restringe a própria execução da atividade. A tarefa autoriza o trabalhador a fazer de outra forma, a recriar permanentemente sua situação

de trabalho. Isso faz com que haja o deslocamento do trabalho pelo trabalhador, fazendo com que a atividade desenvolvida se constitua em estratégia de adaptação à situação real de trabalho. A tarefa se relaciona também aos métodos de gestão de modo a permitir a medição da produtividade relacionada às operações previstas para os trabalhadores executarem e as ferramentas utilizadas na produção.

Por seu turno, o trabalho real está na ação realizada pelo trabalhador, nas condições e no ambiente real encontrado por este. A atividade de trabalho se constitui no modo como o trabalhador se relaciona com os objetivos propostos, com a organização do trabalho e com os meios fornecidos para realizá-lo (GUÉRIN *et al.*, 2001). Para entender o que é o trabalho de alguém, faz-se necessário observar e analisar o desenrolar da sua atividade nas situações reais, identificando o que muda e o que faz com que o trabalhador tome decisões, com o objetivo de resolver as perturbações recorrentes do cotidiano da produção. Neste sentido, as condições prometidas para o trabalho se distanciam das condições reais, do mesmo modo que o resultado antecipado não é o resultado efetivamente realizado.

Essas duas faces do trabalho não estão em oposição, mas se articulam por meio das próprias situações de trabalho, vividas de modo individual e coletivo pelos trabalhadores, por meio das contradições e conflitos entre as normas que antecederam o trabalho e os contextos reais para o exercício da sua atividade. No curso do trabalho há ajustamentos entre a tarefa e a situação concreta. O trabalhador não se restringe a executante de tarefas, mas é sujeito ativo no processo, pois, na medida em que é confrontado com as dificuldades do trabalho, cria suas estratégias e seus modos operatórios com o objetivo de regular as restrições no curso da atividade.

O resultado final do trabalho vem da capacidade do trabalhador se moldar aos objetivos da produção pois sem essa capacidade não há trabalho. Nesse processo, há sempre o desenvolvimento de novas habilidades e competências dos trabalhadores que produzem novas estratégias para regular as variações sobre o processo de trabalho. A variabilidade nas situações de trabalho é concebida pela distância entre o trabalho prescrito e o real. Nas condições reais de trabalho, aparecem variações próprias do processo de trabalho sejam essas previsíveis ou decorrentes de variações não esperadas na natureza da demanda e de seu volume, dos equipamentos e do ambiente. Também pode estar relacionado às características de cada trabalhador decorrente dos seus aspectos físicos, psíquicos e cognitivos, o que é chamada de variabilidade interindividual, ou ainda devido à variabilidade do sujeito ao longo do tempo: a variabilidade intraindividual (GUÉRIN *et al.*, 2001).

Diante das variabilidades, para atingir os objetivos da organização, os objetivos próprios do trabalhador para alcançar os primeiros (intermediários), ou ainda os objetivos de cunho pessoal, o sujeito elabora diferentes modos operatórios, levando em conta os meios disponíveis: é um “fazer de outro jeito” mobilizado para cumprir tais objetivos ou mesmo para se poupar das restrições postas em situação. A depender da situação encontrada e da possibilidade de ajustamento na organização do trabalho, o trabalhador utiliza sua margem de manobra para elaborar tentativas de antecipação permanente de resultados e das consequências de suas ações. Em situações de trabalho sem restrições (perturbações relativas aos meios e objetivos da produção), ou em situações em que os trabalhadores detêm certa margem de manobra (ou autonomia), as estratégias provocam modificação dos objetivos ou dos meios, adequando- os, com o fim de assegurar a conclusão da tarefa e minimizar o esforço e a fadiga (FERNANDES *et al.*, 2010). O estudo da variabilidade da produção permite compreender como os trabalhadores enfrentam a diversidade e as variações de situações, e quais consequências isso (o enfrentamento) traz para a sua saúde e para a produção. Isto torna possível delinear a parte da variabilidade que é redutível, a parte que é controlada pela Gestão do trabalho, e os meios a fornecer aos trabalhadores para enfrentar a variabilidade incontornável (GUÉRIN *et al.*, 2001).

Neste estudo, a escolha da AET enquanto método de pesquisa-intervenção foi acompanhado da compreensão de que o trabalhador ao se confrontar com as situações de trabalho usa de sua capacidade de decidir, debater, valorar, arbitrar, definir, fazer escolhas, correr riscos, para dar conta da tarefa. Tal pensamento busca descortinar o “mito” de que os gestores na área da Saúde são apenas os secretários de saúde, os formuladores de políticas ou ainda diretores e gerentes de serviços que desempenham a função de coordenação de equipes de trabalho.

O desenvolvimento do estudo ergonômico

Inicialmente foram realizadas cinco visitas técnicas e entrevistas individuais não estruturadas com os diretores e coordenadores da maternidade, com o objetivo de aproximação ao campo de estudo, aquisição de informações necessárias sobre o funcionamento e organização do trabalho e planejamento da entrada do pesquisador nos plantões. A coleta de dados teve início em agosto de 2012 e foi concluída em dezembro do mesmo ano.

Antes de iniciar as observações, os trabalhadores foram informados dos objetivos da pesquisa, houve a explicação sobre o método utilizado e ressaltada a necessidade de permanência do pesquisador no ambiente de trabalho e que perguntas seriam feitas a qualquer momento. Foi pontuado que a participação nesse estudo era voluntária e que seria preservada a identificação dos participantes. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1).

Foram realizadas cinco (5) entrevistas individuais semiestruturadas com diretora geral, a diretora de enfermagem, a diretora médica, a coordenadora de obstetrícia e a supervisora de enfermagem do setor de admissão da emergência. Essas entrevistas ajudaram a compreender a dinâmica de gerenciamento e funcionamento da maternidade e do setor de admissão. Após doze (12) horas de observação global das atividades no setor de admissão da emergência e entrevistas, foi possível identificar que o cumprimento das tarefas neste setor acontece no contexto de excesso de demanda para atendimento, com superlotação dos leitos de internamento da maternidade e consequente ocupação das macas da admissão por mulheres que deveriam estar internadas, dificultando novos atendimentos e aumentando os conflitos com familiares e usuárias. Diante disso, constatou-se a seguinte questão: quais seriam os fatores intervenientes na demanda de uma maternidade pública (setor de admissão) e suas repercussões sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde. Essa pergunta orientou as observações realizadas por um período de oitenta e quatro (84) horas com entrevistas situadas e abertas.

As observações abertas da atividade de trabalho de técnicas de enfermagem, enfermeiras e obstetras ocorreram durante os turnos de plantão (12 horas) no setor de admissão da maternidade. Durante as observações, foi utilizada a técnica da entrevista situada, em que o pesquisador provocava a verbalização acerca da situação observada, tanto para os trabalhadores que executavam a tarefa, quando aos demais presentes na situação. Além disso, as trabalhadoras livremente também faziam perguntas ao pesquisador e quando uma situação os mobilizava falavam sobre ela. Foram também registradas as verbalizações espontâneas dos trabalhadoras.

O estudo envolveu trinta e cinco (35) trabalhadoras, entre obstetras, enfermeiras e técnicas de enfermagem, dessas foram entrevistadas seis trabalhadoras, duas (2) obstetras, duas (2) técnicas de enfermagem e duas (2) enfermeiras. As entrevistas aconteceram segundo a sua disponibilidade, no momento e no espaço da maternidade escolhido por ela. Foram utilizadas entrevistas abertas acontecendo durante o plantão no próprio setor da admissão.

Durante o curso da tarefa, perguntas de confrontação foram feitas às trabalhadoras sobre “o porquê estavam fazendo daquele jeito?”. Essa confrontação teve como objetivo identificar e esclarecer eventuais contradições postas na atividade, além de potencializar a explicitação da singularidade da experiência colocada em circulação no interior da atividade.

Neste sentido a pesquisa utilizou dois tipos de entrevistas: a entrevista situada e semiestruturadas, a primeira aconteceu durante o período de observação onde o pesquisador provoca a verbalização sobre a situação observada para os trabalhadores que executam a tarefa e para os demais, com o objetivo de obter o relato sobre seu trabalho. Do mesmo modo que as trabalhadoras livremente fizeram perguntas ao pesquisador e quando uma situação as mobilizava falavam sobre essa e essas verbalizações espontâneas foram registradas. As entrevistas semiestruturadas aconteceram ao final do plantão, para tanto, foi utilizado roteiro previamente construído com perguntas abertas a saber: a. Qual a função que você desenvolve na maternidade? b. Qual seu vínculo de emprego? c. Quanto tempo de formação? d. Quais são suas experiências profissionais? e. Há quanto tempo você desenvolve a função? f. O que está descrito pela instituição sobre as suas atribuições? g. Qual a sua rotina de trabalho na admissão? h. Quando você chegou alguém explicou a você ou você teve acesso às rotinas? i. Em sua opinião quais são as dificuldades para execução do seu trabalho na emergência?

Houve necessidade de, após a análise das entrevistas, retornar para alguns entrevistados para esclarecer alguns aspectos. As entrevistas tiveram uma duração média de 40 minutos e as perguntas foram guiadas por um roteiro formulado durante a fase exploratória e observacional do estudo.

O tempo total de observação das situações de trabalho foi de noventa e seis (96) horas, sendo quatro plantões diurnos (de 07h às 19h) e quatro plantões noturnos (de 19h às 07h). Em um desses plantões, a observação aconteceu durante 24 horas ininterruptas, na tentativa de identificar elementos de continuidade ou descontinuidade nas atividades do setor de admissão e na troca de plantões. Durante as observações, o diário de campo foi utilizado para registrar situações, verbalizações do trabalhador, percepções, sentimentos, impressões pessoais, conversas e movimentos realizados pelos trabalhadores e pelo pesquisador. As observações relativas ao deslocamento espacial dos trabalhadores, gestos, posturas foram também registradas no diário de campo. Todos os sujeitos entrevistados da pesquisa são do sexo feminino. Todas são servidoras públicas, exceto a diretora da maternidade. O tempo de atividade ocupacional variou entre trinta e quatro (34) e sete (7) anos. Apenas duas

trabalhadoras possuía menos de dois (2) anos de trabalho na maternidade e três (3) estão na maternidade desde sua inauguração em 1994.

Foram utilizadas normativas do Ministério da Saúde para o cálculo do número de leitos e para a estimativa de gestantes. As informações relativas ao histórico da instituição foram colhidas de documentos disponibilizados pelo serviço. O contexto histórico e demográfico da região da maternidade foi obtido por meio de consulta ao site do IBGE. Foram analisados os quadros pertencentes ao relatório de gestão 2012 da maternidade e realizadas pesquisas na imprensa e revistas eletrônicas de notícias relacionadas às condições de trabalho e assistência prestada nas maternidades de Salvador e especificamente na maternidade estudada.

O tempo de espera para o atendimento foi extraído do livro de registro de atendimento da admissão do ano de 2012, e por critério de qualidade dos registros foram utilizados os meses de agosto e setembro como referência para caracterizar a demanda atendida a cada doze (12) horas de plantão. Além disso, a cada doze (12) horas de observação era anotada a quantidade de atendimentos no setor de admissão e de procedimentos realizados pela equipe de obstetras.

Resultados e discussão

A natureza da demanda de atendimentos na maternidade.

O estudo da organização da rede de serviços e sobre a natureza da demanda de atendimentos contribuiu para situar o trabalho e sua relação com aspectos que estão no exterior da maternidade e que influenciam diretamente o seu funcionamento. Permite problematizar o sistema de saúde local, evocando a responsabilidade compartilhada entre os diferentes serviços que compõem a rede de atenção à saúde, e suas consequências para o processo de trabalho no setor de admissão da emergência da maternidade.

Existe divergência entre os dados do IBGE (2008) e as informações dos relatórios de gestão da maternidade sobre o número de moradores da região. Enquanto o IBGE refere 188.252 habitantes para o bairro, a maternidade descreve a existência de contingente muito maior. Não menciona base de estimativa, porém a falta de delimitação de diversas áreas de ocupação da região é apontada como causa da divergência. A dificuldade de estimar a demanda tem influenciado no dimensionamento das equipes e no planejamento da

maternidade. Nesse sentido, a atividade dos trabalhadores em situações de variações imprevisíveis, nas quais não é possível ter controle sobre a demanda, implica em consequências sobre a saúde e para a própria produção do serviço (GUÉRIN et al., 2001).

Segundo o relatório de supervisão do Distrito Sanitário (DS) em 2010, a maioria da população residente é feminina e jovem com renda familiar baixa, com a população economicamente ativa composta de aposentados, comerciantes e biscateiros. O panorama epidemiológico mostra que as causas externas, as doenças cardiovasculares e as doenças sexualmente transmissíveis são os agravos de maior incidência. É elevado o índice de casos de gravidez não planejada e em adolescentes.

A partir das observações do trabalho e das entrevistas com os trabalhadores e da análise das informações, foi possível sistematizar em fluxograma as diferentes origens da demanda de atendimento no setor de admissão (Figura 1).

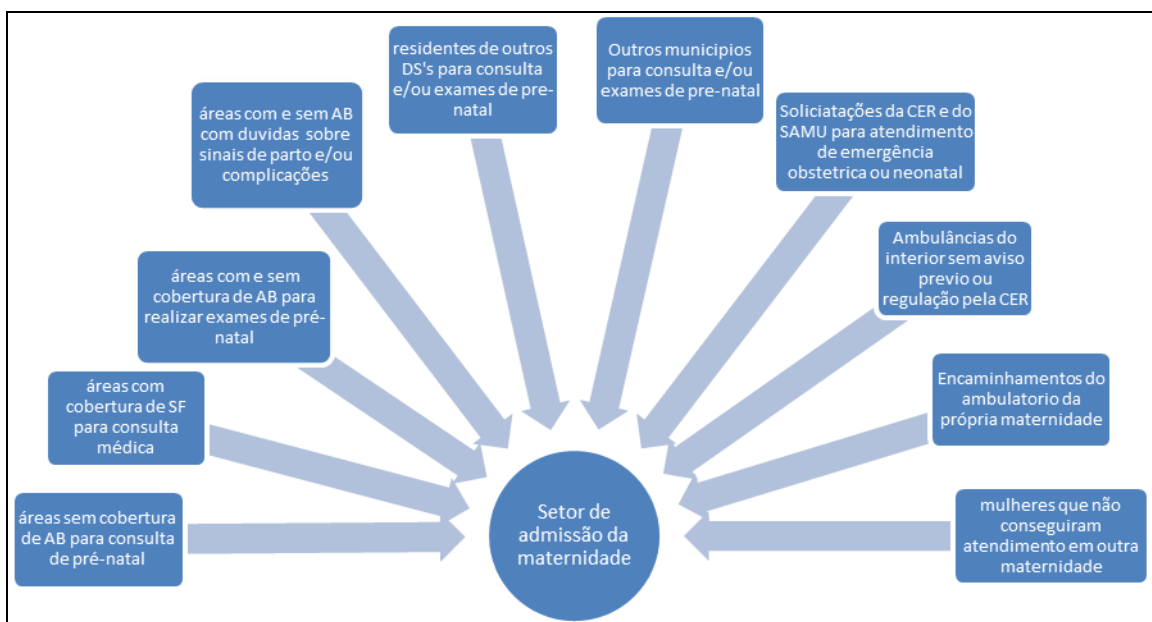


Figura 1. Fluxograma sobre a origem da demanda dos atendimentos do setor de admissão da emergência da maternidade.

* AB: Atenção Básica; CER: Central Estadual de Regulação.

Entre janeiro a novembro de 2012 ocorreram 15.835 atendimentos no setor de admissão da maternidade, 10.876 mulheres foram atendidas e 4.959 foram internadas, demonstrando que 69% não foram casos de urgência ou emergência obstétrica. Das admissões realizadas, 86,37% residiam em Salvador e 13,63% no interior do Estado. Dos atendimentos efetivados 36% eram de mulheres residentes em bairros próximos à maternidade. A demanda

proveniente de outros municípios chega à maternidade em ambulâncias sem regulação ou contato prévio. Além de aumentar a demanda em termos quantitativos, a peregrinação dessas mulheres muitas vezes complica sua situação de saúde, o que significa para os trabalhadores tensão e sobrecargas adicionais de risco face à imprevisibilidade sobre a demanda atendida.

A maternidade é considerada referência secundária para gestação de alto risco pela Central Estadual de Regulação (CER). Deste modo, recebe gestantes com maior gravidade de todo o Estado. O atendimento desses casos tem sido motivo de tensão entre os trabalhadores, a maternidade não conta com os meios necessários para garantir a resolutividade requerida. Em várias situações, as obstetras entraram em conflito com os médicos reguladores da CER sobre as condições disponíveis no momento para prestar assistência. Em uma dessas conversas, a obstetra A relata: “mesmo sem vaga nós continuamos atendendo os pacientes, e quando pede a regulação por questões de suporte necessário dificilmente conseguimos dar essa resposta”. Cita ainda, como exemplo, os casos de hemorragia nos quais há necessidade de transfusão de sangue no entanto, a maternidade não dispõe de agência transfusional, havendo a solicitação ao hemocentro da cidade, o que prolonga o tempo para intervenção médica. A falta de agência transfusional na maternidade contraria a própria normativa da SESAB, o que torna evidente a distância entre o trabalho real e a prescrição das tarefas, e a ocorrência de restrições à atividade das trabalhadoras.

Nas poucas áreas com cobertura de saúde da família no DS, a falta dos médicos nas equipes também contribui para o aumento do fluxo de gestantes sem acompanhamento para a emergência da maternidade. A população utiliza de artifícios e cria estratégias para buscar acesso ao serviço e o cumprimento do direito à Saúde, conforme afirmação da diretora da maternidade: “vemos que elas (gestantes) vêm trazer os exames porque nos postos não tem médico, trazem relatando algum problema, sangramento, dor e perda de líquido para ter acesso à emergência”. Isso mostra que a população para ter a sua necessidade atendida, cria os meios e simula agravos na tentativa de ter acesso ao que naquele momento acredita ser a única opção. Entretanto, apesar desta conduta repercutir na introdução de uma demanda aberta que intensifica o ritmo de trabalho e adiciona tarefas no cotidiano, essas consequências permanecem invisíveis no trabalho prescrito e no âmbito da saúde dos funcionários.

Segundo as observações, as entrevistas e com base nas informações disponibilizadas, a maioria dos atendimentos acontece durante o dia, sendo as gestantes graves mais frequentes durante a noite. Nos últimos anos a maternidade passou a atender casos de maior gravidade, além de continuar atendendo situações de baixo risco e casos que poderiam ser resolvidos por

outros Serviços de Saúde, principalmente na atenção básica. Melo *et al.* (2007), em estudo proposto para descrever fatores intervenientes no trabalho de pediatras de um serviço de emergência, encontrou como determinante do processo a fragilidade do sistema de referência e contra referência, a sazonalidade do perfil epidemiológico, a especificidade do serviço, a conduta do profissional e fatores ligados aos usuários. Esses determinantes também foram encontrados no trabalho do setor de admissão da maternidade.

Durante o período de observação do trabalho foi constante a situação de grande número de gestantes aguardando atendimento por falta de vagas, nos leitos do setor de admissão, enfermarias e no centro obstétrico. Sobre a estratégia utilizada para começar sua atividade, a obstetra A refere: “a primeira atividade é dar conta desse pessoal que ficou sem leito e quando as altas surgirem a gente remaneja para poder começar realmente o atendimento daquele dia”. Conforme a situação, as trabalhadoras utilizam sua margem de manobra para realizar os atendimentos, cumprir a tarefa, buscando antecipar os eventos e planejar o desenvolvimento da atividade. Neste sentido, elaboram seu modo de operar com as restrições e criar suas estratégias de trabalho. As situações de superlotação no setor de admissão mobilizam saberes e em função de sua formação e experiência o trabalhador estabelece ligações preferenciais entre certas configurações da realidade e ações a realizar criando uma representação que permite o planejamento das atividades posteriores (GUÉRIN *et al.*, 2001).

A situação de excesso de atendimento no setor de admissão da emergência e o ritmo imposto pelos usuários aumentam nas trabalhadoras a pressão de tempo, o estresse e a fragmentação das tarefas. O ritmo de trabalho cada vez mais ditado pelos usuários tem como consequência a sobrecarga que pode se expressar como efeito adverso à saúde, gerando insatisfação e *burnout*, conforme estudo de Jonge (1999). Situações estressantes e as estratégias de ajustamento se relacionam com as dificuldades que o indivíduo enfrenta no cotidiano do trabalho e os meios de que dispõe para a execução das tarefas (DANTZER, 1998). A sobrecarga de trabalho no setor de admissão leva à intensificação do trabalho das equipes que precisam dar conta das gestantes que aguardam atendimento, assistir as que estão em avaliação no setor, e também viabilizar vagas em outras enfermarias. A tensão emocional dos trabalhadores aumenta a carga mental presente na execução da tarefa, que envolve demandas psicológicas como a pressão do tempo (proporção do tempo de trabalho realizado sob tal pressão), nível de concentração requerida, interrupção das tarefas e necessidade de se esperar pelas atividades realizadas por outros trabalhadores (ARAÚJO, 2003). Nesse contexto, o risco de acidentes de trabalho também se apresenta para os trabalhadores. Ribeiro (2007) no estudo das atividades de técnicos de enfermagem constatou que quando esses

trabalhadores estão expostos a cargas de trabalho excessivas e precárias, as condições de trabalho apresentam mais risco de gerar acidentes.

O tempo de atendimento no setor de admissão da emergência é fonte de conflito e violência entre as trabalhadoras e usuários. Durante as observações, o tempo de atendimento do atendimento na recepção até a avaliação no setor de admissão variou entre quatro a cinco horas, considerado excessivo para os padrões de qualidade da assistência hospitalar. O estudo de Melo (2007) evidenciou que o tempo de espera também pode gerar tensão principalmente para acompanhantes cansados por uma longa permanência no serviço. Contrera-Moreno (2004) indicou que a ocorrência de violência no trabalho hospitalar pode estar associada a fatores como: contato face a face entre o profissional de Saúde e cliente; atitude do profissional de Saúde; localização geográfica dos serviços de Saúde; espera pelo atendimento médico; angústia e ansiedade de familiares e amigos principalmente em unidades de emergência. Aponta ainda que o número reduzido de trabalhadores em hospitais favorece a violência no local de trabalho, pois dificulta o atendimento individualizado a cada paciente. A possibilidade de agressões nas situações de atraso no atendimento tem levado as trabalhadoras desse setor a se sentirem inseguros, conforme relato da técnica de enfermagem A: “há sensação de insegurança, você trabalha inseguro, aí você vê colegas dizendo que vão embora por que estão inseguras, é assim”. Durante as observações ocorreram situações de agressão verbal, ameaça e muitas trabalhadoras verbalizaram casos de ameaças físicas, assédio moral e sexual.

Quando a demanda de atendimento excede o número de vagas na admissão da maternidade, as avaliações e as internações acontecem em macas no corredor do próprio setor. Essas situações intensificam as atividades e também causam a hipersolicitação da equipe de trabalhadores, aumentando seu ritmo de trabalho. Além de dar conta do atendimento, assistem de modo contínuo às mulheres internadas e buscam a transferência dessas para outros setores da maternidade. A dinâmica neste setor é sempre modificada para responder às exigências impostas pelo número de atendimentos, o que significa frequente aumento das demandas sobre o corpo e sobre as capacidades cognitivas e psíquicas. Algumas tarefas foram observadas durante o trabalho no setor de admissão, realizadas em ritmo excessivo com movimentos repetitivos, posturas anômalas e levantamentos de peso em excesso, a saber:

- A mudança de mulheres entre as macas e cadeiras de rodas se dá de modo intenso, segundo o ritmo dos atendimentos e transferências entre os setores. A mobilização excessiva das mulheres acarreta a adoção de posturas anômalas e levantamento de

peso concentradas em coluna lombar. Os mobiliários não são ajustados às dimensões das trabalhadoras ou ao peso das mulheres e as macas são fixas e não dispõem de mecanismo automático para elevação da altura; e

- O preparo das medicações acontece numa bancada estreita e baixa onde são colocadas as bandejas havendo um espaço superior ocupado por um armário para guardar medicamentos e soros. Para essa atividade, as técnicas de enfermagem assumem posição contínua de flexão da coluna cervical.

O aumento de demanda sobre o corpo e as atividades repetitivas podem se expressar em doenças musculoesqueléticas (DME) e se associar às diferentes modalidades de organização do trabalho e gestão da produção, intensificando-se durante processos de reestruturação produtiva. Demandas físicas como movimentos repetitivos, posturas anômalas e força, e demandas psicossociais como o estresse geram o aumento da atividade muscular são frequentemente associados (FERNANDES, 2011). Durante as observações, verificou-se que a lotação completa das macas do setor de admissão é também utilizada como estratégia de regular a demanda pois, quando acontece, os funcionários são obrigados a parar os atendimentos de novos casos e assim diminui o ritmo de trabalho, no entanto, continua a confecção de novas fichas no setor da recepção da maternidade. Neste caso há um paradoxo em que a precariedade no atendimento com a lotação completa das macas resulta em fator de proteção para o trabalhador.

No ano de 2012, o setor de admissão da emergência teve uma média diária de 47 atendimentos, o que não reflete a carga de trabalho imposta aos trabalhadores. No cenário de atendimento de emergência, que envolve duas vidas (mulher e seu filho), as trabalhadoras mobilizam um conjunto de competências, saberes e suas experiências, colocando-os à disposição do cuidado. Como exemplo disso, as obstetras durante os plantões estabelecem entre si uma intensa comunicação, trocando suas experiências para estabelecer as condutas terapêuticas para algumas gestantes. As técnicas de enfermagem mobilizam seus conhecimentos para identificar e agir nas situações de nascimento de crianças no setor de emergência na ausência do obstetra. Tratam-se de saberes resultantes da experiência e de um cotidiano de trabalho que impõe a esses trabalhadores tarefas para as quais não têm formação técnica para executar. Nesse último caso, existe a compreensão dessas trabalhadoras da necessidade de repassar conhecimentos às mais novas. A formação e a experiência funcionam como dispositivos que são ativados, nas situações produzindo o encadeamento das ações do trabalhador e a evolução das configurações da realidade que evocam o funcionamento desses saberes (GUÉRIN et al., 2001). Não se trata apenas de uma ação mecânica baseada apenas na

queixa-conduta existe a implicação por inteiro do trabalhador, corpo e mente, acionados a todo o momento.

Nos atendimentos, as trabalhadoras dedicam tempo para tirar dúvidas das mulheres sobre o período gestacional e demandas relacionadas à insegurança ou incertezas sobre os sinais do início do trabalho de parto. Porém, nos momentos de maior demanda, a relação entre trabalhador e usuário gera fadiga e é vivenciada com tensão pela obstetra A:

na terça a gente pegou nove procedimentos de 7h às 12h, não tinha como a gente tá dando atendimento, então quando chega aqui eles cobram e não recebem uma resposta muito boa, de repente a gente tá cansado, aí elas cobram como se fosse culpa nossa, nós somos humanos, apesar da gente saber do nosso papel, nossa responsabilidade, a gente não consegue também ser tão bonzinho, tão maravilhoso, a gente realmente tá cansando.

Isto significa que uma mulher que deveria ser atendida de imediato aguarda sua vez para atendimento em possível situação de risco agravada. A avaliação do risco gestacional só é feita após a entrada da mulher no setor de admissão, o que compromete a qualidade da assistência e aumenta as exigências sobre os próprios trabalhadores. Tentativas de reorganização foram feitas pela equipe dirigente, porém sem resultados efetivos.

O acolhimento com classificação de risco foi uma das estratégias encontradas para reorganizar a porta de entrada da emergência e contribuir para a discussão do processo de trabalho no setor de admissão. Porém, a implantação não aconteceu por necessidade de reforma na estrutura física e a direção da maternidade não dispunha de autonomia para essa realização. Outra estratégia utilizada pelas trabalhadoras do setor de admissão foi identificar nos atendimentos casos para encaminhar ao ambulatório da própria maternidade ou ainda para as unidades de saúde da região. No entanto, esse procedimento também não apresentou os resultados esperados em função do próprio excesso da demanda que não permitia adição de qualquer outra tarefa planejada.

O contexto de superlotação de leitos de obstetrícia das maternidades é compartilhado em toda a rede de serviços de emergência da cidade e suas relações com as condições de trabalho ocuparam importantes espaços nos jornais, conforme tabela abaixo, durante os anos de 2011 e 2012.

Quadro 2 Matérias e notícias jornalísticas publicas na internet.

Data	Conteúdo da informação	Disponível no link	Acessado em
21/03/2012	Obstetras denunciam caos em maternidades	http://www.tribunadabahia.com.br/2012/03/21/obstetras-denunciam-caos-em-maternidades	1 mai. 2012
21/03/2012	Maternidades baianas em situação caótica denunciam médicos	http://www.jornaldamidia.com.br/noticias/2012/03/21/Alo_Bahia/pe/Maternidades_baianas_em_situac.shtml#.UZ5VkmS5cy8	1 mai. 2012
21/03/2012	Médicos criam página em rede social em alerta a situação das maternidades	http://www.band.uol.com.br/bahia/conteudo.asp?ID=580654	1 mai. 2012
12/04/2012	Raio X das maternidades expõe o diagnóstico da crise	http://www.sindimed-ba.org.br/2011/noticias/1706-raio-x-das-maternidades-exp%C3%B5e-diagn%C3%B3stico-da-crise.html	1 mai. 2012
07/03/2012	Colegiado de maternidades se reúne com o Ministério Público para discutir situação das unidades de Salvador	www.mp.ba.gov.br/imprimir.asp?cont=3653	1 mai. 2012
10/04/2012	Entidades médicas promovem fórum sobre condições de trabalho nas maternidades públicas	http://www.cremeb.org.br/cremeb.php?m=site.item&item=1359&idoma=br	1 mai. 2012
22/03/2012	SESAB rebate denúncias de médicos e apura mortes	http://www.tribunadabahia.com.br/2012/03/22/sesab-rebate-denuncias-de-medicos-e-apura-mortes	1 mai. 2012
22/07/2011	Gravidas esperam até sete horas para serem atendidas na Albert Sabin	http://www.correio24horas.com.br/noticias/detalhes/detalhes-2/artigo/gravidas-esperam-ate-7-horas-para-serem-atendidas-na-albert-sabin/	1 mai. 2012
16/01/2012	Diretoria da Albert Sabin apura denúncias de erros médicos	http://atarde.uol.com.br/noticias/5799482	1 mai. 2012

Sobre a necessidade de leitos obstétricos de uma dada região, em 2012 o Ministério da Saúde (MS) atualizou os parâmetros de cálculo dessa necessidade. Até esse momento, a normativa utilizava exclusivamente o parâmetro populacional, o que segundo o próprio MS superestimava em cerca de 50% essa necessidade. Neste sentido, são inseridas as variáveis tempo médio de permanência e taxa de ocupação no cálculo, aproximando a estimativa de necessidade de leitos de indicadores relacionados ao processo de trabalho nos serviços.

Seguindo esse cálculo para Salvador, com estimativa de gestantes para 2011 de 30.005, seriam necessários 319 leitos obstétricos, incluindo gestantes de risco habitual e de alto risco. Pelo Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) a cidade possui 556 leitos para o SUS, número superior ao necessário para atender suas gestantes. Diante disso, pode-se fazer algumas conjecturas que não são objeto deste estudo, embora possam servir de ponto de partida para outras pesquisas: 1. os leitos informados na base do CNES diferem da realidade, são leitos que fisicamente não existem; 2. os leitos informados no sistema na prática existem, mas não estão em funcionamento; 3. o acesso aos leitos não está sendo garantido, seja por falha do sistema de regulação ou por bloqueio dos profissionais do plantão; e 4. as maternidades não monitoraram os indicadores propostos e imprimem pouca rotatividade aos leitos, aumentando seu tempo de ocupação.

A superlotação dos leitos em obstetrícia na capital tem se tornado frequente no cotidiano das maternidades, existindo grande fluxo de gestantes do interior para a capital em busca de pré-natal e de acesso ao parto. Quando perguntados sobre as possíveis causas desta última demanda, as trabalhadoras entrevistadas responderam: peregrinação das gestantes em busca de atendimento médico, falta de qualidade e a ocorrência da chamada “alta do pré-natal” por parte da atenção básica, falta de vinculação com o local do parto, prática de transferências de gestantes dos hospitais do interior para a capital, falta de leitos preparados para receber gestantes e recém-nascidos de risco no interior. Nesse sentido, as trabalhadoras hipotetizam as possíveis causas do descontrole da demanda, porém encontram-se sem autonomia para transformar essa situação e evitar repercussões na saúde.

Com estimativa de atendimento previsto de 2.026 gestantes, o Distrito Sanitário deveria contar com 22 leitos, pouco menos da metade da capacidade instalada da maternidade estudada, o que em tese poderia garantir o acesso das mulheres residentes nesta área. No entanto, as diversas origens da demanda atendida explicita esse paradoxo entre o que é previsto e o contexto real da rede local de saúde. Enquanto consequências, há piora da qualidade da assistência prestada, precarização dos ambientes de trabalho com consequências para a saúde das trabalhadoras. O sentimento causado por este contexto é expresso no relato do cotidiano da obstetra B:

a gente já chega com uma maternidade muito cheia, aí você lidar com essa situação é meio impotente, não consigo resolver as coisas da maternidade porque eu estou impotente, eu não consigo pegar no paciente e fazer a coisa certinha.

No tocante à organização do sistema de Saúde, incoerências entre a previsão real da demanda (demanda excedente) e a capacidade instalada disponível (real e necessária) produzem perturbações na organização do processo de trabalho na maternidade, acarretando sobrecarga de trabalho e sentimento de impotência e sofrimento nos trabalhadores. Assim o trabalho pode adoecer e põe em jogo as capacidades físicas, cognitivas e psicológicas dos trabalhadores. A qualidade da assistência prestada pelos trabalhadores também é comprometida frente ao cenário de aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios. Evidenciou-se que a gestão da produção é orientada pela demanda de atendimentos, independente da infraestrutura e da capacidade instalada disponível. Além dos aspectos ligados ao Sistema de Saúde, se mostrou relevante explicitar as evidências sobre o processo de gestão da maternidade, sob o ponto de vista administrativo e conhecer o contexto das tarefas da equipe dirigente.

Os processos de gestão: algumas interfaces com a Política Nacional de Humanização (PNH)

A maternidade analisada pertence à rede própria da Secretaria Estadual de Saúde SESAB que utiliza para viabilizar obras e reformas, comprar equipamentos e bens permanentes, contratação de prestadores e serviços terceirizados como Vigilância Patrimonial, Nutrição e Redes de Gases, além do provimento de trabalhadores. A outra parcela é disponibilizada para a maternidade apenas para a compra de material de consumo e manutenção predial e de equipamentos.

A autonomia financeira da maternidade está restrita aos dois elementos de despesas citados, para os quais recebe recurso mensal e não tem sido suficiente para garantir o funcionamento da instituição. Nos últimos anos, a elevação do número de atendimentos e o aumento da demanda de gestante de alto risco requereram a aquisição e modernização dos equipamentos, o que aumentou o valor dos contratos de manutenção, principalmente com a abertura dos leitos de cuidados intensivos neonatais. Não houve planejamento de custos e recursos suficientes para garantir a manutenção da estrutura física. A melhoria dos espaços das maternidades é uma das diretrizes da PNH e se relaciona com a constituição de ambientes de trabalho onde não haja a dissociação entre a disposição da estrutura física, equipamento e mudanças no processo de trabalho, estes implicados com projetos cuidadores para usuários e trabalhadores (BRASIL, 2010).

Segundo relato da equipe dirigente sempre que possível as obras e reformas têm sido planejadas com as trabalhadoras. Pela dificuldade de reforma da estrutura, na maternidade acontecem sucessivos reparos nos ambientes de trabalho, muitas vezes significando interdição de leitos, impactando no funcionamento do setor de admissão da emergência, que não pode parar de realizar os atendimentos. Por mais que sejam planejadas, as obras e reformas perturbam a organização do processo de trabalho e complicam ainda mais o contexto de atendimento, ampliam a intensificação e geram mais restrições às atividades das trabalhadoras. No período de abril de 2010 a setembro de 2011, a maternidade registrou acréscimo de 6% no número de atendimentos, no entanto, funcionou com 13 leitos interditados para reformas por conta de infiltrações na enfermaria. O excesso de demanda que já restringe o trabalho nesse setor, com menos leitos de internação, diminui ainda mais as margens de manobras utilizadas frente à demanda. Neste sentido comenta a obstetra A:

cobrança tem muita, cobram muito da gente, que você tenha uma postura melhor, que você atenda assim, assado (...) mas o que fazer numa estrutura como essa? Acho que para mim, enquanto isso aqui não mudar, não existe a humanização.

No sentido da Política Nacional de Humanização, a gestão é compreendida enquanto campo de ação humana que busca a coordenação, articulação e interação de recursos e trabalho humano para a obtenção de fins, metas e objetivos. Trata-se da ação que tem como objeto o trabalho humano, que disposto sob o tempo e guiado por finalidades, deve realizar tanto a missão das organizações como atender aos interesses dos trabalhadores (BRASIL, 2010). Neste sentido, baseia-se na proposição de diferentes modos de gestão, promovendo a produção de novas realidades no cotidiano das situações de trabalho. Tem como princípios constitutivos, autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos que compõem o SUS e a sua corresponsabilidade nos processos de atenção e gestão em Saúde. Em contraposição à visão da PNH e frente à reflexão sobre sua capacidade de exercer a gestão da Maternidade, a diretora geral refere:

É uma questão muito complicada pela demanda de serviços que é muito grande. Então, é uma dificuldade que termina interferindo nas condições de trabalho, e nós também não somos autorizados a comprar (...), às vezes é uma simples cadeira, e a gente não tem como comprar, fica tudo centralizado no nível central [Secretaria de Saúde].

No Sistema Público de Saúde ainda há excessiva burocracia nos processos administrativos e verticalização nas relações institucionais. Na gestão pública hospitalar, as dificuldades no processo de incorporação tecnológica, informatização, modernização

administrativa e gestão de recursos humanos comprometem a prestação do serviço público. Nos hospitais do SUS, ainda não é possível perceber processos institucionais de gestão capaz, eficiente, moderna e humana. Assim, esses serviços muitas vezes têm alto custo e baixo resultado (IBAÑEZ & VECINA NETO, 2007). Para os trabalhadores do setor de admissão da Maternidade o baixo poder de decisão da equipe dirigente para resolver questões do cotidiano fragiliza o papel dessa equipe, como relata a obstetra A: “tem demandas e o processo burocrático é meio lento, e aí a direção não tem autonomia para tomar certas atitudes que é para fazer, não pode comprar o que quiser”. Isso tem acarretado descrédito diante dos trabalhadores, conforme complementa: “então, às vezes fica aguardando as respostas e enfim, equipamentos que você precisa, às vezes, anos que você pede o equipamento e não vem”. Esse contexto esvazia o sentido de gestão da equipe dirigente enquanto função de quem está produzindo e conduzindo seu próprio fazer, como expresso pela falta de recursos e autonomia para comprar mobiliário e equipamentos.

Nas observações realizadas no setor de admissão, foi possível se deparar com situações em que a equipe dirigente foi frequentemente acionada para buscar soluções para os trabalhadores do setor de admissão da emergência, tais como: insuficiência dos leitos, conflitos e agressões de usuários e sobrecarga de trabalho. Foram caracterizadas como situações-limite entre a capacidade do trabalhador do setor de utilizar sua margem de manobra e ajustar seus modos operatórios para superar as restrições. Durante as observações, a equipe dirigente quando confrontada com as situações descritas acima relatou angústia, esgotamento físico e mental, estresse, insatisfação, baixa autonomia, descrédito dos trabalhadores e dores como aspectos relacionados às atividades e desdobramentos assumidos a partir daí (Quadro 1). Para os dirigentes, a precarização das condições de trabalho também pode estar ligada ao aumento de demandas físicas e psicossociais (baixo controle, alta demanda psicológica e baixo suporte). As demandas psicossociais se expressam, entre outros, pelo ritmo de trabalho acelerado e pela pressão temporal para atender às exigências da produção (FERNANDES, 2011).

A frequência de atividades não previstas influencia na organização do trabalho e orienta o fazer na gerência, conforme relato da diretora geral: “vários problemas surgem, eu tenho que interferir, fugindo do foco da minha atuação, não que fuja da minha responsabilidade, mas tem questões que ficam para traz”. Esse contexto tem produzido consequências para a sua relação com o trabalho, podendo promover o adoecimento e frustração com o trabalho: “Eu costumo dizer que, nós gestores apagamos incêndio todos os dias, e no final do dia temos a impressão de que não conseguimos produzir nada do que tinha

sido estabelecido”. Brant (2004), em pesquisa com gestores de uma empresa pública em processo de reestruturação organizacional, constatou ansiedade, tensão e preocupação como as manifestações de sofrimento mais frequentes. A maior frequência aconteceu entre gestoras quanto comparada com o sexo masculino. Strazdins *et al.* (2004) referem que levando-se em conta a perspectiva de gênero há uma dupla exposição no trabalho no caso das trabalhadoras que considera os fatores de risco ocupacionais e os da vida doméstica. Neste sentido, o fato da equipe dirigente também ser composta por mulheres ocorre essa dupla exposição aos fatores de adoecimento.

Quadro 3 - Componentes da atividade do dirigente da maternidade relacionados a confrontação individual das situações observadas.

Atividades	Desdobramento
Diante do déficit e faltas analisa cotidianamente as escalas de trabalhos dos setores	Decide sobre ajustes nas escalas com quadro limitado de funcionários
Lida com queixas de usuários sobre a assistência	Investiga as causas das reclamações dos usuários
Escuta dos trabalhadores sobre as condições de trabalho	Avalia as condições de trabalho e decide sobre como irá resolver
Media conflitos entre trabalhadores e usuários	Chama o trabalhador e os usuários envolvidos para conversar e avaliar as medidas a serem tomadas
Tenta evitar a falta dos médicos ao trabalho e o absentismo na equipe de enfermagem;	Realiza remanejamentos entre as trabalhadoras para cobrir os postos vagos
Diante da impossibilidade de presença do médico no plantão	Decide por assumir a assistência, retira-se do foco administrativo e duplica atributos entre gestor e médico assistencial

A equipe dirigente relatou não ter tido acesso às normas escritas sobre suas tarefas, apenas a diretora geral referiu contato com o regimento interno da Secretaria de Saúde. O trabalho prescrito indica o que o trabalhador deve fazer em determinado processo de trabalho vinculado às regras e aos objetivos fixados pela organização do trabalho. A tarefa condiciona e autoriza a atividade, por outro lado, a atividade viabiliza os objetivos propostos pela organização e a satisfação dos trabalhadores, portanto não são faces opostas do trabalho (GUERIN *et al.*, 2001).

Em situações nas quais não existe a identificação clara das prescrições, a definição dos objetivos e dos meios acabam recaindo para os próprios trabalhadores. O desconhecimento das tarefas da equipe dirigente os conduz a tomar decisões conforme seus objetivos individuais e coletivos e por exercerem a coordenação dos processos de trabalho, isso reflui para as relações e modos como essa organização é proposta. A ausência ou a não definição clara dos objetivos, de instruções e de determinados instrumentos de trabalho, compromete sobremaneira o desenvolvimento das atividades e conseqüentemente a qualidade da saúde dos trabalhadores (BRITO, 2013).

No regimento interno da SESAB, a maternidade é denominada órgão da administração direta. Cabe à Secretaria: definir critérios e parâmetros de monitoramento, elaborar estudos de demanda por Saúde, avaliar a capacidade de oferta dos serviços e implantar as políticas de Saúde. Não menciona sobre o funcionamento, competências ou atribuições para a gestão da maternidade. O regimento trata apenas do funcionamento administrativo, o que pode indicar que há incipiência na autonomia de gestão desses hospitais. A maternidade não dispõe de regimento interno de funcionamento escrito ou discutido entre os trabalhadores. A maior parte dos membros da equipe dirigente tem vínculo público na assistência da maternidade, deslocados para executar funções de gestão (Quadro 2). O contexto de precarização do trabalho também aparece no âmbito das atividades administrativas, como motorista, atendentes de recepção, assessoria jurídica, entre outras funções.

Quadro 4: Composição dos vínculos de emprego segundo a função na equipe dirigente

Função	Vínculos de emprego
Diretora geral	Cargo de comissão
Diretora médica	Público estadual
Diretora de Enfermagem	Público estadual e Cargo de comissão
Coordenação de obstetrícia	Público estadual
Supervisão da emergência	Público estadual

Os métodos e procedimentos previstos para o trabalho na assistência vêm das Portarias e normatizações gerais para atuação das profissões envolvidas. Há insuficiência de protocolos ou normas e rotinas internas escritas para a organização e proteção do trabalho, exceto para condutas quando do acidente com material perfurocortante. Não há setor dedicado à saúde do

trabalhador na maternidade. Atualmente possui organograma que descreve a cadeia de hierarquia da instituição. Apenas a coordenação de obstetrícia tem normas escritas que orientam a organização e assistência obstétrica. A Diretoria Médica segue o previsto para a função de diretor técnico que é normatizada pelo Conselho Regional de Medicina (CREMEB), entidade externa à maternidade que representa a categoria médica. O mesmo se aplica à Diretoria de Enfermagem que responde ao Conselho Regional de Enfermagem (COREN) pela responsabilidade técnica dos trabalhadores de enfermagem. Essas atividades se colocam em zona de conflito institucional, pois diante dos Conselhos de Classe são responsáveis em garantir, dentre outras questões, condições de trabalho, mas no contexto real dispõem de baixa autonomia e estreita capacidade de gestão para cumprir com essa tarefa.

Na ausência de setor de Saúde do Trabalhador, a Diretoria de Enfermagem desvia suas funções e realiza o acompanhamento dos trabalhadores em readaptação funcional e os afastados por adoecimento, principalmente do pessoal de Enfermagem e administrativo. Na maternidade não foram encontrados registros sistematizados de afastamentos por doenças, acidentes e doenças do trabalho, levando à invisibilidade epidemiológica sobre a saúde desses trabalhadores.

A equipe dirigente se faz presente no cotidiano do setor de admissão, realiza visitas diárias e frequentemente tem participado com os trabalhadores do planejamento e da execução das ações desenvolvidas. Essa foi a estratégia encontrada para coordenar as equipes com maior aproximação do contexto do trabalho real. Para tanto, existe intensa comunicação oral e escrita com os trabalhadores, esses têm livre acesso as áreas administrativas e as salas dos diretores. Ainda não existem espaços coletivos permanentes para problematização do processo de trabalho. A satisfação e a segurança no trabalho dependem também das possibilidades efetivas para construir o trabalho coletivo, revelam-se fundamentais em situações de trabalho cuja natureza implica satisfazer a necessidade de cuidado à Saúde. O apoio da gestão é um elemento importante nas situações em que as tarefas são ambíguas e definidas em zona de incerteza, como é o caso do setor Saúde, porque não há precisão na definição das tarefas que “fluem” de acordo com as necessidades particulares dos pacientes (ASSUNÇÃO, 2011).

A insuficiência de recursos relacionados à falta de autonomia financeira piora as condições de trabalho, qualidade na assistência e saúde dos trabalhadores. Aspectos sugerem que há excessiva centralização da SESAB em relação aos recursos financeiros e às funções e ferramentas que a princípio confeririam à maternidade maior capacidade de superar as

dificuldades colocadas para o seu funcionamento. Há limitação na autonomia da equipe dirigente, que executa suas funções de modo empírico, sem definição clara de suas tarefas e objetivos, recorrendo à sua experiência pregressa e a seus objetivos (individuais e coletivos), tomando para si as decisões que permeiam as situações do cotidiano. A incipiência nas regras de ofício dos dirigentes somada à precarização dos seus vínculos de emprego aponta para horizonte de precarização do processo de trabalho, o que se coloca em contradição com os princípios de autonomia e de protagonismo propagado pela PNH.

A Política de contratos de trabalho e a saúde do trabalhador

A contratação dos trabalhadores da maternidade também é de responsabilidade da administração da Secretaria Estadual, cabendo ao nível local o dimensionamento da sua necessidade. A definição sobre o quantitativo, tipo de vínculo e do tempo de chegada do trabalhador no serviço é regado pela disponibilidade de orçamento na esfera do Governo Estadual. Assunção (2011) destaca que há um paradoxo entre a expansão de contratações de recursos humanos e a criação de novos postos no mercado de trabalho e a insuficiência do volume orçamentário a elas destinado, o que pode se relacionar à inserção de diferentes formas de contratação de mão de obra para o trabalho, como também para a terceirização de serviços. Atualmente a SESAB utiliza diferentes modalidades de contratos de prestação de serviços para a assistência, com destaques para a inserção de organizações sociais e a Parceria Público Privada (PPP).

Na maternidade, os múltiplos vínculos de emprego aparecem em atividades de coordenação de equipe e de assistência à saúde (Quadro 3). Cada vínculo é regado por normas contratuais específicas e possuem distinção salarial que no cotidiano tem causado impacto na relação e na organização do processo de trabalho. Pela dificuldade de realização de concurso público, tem-se ampliado o número de trabalhadores de outros vínculos de emprego. A precarização da força de trabalho humano tem sido uma das principais características do capitalismo (ANTUNES, 2007). No Brasil, esse processo tem-se intensificado, já que o projeto neoliberal em curso pregava a diminuição da presença do Estado no atendimento à saúde e educação colaborando para o agravamento das condições de trabalho no setor público. A incorporação de contratos temporários e baixo investimento na estruturação desses serviços foram alguns dos efeitos visíveis dessa política.

Apesar da inserção dos diferentes vínculos, na tentativa de preencher os postos de trabalho descobertos, diversos trabalhadores terceirizados têm pedido demissão do trabalho, colocando como entraves a distância, a dificuldade de acesso em relação a outros serviços e as condições de trabalho disponíveis. Outro aspecto que não tem contribuído para fixar esse trabalhador com vínculo precário na maternidade é a instalação do ponto eletrônico nas maternidades e hospitais públicos estaduais, o que tornou mais rígido o controle sobre a carga horária efetivamente trabalhada. A análise da população de trabalhadores ajuda a entender melhor sobre o funcionamento da maternidade, pois evidencia suas formas de contratação, demissão, carreira e formação, além de explicitar a política de organização do trabalho face às condições de trabalho (GUÉRIN, 2001). Neste sentido, a precarização do trabalho para alguns autores corresponde à situação de déficit ou ausência de proteção social, instabilidade do vínculo, do ponto de vista dos interesses dos trabalhadores e associa-se às condições de trabalho com vulnerabilidade social dos trabalhadores (NOGUEIRA *et al*, 2004)

Quadro 5. Quantitativo de trabalhadores por vínculo de emprego e natureza das atividades que realizam na maternidade

Vínculo de emprego	Quantidade	Natureza das atividades
Cargo de comissão	22	Coordenação
Fundação	37	Assistência
Pessoa jurídica	13	Assistência e Coordenação
Cooperativa	22	Assistência e Coordenação
Servidores públicos	265	Assistência e Coordenação

Quando são liberadas pela administração estadual, as contratações respondem a todos os serviços que compõem a rede hospitalar estadual, e não especificamente para determinado serviço. Os postos de trabalho relacionados aos atendimentos de urgências e emergências, cirurgia e assistência de alta complexidade têm sido priorizados frequentemente por vínculos precarizados. A relação entre a precarização e a organização do trabalho é apontada por Thébaud-Mony & Druck (2007)

A precarização é processo social constituído pela amplificação e pela institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressas nas novas formas de organização do trabalho - em que a terceirização/subtração ocupa um lugar central - e no recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e de proteção social por meio das inovações da legislação do trabalho e previdenciária.

Mesmo com a convocação de pessoal do concurso público, ainda persiste um déficit na ocupação dos postos de trabalho. Essa situação tem levado à sobrecarga de trabalho nas diversas áreas de assistência, principalmente no atendimento do setor de admissão. Essa questão é enfatizada pela técnica de enfermagem A: “a dificuldade da emergência é que precisa de mais técnicos, tá muito pouco, mais médicos, os que têm não são suficientes ainda”. Com a questão do déficit de trabalhadores, a distribuição das escalas tem sido um desafio para a equipe dirigente. Frequentemente, o número de trabalhadores escalados nos setores não condiz com a necessidade da assistência.

O quadro abaixo mostra as diferentes modalidades de contratação e a quantidade de obstetras, técnicas de enfermagem e enfermeiras que trabalham na maternidade. Os obstetras possuem múltiplos vínculos de emprego, enquanto os enfermeiros e técnicos de enfermagem dispõem do mesmo tipo de vínculo. Neste caso, a situação de déficit de trabalhadores associado à sobrecarga de trabalho pode ser responsável pelo absenteísmo e pelos afastamentos por doenças ocupacionais. Diversos estudos comprovaram que lombalgias e acidentes com material perfurocortante são mais frequentes em trabalhadores de enfermagem em comparação a outros grupos profissionais, por conta do ritmo de trabalho (MACHADO *et al*, 1992). Ainda segundo esse autor, a maioria dos trabalhadores da saúde ingressa em outros empregos seja no setor público ou privado, pois, o regime de trabalho baseado em plantão facilita a conciliação de diferentes escalas de trabalho. Outra forma é a extensão de carga horária de trabalho remunerada através de escalas extras de serviço na mesma instituição.

Quadro 5. Modalidade de contratação de enfermeiros, técnicos de enfermagem e obstetras da maternidade.

Categoria profissional	Modalidade de contratação	Quantidade
Enfermeiro	Servidores públicos contratados SESAB	33
Técnicos de enfermagem		144
Obstetra	Servidores públicos, Fundação e Pessoa Jurídica (PJ)	25

Segundo dados da Diretoria de Enfermagem, o setor de admissão da Maternidade no ano de 2012 teve 11 trabalhadoras de enfermagem afastadas do trabalho por licença médica. Em relação à idade, esse grupo variou entre 32 e 65 anos e o período máximo de afastamento foi de 60 dias. Entre os diagnósticos relacionados ao afastamento estavam doenças musculoesqueléticas, diagnósticos relacionados à saúde mental como transtorno depressivo e também doenças como hipertensão, diabetes, angina e retinopatia diabética. Evidências de estudos epidemiológicos indicam a associação de doenças musculoesqueléticas (DME) e demanda físicas no trabalho, como a repetitividade, posturas anômalas e força (FERNANDES, 2011). Karasek (1979) aponta que experiências relacionadas à alta demanda e baixo controle do trabalhador sobre seu trabalho podem gerar fadiga, ansiedade, depressão e doença física. No que pese o déficit de trabalhadores, entre os técnicos de enfermagem no mesmo ano, 10 estavam em processo de aposentadoria e 28 em readaptação funcional. A sobrecarga de trabalho no setor de admissão da emergência impõe ao técnico de enfermagem um ritmo de trabalho que ultrapassa os horários das refeições, conforme comenta técnica de enfermagem A: “tem dias que nós vamos pra refeição e a nossa sobremesa é algum parto, um sangramento, a gente nem senta, sai de lá e já dá continuidade, quando dá senta, quando não, dá vai direto”. Não há setor específico que faça o acompanhamento de questões relativas à saúde do trabalhador.

Uma questão citada nas entrevistas pela equipe dirigente se refere à ocorrência de casos de trabalhadores considerados aptos para o trabalho pela junta médica, porém sem condições reais de saúde para desenvolver suas atividades. Não há setor específico ou plano de ação na Maternidade para acompanhar o retorno e a reabilitação, voltando muitas vezes as trabalhadoras ao mesmo contexto de trabalho. As maternidades não dimensionam as equipe de trabalho considerando reserva técnica, ou seja, não dispõem de previsão de pessoal para cobrir por exemplo as férias das trabalhadoras, o que em alguns momentos dificulta a saída para o gozo desse direito e a concessão termina por aumentar a sobrecarga de trabalho dos demais. O mesmo acontece nos casos de aposentadorias, posto que não há plano de substituição dessas trabalhadoras aposentadas.

No caso das obstetras, há diferentes modalidades de vínculo de emprego. A Maternidade dispõe de quarenta e cinco (45) postos de trabalho e vinte cinco (25) trabalhadores: a maioria assume dois vínculos diferentes. Com a insuficiência de profissionais no mercado, ter trabalhadores com dois vínculos foi uma forma que a equipe dirigente encontrou para facilitar o processo de gerenciamento. A partir disso os obstetras com vínculo público, ocupam também os postos de trabalho com outro vínculo precarizado. Apesar da

convocação de um número expressivo de médicos do último concurso público realizado em 2008, a terceirização da força de trabalho médica vem sendo utilizada pela administração estadual. Além disso, está em franco processo a terceirização de serviços de saúde, principalmente por Organizações Sociais (OS) e através das PPP's. Os médicos podem ser servidores públicos, contratados por cooperativas ou fundação, ter contratos temporários ou ainda ser pessoa jurídica (PJ).

Em estudo com médicos, Sobrinho (2006) apontou crescimento do trabalho informal, subcontratação, terceirização e precarização do trabalho médico no setor público. Para Assunção (2011), o cenário de múltiplas formas de contratos de trabalho explicita a vigência de mais de uma conduta normativa orientando os contratos nos estabelecimentos de saúde, o que dificulta a negociação de reivindicações entre os trabalhadores e os dirigentes de Saúde. Fato comprovado por crescentes conflitos entre o movimento sindical médico e a SESAB. A modalidade Pessoa Jurídica (PJ) foi legalmente instituída na esfera da administração pública e vem sendo utilizada na tentativa de ocupar principalmente os postos de trabalho de médicos intensivistas, anestesistas e cirurgiões, entre esses os obstetras. Esse fato deve-se à incompatibilidade salarial entre o que é pago de salário na rede pública e nos hospitais da iniciativa privada. A falta de salários atrativos e as condições de trabalho nos hospitais públicos são apontadas como as principais causas das dificuldades de inserção do médico pelo concurso público, principalmente os especialistas.

A contratação por PJ acontece pelo credenciamento e celebração de contratos de prestação de serviços médicos hospitalares. Essas empresas podem ser formadas por grupos de profissionais ou mesmo por um indivíduo. Os trabalhadores regidos por esse contrato não são amparados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), não tendo direito a férias, décimo terceiro ou licença maternidade, além de não serem exigidos exames de saúde de rotinas, vacinação ou qualquer ação de prevenção de riscos ergonômicos. O período contratual é de um ano, podendo solicitar a qualquer tempo a rescisão, desde que comunicado com antecedência à Secretaria. O seu trabalho passa a ter reconhecimento como prestação de serviço. Este acontece através da realização de plantões de 12 horas, sem limite de carga horária semanal. A flexibilidade na jornada de trabalho tem levado muitos trabalhadores a cumprir uma extensa rotina de plantões durante a semana.

O aumento da jornada de trabalho vem sendo a solução encontrada por alguns trabalhadores, mesmo que seja uma saída sacrificante e que traz prejuízos para a vida pessoal e coletiva. Franco (2010) comenta que o ritmo de trabalho, a intensidade e o regime de turnos

se colocam em contradição com o biorritmo dos indivíduos, gerando acidentes e adoecimentos. A maior liberdade em cumprir extensas jornadas de trabalho e a existência de déficit na escala de obstetras levam os trabalhadores à sobrecarga e intensificação do trabalho impondo forte ritmo. No quadro de precarização estrutural, a flexibilização da legislação social trabalhista aumenta ainda mais os mecanismos de intensificação do trabalho e de seus efeitos sobre a saúde (ASSUNÇÃO, 2011).

O valor do salário corresponde ao número de procedimentos realizados no plantão, seguindo a necessidade do serviço, podendo variar entre cinco e dez procedimentos. Caso não haja demanda de procedimentos, o trabalhador recebe o equivalente ao mínimo de procedimentos realizados. Aos valores pagos são acrescidos 15% para pagamento de encargos sociais, previdenciários e trabalhistas. O valor por plantão é maior neste tipo de vínculo, quando comparado aos demais. Além de potencializar o desgaste do trabalhador, o vínculo PJ está em contradição com a política de Saúde para a área de atenção à saúde da mulher. Atrelar o salário à realização de procedimentos, como as episiotomias e cesáreas induz a realização desses procedimentos de rotina, o que contraria a orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do próprio SUS.

Em relação à ocorrência das cesáreas no Brasil, Diniz (2009) identifica que há uma situação de paradoxo, onde de um lado ela melhora os resultados para a saúde de mãe e bebê entretanto, se ultrapassam 15%, provocam mais danos do que benefício à saúde. Tanto as cesáreas, quanto as episiotomias de rotina, estão relacionadas à ocorrência de morbimortalidade materna e infantil. A demora no atendimento das mulheres, a superlotação da maternidade e a insuficiência dos meios têm reforçado a lógica procedimental na assistência prestada à população. Nos discursos dos obstetras e da equipe dirigente, a interrupção do curso fisiológico do parto com cesáreas, métodos farmacológicos para acelerar a dinâmica de parto e as episiotomias, foi relacionada ao sentimento de medo dos obstetras de sofrer processos judiciais e denúncias quanto a possíveis maus tratos e demora na assistência. Este aspecto é enfatizado pela obstetra A: “hoje tudo vira um processo judicial, uma denúncia, principalmente por que para os pacientes quem cuida é o médico”.

A facilidade na ocupação de postos por vínculos precarizados, pode esconder a sujeição de trabalhadores a longas jornadas de trabalho em ambientes laborais caracterizados pela sobrecarga de trabalho. Esse contexto tem levado ao adoecimento, absenteísmo e a falta de compromisso do trabalhador, o que não apenas resolve o déficit na ocupação dos postos de trabalho, mas termina por ampliar o desgaste do trabalhador e a afastar o sentido do seu

trabalho. A ausência do trabalhador vai interferir nas escalas de trabalho de diferentes dias, o que dificulta a relocação de outro, principalmente porque o aviso de falta acontece na maior parte das vezes próximo ao plantão. Em alguns casos os membros da equipe dirigente acabam assumindo os postos de trabalho na assistência. Na prática, a flexibilização do trabalho aqui representada pela contratação do PJ, pode inicialmente responder à situação de déficit na maternidade, mas à custa da sobrecarga do trabalhador, condicionando-o a cumprir extensas jornadas de trabalho semanais, aumentando risco de adoecimento pelo trabalho, e conseqüentemente, o afastamento e demissões do trabalho, gerando novamente o déficit no postos de trabalho.

Sobre a relação dos diferentes vínculos com as tarefas na assistência, uma dirigente relata:

o médico servidor público é um profissional de carreira e se sente assim, o que é prestador, que é a pessoa jurídica, se sente menos compromissado com a instituição. Então a gente não sabe até quando ou como a gente conta com esse profissional.

A situação de precarização do vínculo de trabalho não identifica o trabalhador com o trabalho, não o compromete, torna mais frágil sua relação com a instituição. Os trabalhadores sem contratos padrão vivem com menos segurança em seus ambientes ocupacionais. O processo de precarização do emprego em Saúde acontece à semelhança do ocorrido em outros setores de produção. Além dos múltiplos vínculos de trabalho, existe o contexto de déficit de profissionais com vínculos estáveis. Esse cenário serviu de justificativa para o uso de contratos precários de trabalho, tanto pelas formas tradicionais, quanto pela inserção da modalidade PJ. Diferentes modalidades contratuais dificultam as relações entre os dirigentes e os trabalhadores, interferem nas negociações sobre o processo de trabalho e a própria mobilização social pela luta por melhores condições de trabalho.

A precarização dos vínculos de emprego acontece nos espaços de gerenciamento dos serviços e na assistência à saúde. Tanto no contexto dos enfermeiros e técnicos de enfermagem, como no caso dos obstetras às pressões e os constrangimentos colocados nos ambientes de trabalho físico e organizacional estão acarretando o adoecimento e sofrimento. As informações sugerem haver relação direta entre o aumento da demanda de atendimento com a sobrecarga de trabalho e riscos a saúde dos trabalhadores.

A melhoria dos ambientes de trabalho deve ser acompanhada de revisão profunda nos processos de gestão e de assistência às mulheres nas maternidades. A abertura de espaços

coletivos e multidisciplinares para troca de experiências entre os trabalhadores de Saúde, dirigentes e usuários contribui para a circulação e redistribuição de poder na instituição. A construção de redes de apoio e solidária entre os trabalhadores é condição para que haja o empoderamento sobre o seu fazer. Trata-se da produção de novos acordos ético-políticos em que a racionalidade mecanicista deve dar lugar a cenários de parto ativos e humanizados, nos quais seja resgatada a posição da mulher enquanto protagonista na retomada do parto e do corpo que lhe foi desapropriado.

Considerações finais

Feito o estudo, emergiram como fatores intervenientes no atendimento do setor de emergência de uma maternidade pública e sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde: a. desorganização da demanda de atendimento; b. insuficiência de recursos e a falta de autonomia financeira; c. déficit de funcionários nos postos de trabalho do setor de admissão da emergência e a precarização do emprego; d. falta de programas para o acompanhamento dos processos de adoecimento no trabalho; e. aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios no setor de admissão da emergência

A desorganização da demanda intensifica o trabalho, produz perturbações e acarreta sobrecarga e sofrimento aos trabalhadores da admissão. Mais ainda, compromete a qualidade da assistência e se contrapõe à eficácia da Política Nacional de Humanização do SUS. A insuficiência de recursos e a falta de autonomia financeira agravam as condições de trabalho, a qualidade da assistência à saúde dos trabalhadores. Por seu turno, a descentralização administrativa, com ampliação do poder de decisão no nível local possibilitaria maior atuação da equipe dirigente na redução das consequências da demanda desorganizada na saúde do trabalhador e na qualidade da atenção à mulher.

Finalmente, a precarização dos vínculos de emprego permeia os espaços de gerência dos serviços e na assistência à saúde da maternidade estudada. O trabalho intensifica-se pelo déficit de funcionários nos postos de trabalho do setor de admissão da emergência e pela precarização dos vínculos de emprego em suas modalidades tradicionais. A inserção do vínculo por pessoa jurídica (PJ) agrava as relações entre dirigentes, trabalhadores e usuários, interferindo na assistência à saúde, negociações da organização do trabalho e na mobilização social.

Também a falta de ações, planos e programas orientados para o acompanhamento dos processos de adoecimento no trabalho na maternidade, aprofunda a necessidade de compreensão sobre os fatores de risco à saúde relacionada às situações restritivas de trabalho. Ou seja, há necessidade de “desprecarizar” os vínculos de trabalho para assegurar melhorias na qualidade de vida e saúde dos trabalhadores da Saúde.

O processo de precarização social e do trabalho exerce um papel importante sobre o funcionamento da maternidade e tem conformado contexto propício para o adoecimento dos trabalhadores, principalmente por conta da intensificação do trabalho. Aumento excessivo da demanda e insuficiência dos meios tem se apresentado além da capacidade dos trabalhadores de operar com a imprevisibilidade própria de um setor de admissão da emergência, comprometendo a qualidade da assistência às mulheres e ao próprio sentido do trabalho como fonte de satisfação e realização. A gestão da produção segue a lógica de dar respostas à demanda de atendimentos que é desorganizada, sem haver adequação dos meios disponíveis.

Na cadeia hierárquica de decisão há uma excessiva centralização no nível central da administração, limitando a autonomia da equipe dirigente da maternidade. Essa falta de empoderamento é também representada pela insuficiência de prescrição sobre suas tarefas, acontecendo de modo empírico, tomando para si decisões do cotidiano, nas quais a experiência pregressa e os seus objetivos (individuais e coletivos) orientam o caminhar do processo de gerenciamento. A limitação da autonomia se coloca em contradição com os princípios da Política Nacional de Humanização.

A análise do cotidiano do trabalho no setor de admissão da emergência possibilitou desvelar os constrangimentos e as pressões vivenciadas pelos trabalhadores, distinguindo a organização da rede local e a natureza da demanda dos atendimentos, a administração da maternidade na relação com a PNH no e a natureza dos vínculos e contratos de trabalho como elementos importantes. O trabalho é fonte de realização e criação para homens e mulheres, estes que se constituem enquanto sujeitos que transformam a si e ao mundo. O trabalho na Saúde adquire um aspecto singular no sentido do cuidado ao outro, no momento em que esse mais precisa, seja em situações de adoecimento e morte, ou naquelas onde a necessidade é assistir o nascer de um ser humano. Assim, há um duplo desafio para a humanização do cotidiano das maternidades, quais sejam incorporar princípios humanizados à sua práxis e considerar a organização do trabalho e as consequências à saúde do trabalhador com o objetivo de promover relações mais saudáveis entre os sujeitos no trabalho e novos caminhos para o nascimento uma sociedade mais amorosa e segura.

A magnitude da problemática abordada requer mais estudos para que novos conhecimentos oportunizem a tomada de decisão em conjunto com os trabalhadores, resultando em medidas efetivas para a transformação do contexto real de um trabalho que adocece e prejudica a qualidade do atendimento à população.

Referências

- ASSUNÇÃO, A. A. **O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências provocadas pelas condições inadequadas de trabalho.** Trabalho & Educação (UFMG), Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 35-49, 2003.
- ARAÚJO, T.M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C.O.; AGUIAR, L.. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem.** Revista de Saúde Pública (Impresso), São Paulo, v. 37, n.4, p. 424-433, 2003
- ASSUNÇÃO, A.A.. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.** In: Gomes CM; Machado JMH; Pena PGL. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. , p. 453-478.
- BARROS, M. E. B.; S. F. S. **O Trabalho em Saúde nos Referenciais da Política Nacional de Humanização:** construindo uma metodologia de análise e intervenção. In: Carlos Minayo; Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 123-141.
- BRANT, L.. DIAS, E.C. **Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa em reestruturação.** Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso), Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 942-949, 2004
- BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador.** Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção.** Volume I. Série B. Textos Básicos de Saúde. Política Nacional de Humanização Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha.** 2012. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf) Acessado em 2 de Out. 2012
- BRITO, J. C. **Trabalho prescrito.** Dicionário de Educação Profissional em saúde. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>
- CAMPOS, G. W. S.. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 2.ed. SÃO PAULO: EDITORA HUCITEC LTDA., 2005. 236p .
- CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. I. **Violência no trabalho em enfermagem:** um novo risco ocupacional. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n.6, p. 746-749, 2004.
- DANTZER, R. **Estresse.** In: DORON, R; PAROT, F. Dicionário de Psicologia. São Paulo Ática: 316. 1998
- DEMEROUTI, E. *et al.* **A model of burnout and life satisfaction amongst nurses.** *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2): 454-464, 2000.

DINIZ, S.G.. **Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal**. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 19, p. 313-326, 2009

_____ **Humanização da assistência ao parto no Brasil**: os muitos sentidos de um movimento. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-3.

DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. **O Trabalho e a Ergologia**: conversas sobre a atividade humana. 2ª ed. 2010. Niterói: Editora da UFF, 318 p.

FERNANDES A.T., FERNANDES M.O.V., RIBEIRO FILHO N. **A infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde**. São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

FERNANDES, R.C.P. ; ASSUNÇÃO, A.Á.; CARVALHO, F. M. **Tarefas repetitivas sob pressão temporal**: os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 931-942, 2010.

FERNANDES, R. C. P.. **Precarização do trabalho e os distúrbios musculoesqueléticos**. Caderno CRH (UFBA. Impresso), v. 24, p. 155-170, 2011.

FONTANA R.T. **As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 59, p. 703-706, 2006.

FRANCO, T. M.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

GUÉRIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAFFOURG J, KERGUE L.E.N. **Compreender o trabalho para transformá-lo**. A prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher Ltda.; 2001.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G.. **Modelos de Gestão e o SUS**. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

JONGE, J.; MULDER, M.J.G.P. & NIJHUIS, F.J.N. **The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model**: Effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*, 48, 1149–1160. 1999.

KARASEK, R.A. **Job Demand, job decision latitude, and mental strain**: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308. 1979

MACHADO, A. A. *et al.* **Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde**. *Rev. Saúde Públ.*, v. 26, n.1, p. 54-6, 1992.

MARZIALE, M.H.P., RODRIGUES, C.M. **A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, n.4, p.571-7. 2002.

MELO, E.M.C.; ASSUNÇÃO. A.A. ; FERREIRA. R.A.. **O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência**: fatores intervenientes no atendimento. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 23, p. 3000-3010, 2007.

MONTEIRO, M.S.; ALEXANDRE, N.M.C.; RODRIGUES, C.M. **Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 40, n.1, p. 20-25, 2006

National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). **Violence in the workplace**. Available from: < <http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html>>. Acesso em 12 de janeiro de 2013

OLIVEIRA, P.A.B. ; ROCHA, L. E. ; SILVA, A.M. ; DINIZ SILVA, C.A. ; MOURE, M. L.. **A implantação de políticas públicas de Ergonomia na saúde do trabalhador: A experiência participativa no ministério do trabalho e emprego**. In: Carlos Minayo Gomez, Jorge Mesquita Huet Machado, Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 143-160.

OSORIO DA SILVA, C. **As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho**. In: Barros, M.E.B. *et al* (Orgs.) Psicologia e saúde: desafios às políticas publicas no Brasil . Vitoria: Edufes, 2007.

PARADA E.O., ALEXANDRE N.M.C., BENATTI M.C.C. **Lesões ocupacionais afetando coluna vertebral e trabalhadores de enfermagem**. Ver. Latino-americana de Enfermagem janeiro fevereiro; 10(1):64-9. 2002

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ C. **Premissas para a compreensão da saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço**. Saúde e Sociedade, v. 19, p. 371-383, 2010.

PEREIRA M.S., MORYA T.M.. **Infecção hospitalar: estrutura básica de Vigilância e controle**. Goiânia (GO): AB; 1995.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 32, p. 507136, 2008.

RIBEIRO, E. J.G.;SHIMIZU, H. E. **Acidente de trabalho com trabalhadores de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, p. 535-540, 2007

RODRIGUES E.A.C. **Infecções hospitalares: prevenção e controle**. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.

SOBRINHO, C. L.N. **Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador, Brasil**. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 52, p. 97-102, 2006.

STRAZDINS L, BAMMER G. Women, work and musculoskeletal health. Social Science and Medicine, 58: 997-1005, 2004.

THÉBAUD-MONY, A.; DRUCK, G..**Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil**. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (org.). *A Perda da Razão Social do Trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.

ARTIGO II

Conflitos e estratégias dos trabalhadores de enfermagem na emergência de uma maternidade pública

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Resumo

A dinâmica do trabalho nos serviços de urgência e emergência tem sido condicionada pela constante superlotação, impondo ritmo acelerado e sobrecarga para os trabalhadores. A tarefa de prestar cuidados diretos e ininterruptos expõe os profissionais de enfermagem a graves riscos e acidentes ocupacionais. A peregrinação de mulheres gestantes em busca de vagas na assistência ao parto tem evidenciado a desorganização da rede de atenção que somada a precarização comprometem o trabalho nos serviços de emergência nas maternidades. Este estudo objetivou descrever os conflitos e estratégias das enfermeiras e técnicas de enfermagem do setor de admissão da emergência de uma maternidade pública localizada na periferia de Salvador no ano de 2012. Analisou as características da atividade de trabalho e identificou aspectos associados a riscos a sua saúde. Realizou-se um estudo ergonômico com análise de fontes documentais, observações abertas das tarefas e entrevistas semi-estruturadas e situadas junto a 12 profissionais de enfermagem. Identificou-se restrições relacionadas à variabilidade e excesso da demanda de atendimentos, sobrecarga de trabalho, pressão temporal e ritmo ditado pelos usuários. A sobrecarga de trabalho da enfermeira está relacionada à sua atuação em múltiplos setores com diversas exigências. Para as técnicas de enfermagem a sobrecarga vem do excesso de procedimentos e das tarefas inseridas além do prescrito. Insuficiências nas prescrições contribuíram para a existência de conflitos com os usuários e os demais trabalhadores. A cooperação, experiência e engajamento com a tarefa de cuidar na busca de modos para regular as restrições viabilizaram os objetivos da maternidade e criaram estratégias de proteção frente à sobrecarga no trabalho. O presente estudo concluiu sobre a importância de dimensionamento adequado e ocupação dos postos de trabalho levando em consideração a demanda real de atendimento. A alta demanda e a insuficiência dos meios tornam difícil a promoção de ambiente de trabalho saudável. É fundamental adotar medidas para adequar o ritmo de trabalho de modo a ampliar margens de manobra e assegurar a ação comunicativa no cotidiano do trabalho. Ampliar o poder de agir das trabalhadoras ajuda a superar as situações restritivas presentes no cotidiano laboral e melhora a qualidade de vida e trabalho, essencial para humanização do atendimento na maternidade.

Palavras chaves: Ergonomia; trabalhadores de Enfermagem; Emergência de maternidade.

Conflicts and strategies of nursing in a public hospital emergency

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Abstract

The dynamics of working in emergency services and emergency has been conditioned by the constant overcrowding, fast pace and imposing burden on workers. The task of providing direct care and uninterrupted exposes nurses to severe occupational hazards and accidents. The pilgrimage of pregnant women seeking jobs in childbirth has shown clutter care network which added precarious undertake work in emergency departments in hospitals. This study aimed to describe the conflicts and strategies of nurses and nursing techniques sector emergency admission of a public hospital located on the outskirts of Salvador in 2012. **Analyzed the characteristics of the work activity and identified issues associated with risks to your health. We conducted a study with ergonomic analysis of documentary sources, observations of open tasks and semi-estruradas and situated along the 12 nurses. Identified constraints related to variability and excess demand for appointments, work overload, time pressure and pace dictated by users. The nurse's workload is related to its operations in multiple industries with various requirements. For nursing techniques is the excessive overloading of procedures and tasks inserted beyond prescribed. Shortcomings in prescriptions contributed to the existence of conflicts with users and other workers. Cooperation, experience and engagement with the task of caring in seeking ways to regulate the restrictions made possible the objectives of motherhood and created strategies to protect against the burden. This study concluded on the importance of proper sizing and occupation of employment taking into account the actual demand service. The high demand and insufficient resources make it difficult to promote healthy work environment. It is essential to take measures to adjust the pace of work in order to increase margins for maneuver and ensure communicative action in their daily work. Extend the power of workers to act helps overcome restrictive situations in the everyday labor and improves quality of life and work, essential for humanization of care in maternity**

Key words: Ergonomics; nursing workers; Emergency Maternity

Introdução

A dinâmica do trabalho nos serviços de urgência e emergência tem sido condicionada pela constante superlotação, impondo ritmo acelerado e sobrecarga para os trabalhadores e maneira como atuam nesses serviços. O trabalho em Saúde tem relação com a saúde do trabalhador, seja favorecendo-a ou promovendo seu adoecimento (DEJOURS, 1991). O trabalho em Saúde é caracterizado pela produção não material, sendo o produto indissociável do processo que o produz, pois acontece no ato de sua realização. O trabalho em Saúde é determinado histórico-socialmente e resulta, dentre outros aspectos, da influência dos recursos tecnológicos disponíveis, das formas de organização do trabalho, do modo de produção e das demandas sociais em relação à Saúde (LIMA, 1998).

Os hospitais públicos brasileiros apresentam condições precarizadas de trabalho, o que afeta profundamente os trabalhadores de Saúde, mas também os usuários, à medida que o objeto do trabalho em Saúde é o cuidado (COSTA, 2005; MASSON, 2007; OLIVEIRA; GODOY, 2009).

No cotidiano do trabalho, a tarefa de prestar cuidados diretos e ininterruptos expõe os trabalhadores de Saúde a riscos e acidentes ocupacionais (ALEXANDRE, 1998; CANINI et al., 2002; BARBOZA, 2003; BRITO, 2011; ASSUNÇÃO, 2011). Pesquisas voltadas para analisar a produção nacional sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde em hospitais e serviços de urgência e emergência indicam a predominância de estudos com trabalhadores de Enfermagem, apontando este conjunto de profissionais como os mais estudados no âmbito da saúde dos trabalhadores (BRITO, 2012). A Enfermagem representa a maior força de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), o que corresponde a aproximadamente 1,4 milhões de trabalhadores (MACHADO, 2012). Este autor refere ainda, que 90% são representadas por

mulheres, apesar da tendência crescente de homens na profissão. O adoecimento está relacionado principalmente à exposição a riscos decorrentes das precárias condições de trabalho. Dotto (2008) identificou em estudo realizado em duas maternidades, que 73,6% dos registros de acidentes de trabalho eram com auxiliares, técnicos de enfermagem e enfermeiros. Bálsamo (2006) detectou que os setores de emergência são o local com maior percentual de acidentes de trabalho.

São distintos os setores de atuação dos profissionais de enfermagem dentro das instituições de saúde. A Unidade de Emergência se destaca pela carga de trabalho e especificidades das tarefas. Salomé (2009) em estudo com profissionais de Enfermagem que atuam em unidade de emergência demonstrou que estresse, cansaço, esgotamento e frustração fazem parte do cotidiano de trabalho. Privação do sono, extensas jornadas de trabalhos, múltiplos vínculos de emprego, atividade sob pressão temporal e déficit de trabalhadores são aspectos presentes no contexto ocupacional desta categoria. Além disso, diversos estudos relacionaram o contexto do trabalho com consequências à saúde dos profissionais da Enfermagem.

Arnetz *et. al.* (1996), em estudo com 2.690 trabalhadores de Enfermagem de serviços de Saúde da Suécia, encontrou que 29% sofreu violência no ambiente de trabalho, 35% foram ameaçados, 30% testemunharam violência contra colegas de trabalho e 27% consideraram violência como risco ocupacional. Em pesquisa realizada nos Estados Unidos, foi identificado 71,8% das enfermeiras referiram ter sofrido assédio sexual no trabalho tanto de pacientes como de outros profissionais (LIBBUS, 1994). Costa & Felli (2005), em estudo sobre a exposição dos trabalhadores de Enfermagem a cargas químicas em um hospital universitário, encontraram média de seis (6) substâncias químicas utilizadas por esses profissionais, havendo relato de problemas de pele e sintomas respiratórios. Parada *et al.* (2002) verificaram que entre janeiro de 1990 e dezembro de 1997 em um hospital universitário, a categoria mais atingida por lesões ocupacionais afetando coluna vertebral foram os trabalhadores de Enfermagem. Atualmente muitos desses casos permanecem subnotificados face à dificuldade de sistematizar informações sobre as relações entre as causas e consequências do labor na saúde dos trabalhadores.

Facchini *et al.* (2005) referem-se ainda à não valorização das informações sobre o trabalho nos serviços públicos de Saúde. Há ausência de setor de proteção à saúde dos trabalhadores nos locais de trabalho que efetivamente coletem, analisem e interpretem sistematicamente as condições de saúde e trabalho. Isso reduz a compreensão sobre as causas

e consequências do adoecimento no trabalho do SUS. Baixa frequência de imunização ocupacional, subnotificação dos acidentes e doenças do trabalho, deixam na invisibilidade contextos epidemiológicos atuais sobre a saúde dos trabalhadores de Saúde. É fundamental organizar as informações para que ações de vigilância possam ser orientadas e otimizadas. A Vigilância em Saúde do Trabalhador (VISAT) se apresenta como uma ferramenta importante para transformação dos contextos laborais, já que analisa as relações entre tecnologias utilizadas nos processos de produção, epidemiologia para avaliação de risco, elementos sociais como as condições econômicas e de organização dos trabalhadores e o processo de adoecimento no trabalho (BALISTA, SANTIAGO & CORRÊA-FILHO, 2011).

Deste modo, a identificação da precariedade dos meios para a realização do trabalho no setor de admissão de uma maternidade pública implica a necessidade de estudos sobre o modo como os trabalhadores de Enfermagem lidam no cotidiano do trabalho, determinado por insuficiências dos meios e do ambiente de trabalho, para além da sua capacidade, no setor de admissão da emergência, o que se configura como o problema de investigação sobre o qual este estudo se debruça.

O objeto do trabalho da Enfermagem é o cuidado. No entanto, a sua efetiva apropriação no cotidiano dos serviços de Saúde representa um dos seus principais desafios. Lemos (2002) refere que o cuidado de Enfermagem está voltado a compreender o ser humano de modo holístico e integral, sendo necessário para isso haver troca de informações e de sentimentos entre as pessoas. A busca pela construção de sua identidade, valorização e reconhecimento social encontra nas condições reais de trabalho um contexto desfavorável para o desenvolvimento das atividades. Atuar nesse contexto exige criar estratégias diante das restrições do cotidiano de modo a conseguir atender a quem procura por cuidados à saúde. Nem sempre a implicação deste trabalhador é percebida pelos gestores e pela população. Há uma invisibilidade no trabalho da equipe de Enfermagem nos serviços de Saúde. Esse fato captura e torna o trabalho real marginal no contexto das organizações e “clandestino” para os próprios trabalhadores.

Trabalhar em serviços de emergência requer lidar com imprevistos, ter a capacidade de agir na urgência e decidir na incerteza, além de possibilitar momentos de autonomia e criação diante da imprevisibilidade. No seu cotidiano, a superlotação dos leitos tem sido o principal cenário encontrado pelos trabalhadores e usuários. Essa característica se relaciona com a ocupação dos leitos, ocorrência de pacientes em macas nos corredores, aumento do tempo de espera para o atendimento e pressão para a equipe realizar atendimentos. Quando esse

trabalho significa atuar no cuidado ao nascimento, esse cenário adquire complexidade ainda maior. Mesmo sendo a gravidez definida como um evento de urgência ou emergência, não significa necessariamente risco à vida.

No que toca à Atenção Materno-Infantil, apesar dos avanços no reconhecimento de direitos e na implantação de Políticas Públicas, há uma assimetria entre a melhoria de determinantes sociais de Saúde e os indicadores de morbimortalidade materna e neonatal. Há problemas no acesso aos serviços de saúde com a peregrinação de mulheres gestantes na rede de atenção em busca de vagas na assistência pré-natal, para realização de exames e no momento do parto nas maternidades. A constante superlotação dos serviços que realizam parto e a precariedade das condições de trabalho dos servidores representam aspectos preocupantes frente à necessidade de prestar uma assistência com qualidade.

Esse momento é único na vida da mulher, da criança e da família, conferindo ao nascimento uma atmosfera de carinho e humanismo. O apoio à mulher e o respeito às suas necessidades e liberdade de expressão devem ser fator norteador dessa assistência. O resultado geralmente se expressa numa experiência de alegria e crescimento interior na perspectiva do nascimento enquanto celebração da vida e do amor. A organização da assistência ao nascimento deve estar voltada para satisfazer aos interesses da mulher e da família através de apoio constante dos trabalhadores, o que pressupõe como necessário maior integração entre esses e implica utilizar plenamente suas potencialidades, habilidades técnicas e legais na assistência.

Neste sentido, o primeiro contato entre a mulher e o profissional durante o parto assume importância fundamental: dessa dinâmica emerge a construção das primeiras impressões positivas ou negativas sobre os trabalhadores e a assistência. Lacava (2006) diz que, no momento em que o profissional recebe a gestante e sua família de maneira acolhedora, inicia-se a construção do vínculo de confiança, importante aspecto para a continuidade da assistência. Para Michel Odent (2000), mudar o mundo significa mudar antes a forma de nascer no mundo. A mudança na forma de nascer aponta para a transformação do sentido do próprio trabalho. Durrive *et al.* (2010) dizem que o trabalho é uma atividade inerente à vida humana, sendo inseparável desse sentido de transformação de si e dos objetos de trabalho.

Na sociedade capitalista, o uso do corpo humano como objeto e força de trabalho para a produção foi continuamente intensificado na medida em que a convergência entre

tecnociência e capital aprofundavam o acúmulo de mais-valia relativa e absoluta em detrimento do trabalhador. Neste ponto,

a face mais cruel da imbricação Ciência/Tecnologia/Capital talvez seja, portanto, a instrumentalização das tecnologias e da Ciência para a maximização dos lucros, levando a sociedade a uma condição de estado de sítio, isto é, à incapacidade de reagir às pressões do sistema, criando projetos societário alternativos (NONATO, 2011, p. 447).

O modo de produção capitalista condiciona profundas mudanças na relação entre as pessoas e entre o corpo e o trabalho. A submissão do trabalho humano frente às constantes demandas econômico-sociais tem sido a base do processo de organização do trabalho. O mundo do trabalho vem se modificando ao longo dos anos, alterando os modos de inserção dos trabalhadores, os vínculos de emprego, a remuneração e o modo de trabalhar se constitui em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis. Durrive *et. al.* (2010) chamam a atenção para o fato de que é necessário reconhecer que as novas formas de produção transformam o trabalho e modificam as atividades humanas, sua composição social, criando a todo o momento novas competências, novos saberes, novas exigências para o trabalho.

A ocorrência de partos no ambiente hospitalar se massificou a partir do século XX, em consequência dos avanços da Medicina frente à redução das complicações obstétricas e neonatais. Com o processo de reforma das escolas médicas em 1910, representada pela elaboração do Relatório Flexner, aconteceu a definição do modelo para a formação médica e a representação de uma racionalidade na organização da assistência hospitalar e no pensamento de ações coletivas na Saúde. Esse relatório assumiu à época, a visão das necessidades de saúde como ponto de chegada e não como ponto de partida da educação médica (PAGLIOSA *et. al.*, 2008). Segundo esse autor, existiam dois importantes modelos de formação médica, o primeiro oriundo da França e rapidamente incorporado em outras partes do mundo que trazia a aprendizagem próxima ao leito do paciente, com treinamento nas práticas diagnósticas e terapêuticas e a utilização de pesquisas e ensaios clínicos pelas universidades. O segundo, de origem alemã, estava centrado na alta especialização do conhecimento, hierarquia e na predominância do pensamento reduzido à esfera biológica. O Relatório Flexner incorporou a influência da educação médica alemã tornando central a doença, no seu aspecto individual, biológico e concreto. Após esse período, a indústria farmacêutica, em associação à corporação médica, passa a exercer uma forte influência sobre as instituições de ensino (universidades) e os governos, garantindo um contexto favorável para o processo de expansão e

aprofundamento da medicina científica como racionalidade para a educação médica e para as ações de Estado.

Subvencionado por fundações americanas como as Fundações Rockefeller e Carnegie, a proposta de educação biomédica proposta por Flexner se expande para os países da América Latina como estratégia de fortalecimento do processo de expansão do regime capitalista. No Brasil, os hospitais adotam as características do relatório flexneriano que se constitui no modelo médico-hegemônico. Começam a surgir as primeiras escolas de formação para a Área da Saúde, a exemplo da Enfermagem. A institucionalização e a organização da Enfermagem no hospital tiveram como precursora a britânica Florence Nightingale, pioneira na utilização do modelo biomédico como referencial para a assistência. Em 1863, ela descreveu procedimentos de cuidado aos pacientes e ao ambiente, com a finalidade de diminuir os riscos da infecção hospitalar. Atuou na reforma das Leis dos Pobres na Inglaterra, ampliando a responsabilidade do Estado com o tratamento da saúde da população. Teve também destaque durante a Guerra da Crimeia entre 1854 e 1856 por cuidar dos soldados feridos e, em 1860, fundou a primeira escola de Enfermagem localizada em Londres, sendo modelo para as demais escolas que surgiriam no mundo, estabelecendo as bases para a moderna Enfermagem (FONTANA, 2006).

No Brasil, a Enfermagem surge com a cooperação da Fundação Rockefeller e o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) para a formação de profissionais para atuar no combate às epidemias no país. Em 1923, é inaugurada a primeira Escola de Enfermagem vinculada ao DNSP, a Escola Anna Nery. As atividades da Enfermagem acontecem enquanto equipe de saúde e são exercidas pelo enfermeiro, técnico de Enfermagem, auxiliar de Enfermagem e pela parteira, devidamente registrados no conselho de classe.

De acordo com as normativas presidenciais, Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 que regulamenta o exercício profissional da enfermagem e o Decreto Lei 94.406 de 1987 que discorre sobre suas atribuições, são enfermeiros aqueles com diploma conferido por instituição de ensino superior. Cabe a esse profissional a direção do órgão de Enfermagem de instituição de saúde pública ou privada, chefia de serviço e de unidade de Enfermagem; planejamento, coordenação e execução dos serviços de assistência de Enfermagem; assistência direta a pacientes graves com risco de vida que requeiram maior complexidade técnica no cuidado. Os técnicos e auxiliares de Enfermagem possuem formação de nível médio, sua atuação está condicionada à supervisão e orientação de enfermeiro. A natureza das suas tarefas é assim descrita

exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente: observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas; executar ações de tratamento simples e prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente. (Artigos 12 e 13)

A atuação da Enfermagem vem sendo incorporada ao SUS como protagonista na assistência ao parto natural. Assim, a enfermeira obstétrica está habilitada a realizar o acompanhamento e assistência ao parto natural. Tal profissional é importante para os desdobramentos pretendidos pelo Ministério da Saúde (MS). Ao longo dos anos, o MS vem adotando diferentes medidas para reduzir a mortalidade materna e infantil no Brasil, principalmente aquelas relacionadas à inadequação da atenção obstétrica e neonatal. Neste sentido, vem realizando ações na busca de qualificação do pré-natal e humanização do parto e nascimento com menor intervenção dos profissionais na dinâmica de parto. Uma das principais ações vem sendo o resgate do parto natural enquanto modo de promover o nascimento seguro nas maternidades brasileiras, oposto ao modelo de atenção obstétrico vigente no cotidiano desses serviços.

A formação das primeiras profissionais não médicas em Obstetrícia, principalmente as parteiras, foi iniciada pelas Escolas de Medicina. Com o surgimento da Enfermagem, dá-se início à formação de enfermeiras obstétricas pelas próprias Escolas de Enfermagem, incorporando em sua grade curricular geral disciplinas de Obstetrícia. Mais tarde, são constituídas três modalidades de habilitação, entre elas a obstétrica, passando em seguida, a ser curso de pós-graduação *lato sensu*. A atuação desses profissionais nos hospitais ainda é incipiente, seja pelo déficit de trabalhadores com formação, seja por dificuldades de atuação diante da organização do processo de trabalho ainda centrado no profissional médico. Com relação aos técnicos de Enfermagem, não há formação específica para atuação em maternidades, apesar de existirem cursos de aprimoramento na área.

Mesmo diante das competências necessárias para oferecer serviços de Enfermagem de qualidade na assistência ao parto, as condições de trabalho impõem uma série de restrições no cotidiano das maternidades. A insuficiência de recursos e meios para desenvolver as tarefas, baixos salários e falta de reconhecimento pelos investimentos pessoais no desenvolvimento das tarefas têm levado esses trabalhadores a criar suas estratégias e formas de proteção à saúde, sem perder de vistas a melhoria no cuidado ofertado a população.

Nessa perspectiva, este estudo objetiva descrever as características do trabalho das enfermeiras e técnicas de Enfermagem e identificar os aspectos associados à saúde desses trabalhadores. Para alcançá-lo, desenvolveu-se um estudo de Análise Ergonômica do Trabalho (AET) conforme descrito na seção de métodos. O trabalho para a Ergonomia envolve não apenas as máquinas e equipamentos, mas todas as situações entre os seres humanos e o seu trabalho. Isto posto, no âmbito dos serviços de Saúde e em especial nas maternidades, o trabalho de Enfermagem ocupa lugar central na assistência direta à população dentre as profissões da área de Saúde.

Métodos

O estudo utilizou a Análise Ergonômica do Trabalho (AET), enquanto abordagem metodológica das situações concretas de trabalho buscando situar a atividade de trabalho de enfermeiras e técnicas de enfermagem no contexto de funcionamento do setor de admissão da emergência. O método é constituído por três fases, a saber: análise da demanda, análise da tarefa e das atividades. Para Laville (1977), esses conhecimentos conformam o campo de estudo da Ergonomia e permitem atuar sobre os elementos constitutivos das condições de trabalho (fisiológicos, psicológicos, sociais, econômicos e técnicos). Schwartz diz que,

para compreender o trabalho, os saberes disciplinares são necessários, mas é com aqueles que trabalham que se validará conjuntamente o que podemos dizer da situação que eles vivem (2007 p.36).

No que toca aos métodos e perspectivas teórico-metodológicas adotados em estudos sobre a saúde dos trabalhadores da Saúde, tem-se que os estudos qualitativos apresentaram resultados empíricos próximos aos verificados nas abordagens quantitativas, porém demonstraram maior aprofundamento de categorias e noções sobre desgaste emocional, precarização do trabalho, em que a atividade de Enfermagem ocorre no limite físico, psíquico e emocional devido a longas jornadas, com excesso de plantões, baixos salários, precárias condições materiais de trabalho (BRITO, 2012). Logo, a abordagem qualitativa foi utilizada no estudo na tentativa de se colocar mais próximo dos sujeitos e das situações de trabalho.

Nesse contexto, o papel da AET é realizar aproximações entre a complexidade e a multiplicidade de fatores que interagem nas situações de trabalho (ABRAHÃO, 2002). Assim,

Daniellou (2004) lembra que é necessário ir além da prescrição para o trabalho, é preciso dar visibilidade à construção do processo de gestão singular e coletiva de saberes, valores e regras com as quais o trabalhador compõe seu trabalho no cotidiano.

O processo de análise das situações de trabalho, a AET utiliza como conceitos centrais o trabalho real e prescrito, atividade e tarefa. O trabalho prescrito refere-se ao “que se deve fazer”, está no campo do que se espera ser realizado pelo trabalhador no âmbito do processo laboral. Neste caso, a definição das tarefas é estabelecida de modo antecipado à ação propriamente dita, por meio das regras, dos resultados e dos objetivos fixados pela organização do trabalho, e em condições pré-determinadas. As ordens emitidas pela hierarquia, sejam elas orais ou escritas, protocolos, normas técnicas e de segurança, meios técnicos colocados à disposição, formas de divisão de trabalho e condições temporais previstas, qualificação profissional e o salário, situam-se no campo da prescrição (GUÉRIN *et. al.*, 2001)

A tarefa é concebida no exterior da atividade, antecede o trabalho propriamente realizado, conserva relação de predição sobre o tempo, o que determina e restringe a própria execução da atividade. As restrições “autorizam” o trabalhador a fazer de outra forma, recriar de modo permanente sua situação de trabalho (SCHWARTZ *et. al.*, 2010). Promovem também o deslocamento do trabalho, no qual a atividade desenvolvida se constitui em estratégia de adaptação do trabalhador à situação real de trabalho. A tarefa também se relaciona aos métodos aplicados pela gestão que define e mede a produtividade esperada, as operações previstas e as ferramentas de produção. O trabalho real é a ação realizada pelo trabalhador, nas condições e no ambiente real de trabalho.

Quanto à atividade, materializa-se como o modo como o trabalhador lida com os objetivos propostos com a organização do trabalho e meios fornecidos (GUÉRIN *et. al.*, 2001). Para Schwartz (2007), trabalhar envolve gerir permanentemente negociações entre normas antecedentes e renormatizações parciais para alcançar os meios de realizar a tarefa e a manutenção da saúde. As normas não estimam os incidentes, as sub-operações necessárias à execução da tarefa e as variações que ocorrem no curso das atividades orientadas pelos imprevistos. Para entender sobre o trabalho, é necessário observar e analisar o desenrolar do fazer nas situações reais, identificando o que muda e o que faz o trabalhador tomar decisões frente aos problemas recorrentes do cotidiano. As condições previstas se distanciam do contexto real do cotidiano, do mesmo modo que o resultado antecipado não é necessariamente o resultado alcançado.

O trabalho real e o prescrito não estão em oposição, mas se articulam por meio das situações vividas pelos trabalhadores, nas quais há a experiência constante de lidar com as contradições e conflitos entre as normas que antecedem o trabalho e os contextos reais da atividade. No trabalho, acontece o ajustamento entre a tarefa e a situação concreta, cabendo ao trabalhador criar linhas de fuga, não se restringindo a mero operador de tarefas. Esse é sujeito ativo à medida em que é confrontado com as dificuldades do trabalho, elabora estratégias e diferentes modos operatórios com o objetivo de regular as restrições e obter os resultados desejados que vêm da capacidade de se moldar aos meios de produção. A atividade de trabalho é o componente estruturante nas situações, conformando-se enquanto resposta aos constrangimentos colocados ao trabalhador. A atividade se unifica em situação, fazendo a interação entre os componentes que constituem o próprio trabalho.

Silva (2010), em estudo envolvendo trabalhadores de Enfermagem e Serviço Social de unidade de emergência, aponta que o sentido e a importância do trabalho se perdem em situação precarizada. As atividades resultam da dinâmica entre a variabilidade organizacional (dificuldades) variabilidade presente do SUS, e regulações que os profissionais desenvolvem para dar conta de suas metas. A variabilidade nas situações de trabalho é percebida pela distância entre o trabalho prescrito e o real. Nas condições reais existem variações próprias do processo de trabalho, previsíveis ou inerentes à variações na natureza da demanda e seu volume, nos equipamentos e no ambiente. Essas se relacionam às características do próprio trabalhador, definidas como variabilidade intraindividual relativas aos seus aspectos físicos, psíquicos e cognitivos. Ainda há a variabilidade interindividual concernente às adequações entre os sujeitos que executam as tarefas ao longo do tempo (GUÉRIN *et. al.*, 2001).

Diante dessas variabilidades, os trabalhadores constroem seus próprios objetivos para atingir os objetivos da organização. Ao elaborar diferentes modos operatórios, levam em conta os meios disponíveis, em um constante “fazer de outro jeito”, que é mobilizado para cumprir os objetivos ou mesmo para se poupar das restrições colocadas nas situações. A depender da situação de trabalho e da possibilidade de se ajustar na organização do trabalho, utilizam a margem de manobra disponível, de modo a tentar antecipar permanentemente os resultados e as consequências de suas ações.

Em situações de trabalho sem restrições (perturbações relativas aos meios e objetivos da produção), ou em situações em que os trabalhadores detêm certa margem de manobra (ou autonomia), as estratégias provocam modificação dos objetivos ou dos meios, adequando-os, com o fim de assegurar a conclusão da tarefa e minimizar o esforço e a fadiga

(FERNANDES, 2010). O estudo da variabilidade da produção permite compreender como os trabalhadores enfrentam a diversidade e as variações de situações, e quais as consequências trazem para a sua saúde e para a produção, o que torna possível delinear a parte da variabilidade que é redutível, a parte que é controlada pela organização do trabalho, e fornecer aos trabalhadores os meios para enfrentar a variabilidade incontornável (GUÉRIN *et. al.*, 2001).

A escolha da AET como método de pesquisa-intervenção foi acompanhado da compreensão de que o trabalhador de Enfermagem, ao se confrontar com as situações de trabalho, usa de sua capacidade de decidir, debater, valorar, arbitrar, definir, fazer escolhas e correr riscos, para dar conta da tarefa. Tal pensamento busca descortinar o “mito” de que os gestores na área da Saúde são apenas os Secretários de Saúde, os formuladores de políticas ou ainda diretores e gerentes de serviços que desempenham a função de coordenação de equipes de trabalho. Neste sentido, esta pesquisa pretende perceber como as enfermeiras e técnicas de Enfermagem do setor de admissão da maternidade lidam com a insuficiência dos meios? Para tanto, buscou-se fazer aproximações com a complexidade e a multiplicidade de fatores que se interpenetram nas situações concretas de trabalho.

Desenvolvimento do estudo ergonômico

Análise do funcionamento da maternidade

A fase da observação das situações de trabalho foi precedida da análise do funcionamento da maternidade onde foram estudadas normas, rotinas e condutas relacionadas com a atividade da equipe de Enfermagem do setor de admissão. O conhecimento da dimensão técnica do trabalho deu subsídio para o levantamento das primeiras situações a serem analisadas. Foram utilizados como fontes documentais os relatórios de gestão de 2011 e 2012 disponibilizados pela maternidade.

Este estudo foi desenvolvido em uma maternidade pública localizada na periferia da Cidade do Salvador. É considerada referência secundária para gestação de alto risco, recebendo gestantes com maior gravidade de todo o Estado. Inaugurada na década de 1990, dispõe de cinquenta e um (51) leitos de internamento, oito (8) macas de observação no setor de admissão da emergência e dez (10) leitos de unidade intermediária neonatal, ofertando ações de pré-natal e saúde da criança em seu ambulatório. Inicialmente, foram realizadas

cinco (5) visitas técnicas e entrevistas individuais não estruturadas com diretores e coordenadores da maternidade com o objetivo de aproximação ao campo de estudo.

Entre janeiro e novembro de 2012, realizaram-se 15.835 atendimentos na admissão com aproximadamente 47 atendimentos por dia. Neste período, obteve 96% de taxa de ocupação e 3,4 dias de média de permanência dos leitos ocupados, o que indica que funcionou com quase toda sua capacidade. Realizou 3.469 partos, sendo 2.232 partos naturais e 1.237 cesáreas, teve média mensal de 289 partos e 28% de taxa de cesárea.

O tempo de espera para o atendimento dos usuários foi extraído do livro de registro de atendimento da admissão do ano de 2012 e, por critério de qualidade dos registros, foram utilizados os meses de agosto e setembro como referência para caracterizar a demanda atendida a cada 12 horas. Além disto, durante cada plantão, nesta pesquisa, foi anotada a quantidade de atendimentos realizados no setor de admissão e de procedimentos realizados no centro obstétrico como forma de caracterizar o dia de trabalho.

Antes de iniciar as observações, os trabalhadores foram informados dos objetivos da pesquisa, houve a explicação sobre o método utilizado e exposta a necessidade de permanência do pesquisador no ambiente de trabalho e que perguntas seriam feitas a qualquer momento, sendo ressaltada a participação voluntária e preservada a identificação dos participantes. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 1), e esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia. A coleta de dados teve início em agosto de 2012 e foi concluída em dezembro do mesmo ano.

Sujeitos da pesquisa

A maternidade possui 485 trabalhadores, desses 33 são enfermeiras e 144 técnicas de Enfermagem. O serviço de emergência estudado conta com 4 enfermeiras e 16 técnicas de Enfermagem, das quais duas enfermeiras e dez técnicas de Enfermagem participaram do estudo. A média de idade do grupo é de 46 anos. As entrevistas individuais envolveram duas enfermeiras e duas técnicas de Enfermagem, enquanto as situadas foram realizadas com as dez técnicas de Enfermagem.

O regime de trabalho no setor de admissão é de 12 horas que correspondem a um plantão. Eventualmente, há troca entre os trabalhadores o que pode significar a realização de plantões de 24 horas. O universo dos trabalhadores de enfermagem da maternidade é do sexo

feminino. O tempo de atividade ocupacional variou entre 7 e 34 anos. Desses, apenas duas trabalhadoras possuíam menos de dois anos de trabalho na maternidade e três estão na maternidade desde sua inauguração. Todos são servidores públicos e entre esses há os recém-contratados que não tiveram experiência anterior em maternidade.

Instrumentos e procedimentos

Análise documental

Foram utilizados como fontes documentais os relatórios de gestão nos anos dos dois últimos anos (2011 e 2012), relatórios de supervisão o distrito sanitário de Cajazeiras, protocolos assistenciais de neonatologia e obstetrícia da maternidade e livro de registro de atendimento do setor de admissão.

A análise preliminar dos documentos fornecidos pela instituição, a discussão e observação de 12 horas do trabalho no setor de admissão orientou a identificação e priorização da demanda a ser objeto de estudo. Nesse momento, foi possível verificar que o cumprimento das tarefas de técnicas de enfermagem e enfermeiras acontece no contexto de intensificação do trabalho pelo excesso de demanda para atendimento. Diante disto, foi formulada a pergunta de pesquisa: como esses trabalhadores lidam com a insuficiência dos meios? Nesta fase de análise da demanda, o objetivo foi delimitar o problema a ser estudado, seguindo as primeiras informações das situações de trabalho. Posteriormente, realizaram-se observações sistemáticas do trabalho das técnicas de enfermagem e enfermeira com foco no problema formulado.

Observação participante e diário de campo

A pesquisa fez uso de observação participante, inicialmente com o objetivo de estruturar a demanda para ser explorada com maior profundidade nas observações seguintes. O tempo total de observação das situações de trabalho foi de noventa e seis (96) horas, sendo quatro plantões diurnos (de 07h às 19h) e quatro plantões noturnos (de 19h às 07h). Em um desses plantões, a observação aconteceu durante 24 horas ininterruptas, com o fito de identificar elementos de continuidade ou descontinuidade nas atividades do setor de admissão na troca de plantões.

Foram observadas as sequências de ações na atividade da equipe de Enfermagem, seus modos operatórios e a relação com as variabilidades do trabalho, as estratégias individuais e coletivas e o comportamento dos trabalhadores no desenvolvimento da atividade, o contexto temporal do trabalho, as posturas e movimentos corporais.

Durante as observações, o diário de campo foi utilizado para o registro das situações, verbalizações do trabalhador, percepções, sentimentos, impressões pessoais, conversas e movimentos realizados pelos trabalhadores e pesquisador. As observações relativas ao deslocamento espacial dos trabalhadores, gestos, posturas foram também registradas no diário de campo.

Entrevistas situadas com confrontação

Durante as observações, foi utilizada a técnica da entrevista situada, em que o pesquisador provoca a verbalização sobre a situação observada para os trabalhadores que executam a tarefa e para os demais, com o objetivo de obter o relato sobre seu trabalho. Isso representou para o estudo perceber a expressão de suas atitudes e percepções. Questões referentes às situações de risco à saúde no contexto laboral fizeram parte da comunicação entre pesquisador e trabalhadoras. As trabalhadoras livremente fizeram perguntas ao pesquisador e quando uma situação as mobilizava falavam sobre essa e essas verbalizações espontâneas foram registradas.

Durante o curso da tarefa, perguntas de confrontação foram feitas às trabalhadoras sobre “o porquê estava fazendo daquele jeito?” Essa confrontação teve como objetivo identificar e esclarecer eventuais contradições postas na atividade, além de potencializar a explicitação da singularidade da experiência colocada em circulação no interior da atividade. Houve necessidade de, após a análise das entrevistas, retornar para alguns entrevistados para esclarecer alguns aspectos.

Entrevistas com roteiro estruturado

Ao final do plantão ou durante seu curso, alguns trabalhadores eram convidados a participar de entrevistas utilizando roteiro estruturado. Como critérios para a seleção dos trabalhadores o estudo utilizou: a. disponibilidade em participar da entrevista; b. ser

enfermeira, técnica de enfermagem ou obstetra; c. tempo de lotação no setor de admissão; e d. maior interação com o pesquisador durante as entrevistas de situadas.

Participaram dessas entrevistas duas obstetras, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem. O número de entrevistas com roteiro estruturado foi condicionado pela disponibilidade das trabalhadoras. As entrevistas tiveram uma duração média de quarenta (40) minutos e as perguntas foram guiadas por um roteiro formulado durante a fase exploratória e observacional do estudo. Esse roteiro trouxe enquanto perguntas: a. Qual a função que você desenvolve na maternidade? b. Qual seu vínculo de emprego? c. Quanto tempo de formação? d. Quais são suas experiências profissionais? e. Há quanto tempo você desenvolve a função? f. O que está descrito pela instituição sobre as suas atribuições? g. Qual a sua rotina de trabalho na admissão? h. Quando você chegou alguém explicou a você ou você teve acesso às rotinas? i. Em sua opinião quais são as dificuldades para execução do seu trabalho na emergência?

Estruturalmente, a pesquisa de campo ordenou-se no seguinte formato:

Quadro 1 Sumário de procedimentos metodológicos

Sumário de procedimentos		Quantidade
Lócus	Maternidade pública em periferia da cidade de Salvador	1
Sujeitos	Enfermeiras e técnicas de Enfermagem do setor de admissão da maternidade	12 trabalhadores
Ferramentas de pesquisa	Entrevistas Situadas	Constante nas observações
	Entrevistas com roteiro estruturado	6
	Roteiro semiestruturado,	1
	Observação participante	7 plantões de 12 horas
	• Instrução da demanda	1 (12 horas)
	• Observações sistemáticas	5 (12 horas) e 1 (24 horas)
	Diário de campo	1
	Verbalização com confrontação	Constante nas observações
Fontes documentais	Relatórios de gestão da maternidade e livro de registro de atendimento do setor de admissão.	

Resultados e discussões

O contexto de funcionamento do setor de admissão

A maternidade objeto deste estudo presta assistência à gestação de risco para mulheres residentes em Salvador e interior do Estado. É o único serviço de emergência obstétrica da região em que está inserida e sua maior demanda é de pessoas residentes no seu entorno. A falta de acesso ao acompanhamento de pré-natal na Atenção Básica faz com que mulheres procurem atendimento no setor de emergência. Em muitos casos referem ou simulam dor, perda de líquido ou outro sintoma para possibilitar atendimento, como verificado no procedimento de observação deste estudo.

Nos plantões observados, foi constante a situação de superlotação dos leitos no setor de admissão. Esse contexto revela a saturação do limite operacional do setor de admissão, verificado em conformidade com Weiss *et al.* (2004), quando são indicativos de superlotação: cem por cento (100%) de ocupação dos leitos; pacientes nos corredores por causa da falta de leitos disponíveis; não recebimento de ambulâncias em razão da saturação operacional; sala de espera para consulta médica lotada; equipe do setor subjetivamente no limite da exaustão e mais de uma hora de espera para o atendimento médico.

A assistência na maternidade acontece nos setores: admissão da emergência que atende diretamente à demanda externa, centro obstétrico com pré-parto e salas de cirurgia onde são assistidos os partos naturais e realizadas as intervenções cirúrgicas, unidade neonatal para a assistência aos recém-nascidos com complicações e as enfermarias para gestantes internadas e já atendidas.

O número maior de atendimentos ocorre durante os plantões diurnos e nos dias de semana. Eram comuns situações em que as mulheres eram avaliadas após longo tempo de espera, e algumas delas entraram em trabalho de parto na recepção da emergência, antes de serem avaliadas pelo setor de admissão. O excesso de demanda tem elevado o número dos atendimentos e prolongado o tempo de espera das mulheres, o que dificultou o acesso nos casos considerados de risco. A imprevisibilidade da demanda esteve relacionada ao fato do parto ser considerado evento de urgência e emergência obstétrica, o que caracterizou a variabilidade no trabalho no setor de admissão.

O atendimento no setor de admissão da emergência se inicia com a entrega da ficha de atendimento (PA) e termina com a alta da mulher ou sua internação com transferência para os

outros setores (Figura 1). No setor de admissão, realiza-se a primeira avaliação obstétrica para o rápido seguimento do cuidado, em uma dinâmica de alta rotatividade de seus leitos.

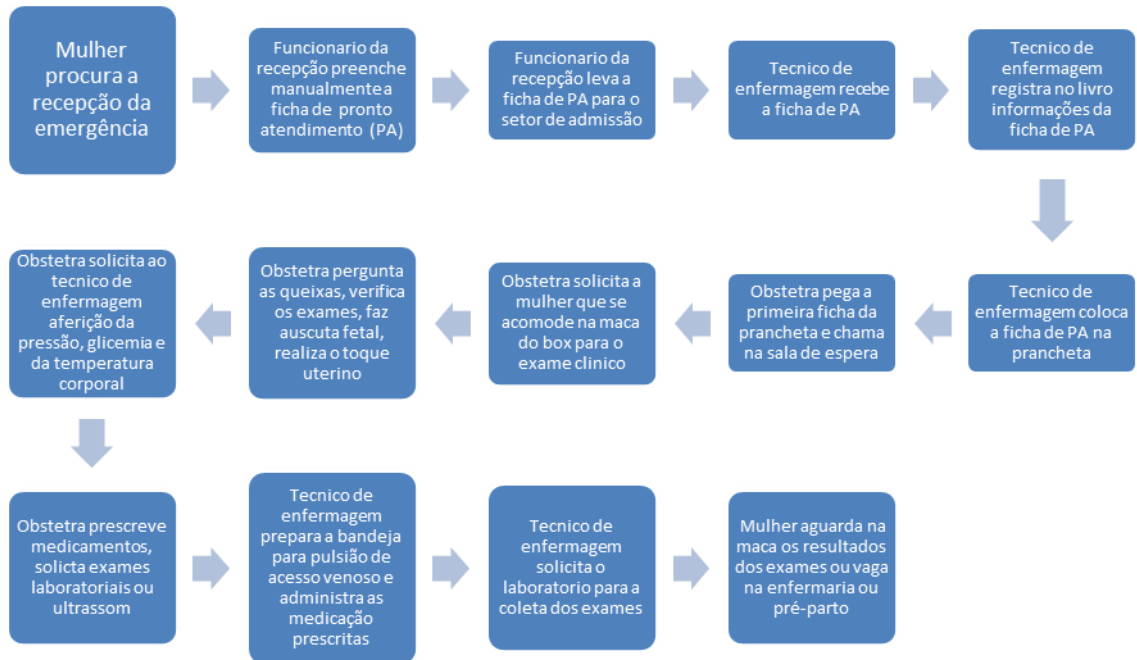


Figura 1- Fluxograma de atendimento no setor de admissão da emergência

Durante as observações, o tempo de espera foi de quatro a oito horas, e a demora fez com que mulheres desistissem do atendimento. A insatisfação gerou conflitos com os funcionários da recepção e trabalhadores do setor de admissão, fazendo com que mulheres e familiares adentrassem a admissão dizendo: “Quando serei atendido?”, “Minha mulher está sangrando!”, “vai demorar muito?”. Essas situações causaram tensão e insegurança nos trabalhadores, e, em alguns casos, foram acompanhadas de agressão verbal pelos usuários. Em outras situações, ainda que a indagação tenha ocorrido de modo cordial, houve reação dos trabalhadores entrando em atrito com as pessoas que aguardavam.

Importa ressaltar que a violência em função de conflitos entre pacientes e profissionais de Enfermagem tem sido relatada na literatura. Contrera-Moreno (2002), analisando as comunicações de acidente de trabalho de serviços de Saúde no ano 2000, identificou que 3,9% dos acidentes de trabalho foram provenientes de agressão física provocadas por pacientes. No Canadá, durante o período de dois anos foram registrados 242 casos de agressão física e 646 registros de agressões verbais. Os trabalhadores de Enfermagem foram os que mais registraram agressões com 80,2% dos registros (YASSI, 1994).

Na dinâmica de atendimento, quando o fluxo de chegada de mulheres diminui, o funcionário da recepção leva a ficha de Pronto Atendimento (PA) para o setor de admissão, e geralmente faz a entrega para a técnica de enfermagem. A depender da quantidade dos atendimentos, essa ficha apenas é vista pela equipe entre a realização dos procedimentos. Na maioria das situações, o que orienta a chamada para o atendimento é a ordem das fichas dispostas numa prancheta.

O setor de admissão da maternidade é composto por quatro boxes colocados lado a lado. Cada um possui duas macas, nas quais acontece o exame e avaliação clínica obstétrica (Figura 2). Logo à frente dos boxes fica a área destinada à circulação, onde está a bancada de prescrição médica e o local de guarda e preparo de medicações (Figura 3).

Trabalhadores de outros setores também executam atividades no setor de admissão a exemplo da copeira e nutricionista que fazem a distribuição das refeições das mulheres e o funcionário do laboratório que realiza as coletas de sangue. Existe uma cadeia de restrições que se sucede com a superlotação dos leitos do setor de admissão. Quanto maior o número de mulheres internadas, maior é a circulação de outros trabalhadores, o que significa perturbações ao processo de trabalho da equipe.

Todos os boxes possuem equipamentos que são usados na avaliação obstétrica, como sonares para ausculta fetal, luvas e vaselina para a realização do toque vaginal. O atendimento de gestantes de risco está previsto para acontecer no *box* três, que foi adaptado com monitor multiparamétrico, porém durante as observações esse equipamento permaneceu desligado. Nas entrevistas, ao confrontar essa situação com algumas trabalhadoras foi relatado que o equipamento estava quebrado há algum tempo. O *box* quatro foi adaptado para avaliação de recém-nascidos, nesses casos as técnicas de Enfermagem chamam o neonatologista do plantão por telefone, quase sempre esse atendimento demorou a acontecer permanecendo a criança no setor de admissão. Guerin *et al.* (2001) comentam que a atividade pode ser reconhecida enquanto estratégia de adaptação à situação real, de modo que o distanciamento entre o prescrito e o real explicitam contradições do trabalho.



Figura 2. Box de atendimento das mulheres.



Figura 3. Bancada de prescrição e preparo de medicações com porta de acesso às enfermarias e centro obstétrico.



Figura 4. Porta de entrada de mulheres para atendimento no setor de admissão

O espaço dos boxes é dividido para o atendimento de duas mulheres, tornando difícil manter a privacidade, por isso cada mulher entra sozinha. Na chegada à emergência da Maternidade não há rotina de orientação e esclarecimentos às mulheres e familiares. O excesso de demanda e a demora prejudicam o atendimento das mulheres no tempo oportuno e constringe o trabalho no setor de admissão da maternidade e condiciona as citadas situações de conflito.

Algo que chamou a atenção foi o fato de, ao iniciar a avaliação, algumas obstetras ao se dirigirem às mulheres utilizaram quase sempre a frase “deite e tire a calcinha!”. Essa frase foi pronunciada de modo quase automático e em várias dessas avaliações não houve explicação às mulheres sobre o procedimento a ser realizado, o trabalho foi direcionado para a realização do procedimento, desconsiderando modos de fazer que conduzissem a práticas mais humanizadas. O ambiente de trabalho não apresenta as condições necessárias para realizar o atendimento pretendido pela organização do trabalho, o que tem contribuído para a violência institucional e desumanização do cuidado às mulheres.

Aliado ao excesso de demanda foi percebido desumanização na assistência, expressa em falas mecanizadas, ações padronizadas deram a impressão da presença de uma

racionalidade ligada à produção de ações em massa, similar ao que acontece numa linha de montagem. Em pesquisa sobre a ocorrência de violência institucional em maternidades, a Fundação Perseu Abramo (2010) verificou que em um a cada quatro nascimentos em hospitais públicos ou privados existiu algum tipo de agressão durante o parto. Entre as modalidades de violência estão o exame de toque doloroso, negativa para alívio da dor, não explicação para procedimentos adotados, gritos de profissionais ao realizar o atendimento, negativa de atendimento e xingamentos ou humilhações.

No cenário precárias condições de trabalho com indução a práticas mecanicistas e que desconsideram a um cuidado dignidade e humanizado, na tentativa de superar os limites impostos pela organização do trabalho, as trabalhadoras do setor de emergência recorrem ao saber construído com a experiência no trabalho. Silva (2010), em análise sobre o cotidiano do setor de emergência de um hospital universitário, identificou que a partir de suas experiências, os trabalhadores mesmo num ambiente de trabalho precário, buscavam diferentes estratégias defensivas para dar conta do sofrimento causado pelo seu labor diário. O sofrimento maior não estava relacionado ao lidar com a morte ou doença, mas a sua compreensão de não dispor dos meios necessários para cuidar dos pacientes.

As circunstâncias nas quais acontece a relação entre as mulheres e os trabalhadores do setor de admissão determinam perturbações no processo de trabalho e à qualidade na assistência prestada. Fato impacta em todo o curso do cuidado na maternidade, uma vez que a abordagem inicial na chegada à maternidade é fundamental para a construção do plano de atenção envolvendo a gestante, sua família e os próprios trabalhadores. Para realizar o trabalho, enfermeiras e técnicas de enfermagem do setor de admissão lidam com diversas restrições, buscam cumprir ao seu modo com a tarefa colocada pela organização.

Constrangimentos, sobrecarga de trabalho e intensificação nas atividades das técnicas e enfermeiras do setor de admissão.

A ficha de atendimento é feita no setor da recepção da emergência onde trabalha um funcionário por plantão. A ele cabe fazer o primeiro contato com as mulheres que procuram o serviço. Quando há aumento da demanda, a recepção atrasa em levar a ficha ao setor de admissão, o que faz com que as técnicas de enfermagem se desloquem para pegá-las, introduzindo assim função não prevista. Para evitar muitos deslocamentos, as técnicas avaliam quando devem sair do setor de admissão e esta estratégia busca regular seu desgaste

físico, de modo a garantir a continuidade dos atendimentos. Esses setores guardam relação de dependência entre si e o ritmo de trabalho é determinado pela quantidade de fichas para atendimento.

A equipe de enfermagem do setor de admissão da emergência é composta por dois a três técnicas e uma enfermeira por plantão. O dimensionamento do número de profissionais escalados varia conforme o período de maior demanda por atendimento e é modulada pelo déficit de postos de trabalho. Durante o plantão diurno, são três técnicas e uma enfermeira, nesse há maior demanda, e à noite geralmente ficam duas técnicas de enfermagem sem a presença de enfermeira.

Nos plantões noturnos, não há participação contínua de enfermeiras na assistência no setor de admissão, ficando a profissional escalada para as enfermarias como referência. Delgado (2005) afirma que o número insuficiente de trabalhadores pode contribuir para a insatisfação no trabalho pela sobrecarga de atividades, o que também pode acarretar queda na qualidade da assistência prestada e aumento de absenteísmo.

O déficit de enfermagem na Maternidade, principalmente de enfermeiras, pode agravar o contexto de sobrecarga de trabalho, absenteísmo e afastamento por doenças ocupacionais. A atuação da enfermeira em múltiplos setores produz diversas exigências e tem gerado sobrecarga de seu trabalho. Oliveira (2009), em estudo sobre o adoecimento dos trabalhadores da enfermagem no pronto socorro de um hospital universitário do Rio Grande do Sul descreve que as transformações tecnológicas, organizacionais, com políticas de flexibilização do trabalho, estão produzindo redução da margem de manobra desses profissionais frente ao sofrimento presente no contexto laboral. Isto se manifesta também, no presente estudo, no relato da enfermeira B:

O enfermeiro na maternidade não fica muito no setor, tem uma abrangência e responsabilidade em mais de um setor, por exemplo, à noite ficam três a quatro enfermeiras e cada uma fica com dois setores no mínimo.

Sobre a forma de atuar nesses setores, ela relata ainda: “A gente prioriza o que é mais importante, se a admissão está tranquila, eu dou mais presença na enfermaria, priorizando o setor que mais está exigente”.

Esse contexto de trabalho tem contribuído para o afastamento da enfermeira do atendimento direto às mulheres, dificultando a participação desse profissional na dinâmica de

atendimento no setor de admissão. Na maioria dos casos, a enfermeira acaba exercendo as atividades administrativas, cabendo às técnicas de enfermagem as tarefas relacionadas ao cuidado. Melo (1983) diz que a organização do trabalho de enfermagem tem características do pensamento taylorista no reforço à separação entre concepção e execução, orientado por uma rígida estrutura hierárquica com excessiva divisão e controle sobre o trabalho. No trabalho da equipe de enfermagem no setor de admissão, existe uma nítida separação entre as funções gerenciais e de assistência. Contudo, nos momentos em que as enfermeiras foram solicitadas pelos técnicos de Enfermagem, essas em nenhum momento não se mostraram resistentes para executar ações assistenciais, que geralmente ocorrem nas situações de maior gravidade ou de iminência de parto no setor de admissão. Assim, os trabalhadores de enfermagem se submetem constantemente às condições inadequadas de trabalho, originando agravos no seu sistema corporal, oportunizando os acidentes de trabalho que levam a licenças para tratamento (ELIAS, 2006).

Para as enfermeiras, o trabalho voltado para a execução de atividades gerenciais restringe sua atuação no setor de admissão. Na sua compressão, caberia aos enfermeiros fazer o primeiro atendimento às mulheres e realizar a assistência ao parto natural e na ocorrência de eventuais problemas clínicos solicitariam a avaliação com o obstetra. A classificação de risco das mulheres deveria ser o principal foco da atuação das enfermeiras. Para executar o trabalho, técnicas e enfermeiras não dispõem de normas e rotina escritas, elas organizam suas atividades em função das solicitações das obstetras.

Nos momentos de maior fluxo, a enfermeira vai até a recepção avaliar os sinais vitais das mulheres, quando confrontada sobre o porquê estava fazendo isso, respondeu: “pode acontecer de alguma mulher evoluir para parto na recepção”. Essa estratégia traz o sentimento de mais segurança sobre a situação de saúde e também acalma os ânimos de quem esperava por atendimento na recepção. Para Guerin *et al.* (2001), na elaboração da tarefa, procura-se apreender o concreto do trabalho impondo ritmo em função do tempo, buscando extrair o máximo da capacidade produtiva dos trabalhadores.

Quando existe enfermeiro, os técnicos se ocupam menos com atividades como: buscar vagas nos setores, solicitar coleta de laboratório e nutrição, arrumar os prontuários e fazer o pedido de medicações à farmácia, o que facilita o desenvolvimento das suas tarefas ligadas à assistência. Durante as observações foi possível descrever as atividades realizadas no setor de admissão (Tabela 1). Praticamente todas as atividades são de assistência direta e desenvolvidas pelas técnicas de enfermagem. A enfermeira participa pouco do cuidado. Na

sua ausência, as tarefas gerenciais também são absorvidas pelas técnicas de enfermagem, resultando em desvios de funções e pode complicar ainda mais a assistência às mulheres.

Tabela 1 Atividades realizadas pelas enfermeiras e técnicas de enfermagem durante a admissão das mulheres na maternidade.

Setor de Admissão		
Atividades	Técnicas de Enfermagem	Enfermeiras
Recebe a ficha de pronto atendimento (PA) da recepção	X	
Pega a ficha PA na recepção quando demora	X	
Realiza a troca dos lençóis descartáveis das macas	X	
Ajuda a gestante a subir nas macas para avaliação	X	
Acomoda gestante na maca para exame	X	
Verifica pressão arterial e temperatura	X	
Prepara e administra as medicações	X	
Busca vagas em outros setores	X	X
Encaminha as gestantes para outros setores	X	X
Solicita coleta de laboratório e nutrição	X	X
Preparo dos prontuários	X	X
Faz pedido de medicações à farmácia	X	X
Orienta as mulheres sobre o atendimento	X	X
Avalia mulheres na recepção		X

O déficit de enfermeira no setor de admissão é histórico na maternidade e levou as obstetras a assumirem a posição de liderança no plantão, ocupando também a posição de supervisão e direcionamento do trabalho das técnicas de enfermagem. A lógica para a divisão do trabalho passou a levar em conta as posições hierárquicas dos profissionais. Masson (2007), em seu estudo com trabalhadores de enfermagem, refere que a invisibilidade produzida pela divisão social do trabalho pode debilitar o patrimônio coletivo com consequências não apenas para os trabalhadores, mas para o próprio ofício profissional. O déficit aliado à sobrecarga de trabalho das enfermeiras que assumem mais de um setor durante os plantões tem produzido uma rotina estressante para essas trabalhadoras.

Segundo Gray Toft & Anderson (1981), as enfermeiras costumam relatar mais estresse ocupacional do que os demais profissionais de enfermagem. Esse contexto também dificulta a atuação segundo o ofício profissional, conforme relato de uma enfermeira B:

No setor de admissão a gente fica muito solto (SIC!), mesmo porque a gente não recebe os pacientes, quem recebe são os técnicos de enfermagem. A gente é acionada quando tem intercorrências, a gente não vê quando a paciente esta sendo examinada, não ouve quando a médica esta conversando com a paciente, muitas vezes não consegue evoluir porque está em outra unidade e tem 40 prontuários de mãe e filho para abrir.

O déficit de enfermeiras na maternidade produziu vazios de atuação neste setor, o que representou para as técnicas transpor os limites da sua competência legal (prescritas externamente no âmbito da regulação profissional) na assistência, expondo-as também a risco à saúde. Nas situações em que havia conflito, as técnicas recorriam geralmente às enfermeiras de outros setores ou à própria diretoria de enfermagem. Dotto (2008), ao estudar as competências no atendimento às parturientes na admissão de duas maternidades, revelou que os profissionais de nível médio atuam na admissão e no trabalho de parto além da sua qualificação profissional. Contexto parecido acontece no setor em questão, conforme relato da técnica de Enfermagem B:

se chega uma paciente com crise convulsiva, antes a gente chamava a enfermeira de outro setor, daqui que ela chegasse o negócio era bem complicado, com dificuldade tinha que dar assistência de qualquer maneira, né? (SIC!)

O ritmo ditado pelo trabalho no setor de admissão obriga as técnicas de enfermagem a buscar formas de atender as tarefas previstas, o que obriga em muitos casos tomar decisões e assumir sozinhas situações nas quais não possuem competência legal. Como exemplo, a decisão por administrar medicações prescritas pelas obstetras como “se necessário” para episódios de náuseas e dores, transferência de mulheres internadas de um setor para o outro, assistir ao parto e atuar na assistência nos casos de risco de morte sem a presença da enfermeira.

Os técnicos de Enfermagem atuam sem protocolos escritos e seu trabalho acontece segundo suas experiências no setor. Esse fazer se estrutura de acordo com as demandas que vão surgindo nas situações e são orientadas pelo seu “saber-fazer” de cada técnico de enfermagem. No cotidiano, existe cooperação, principalmente com as menos experientes.

Barros (2011) indica que, ao gerir seu trabalho, os humanos inventam formas de cooperação e certa relação de si em um incessante processo de criação. Esses trabalhadores cumprem jornada de dez a 11 plantões mensais com flexibilidade nas trocas e realização de plantões adicionais por meio de negociação entre eles. O processo de compra de plantões é regulado pela Diretoria de Enfermagem.

Durante os plantões observados, o atendimento esteve condicionado à disponibilidade de macas no setor de admissão. A falta de leitos nas enfermarias, camas e mesas de parto no centro obstétrico dificultam transferências e o atendimento de quem procura o setor de admissão da emergência. O ritmo de trabalho nas situações observadas foi ditado pelos usuários, gerando nas técnicas aumento da pressão temporal e nas enfermeiras sobrecarga de trabalho. Isso levou à intensificação do trabalho, tornando evidente o estresse e a fragmentação das tarefas no setor de admissão. Em algumas situações, foi necessário colocar macas e cadeiras de roda no corredor para realizar os atendimentos.

O excesso de demanda e a insuficiência de leitos geraram restrições às atividades desenvolvidas e, para dar conta, as trabalhadoras precisaram criar suas estratégias para regular as exigências, como indicadas a seguir. Ao assumir o plantão, as enfermeiras e técnicas procuram inicialmente conhecer a situação de quem está nas macas no setor de admissão. Reavaliam a conduta tomada em cada caso e elaboram seu planejamento de atuação. Geralmente providenciar a transferência daquelas internadas é a primeira operação a ser feita, pois representa a redução de restrições no curso de atendimento previsto pela organização do trabalho. Esse processo consome parte importante da disposição e do tempo de início dos plantões. Muitas vezes, precisam sair do setor para tentar vagas nas enfermarias ou no centro obstétrico. Responder à falta de vagas impõe as enfermeiras e técnicas realizar sua tarefa, porém não da forma que gostariam de desenvolvê-la. Para atingir os objetivos do trabalho em condições determinadas, o trabalhador reconstrói permanentemente seus modos operatórios (GUERIN *et. al.*, 2001). Esse contexto foi trazido por uma técnica de Enfermagem, questionada sobre a primeira atividade que realiza ao chegar ao setor: “depende, geralmente eu organizo o setor para começar a trabalhar, não tem como você fazer isso depois, primeira coisa quando você chega é arrumar a unidade”.

A superlotação dos leitos também interfere na continuidade da assistência entre os plantões, pois não há como resolver as demandas que vão aparecendo durante o curso e, geralmente, diversos procedimentos são repassados para a equipe seguinte, o que tem gerado conflito entre as trabalhadoras. As pendências deixadas perturbam a organização do trabalho

e, na maioria das vezes, representam eventos que já deveriam ser resolvidos ou providenciados no plantão. Esta sobrecarga adiciona ainda mais a pressão temporal ao trabalho de quem assume o plantão. Por isto, o início de cada plantão, apesar de ser mais tenso, é o primeiro momento de planejamento do processo de trabalho frente à análise das situações encontradas. As trabalhadoras projetam as possíveis sequências de atividades a serem utilizadas para dar conta das tarefas que se apresentam. Na entrevista de confrontação, as técnicas de enfermagem referiram que essa estratégia colabora para superação das situações restritivas, pois é o momento de realizar as primeiras atividades e ordenar a prioridade das seguintes.

A maioria das restrições colocadas no cotidiano do trabalho de técnicas e enfermeiras no setor de admissão da emergência, conforme observado nesta pesquisa, tem como principais aspectos: a. variabilidade e excesso da demanda de atendimentos no setor; b. déficit de trabalhadoras; c. intensificação do trabalho da enfermeira atuando em múltiplos setores durante o plantão; d. sobrecarga de trabalho e exposição dos técnicos de enfermagem que atuam sem a supervisão e apoio direto da enfermeira; e. falta de protocolos escritos sobre as tarefas da equipe de enfermagem; f. o ritmo de trabalho ditado pelos usuários, gerando sobrecarga e pressão temporal com consequências à saúde desses trabalhadores; g. sobreposição de atividades na relação entre obstetras e enfermeiras no que tange à supervisão dos técnicos de enfermagem. Neste sentido, como salienta Marziale (1995), essas condições agravam a exposição aos riscos no trabalho relacionados aos agentes físicos, químicos, biológicos e a fatores ergonômicos e psicossociais, como referencia.

O ritmo de trabalho tem produzido situações de sobrecarga de trabalho, intensificação e aumento da pressão temporal. Para atender aos objetivos da organização, estratégias são constantemente construídas frente a situações restritivas como forma de regular o desgaste à saúde e garantir o andamento do serviço. O excesso de procedimentos a serem realizados, a pressão temporal exercida pelo descontentamento dos usuários, a lotação completa dos leitos do setor e a necessidade de colocar macas no corredor para atender os casos graves formam alguns dos aspectos observados que condicionaram o ritmo de trabalho dos profissionais de enfermagem.

A variabilidade como contexto: a cooperação e experiência como caminhos para o trabalho no setor de admissão

Cada equipe de plantão no setor tem seu modo particular de atuar frente às situações. Existe certa identificação entre as técnicas de enfermagem e enfermeiras, pois a maioria trabalha junto há muito tempo, dado que as escalas de trabalho são fixas, o que contribui para a criação de vínculos entre as trabalhadoras.

A dinâmica de cada plantão varia segundo fatores externos ao trabalhador, mas também é influenciada por características dos próprios sujeitos no trabalho. Em determinados plantões, o fato de uma das técnicas de enfermagem ter habilidade em atendimento pré-hospitalar, que pressupõe a tomada de decisões rápidas e capacidade de lidar com contextos adversos, deu agilidade aos processos de trabalho e conseguiu acelerar o fluxo de encaminhamento de mulheres para outros setores, adversidade que nos demais plantões na admissão geralmente são mais difíceis de ser superados.

O contexto das transferências e a necessidade de comunicação entre a equipe de Enfermagem do setor de admissão com os profissionais dos outros setores se mostrou importante para o funcionamento do serviço. Em situações em que as equipes de enfermagem da admissão, centro obstétrico e enfermarias partilhavam de problemas comuns houve maior engajamento entre as trabalhadoras e constituía-se mais iniciativas coletivas, o que ajudou consideravelmente o atendimento. Nesse contexto, evidenciou-se a ampliação do poder de agir desses trabalhadores quando houve mobilização coletiva em torno da superação do contexto de superlotação. Assim, através de ações individuais e coletivas, novos modos de operar com a realidade são criados (GUERIN *et. al* 2001).

A superlotação dos leitos do setor de admissão foi o elemento central na imposição de situações restritivas e intensificação do trabalho e foi gerenciado de modo variado pelas enfermeiras e técnicas. Como forma de organizar e facilitar o trabalho neste setor, as técnicas de enfermagem dividem virtualmente as tarefas em dois fluxos distintos: nos boxes iniciais, o fluxo é de entrada de mulheres que aguardam atendimentos na recepção; o segundo envolve macas próximas da porta de saída para enfermarias e centro obstétrico, para onde são direcionadas as mulheres internadas que aguardam por vaga.

A demanda existente e a disponibilidade de vagas modulam a distribuição e a ocupação das macas da admissão. Essas diferentes formas de organizar o trabalho nas situações reais é importante para entender que no contexto de permanente superlotação, as

atividades mudam e novas normas são estabelecidas. Para Abrahão (2000), a variabilidade presente nas situações de trabalho possibilita repensar a estruturação das atividades. Os trabalhadores atuam como sujeitos no árduo processo de busca do equilíbrio entre suas capacidades e os seus limites. Não há prescrição que dê conta da complexidade do trabalho nas condições reais de precariedade assistencial e trabalhista, essa acaba se atualizando em ato.

O remanejamento exige a negociação entre os trabalhadores de diferentes setores. Na prática, esse processo é permeado por conflitos e depende da relação pessoal entre as equipes. Mesmo compartilhando do contexto de superlotação dos leitos, os vínculos afetivos entre os trabalhadores influenciam as negociações e os acordos para viabilizar os remanejamentos. Para quem trabalha no setor de admissão, esse recurso representa transpor as contradições do trabalho real para seguir com as tarefas previstas para o setor de admissão. O modo como acontece é indicado no discurso da supervisora desse setor:

aqui não é setor de internamento, não é para paciente ficar muito tempo, então ele [técnico de Enfermagem] pressiona as enfermarias e o centro cirúrgico para receber, nesse momento ele fica estressado porque quer o leito vago para atender outros pacientes, ele não quer paciente lá com medicação apazada, se é gestante vai para enfermaria ou pré-parto, ele quer que os outros setores resolvam.

Mulheres internadas na admissão aguardando transferência representam constrangimentos para os trabalhadores do setor e significam realizar tarefas como: fazer a evolução clínica, realizar visitas periódicas ao leito, administrar medicações de horário, verificar os sinais vitais da mãe e da criança, acompanhar a dinâmica do trabalho de parto e intervir quando necessário. Isso representa mudança na cadência do trabalho, significa adicional de tarefas que divergem daquelas previstas para um setor de pronto-atendimento. A fila presente de mulheres acelera o ritmo das atividades, mesmo sem a presença das imposições gerenciais. Situação semelhante se observa em diversos setores do comércio em que filas exercem papel regulador e acelerador do ritmo do trabalho, como nos operadores de caixas de supermercado, bancos etc (PENA; MINAYO, 2010).

Em cada tarefa há um contexto de exigências variadas, como forma de antecipar e tentar solucionar o problema da falta de vagas para o setor. As respostas operacionais a estas variações foram incorporadas no fazer da Enfermagem do setor de admissão. Foram constantes os deslocamentos dos trabalhadores do setor de admissão para obter vagas nas

Enfermarias ou no Centro Obstétrico, colaborando para o aumento do esforço físico, desgaste e fadiga no trabalho. Esta tarefa é pontuada na fala da técnica A:

você viu hoje os remanejamentos, manda daqui para lá, de lá volta para aqui e assim daqui vai para enfermaria, é isso. [...] ultimamente tem acontecido muito viu. Sexta mesmo eu trabalhei foi esse mesmo rodízio, essa mesma coisa e os dias mais críticos são segunda, terça, amanhã mesmo, quinta.

Os remanejamentos internos não estão previstos pela organização do trabalho, porém são estratégias criadas para regular a superlotação e garantir o funcionamento do setor de admissão. Para realizá-los, as técnicas e enfermeiras negociam e estabelecem comunicação com outros setores buscando conhecer a situação e tentando anteceder o surgimento das vagas. As restrições da superlotação autorizam o trabalhador a decidir sobre o momento de remanejar, sem a necessidade de comunicar à equipe dirigente. Essa operação se destina a resolver a questão da falta de vagas, no entanto, apesar da preocupação dos trabalhadores, a estratégia expõe mulheres e crianças a riscos de saúde, conforme comenta uma técnica de Enfermagem A: “aqui não é lugar para essa puérpera¹, ela deveria estar numa cama com o bebê e a família dela, acompanhante não pode ficar aqui”.

Em outros casos, a falta de vagas na maternidade, não apenas no setor de admissão gerou tensão no trabalho. Frequentemente o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) solicita atendimento para mulheres ou bebês oriundos da residência ou abordados em via pública com algum problema de saúde. Apesar da lotação completa com a demanda da porta de entrada, os trabalhadores não podem recusar esses atendimentos. Em alguns casos, houve a possibilidade de recusa pelo insucesso nas estratégias utilizadas para conseguir vagas para esse tipo de atendimento. Porém, nas situações observadas, esse tipo de demanda foi solucionado mesmo significando o uso da maca como leito ou priorizando o atendimento no centro obstétrico, o que resulta no aumento do tempo de espera de atendimento de quem aguarda na recepção. Almeida e Pires (2007) referem que os trabalhadores de emergência podem se sentir impotentes e desgastados diante da demanda de trabalho superior às capacidades de resposta da equipe.

Existem ainda dificuldades relacionadas à transferência de casos graves, quando a maternidade não dispõe de tecnologia para resolver, nesses casos as obstetras do setor de admissão se deslocam para realizar o atendimento geralmente no centro obstétrico. A Central Estadual de Regulação (CER) é acionada para viabilizar a transferência para maternidades de

¹ Mulher que passou pelo trabalho de parto.

maior complexidade, mas isso demora a ser realizado. Com a ausência das obstetras no atendimento da admissão e os técnicos de Enfermagem ficam sozinhos no atendimento. Como consequência adicional, essa situação resulta no bloqueio dos leitos e aumento nas exigências e na tensão na assistência. A interação de fatores externos e internos ao trabalho no setor de admissão contribui para a atualização permanente dos compromissos e singulariza diferentes modos de desenvolver a atividade (GUERIN *et al.*, 2001).

O tempo de atendimento foi fator gerador de conflito e situações de agressão verbal entre os usuários e trabalhadores do setor de admissão da emergência. Além disso, esse setor é o único da maternidade que não permite a presença de acompanhante durante a permanência da mulher. A falta de privacidade nos boxes de atendimento e a circulação excessiva de pessoas se colocam em contradição com a garantia do Direito das mulheres a acompanhante. No Brasil, em estudo recente com mulheres acompanhadas no processo de parto, demonstrou-se índice de satisfação cinco vezes maior em relação à assistência prestada antes, durante e após o parto quando comparadas às não acompanhadas (BRUGGEMANN, 2005). Para lidar com essa contradição, algumas técnicas de enfermagem negociam a entrada com os acompanhantes:

quando vejo uma situação dessa eu seguro, espere um pouquinho lá fora, na hora que a gente resolver, se ela internar, não se preocupe que venho lhe chamar aqui e você vai entrar com sua mulher (Técnica de Enfermagem A).

Trata-se de uma estratégia criativa na busca de solucionar os conflitos e tensões que estão fora do previsto para o seu trabalho.

Há pouca interlocução com o serviço das assistentes sociais do setor de admissão, cabendo aos trabalhadores de enfermagem a mediação nesses casos. Em alguns momentos, houve resistência dos próprios trabalhadores sobre a presença de acompanhante por receio na cobrança pela demora no atendimento. Nas situações de trabalho, os trabalhadores mobilizam o “saber-fazer”, que corresponde às práticas, às técnicas e também aos conhecimentos científicos, adquiridos pela experiência no trabalho, o “saber-ser”, que envolve o comportamento, o caráter e a personalidade nas relações sociais de trabalho e o “saber-agir”, que advém das decisões frente às exigências do trabalho (LIMA, 2001).

Situações restritivas impõem aos trabalhadores de Enfermagem a elaboração de diferentes estratégias para desenvolver suas atividades no contexto real do trabalho no setor de admissão. Agindo em coletivo, as equipes de Enfermagem potencializam o seu fazer e ampliam suas margens de manobra frente às situações restritivas presentes no cotidiano.

Durante as situações de superlotação das macas da Admissão quando acionada pela equipe de enfermagem deste setor, as demais trabalhadoras de enfermagem das enfermarias e centro obstétricos davam mais agilidade e realizavam remanejamentos internos com o intuito de diminuir número de mulheres internadas na Admissão. A construção de vínculo entre técnicas de enfermagem e enfermeiras da admissão, e entre as equipes da enfermaria e centro obstétrico foi percebida como fundamental na ampliação do poder de agir para superar as situações de restrição no atendimento e diminuição da sobrecarga de trabalho. Schwartz *et al.* explica que

cada ser humano, principalmente o ser humano no trabalho, tenta mais ou menos recompor, em parte o meio de trabalho em função do que ele é, do que ele desejaria que fosse o universo que o circunda (2010).

A demanda e a disponibilidade de vagas modulam a organização do trabalho na admissão, o que faz com que novas atividades sejam realizadas, onde a transferência de mulheres internadas para a admissão representa diminuir as restrições para o trabalho neste setor. Estas atividades recaem sobre a equipe de Enfermagem do setor, colaborando para o aumento do seu esforço físico e desgaste. Na dinâmica de trabalho no setor de admissão fatores externos e internos do trabalhador, interagem e influenciam a tomada de decisão de trabalhadores e coletivos engajados. O sofrimento provocado pela organização do trabalho quase sempre não é reconhecido (DEJOURS, 2005). Há negociação durante os remanejamentos, porém acontecem em cenários de conflitos entre os trabalhadores de diferentes setores. Esse processo não está previsto pela organização do trabalho. Mesmo utilizando estratégias na busca de solucionar os conflitos e tensões que estão fora do previsto para a execução do seu trabalho, as técnicas e enfermeiras estão expostas a risco a sua saúde.

A experiência na atividade de trabalho das enfermeiras e técnicas de enfermagem

A atividade de trabalho de enfermeiras e técnicas de enfermagem se mostrou complexa e diretamente influenciada pelas experiências das próprias trabalhadoras. O descontentamento da população com a assistência prestada no setor de admissão produziu conflitos e agressões no cotidiano das relações com as enfermeiras e técnicas de enfermagem, o que exigiu certo equilíbrio emocional mesmo em situações adversas. No curso da

observação foi possível perceber a habilidade das trabalhadoras em contornar situações difíceis, como a demora no atendimento e presença de acompanhantes do sexo masculino, aspectos trazidos por elas como potenciais fontes de insegurança para o trabalho.

O contexto de dificuldade na assistência tem colocado trabalhadores de Saúde e os usuários em lados opostos e em constante atrito no cotidiano do setor de admissão. O fato das trabalhadoras serem mulheres as torna mais vulneráveis às agressões. Brito (2012) refere que, dentre os estudos utilizados, a interface entre os temas de violência e trabalho em Saúde como foco de pesquisa dá-se início em 2004, principalmente nos serviços de urgência e emergência, com destaque para a violência psíquica, física e sexual junto ao profissional de enfermagem. Carvalho (2006) em estudos com técnicos de enfermagem identificou experiências psicológicas negativas expressas pelo sentimento de culpa desses profissionais diante de episódios de agressividade dos pacientes. No cenário de excesso de tarefas, com meios insuficientes, não é esperado outro resultado além de conflitos e desgaste na relação entre trabalhadores e usuárias.

Demerouti *et al.* (2000) afirmam que efeitos psicológicos negativos são gerados pelo contato direto com a dor, sofrimento das pessoas e por níveis excessivos de responsabilidades e são agravados nas situações em que o tempo de planejar e preparar o trabalho é insuficiente, com interrupções constantes e poder de decisão restrito. A demora no atendimento aumenta a zona de incertezas sobre a situação de saúde para quem aguarda. Dejours (1997) refere que o sofrimento aparece quando fracassam as estratégias do trabalhador para cumprir com sua tarefa. Salomé (2009) conclui, em seu estudo com profissionais de enfermagem de uma unidade de emergência, que apesar do estresse que esses profissionais enfrentam durante o cotidiano de trabalho, eles mantêm o compromisso de prestar uma assistência de qualidade e humanização, havendo também tendência à exaustão emocional, desânimo e sentimentos de angústia.

Durante o período de observação, presenciou-se a ocorrência de um desses conflitos que gerou agressão verbal, mobilizou todos os trabalhadores do setor de admissão, acionando a hierarquia da Maternidade que compareceu ao setor para mediar a situação. Porém, o contexto de superlotação que deu origem ao episódio permaneceu inalterado. O apoio dos dirigentes na mediação dos conflitos pode conferir aos trabalhadores mais equilíbrio e o suporte indispensável para passar por tais situações. Envolvidos em sua missão, expostos ao real do trabalho, as técnicas e enfermeiras podem se sentir fracassadas e impotentes para ajudar os usuários. A coprodução no trabalho entre trabalhadores e usuários acontece num

processo de permanente interação e negociação, de modo que a construção da atividade de trabalho também se dá de forma compartilhada, o que torna o trabalho real também coproduzido (PENA; MINAYO, 2010).

O atraso na realização dos procedimentos de enfermagem pode complicar ainda mais a saúde, o que significa mais conflitos com os usuários, além de dificultar o processo de transferências das mulheres para os demais setores. Deste modo, as tarefas das técnicas de enfermagem são realizadas com forte pressão temporal em um cenário, onde o erro não é permitido pelas consequências possíveis à saúde das mulheres, bebês e do próprio trabalhador. O excesso de procedimentos, a pressão temporal e o medo de errar também se relacionam a aumento da atividade muscular. As lombalgias e as LER/DORT são mais frequentes em trabalhadores de enfermagem em comparação a outros grupos profissionais (DOLAN & MARTIN, 2001). A sobrecarga de trabalho é relatada pela técnica de enfermagem B:

já dei plantão que não teve atendimento durante a noite e também dei plantão que descansei meia hora, é melhor direto sem descansar tem plantões que a gente não para, fica as duas colegas aqui durante a noite, não tem como.

O trabalho da enfermagem se baseia no acompanhamento contínuo da situação de saúde daquele que está sendo assistida. Deste modo, o registro de informações orienta novas condutas e ajusta a sistematização da assistência prestada. No setor de admissão, em detrimento do ritmo de trabalho o registro sobre parâmetros clínicos e procedimentos realizados pelas técnicas de enfermagem é feito num rascunho e posteriormente ocorre a transcrição nos prontuários. Além disso, as anotações são pouco detalhadas e não expressam a situação de saúde das mulheres. Existe uma dificuldade de realizar pausas entre os procedimentos realizados nas diferentes mulheres em atendimento no setor, o que pode acarretar erro de registro nas informações.

Após a avaliação clínica, é solicitado às técnicas de enfermagem que realizem as seguintes tarefas: entrega do avental da Maternidade, administração das medicações e providências quanto a realização dos exames de coleta de sangue. Pelo excesso de demandas, antes da avaliação médica, os técnicos de enfermagem adiantam a aferição da temperatura e da pressão arterial como forma de ganhar tempo para os demais procedimentos. Realizam em conjunto a punção venosa e a administração das medicações prescritas com o objetivo de encurtar o tempo das atividades. Ribeiro (2007) no estudo com técnicos de Enfermagem

constatou mais risco de acidentes quando esses trabalhadores estão expostos a cargas de trabalho excessivas e precárias.

Em seguida, a enfermeira ou as técnicas de enfermagem solicitam ao laboratório para realizar as coletas de sangue, essa solicitação é feita por telefone com algumas dificuldades, às vezes, o ramal fica ocupado e em outros casos há demora em responder ao chamado. Quando existe o contato com o técnico de laboratório, esse normalmente demora em realizar a coleta de sangue, o que aumenta o tempo para definição sobre a conduta obstétrica. Essas dificuldades aumentam a pressão sobre o tempo de execução das tarefas colocadas para os técnicos de enfermagem. Guedes (2005), analisando o ato de medicar de auxiliares de enfermagem demonstrou que esses trabalhadores conseguem responder às perturbações, por meio da antecipação de eventos que se ocorressem representariam perda na qualidade da assistência.

Para compensar essas perturbações e atender às solicitações em tempo hábil, as técnicas de enfermagem não param. Seu trabalho torna-se cada vez mais intenso pela hipersolicitação de procedimentos. Esses momentos foram de tensão onde o excesso de demanda impôs exigências de grande responsabilidade e falta de controle sobre seu próprio processo de trabalho. A perda do controle sobre a cadência do trabalho gera aumento das queixas de fadiga, estresse, doenças psicossomáticas e distúrbios osteomusculares relacionadas ao trabalho (OLIVEIRA, 2011).

Apesar dos horários estabelecidos para as refeições, geralmente a equipe de enfermagem, principalmente as técnicas, têm dificuldade em usufruir dos intervalos. Por vezes, abdicam desse direito para não deixar acumular os procedimentos. Esses momentos têm sido cada vez mais restritos e atravessados pelo aumento da demanda. Nestes casos, apesar de haver divisão do trabalho para não prejudicar o atendimento, as regulações não têm sido suficientes para dar conta do volume da demanda. Esses trabalhadores desenvolvem suas atividades no contexto de pausas insuficientes e conflitos diversos entre a tarefa e as condições de trabalho disponíveis, o que tem gerado desgaste evidente a sua saúde. A intensidade do trabalho interfere nos horários destinados às refeições, segundo a técnica de Enfermagem B: “vamos pra refeição que nossa sobremesa é parto ou sangramento, é isso! A gente nem senta, sai de lá e dá continuidade, quando dá senta, quando não dá vai direto”.

Outras tarefas sempre foram desenvolvidas pelas técnicas de enfermagem, como exemplo, o transporte em macas das mulheres internadas entre os setores. Sobre os fatores de risco no trabalho de enfermeiro hospitalar, Montanholi (2006) destaca que a movimentação e

o transporte de pacientes, a postura corporal inadequada, o déficit de trabalhadores, os equipamentos inadequados e sem manutenção foram os mais enumerados pelos trabalhadores. No presente estudo as macas dos boxes dificultam o transporte, são fixas e não dispõem de rodas, sendo necessário trazer outra maca para transportar as mulheres. Geralmente opta-se por realizar as transferências com cadeiras de rodas. A mobilização e os deslocamentos constantes são constrangimentos físicos que podem estar associados a problemas musculoesqueléticos (BUCKLE & DEVEREUX, 2002). Pelo tempo de trabalho no setor de admissão, muitas técnicas de enfermagem carregam no corpo as consequências do tempo em que eram responsáveis por essa tarefa.

Existem situações em que o setor de admissão passa a ficar apenas com as técnicas de enfermagem, principalmente nas ocasiões que há demandas para os obstetras no centro obstétrico. A experiência dessas trabalhadoras confere mais segurança e tranquilidade, nas situações nas quais já se sabe o que deve ser feito. Sobre a construção das competências nas situações de trabalho, Assunção (2003) aponta que

com a experiência, os trabalhadores adaptam cada vez mais suas estratégias em função do seu custo físico, em termos de esforços a fornecer e do tempo destinado à realização das tarefas. Trata-se de um saber específico do trabalhador sobre as suas próprias competências num dado campo particular ou numa dada situação.

No estudo em tela, o tempo com o qual as técnicas de enfermagem vêm desempenhando as tarefas as credenciou a desenvolver mecanismos próprios para desempenhar suas atividades. A maioria trabalha no setor de admissão há mais de 10 anos, alguns estão desde a inauguração da maternidade, como refere uma das trabalhadoras: “Quando eu cheguei aqui ainda ia ser inaugurada, só que não tinha nada só muita poeira, não tinha móveis, não tinha material para a gente trabalhar...”. Abraão (2000) destaca que as situações de trabalho mobilizam elementos memorizados através da associação de ideias, o que permite ao trabalhador lembrar-se de uma situação parecida com a que se apresenta no momento.

Cada situação acrescenta à experiência do trabalhador, onde os saberes são apreendidos de modo singular, conforme aponta uma das técnicas de enfermagem entrevistadas: “Aqui é um lugar que a gente aprende muito, tem coisas que a gente, tem coisa que a gente nunca viu que vê muito aqui, tem procedimentos que a gente acha que é normal, outros que assim você nunca viu antes né, então a gente vai aprendendo cada dia”. Segundo

Guerin *et al.* (2001) a memória é também mobilizada para produzir comparações, deduções, raciocínios lógicos e complexos.

A existência do saber prático construído no cotidiano foi elemento importante na modulação das situações reais em busca de meios eficazes para agilizar a execução das tarefas, como também, preservar sua própria saúde. A superlotação dos leitos modulou as atividades e adicionou novas tarefas e exigências. A experiência adquirida nas diferentes situações confere ao trabalhador habilidades práticas e competências que ampliam sua capacidade de realizar as atividades cotidianas em busca dos resultados desejáveis. Worth-Butler (2010) utiliza o termo “qualificado” para definir o trabalhador que possui repertório de habilidades e conhecimentos utilizados em diferentes formas e contextos.

Para lidar com a intensificação do trabalho, essas profissionais trocam experiência e se comunicam constantemente durante o plantão, porém com o aumento do fluxo de atendimento diminui o tempo de conversas. Esta representa uma forma de regular os constrangimentos e viabilizar o trabalho das técnicas de enfermagem e das enfermeiras no setor de admissão. A Diretoria de Enfermagem constrói as escalas de trabalho com base na experiência, colocando juntas, trabalhadoras com diferentes vivências na assistência ao parto. Nessas situações, as trabalhadoras mobilizam saberes, resolvem ou não buscar informações que não estão imediatamente disponíveis, estabelecem relações entre os diferentes elementos da situação e antecipam as consequências de suas ações (GUERIN *et al.*, 2001). Em relação à experiência para o trabalho no setor de admissão, a Diretora de Enfermagem salienta:

as novas tem disposição, mas com as antigas na emergência a resolutividade é muito grande. Se chegar alguém parindo em período expulsivo, eu tenho certeza que elas não vão correr (...) as mais antigas são que seguram.

As enfermeiras durante o plantão noturno se dividem entre os setores críticos: unidade neonatal de cuidados intensivos, Centro Obstétrico, Enfermaria III e admissão da Emergência e Enfermaria II. As enfermeiras lotadas durante os plantões diurnos na admissão são oriundas do último concurso público e recém-chegadas à Maternidade, o que dificulta sua atuação na dinâmica do trabalho no setor. Passaram por adaptação antes de assumirem sozinhas as funções e esse período é chamado de “sombra”, dura em média dois meses e consiste no acompanhamento realizado por outras enfermeiras mais experientes. Geralmente é feito rodízio entre os setores como forma de conhecer os diferentes fluxos e rotinas. Para aqueles

setores que demandam cuidados mais específicos, como unidade neonatal e centro obstétrico não há rodízio, pois requerem maior tempo de treinamento.

O local de trabalho é definido pela Diretoria de Enfermagem em conjunto com o trabalhador e leva em conta habilidade, afinidade e conhecimentos em áreas específicas da assistência materna e infantil. É importante perceber que no trabalho há um enigma, uma arte escondida no fazer laboral, na qual a implicação e a experiência balizam o engajamento dos homens e das mulheres no mundo (LIMA, 2001). Porém, diante do déficit de pessoal de enfermagem em todos os setores da Maternidade, o processo às vezes não acontece no tempo previsto, como comenta uma enfermeira A: “como a necessidade era grande quando chegamos aonde a gente vai ficando pronta vai assumindo escala”.

No processo de coordenação das equipes da Admissão não há reuniões ou encontros sistemáticos entre os trabalhadores e suas coordenações, o que dificulta a análise coletiva dos contextos de trabalho, negociação das tarefas e a decisão compartilhada sobre a organização do trabalho. Não são previstos na organização do trabalho espaços coletivos para discussão sobre questões ligadas ao “fazer” do trabalhador, com trocas de experiências e com as quais possam expressar suas histórias de vida. Barros (2011) comenta que é preciso demarcar a importância de se ver os trabalhadores em uma exigência permanente de cooperação, de trocas e aprendizagens para o enfrentamento de situações-desafios, fazendo escolhas, assumindo riscos, gerindo seu próprio trabalho e adquirindo competências durante o processo.

A gerência da Maternidade tem realizado processos de formação para os trabalhadores do setor de admissão, porém não existem atividades sistemáticas de treinamento para o desenvolvimento de competências específicas. A forma como é organizado o processo produtivo no setor representa risco à saúde das pessoas que são atendidas e à segurança dos próprios trabalhadores. Apesar disto, o setor de admissão é visto por algumas técnicas de enfermagem como lugar em que se aprende muito, como refere a técnica B:

tem coisa que a gente nunca viu e vê aqui, têm procedimentos que a gente acha normal, outros que você nunca viu, a gente vai aprendendo, a cada dia surgem coisas novas, aparelhos de primeiro mundo, isso facilita pra gente.

Clot (2006, p.116) relata que “a atividade é uma prova subjetiva em que cada um enfrenta a si mesmo e aos outros para ter uma oportunidade de conseguir realizar aquilo que

tem a fazer”. Deste modo, o resultado da atividade é sempre singular e explicita engajamentos do trabalhador no curso entre o prescrito e o realizado.

Compartilhar as dificuldades e as estratégias utilizadas nas situações de trabalho do setor de admissão da emergência pode ampliar as margens de manobra dos trabalhadores, ampliando suas competências e reposicionando a organização do trabalho de modo a favorecer a sua realização pessoal e profissional. Dal Pai (2008), em estudo sobre o trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde das profissionais de enfermagem, identificou que mesmo numa dinâmica de trabalho por vezes danosa, o benefício do trabalho desses profissionais está no valor simbólico da atuação, no atributo moral da atividade de salvar vidas.

No cotidiano, as enfermeiras e técnicas de Enfermagem possuem relativa margem de manobra para tentar resolver os problemas que emanam das situações de trabalho. Algo que chamou a atenção durante as observações foi a presença da equipe dirigente no setor de admissão se colocando junto às trabalhadores trocando informações sobre como dar resolução à situações colocadas e em vários momentos assumindo tarefas que dependiam de articulações com outros setores da Maternidade. A satisfação para a realização da tarefa também depende do apoio e do suporte social dos gestores e das possibilidades efetivas para construir o trabalho coletivo (FALZON & LAPEYRIÈRE, 1998).

Em todos os momentos no setor de admissão há intensa comunicação entre as trabalhadoras e a equipe dirigente, seja presencialmente ou por telefone. O suporte social em permitir o compartilhamento do trabalho com colegas pode ter efeito redutor sobre as demandas físicas e psicológicas.

Na maioria dos casos observados, as técnicas de enfermagem demonstraram cumplicidade e solidariedade quando da ausência de uma colega do plantão seguinte. Nessas situações, o trabalhador permaneceu no setor por mais 12 horas ou outra técnica de folga foi acionada. Existe a preocupação com o aumento da sobrecarga de trabalho para o técnico de enfermagem que vem assumir o plantão sozinho, o que também representa implicação desses trabalhadores com o funcionamento do serviço, conforme declara a técnica de Enfermagem B:

porque nós assim conciliamos as coisas, quando tem um colega que tá doente que não pode vir a gente cobre o plantão para não ficar descoberto, a gente está em casa de folga, eu mesmo fiz isso muitas vezes.

Em outra situação, os técnicos de enfermagem do setor deram apoio nas atividades de uma trabalhadora que estava gestante, assumindo inclusive alguns plantões na sua impossibilidade de ela ir à maternidade. Entretanto, essa solidariedade desvela a insuficiência de profissionais e, ao mesmo tempo, em muitos casos, a ausência de notificação de doenças relacionadas ou não ao trabalho que acometem aqueles que faltaram ao trabalho.

Mensalmente, as técnicas de enfermagem e enfermeiras informam os dias preferenciais para realizar os plantões e a Diretoria de Enfermagem busca ajustar as escalas a seus interesses. As situações de impasse ou dias descobertos são facilmente negociados. Desta forma, os trabalhadores conseguem planejar sua vida fora do trabalho. Apesar da faixa etária elevada e do número alto de afastamentos do trabalho, a flexibilidade nas trocas de plantão tem ajudado a cobertura das faltas no setor de admissão. Os próprios trabalhadores se comunicam e negociam as substituições, em alguns casos essa Diretoria é acionada. Esse processo tem colaborado para maior satisfação com o trabalho entre enfermeiras e técnicas de enfermagem, segundo relato da técnica de enfermagem B:

A gente troca os plantões então faz 24 horas, então trabalha seis a sete plantões por mês (...) 24 horas facilita mais, descansa mais, gasta menos transporte, assim vamos conciliando.

As condições de trabalho da Enfermagem observadas no setor de admissão indicam multiplicidade de atividade com ritmo de trabalho intenso e excessivo, desgaste físico e mental na execução das atividades. A experiência e a implicação dos trabalhadores de Enfermagem ajudam a regular as restrições no contexto real das tarefas na tentativa de viabilizar os objetivos da Maternidade com consequências a sua própria à saúde.

Outros aspectos relacionados ao adoecimento dos trabalhadores de Enfermagem

O setor de admissão da emergência conta com quatro enfermeiras escaladas para cobrir os plantões diurnos e 16 técnicas de enfermagem com escala fixa no setor. No momento da pesquisa, duas técnicas encontravam-se afastadas do trabalho por licença médica prolongada. Em 2012, foram 11 técnicas de enfermagem afastadas do trabalho por licença médica, com idade entre 32 e 65 anos. O período máximo de afastamento dessas

trabalhadoras foi de 60 dias. No mesmo período, 10 técnicas de enfermagem estavam em processo de aposentadoria e 28, em readaptação funcional.

Esse cenário de adoecimento agravou o contexto do trabalho dos demais profissionais de Enfermagem, pois com menos trabalhadoras nos postos de trabalho, o desenvolvimento das tarefas se tornou mais intenso, gerando mais adoecimento. Entre os diagnósticos relacionados ao afastamento estavam doenças musculoesqueléticas que cursaram com dor na coluna torácica, lombar baixa e diagnóstico de transtorno do disco cervical com radiculopatia, síndrome do manguito rotador. Houve casos de fratura de punho e mão, artrose e tendinopatia crônica de ombro bilateral.

Parada *et al.* (2002), ao estudarem as lesões ocupacionais na coluna vertebral em trabalhadores de Enfermagem, revelou que mais da metade dos afastamentos do trabalho foram consequentes ao seu aparecimento. Murofuse *et al.* (2005), ao analisarem os problemas de saúde relacionados ao sistema osteomuscular encontrados em trabalhadores de enfermagem de 23 instituições de saúde, revelaram que 35% dos casos se referiam a doenças agrupadas como LER/DORT.

Foram encontrados afastamentos relativos a problemas de transtorno depressivo recorrente, episódio atual grave sem sintomas psicóticos e episódio depressivo moderado. Em estudo transversal utilizando o Modelo Demanda-Controle de Karasek, com trabalhadoras de Enfermagem de um hospital público de Salvador, os Distúrbios Psíquicos Menores (DPM) apareceram em 33% dos casos, apresentando-se em 20% das enfermeiras e 36,4% entre os técnicos de enfermagem. Houve maior prevalência de DPM no trabalho em alta exigência (alta demanda e baixo controle), quando comparado ao trabalho com baixa exigência (ARAÚJO, 2003). No trabalho dessa categoria profissional há imposição simultânea de intenso esforço mental com novas tarefas e exigências no decorrer da atividade como tentativa de reduzir a sobrecarga de trabalho.

A falta de vagas para o atendimento na emergência também gerou sofrimento no trabalhador, que muitas vezes é impedido de realizar aquilo que deseja. A atividade não traz apenas a ação realizada, mas tudo aquilo que foi planejado e desejado pelo trabalhador e que no curso foi suspenso, contrariado ou impedido de ser realizado. Nesta perspectiva, a atividade realizada difere da atividade real, sendo esta também constituída das atividades não realizadas (CLOT, 2006). Desta forma, esse autor aponta que a fadiga, o desgaste violento, o estresse tanto decorrem do fato de não se poder fazer algo quanto daquilo que se faz.

Não há setor específico na Maternidade que acompanhe as questões relativas à saúde do trabalhador, nem plano de ação para apoiar o retorno e a reabilitação ao trabalho, voltando muitas vezes a trabalhadora ao mesmo contexto que promoveu o adoecimento. Ou seja, não existe suporte de serviço especializado em saúde e segurança no trabalho, como está regulamentado para qualquer maternidade. A Maternidade não funciona com reserva técnica, ou seja, não tem previsão de pessoal para cobrir as férias, licenças ou aposentadorias dos trabalhadores. Esse fato dificulta liberação e quando essa acontece termina por aumentar a sobrecarga de trabalho para os demais, já que Barboza (2003) refere que os profissionais de enfermagem são os mais acometidos pelo afastamento do trabalho.

A composição do mobiliário e equipamentos dispostos no setor de admissão não segue nenhum planejamento de ambiência. Desajustes ergonômicos podem ser notados, tais como: não há coerência entre as dimensões das macas e o plano de trabalho das técnicas de enfermagem; as macas são estreitas; um dos lados sempre fica encostado na parede o que reduz as possibilidades de posições para a realização dos procedimentos como punção venosa ou aferição de sinais vitais; o box de atendimento é pequeno e não permite a livre circulação; a mesa de prescrição as cadeiras têm altura fixa e não se ajustam às dimensões das trabalhadoras; o acesso à bancada do armário destinada ao preparo das medicações e das bandejas de procedimentos exige das técnicas de enfermagem postura de flexão da coluna cervical. Laville (1977) afirma que algumas características do trabalho têm influência direta sobre a postura do trabalhador. Wisner (1987) acrescenta que uma postura anormal pode indicar que existem dificuldades na situação de trabalho.

Na maior parte do tempo, enfermeiras e técnicas trabalham em pé se deslocando entre o corredor de circulação e os boxes, além de sair do setor de admissão em diversos momentos para procurar por leitos de internação. Durante um dos plantões observados, uma técnica de enfermagem trabalhou com intensa dor na região lombar. Em poucos momentos a postura em pé foi intercalada com a posição sentada. Elias (2006), em estudo com profissionais de enfermagem, identificou que as queixas relacionadas ao aparelho osteomuscular representam uma das maiores causas de sofrimento nos trabalhadores de Enfermagem, sendo esses maiores entre as mulheres trabalhadoras. Parcela importante das agressões ao sistema osteomuscular está relacionada às atividades cotidianas em condições ergonômicas inadequadas relacionadas a mobiliários, posto de trabalho e equipamentos (ALEXANDRE, 2007; GURGUEIRA *et. al.*, 2003). Mognago (2007) sobre a associação de distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores de Enfermagem relata sua ocorrência entre 80% a 93% como também, esses atingem principalmente a região lombar, os ombros, os joelhos e a região cervical.

Os acidentes com material perfurocortante foram considerados comuns pelas técnicas de Enfermagem do setor de admissão. Durante as observações e nas entrevistas as trabalhadoras associaram este tipo de acidente com o ritmo de trabalho e excesso de procedimentos a realizar no setor de admissão. Em pesquisa sobre acidentes com materiais potencialmente contaminados pelo HIV, os técnicos de enfermagem foram a categoria mais atingida entre os profissionais de Saúde (MACHADO, 1992). Existe diferença na exposição entre enfermeiros e técnicos de enfermagem, estando o último mais exposto pelo envolvimento com a assistência direta (RUIZ *et al.*, 2004). Sobre este tipo de acidente, a técnica de enfermagem B assevera: “a gente já teve dois casos de contaminação por perfurocortante com HIV comprovado e as funcionárias precisaram tomar medicação por alguns meses”.

Mesmo não sendo objetivo analisar o trabalho no setor de admissão com enfoque no gênero, é importante demarcar o fato da equipe de Enfermagem ser composta por mulheres o que, segundo estudos, acrescenta maior vulnerabilidade ao aparecimento de doenças relativas ao trabalho em função da dupla jornada de trabalho. Em relação à segregação da força de trabalho segundo sexo, persiste o desequilíbrio das relações de gênero (STRAZDINS & BAMMER, 2004). Existem diferenças entre homens e mulheres na distribuição da exposição às demandas físicas. Há dupla exposição a fatores de risco ocupacionais e os da vida doméstica. Bakke (2009), ao estudar os acidentes de trabalho envolvendo profissionais de Saúde, encontrou associação entre o sexo feminino e a equipe de enfermagem que foram os mais acometidos por acidentes com material biológico.

Considerações finais

A caracterização da atividade de trabalho das técnicas e enfermeiras do setor de admissão da emergência através da AET permitiu identificar constrangimentos relacionados à variabilidade e excesso da demanda de atendimentos, sobrecarga de trabalho, ritmo de trabalho ditado pelos usuários e pressão temporal. O trabalho intenso e excessivo ritmo com desgaste físico e mental na execução das atividades foram aspectos presentes no contexto de trabalho da Enfermagem neste setor.

A insuficiência dos meios de trabalho, o déficit de técnicas e enfermeiras no setor, a estrutura física não adaptada para assistir a população e a baixa capacidade de leitos frente à demanda atendida conformam o contexto que aprofunda a exposição a doenças, acidentes e

violências ocupacionais. Foram identificados trabalhadores afastados por problemas relacionados a doenças musculoesqueléticas, depressão e agravos do aparelho cardiovascular.

A sobrecarga de trabalho da enfermeira está relacionada à sua atuação em múltiplos setores com diversas exigências, o que dificulta sua participação na dinâmica de atendimento no setor de admissão, fragmentando o trabalho da enfermagem enquanto equipe. Para as técnicas de enfermagem, a sobrecarga é relativa ao excesso de procedimentos e de tarefas, além do prescrito para sua função, como principalmente ter que conseguir vagas em outros setores. Para atender aos objetivos da organização, técnicas e enfermeiras da Admissão da Emergência criam diferentes estratégias frente a situações restritivas como forma de regular o desgaste à saúde e garantir o andamento do serviço. A experiência e a implicação dos trabalhadores de Enfermagem ajudam a regular as restrições do trabalho real na tentativa de viabilizar os objetivos da Maternidade, porém à custa de mais exposição aos riscos à saúde.

A forma como é organizado o processo produtivo no setor de emergência representa risco potencial à saúde e à segurança dos trabalhadores e as medidas implementadas até então não têm sido suficientes. A abertura de espaços permanentes envolvendo os dirigentes, trabalhadores, usuários e representantes da secretaria estadual de saúde, dedicado à problematização dos contextos de trabalho pode contribuir para o empoderamento dos trabalhadores como sujeito das práticas de replanejamento do seu próprio trabalho. É importante na organização do trabalho considerar a experiência já existente das técnicas e enfermeiras e construir coletivamente as prescrições para a realização das tarefas a partir das condições reais.

O presente estudo apontou que a melhoria da saúde das trabalhadoras da Admissão é fundamental haver o dimensionamento da força de trabalho de Enfermagem em detrimento da demanda de atendimento real do setor. A alta demanda e a insuficiência dos meios para executar o trabalho tornam difícil a promoção de ambiente de trabalho saudável. É fundamental adotar medidas para adequar o ritmo de trabalho contribuindo para a ampliação das margens de manobra assegurando a potencialização da ação comunicativa no cotidiano do trabalho. Ampliar o poder de agir das trabalhadoras ajuda a superar as situações restritivas presentes no cotidiano laboral. A melhora da qualidade de vida e trabalho das trabalhadoras de Enfermagem é essencial para humanização do atendimento na maternidade.

Por fim, é necessário implantar núcleo de Saúde do Trabalhador da Maternidade para acompanhar e construir juntos com os trabalhadores medidas e planos para constituição de ambientes de trabalho mais saudáveis, programas ergonômicos, realização de exames

preventivos periódicos de natureza ocupacional, vacinação ocupacional, reabilitação profissional com apoio ao retorno e à reabilitação ao trabalho, além da implantação de serviços de segurança no trabalho, prevenção de incêndios, planos de contingenciamento e evacuação de pacientes em casos de acidentes ampliados.

Referências

- ABRAHÃO, J. I. **Reestruturação produtiva e variabilidade do trabalho: uma abordagem da ergonomia.** *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 16, n.1, p. 49-54, 2000.
- ABRAHÃO, J. I.; PINHO, D. L. M.. **As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia.** *Estudos de Psicologia (Campinas), Universidade do RN*, v. 7, p. 45-52, 2002.
- ANTUNES, R. **Dimensão da precarização estrutural do trabalho.** In: DRUCK, G. FRANCO, T. (Orgs.) *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização.* São Paulo: Boitempo, 2007. P.13-22.
- ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C.. **Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral: um estudo realizado com trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 65-72, 1998.
- ALEXANDRE, N. M. C.. **Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área de saúde.** *Semina. Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 28, p. 109-118, 2007.
- ALMEIDA, P. J. S. PIRES, D.E.P. **O trabalho em emergências; entre o prazer e o sofrimento.** *Ver. Eletrônica Enferm* 2007; 9 (3): 617-29.
- ASSUNÇÃO, A.A. **O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências provocadas pelas condições inadequadas de trabalho.** *Trabalho & Educação (UFMG), Belo Horizonte*, v. 12, n. 1, p. 35-49, 2003.
- ASSUNÇÃO, A. A.. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.** In: Gomes CM; Machado JMH; Pena PGL. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p. 453-478.
- ARNETZ, J. E. ARNETZ, B.B. PETERSON, I. L. **Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses.** *Work and Stress*. v. 10, n. 2, p. 119-127. 1996.
- BAKKE, H. ARAÚJO, N.M.C. **Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário.** *Produção (São Paulo. Impresso)*, v. 20, p. 669-676, 2010.
- BALISTA, R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA-FILHO, H. R. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo.** *Cadernos de saúde pública*, 27 (4): 759-768, 2011.
- BALSAMO A. C.; FELLI, V. E. A.. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 14, n. 3, p. 346-353, 2006.
- BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. **Afastamentos do trabalho na Enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003.
- BARROS, M. E. B.; S. F. S. **O Trabalho em Saúde nos Referenciais da Política Nacional de Humanização: construindo uma metodologia de análise e intervenção.** In: Carlos Minayo; Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 123-141.

BUCKLE, P., DEVEREUX J.. *The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders applied ergonomics*. 2002

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: 25 de junho, 1986.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: 08 de junho, 1987.

BRITO, J. A. **Ergologia como perspectiva de análise: a Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde**. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 480-494.

BRITO, J. A. **Ergologia como perspectiva de análise: a Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde**. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. H.; PENA, P. G. L. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 480-494.

BRITO, J.; PENA, P.; GOMES, L.; PIRES, A.C.; SOUTO, A. P.. **A saúde dos trabalhadores da saúde: focos, abordagens e estratégias de pesquisa**. In: MACHADO, J. M. H.; ASSUNÇÃO, A. A. (Orgs.). *Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde*. 1ed. Belo Horizonte: UFMG/ Faculdade de Medicina, 2012, p. 66-105

BRUGGEMANN O. M. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa [tese de doutorado]**. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP; 2005.

CANINI, S. R. M. S. **Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário do interior paulista**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 10, n. 2, p. 172-178, 2002.

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. S.; ESPOSITO, S. L. **Estudo dos acidentes de trabalho ocorrido entre trabalhadores de instituições que desenvolvem ações de saúde no município de São Carlos no ano de 2000 e registrados junto a Previdência Social**. In: II Encontro de Pesquisa em Enfermagem, 2002, Águas de Lindóia. II Encontro de Pesquisa em Enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

COSTA, T. F., FELLI, V.E.A. **Exposição dos trabalhadores de Enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo**. *Revista Latino-americana de Enfermagem*. 2005; 13: 501-8.

DANIELOU, F. **Introdução: Questões epistemológicas acerca da Ergonomia**. In: DANIELOU, F. (Coord.) *a Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos*. São Paulo: ed. Edgard Blucher, 2004, p. 1-18.

DELGADO, M.L.; OLIVEIRA, B.R.G. **Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de Enfermagem de um hospital universitário**. *Nursing*, ed. Brasileira, 2005; 87: 365-370.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 2005. 168 p.

_____. **O fator humano**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. **Desempenho das Competências Obstétricas na Admissão e Evolução do Trabalho de Parto:** atuação do profissional de saúde. Escola Anna Nery. v. 12, p. 717-725, 2008.

FERNANDES, R. C. P. **Precarização do trabalho e os distúrbios musculoesqueléticos.** Caderno CRH (UFBA. Impresso), v. 24, p. 155-170, 2011.

FERNANDES, R. C. P.; ASSUNÇÃO, A. Á.; CARVALHO, F. M. **Tarefas repetitivas sob pressão temporal:** os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. Ciência & Saúde Coletiva, v. 15, p. 931-942, 2010.

FONTANA, R. T. **As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.** Ver. Bras. Enferm. 2006 set-out 59(5) 703-6.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 28 reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho:** estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009

GUEDES, R. M.; LIMA, F. P. A.; ASSUNÇÃO, A. A. **O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da Enfermagem:** o caso da medicação. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1063-1074, 2005.

GUÉRIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAFFOURG J, KERGUE L.E.N. **Compreender o trabalho para transformá-lo.** A prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher Ltda.; 2001.

GURGUEIRA, G. P. ALEXANDRE, N.M.C.; CORREA FILHO, H. R. **Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de Enfermagem.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.608-613, 2003.

GRAYTOFT, P; Anderson J. G. *Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects.* Soc. Sci. Med. 639-45. 1981.

KARASEK, R.A. *Job Demand, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign.* Administrative Science Quarterly. 24:285-308. 1979

YASSI, A. *Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital.* Canada Med. Association Journal. Nov; 151 (9) 1273-79, 1994

LACAIVA, R. M. V. B. **Consulta de Enfermagem no pré-natal.** In: BARROS, S. M. O. (Org.). Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal. Barueri (SP): Manole; 2006.

LAVILLE, A. **Ergonomia.** Trad. M. M. Neves Teixeira. São Paulo: EPU (trabalho original publicado em 1976), 1977.

LEMONS R. C. A.; ROSSI, L. A. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares:** um elo entre a beira do abismo e a liberdade. Revista Latino-am Enfermagem 2002; 10 (30): 345-57.

LIMA, F. P. A. **A formação em Ergonomia:** Trabalho, educação e saúde. Vitória: Fundacentro, V. 1, p. 133-148, 2001.

LOPES, G. T.; SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. **O adoecer em Enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares.** Rev. Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro: v.4 n.1, p. 9-18, maio, 1996.

MACHADO, J. H.; ASSUNCAO, A. A.. **Panorama da Saúde dos Trabalhadores da Saúde.** 1. ed. Belo Horizonte: UFMG, 2012. v. 1. 164p

MACHADO, A. A.et al. **Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde.** Revista de Saúde Pública, v. 26, n.1, p. 54-6, 1992.

MACHADO, M. H.; STIEBLER, A. L.; OLIVEIRA, E. S. **Construindo o perfil da Enfermagem.** Enfermagem em Foco, v. 3, p. 119, 2012.

MARZIALE, M. H. P. **Condições Ergonômicas da Situação de Trabalho, do Pessoal de Enfermagem, em uma Unidade de Internação Hospitalar.** 155p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 1995

MASSON, L. P. **A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de Enfermagem de unidade neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade.** 2007. 236f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

MELO C. M. M. **A Divisão Social do Trabalho na Enfermagem: contribuição ao estudo.** 94p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Universidade Federal da Bahia. Salvador: 1983.

NONATO, E. R. S. **Tecnologia, construção do conhecimento e sociedade no capitalismo tardio.** In: GALEFFI, D. et al. (Orgs). Epistemologia, construção e difusão do conhecimento: perspectivas em ação. Salvador: Eduneb, 2011, p.434-458.

OLIVEIRA, N. T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de Enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário.** 2009. 148f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

OLIVEIRA, P.A.B.; ROCHA, L. E. ; SILVA, A.M.; DINIZ SILVA, C.A.; MOURE, M. L.. **A implantação de políticas públicas de ergonomia na saúde do trabalhador: A experiência participativa no ministério do trabalho e emprego.** In: MINAYO GOMEZ, C., MACHADO, J. M. H.; PENA, P. G. L. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 143-160.

ODENT, M. **A cientificação do amor.** São Paulo: Terceira Margem 2000.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Maternidade segura.** Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (CH); 1996.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal.** Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 32, p. 507136, 2008.

PAI, D. D. LAUTERT L. **O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de Enfermagem.** Revista Latino-am Enfermagem maio-junho 16(3) 2008

PARADA, E.O., ALEXANDRE, N.M.C., BENATTI, M.C.C. **Lesões ocupacionais em coluna vertebral afetando trabalhadores de Enfermagem.** Rev. Latino-am. Enfermagem. Janeiro-fevereiro; 10 (1): 64-9. 2002.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ C. **Premissas para a compreensão da saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço**. Saúde e Sociedade, v. 19, p. 371-383, 2010.

PIRES D. **Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil**. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT - Annablume; 1998.

RIBEIRO, E. J. G.; SHIMIZU, H. E. **Acidente de trabalho com trabalhadores de Enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, p. 535-540, 2007.

RUIZ, M. T.; BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. **Acidentes de trabalho: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral**. Revista Arquivos de Ciências da Saúde, v. 11, n. 4, p. 219-224, 2004.

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. **Sentimentos pelos profissionais de Enfermagem que atuam em unidade de emergência**. Rev. Bras. Enferm. vol. 62, n. 6, Brasília, Nov./Dec., p. 856-862, 2009.

SESC; FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. Disponível: <<http://www.sesc.com.br/mulheres-brasileiras/pesquisa.html>> Acessado em: 20 mai. 2013.

SILVA, N. M.; MUNIZ, H. P.. **Vivências de trabalhadores em contexto de precarização: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário**. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online), v. 11, p. 821-840, 2011.

SCHWARTZ, Y. **Trabalho e Ergologia**. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). Trabalho e a Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2ª ed. 2010. Niterói: Editora da UFF, 318 p.

WEISS S.J.; DERLET R.; ARNDAHL J.; ERNST A.A.; RICHARDS J.; FERNÁNDEZ-FRACKELTON M.; *et al.* **Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS)**. Acad Emerg Med 2004; 11:38-50.

WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. Ergonomia: método e técnica. São Paulo: Oboré, 1987

WORTH-BUTLER M, MURPHY R.J.L., FRASER D.M. **Towards an integrated model of competence in midwifery**. Midwifery 1994 Dec; 10(2): 225-31.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir das situações reais de trabalho do setor de admissão da emergência foi possível descrever características sobre a organização e funcionamento da maternidade estudada. A desorganização da demanda intensifica o trabalho, produz perturbações e acarreta sobrecarga e sofrimento aos trabalhadores da admissão. Mas ainda, compromete a qualidade da assistência às mulheres. Existem incoerências entre a previsão real da demanda (demanda excedente) e a capacidade instalada disponível (real e necessária), no tocante a organização do sistema de Saúde. Os trabalhadores deste setor desenvolvem suas atividades no contexto de insuficiência de recursos, superlotação e falta de vagas para internação na maternidade, poucos boxes no setor de admissão com espaços adaptados para atendimento, excesso de demanda, déficit de trabalhadores principalmente enfermeiras e técnicas de enfermagem, ausência de normas e rotina. Foram caracterizadas como situações limites entre a capacidade do trabalhador do setor de utilizar sua margem de manobra e ajustar seus modos operatórios para superar esses constrangimentos. As escritas para funcionamento do setor de admissão, foram alguns dos achados da pesquisa.

A autonomia financeira da gestão da maternidade é limitada frente a resolução dos problemas de estrutura física e de equipamentos da maternidade. O seu processo de trabalho é determinado pela resolução de conflitos no cotidiano de funcionamento da maternidade. Há centralização de poder e forte influência da SESAB na garantia dos meios necessários para esse funcionamento, o que se verifica nas dificuldades de ocupação dos postos de trabalho, compra com disponibilidade de bens permanentes e na realização de obras e reparos na estrutura física do serviço. A precarização dos vínculos é tomada como caminho para a ocupação dos postos de trabalho, dentre as quais, postos de trabalho médico, condicionados à lógica de produção de procedimentos. Esse modo de pagamento contribui para a medicalização do parto, expondo as mulheres a violências e constrangimento institucionais. Não existem programas para acompanhamento dos processos de adoecimento no trabalho. Evidenciou-se que a gestão da produção é orientada pela demanda de atendimentos, independente da infraestrutura e da capacidade instalada disponível. Não houve planejamento de custos e recursos suficientes para garantir a manutenção da estrutura física. A frequência de atividades não previstas influencia na organização do trabalho e tem produzido consequências para a relação com o trabalho, podendo promover o adoecimento e frustração

com o trabalho. A análise do cotidiano do trabalho possibilitou desvelar restrições e pressões vivenciadas pelos trabalhadores.

O processo de precarização social e do trabalho exerce um papel importante sobre o funcionamento da maternidade e tem conformado contexto propício para o adoecimento dos trabalhadores, principalmente por conta da intensificação do trabalho. A caracterização da atividade de trabalho das técnicas e enfermeiras do setor de admissão da emergência, permitiu identificar constrangimentos relacionados à variabilidade e excesso da demanda de atendimentos, sobrecarga de trabalho, ritmo de trabalho ditado pelos usuários e pressão temporal. A multiplicidade de funções repetitivas, trabalho intenso e excessivo ritmo com desgaste físico, mental e posições incômodas na execução das atividades foram aspectos presentes no contexto de trabalho da Enfermagem neste setor.

A forma como é organizado o processo produtivo no setor de emergência representa risco potencial à saúde e à segurança dos trabalhadores, as medidas implementadas até então não têm sido suficiente. A abertura de espaços permanentes para vocalização dos trabalhadores pode contribuir para seu empoderamento e sua constituição como sujeito das práticas de replanejamento do próprio trabalho. É importante na organização do trabalho considerar a experiência já existente nas técnicas e enfermeiras e construir coletivamente as prescrições para a realização das tarefas a partir das condições reais.

É necessário implantar núcleo de saúde do trabalhador da maternidade para acompanhar e construir juntos com os trabalhadores medidas e planos para constituição de ambientes de trabalho mais saudáveis, programas ergonômicos, realização de exames preventivos periódicos de natureza ocupacional, vacinação ocupacional, reabilitação profissional com apoio ao retorno e à reabilitação ao trabalho, além da implantação de serviços de segurança no trabalho, prevenção de incêndios, planos de contingenciamento e evacuação de pacientes em casos de acidentes ampliados.

Devem-se ainda adotar medidas para adequar o ritmo de trabalho, identificar e contribuir para a ampliação das margens de manobra, assegurando a potencialização da ação comunicativa no cotidiano do trabalho, ampliando o poder de agir para superar as situações de restrição no setor de admissão.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, J. I. **Restrução produtiva e variabilidade do trabalho:** uma abordagem da ergonomia. *Psic.: Teor. e Pesq.*, v. 16, n.1, p. 49-54, 2000.

ABRAHÃO, J. I.; PINHO, D. L. M.. **As transformações do trabalho e desafios teórico-metodológicos da Ergonomia.** *Estudos de Psicologia (Campinas)*, Universidade do RN, v. 7, p. 45-52, 2002.

ANTUNES, R. **Dimensão da precarização estrutural do trabalho.** In: DRUCK, G. FRANCO, T. (Orgs.) *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização.* São Paulo: Boitempo, 2007. P.13-22.

ALEXANDRE, N. M. C.; BENATTI, M. C. C.. **Acidentes de trabalho afetando a coluna vertebral:** um estudo realizado com trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 6, n. 2, p. 65-72, 1998.

ALEXANDRE, N. M. C.. **Aspectos ergonômicos e posturais e o trabalhador da área de saúde.** *Semina. Ciências Biológicas e da Saúde*, v. 28, p. 109-118, 2007.

ALMEIDA, P. J. S. PIRES, D. E. P. **O trabalho em emergências; entre o prazer e o sofrimento.** *Ver. Eletrônica Enferm* 2007; 9 (3): 617-29.

ASSUNÇÃO, A. A. **O saber prático construído pela experiência compensa as deficiências provocadas pelas condições inadequadas de trabalho.** *Trabalho & Educação (UFMG)*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, p. 35-49, 2003.

_____, A. A.. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.** In: Gomes CM; Machado JMH; Pena PGL. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. , p. 453-478.

_____, A. A.. **Condições de trabalho e saúde dos trabalhadores da saúde.** In: Gomes CM; Machado JMH; Pena PGL. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, p. 453-478. ARNETZ, J. E. ARNETZ, B.B. PETERSON, I. L. *Violence in the nursing profession: occupational and lifestyle risk factors in Swedish nurses.* *Work and Stress.* v. 10, n. 2, p. 119-127. 1996.

ARAÚJO, T. M.; AQUINO, E.; MENEZES, G.; SANTOS, C. O.; AGUIAR, L.. **Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem.** *Revista de Saúde Pública (Impresso)*, São Paulo, v. 37, n.4, p. 424-433, 2003

BARROS, M. E. B.; S. F. S. **O Trabalho em Saúde nos Referenciais da Política Nacional de Humanização:** construindo uma metodologia de análise e intervenção. In: Carlos Minayo; Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea.* 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 123-141.

BRANT, L.. DIAS, E.C. **Trabalho e sofrimento em gestores de uma empresa em reestruturação.** *Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)*, Rio de Janeiro, v. 20, n.4, p. 942-949, 2004

BAKKE, H. ARAÚJO, N.M.C. **Acidentes de trabalho com profissionais de saúde de um hospital universitário**. Produção (São Paulo. Impresso), v. 20, p. 669-676, 2010.

BALISTA, R. R.; SANTIAGO, S. M.; CORRÊA-FILHO, H. R. **A descentralização da vigilância da saúde do trabalhador no município de Campinas, São Paulo, Brasil: uma avaliação do processo**. Cadernos de saúde pública, 27 (4): 759-768, 2011.

BALSAMO A. C.; FELLI, V. E. A.. **Estudo sobre os acidentes de trabalho com exposição aos líquidos corporais humanos em trabalhadores da saúde de um hospital universitário**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 14, n. 3, p. 346-353, 2006.

BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. **Afastamentos do trabalho na Enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino**. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 11, n. 2, p. 177-183, 2003.

BARROS, M. E. B.; S. F. S. **O Trabalho em Saúde nos Referenciais da Política Nacional de Humanização: construindo uma metodologia de análise e intervenção**. In: Carlos Minayo; Jorge Mesquita Huet Machado e Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. 1ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 123-141.

BUCKLE, P., DEVEREUX J. *The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders applied ergonomics*. 2002

BRASIL. Congresso Nacional. **Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: 25 de junho, 1986.

_____. Presidência da República. **Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987**. Regulamenta a Lei n. 7.498 de 25 de junho de 1986 e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF: 08 de junho, 1987.

BRASIL. Ministério da Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador**. Relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Formação e intervenção**. Volume I. Série B. Textos Básicos de Saúde. Política Nacional de Humanização Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**. 2012. Disponível em: [http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-\[444-090312-SES-MT\].pdf](http://www.saude.mt.gov.br/upload/documento/444/manual-pratico-rede-cegonha-[444-090312-SES-MT].pdf) Acessado em 2 de Out. 2012

BRITO, J. A. **Ergologia como perspectiva de análise: a Saúde do Trabalhador e o Trabalho em Saúde**. In: MINAYO-GOMES, C.; MACHADO, J. H.; PENA, P. G. L. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011, p. 480-494.

BRITO, J. A. **Trabalho prescrito**. Dicionário de Educação Profissional em saúde. Disponível em <http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>

BRUGGEMANN O. M. **O apoio à mulher no nascimento por acompanhante de sua escolha: abordagem quantitativa e qualitativa [tese de doutorado]**. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/ UNICAMP; 2005.

CANINI, S. R. M. S. **Acidentes perfurocortantes entre trabalhadores de Enfermagem de um hospital universitário do interior paulista.** Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 10, n. 2, p. 172-178, 2002.

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. S.; ESPOSITO, S. L. **Estudo dos acidentes de trabalho ocorrido entre trabalhadores de instituições que desenvolvem ações de saúde no município de São Carlos no ano de 2000 e registrados junto a Previdência Social.** In: II Encontro de Pesquisa em Enfermagem, 2002, Águas de Lindóia. II Encontro de Pesquisa em Enfermagem. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2002.

CONTRERA-MORENO, L.; MONTEIRO, M. I. **Violência no trabalho em enfermagem: um novo risco ocupacional.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 57, n.6, p. 746-749, 2004.

CAMPOS, G. W. S.. **Um método para análise e co-gestão de coletivos.** 2.ed. SÃO PAULO: EDITORA HUCITEC LTDA., 2005. 236p .COSTA, T. F., FELLI, V.E.A. **Exposição dos trabalhadores de Enfermagem às cargas químicas em um hospital público universitário da cidade de São Paulo.** Revista Latino-americana de Enfermagem. 2005; 13: 501-8.

DANIELOU, F. **Introdução:** Questões epistemológicas acerca da Ergonomia. In: DANIELOU, F. (Coord.) a Ergonomia em busca de seus princípios: debates epistemológicos. São Paulo: ed. Edgard Blucher, 2004, p. 1-18

DANTZER, R. **Estresse.** In: DORON, R; PAROT, F. Dicionário de Psicologia. São Paulo Ática: 316. 1998

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho.** 5 ed. São Paulo: Cortez – Oboré, 2005. 168 p.

_____. **O fator humano.** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1997.

DELGADO, M. L.; OLIVEIRA, B. R. G. **Perfil epidemiológico do adoecimento dos profissionais de Enfermagem de um hospital universitário.** *Nursing*, ed. Brasileira, 2005; 87: 365-370.

DEMEROUTI, E. *et al.* **A model of burnout and life satisfaction amongst nurses.** *Journal of Advanced Nursing*, 32 (2): 454-464, 2000.

DINIZ, S.G.. **Gênero, Saúde Materna e o Paradoxo Perinatal.** Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano, v. 19, p. 313-326, 2009

_____. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** *Ciência e Saúde Coletiva*. 2005;10(3):627-3.

DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, M. V.; MAMEDE, F. V. **Desempenho das Competências Obstétricas na Admissão e Evolução do Trabalho de Parto: atuação do profissional de saúde.** Escola Anna Nery. v. 12, p. 717-725, 2008.

DURRIVE, L. & SCHWARTZ, Y. **O Trabalho e a Ergologia: conversas sobre a atividade humana.** 2ª ed. 2010. Niterói: Editora da UFF, 318 p.

FERNANDES A. T., FERNANDES M. O. V., RIBEIRO FILHO N. **A infecção Hospitalar e suas interfaces na área da saúde.** São Paulo (SP): Atheneu; 2000.

FERNANDES, R. C. P.; ASSUNÇÃO, A. Á.; CARVALHO, F. M. **Tarefas repetitivas sob pressão temporal:** os distúrbios musculoesqueléticos e o trabalho industrial. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, p. 931-942, 2010.

_____. R. C. P.. **Precarização do trabalho e os distúrbios musculoesqueléticos.** Caderno CRH (UFBA. Impresso), v. 24, p. 155-170, 2011.

FONTANA R.T. **As infecções hospitalares e a evolução histórica das infecções.** *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 59, p. 703-706, 2006.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 28 reimpressão. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FRANCO, T. M.; DRUCK, G.; SELIGMANN-SILVA, E. **As novas relações de trabalho, o desgaste mental do trabalhador e os transtornos mentais no trabalho precarizado.** *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v.35, n.122, p.229-248, 2010.

GODOY, S. C. B. **Prazer e sofrimento do enfermeiro na relação com o trabalho:** estudo em um hospital de urgência e emergência de Belo Horizonte. 2009. 188f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009

GUEDES, R. M.; LIMA, F. P. A.; ASSUNÇÃO, A. A. **O programa de qualidade no setor hospitalar e as atividades reais da Enfermagem:** o caso da medicação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 1063-1074, 2005.

GURGUEIRA, G. P. ALEXANDRE, N. M. C.; CORREA FILHO, H. R. **Prevalência de sintomas musculoesqueléticos em trabalhadores de Enfermagem.** *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.11, n.5, p.608-613, 2003.

GUÉRIN F., LAVILLE A., DANIELLOU F., DURAFFOURG J, KERGUE L.E.N. **Compreender o trabalho para transformá-lo.** A prática da Ergonomia. São Paulo: Edgard Blucher Ltda.; 2001.

GRAYTOFT, P; Anderson J. G. *Stress among hospital nursing staff: Its causes and effects.* *Soc. Sci. Med.* 639-45. 1981.

IBAÑEZ, N.; VECINA NETO, G.. **Modelos de Gestão e o SUS.** *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, p. 1831-1840, 2007.

JONGE, J.; MULDER, M. J. G. P.; NIJHUIS, F. J. N. **The incorporation of different demand concepts in the job demand-control model:** Effects on health care professionals. *Social Science and Medicine*, 48, 1149–1160. 1999.

KARASEK, R.A. **Job Demand, job decision latitude, and mental strain:** implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly* 24:285-308. 1979

YASSI, A. *Assault and abuse of health care workers in a large teaching hospital.* *Canada Med. Association Journal.* Nov; 151 (9) 1273-79, 1994

- LACAVAL, R. M. V. B. **Consulta de Enfermagem no pré-natal**. In: BARROS, S. M. O. (Org.). *Enfermagem no ciclo gravídico-puerperal*. Barueri (SP): Manole; 2006.
- LAVILLE, A. **Ergonomia**. Trad. M. M. Neves Teixeira. São Paulo: EPU (trabalho original publicado em 1976), 1977.
- LEMOS R. C. A.; ROSSI, L. A. **O significado cultural atribuído ao centro de terapia intensiva por clientes e seus familiares: um elo entre a beira do abismo e a liberdade**. *Revista Latino-am Enfermagem* 2002; 10 (30): 345-57.
- LIMA, F. P. A. **A formação em Ergonomia: Trabalho, educação e saúde**. Vitória: Fundacentro, V. 1, p. 133-148, 2001.
- LOPES, G. T.; SPINDOLA, T.; MARTINS, E. R. **O adoecer em Enfermagem segundo seus profissionais: estudos preliminares**. *Rev. Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro: v.4 n.1, p. 9-18, maio, 1996.
- MACHADO, A. A. *et al.* **Risco de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em profissionais da saúde**. *Rev. Saúde Públ.*, v. 26, n.1, p. 54-6, 1992.
- MACHADO, A.; STIEBLER, A. L.; OLIVEIRA, E. S. **Construindo o perfil da Enfermagem**. *Enfermagem em Foco*, v. 3, p. 119, 2012.
- MARZIALE, M. H. P. **Condições Ergonômicas da Situação de Trabalho, do Pessoal de Enfermagem, em uma Unidade de Internação Hospitalar**. 155p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto: 1995
- MARZIALE, M.H.P., RODRIGUES, C. M. **A produção científica sobre os acidentes de trabalho com material perfurocortante entre trabalhadores de enfermagem**. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v.10, n.4, p.571-7. 2002.
- MASSON, L. P. **A dimensão relacional do trabalho de auxiliares de Enfermagem de unidade neonatal: uma análise do ponto de vista da atividade**. 2007. 236f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.
- MELO C. M. M. **A Divisão Social do Trabalho na Enfermagem: contribuição ao estudo**. 94p. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária). Universidade Federal da Bahia. Salvador: 1983.
- MELO, E. M. C.; ASSUNÇÃO. A. A. ; FERREIRA. R. A.. **O trabalho dos pediatras em um serviço público de urgência: fatores intervenientes no atendimento**. *Cadernos de Saúde Pública (FIOCRUZ)*, v. 23, p. 3000-3010, 2007.
- MONTEIRO, M. S.; ALEXANDRE, N. M. C.; RODRIGUES, C. M. **Doenças musculoesqueléticas, trabalho e estilo de vida entre trabalhadores de uma instituição pública de saúde**. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 40, n.1, p. 20-25, 2006
- NATIONAL Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). **Violence in the workplace**. Available from: < <http://www.cdc.gov/niosh/violcont.html>>. Acesso em 12 de janeiro de 2013

NONATO, E. R. S. **Tecnologia, construção do conhecimento e sociedade no capitalismo tardio**. In: GALEFFI, D. et al. (Org). Epistemologia, construção e difusão do conhecimento: perspectivas em ação. Salvador: Eduneb, 2011, p.434-458.

ODENT, M. **A cientificação do amor**. São Paulo: Terceira Margem 2000.

OLIVEIRA, P. A. B. ; ROCHA, L. E. ; SILVA, A. M. ; DINIZ SILVA, C. A.; MOURE, M. L.. **A implantação de políticas públicas de Ergonomia na saúde do trabalhador: A experiência participativa no ministério do trabalho e emprego**. In: Carlos Minayo Gomez, Jorge Mesquita Huet Machado, Paulo Gilvane Lopes Pena. (Org.). Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2011, v. 1, p. 143-160.

OLIVEIRA, N. T. **O processo de adoecimento do trabalhador da saúde: o setor de Enfermagem do pronto socorro de um hospital universitário**. 2009. 148f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

ORGANIZAÇÃO Mundial de Saúde. **Maternidade segura**. Assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra (CH); 1996.

OSORIO DA SILVA, C. **As ações de saúde do trabalhador como dispositivo de intervenção nas relações de trabalho**. In: Barros, M.E.B. *et al* (Orgs.) Psicologia e saúde: desafios às políticas publicas no Brasil . Vitória: Edufes, 2007.

PARADA E. O., ALEXANDRE N. M. C., BENATTI M. C. C. **Lesões ocupacionais afetando coluna vertebral e trabalhadores de enfermagem**. Ver. Latino-americana de Enfermagem janeiro fevereiro; 10(1):64-9. 2002

PAI, D. D. LAUTERT L. **O trabalho em urgência e emergência e a relação com a saúde dos profissionais de Enfermagem**. Revista Latino-am Enfermagem maio-junho 16(3) 2008

PARADA, E.O., ALEXANDRE, N.M.C., BENATTI, M.C.C. **Lesões ocupacionais em coluna vertebral afetando trabalhadores de Enfermagem**. Rev. Latino-am. Enfermagem. Janeiro-fevereiro; 10 (1): 64-9. 2002.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ C. **Premissas para a compreensão da saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço**. Saúde e Sociedade, v. 19, p. 371-383, 2010.

PIRES D. Reestruturação produtiva e trabalho em Saúde no Brasil. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT - Annablume; 1998.

PENA, P. G. L.; MINAYO-GOMEZ C. **Premissas para a compreensão da saúde dos Trabalhadores no Setor Serviço**. Saúde e Sociedade, v. 19, p. 371-383, 2010.

PEREIRA M.S., MORYA T.M.. **Infecção hospitalar: estrutura básica de Vigilância e controle**. Goiânia (GO): AB; 1995.

PAGLIOSA, F. L.; DA ROS, M. A. **O Relatório Flexner: para o bem e para o mal**. Revista Brasileira de Educação Médica (Impresso), v. 32, p. 507136, 2008.

RIBEIRO, E. J.G.;SHIMIZU, H. E. **Acidente de trabalho com trabalhadores de enfermagem**. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 60, p. 535-540, 2007

- RODRIGUES E.A.C. **Infecções hospitalares**: prevenção e controle. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.
- RUIZ, M. T.; BARBOZA, D. B.; SOLER, Z. A. S. G. **Acidentes de trabalho**: um estudo sobre esta ocorrência em um hospital geral. *Revista Arquivos de Ciências da Saúde*, v. 11, n. 4, p. 219-224, 2004.
- SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. **Sentimentos pelos profissionais de Enfermagem que atuam em unidade de emergência**. *Rev. Bras. Enferm.* vol. 62, n. 6, Brasília, Nov./Dec., p. 856-862, 2009.
- SESC; FUNDAÇÃO Perseu Abramo. **Pesquisa Mulheres brasileiras e gênero nos espaços público e privado 2010**. Disponível: <<http://www.sesc.com.br/mulheres-brasileiras/pesquisa.html>> Acessado em: 20 mai. 2013.
- SILVA, N. M.; MUNIZ, H. P.. **Vivências de trabalhadores em contexto de precarização**: um estudo de caso em serviço de emergência de hospital universitário. *Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online)*, v. 11, p. 821-840, 2011.
- SOBRINHO, C. L.N. **Condições de trabalho e saúde dos médicos em Salvador**, Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira*, v. 52, p. 97-102, 2006.
- SCHWARTZ, Y. **Trabalho e Ergologia**. In: SCHWARTZ, Y; DURRIVE, L. (Orgs.). *Trabalho e a Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. 2ª ed. 2010. Niterói: Editora da UFF, 318 p.
- STRAZDINS L, BAMMER G. Women, work and musculoskeletal health. *Social Science and Medicine*, 58: 997-1005, 2004.
- THÉBAUD-MONY, A.; DRUCK, G.. **Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil**. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (org.). *A Perda da Razão Social do Trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- WEISS S.J.; DERLET R.; ARNDAHL J.; ERNST A.A.; RICHARDS J.; FERNÁNDEZ-FRACKELTON M.; *et al.* **Estimating the degree of emergency department overcrowding in Academic Medical Center: results of the National ED Overcrowding Study (NEDOCS)**. *Acad Emerg Med* 2004; 11:38-50.
- WISNER, A. **Por dentro do trabalho**. Ergonomia: método e técnica. São Paulo: Oboré, 1987
- WORTH-BUTLER M, MURPHY R.J.L., FRASER D.M. **Towards an integrated model of competence in midwifery**. *Midwifery* 1994 Dec; 10(2): 225-31.

ANEXOS

Anexo 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) para participar da pesquisa *“A análise do trabalho na emergência de uma maternidade pública”*.

Tem como objetivo descrever o contexto do trabalho de gestores da maternidade, técnicos de enfermagem, enfermeiros e obstetras do setor de admissão de uma maternidade pública de Salvador. Pretende caracterizar as dificuldades vividas e os fatores presentes no processo de gestão do trabalho que se associam a riscos à saúde. Esse conhecimento é importante para a adoção de medidas que assegurem a melhoria das condições de trabalho e saúde para os profissionais da emergência, contribuindo também para melhorar da assistência aos usuários do SUS. Não é objetivo identificar erros ou emitir juízo de valor sobre a atuação profissional. Os riscos relacionados sua participação na pesquisa restringem-se: à sua identificação como informante, constrangimento ou temeridade quanto à probabilidade de identificar erro na atuação profissional; e uso indevido de sua voz. Para evitar esta situação, as informações obtidas serão confidenciais e o sigilo de sua participação será assegurado. O benefício relativos a sua participação esta na contribuição à melhoria das condições de trabalho no seu setor de trabalho pela identificação e possibilidade de redução dos riscos presentes no contexto laboral. Sua participação consistirá em: a) permitir o acompanhamento do pesquisador durante o dia de seu trabalho; b) permitir ou não registro de voz durante o desenvolvimento de sua atividade; e c) responder às perguntas feitas durante as observações do trabalho. Haverá gravação em áudio das entrevistas para posterior transcrição. As gravações serão destruídas e o material transcrito ficará sob a responsabilidade do pesquisador principal. A sua guarda será garantida por 5 anos e a pesquisa ficará disponível no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho- FAMEB/UFBA. Os resultados serão utilizados em publicações científicas, sendo garantido o anonimato e a preservação da imagem da instituição. Haverá apresentação dos resultados da pesquisa para trabalhadores e toda a comunidade hospitalar. Não haverá compensação financeira ou pagamento pelo fornecimento das informações. A participação no estudo é voluntária, sendo garantida a liberdade de retirada do consentimento antes ou durante a pesquisa, sem penalidades ou prejuízo. É assegurado o direito de pleitear indenização em caso de danos decorrentes de sua participação na pesquisa. Será assegurado ressarcimento das despesas decorrentes da pesquisa. Este termo deverá ser assinado e apresentado antes de sua participação na pesquisa.

Ao assinar o presente termo você receberá uma cópia onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação:

Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho- FAMEB/UFBA.

Largo do Terreiro de Jesus, s/n, Centro Histórico CEP: 40.025-010 Salvador, Bahia, Brasil.

Tel.: 71 3283-5573. Paulo Gilvane Lopes Pena (Professor Orientador)

Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem /UFBA

Rua Augusto Viana, s/nº - Hospital Universitário Prof. Edgard Santos, 1º andar - Canela - Salvador/BA - 40.110-160 Fone: 71 3283-8043 / 71 3283-8043.

Data __ / __ / __

Declaro que fui suficientemente informado sobre as informações que li ou que foram lidas para mim, relativas aos objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Manoel Henrique de Miranda Pereira

Assinatura do participante

Anexo 2 Parecer Consubstanciado do CEP

ESCOLA DE ENFERMAGEM DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA
BAHIA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise do trabalho no setor de emergência de uma maternidade pública

Pesquisador: Manoel Henrique de Miranda Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 00703313.5.0000.5531

Instituição Proponente: Universidade Federal da Bahia - UFBA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 309.613

Data da Relatoria: 06/06/2013

Apresentação do Projeto:

Reapresentação do Projeto de dissertação do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da FAMED da UFBA, para qualificação sob a orientação do Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena.

Objetivo da Pesquisa:

NDN

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

NDN

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O autor apresenta as alterações solicitadas no parecer substanciado anterior colocando o TCLE envolvendo todos os profissionais inclusive os Gestores.

O autor esclarece na metodologia, no item sujeitos da pesquisa, que também serão realizadas entrevistas com os gestores da instituição com objetivo de melhor compreender o contexto das tarefas dos profissionais do setor de admissão da maternidade.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

NDN

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

APÊNDICE

Instrumento de coleta de dados:

Roteiro semiestruturado da pesquisa

- a. **Qual a função que você desenvolve na maternidade?**
- b. **Qual seu vínculo de emprego?**
- c. **Quanto tempo de formação?**
- d. **Quais são suas experiências profissionais?**
- e. **Há quanto tempo você desenvolve a função?**
- f. **O que está descrito pela instituição sobre as suas atribuições?**
- g. **Qual a sua rotina de trabalho na admissão?**
- h. **Quando você chegou alguém explicou a você ou você teve acesso às rotinas?**
- i. **Em sua opinião quais são as dificuldades para execução do seu trabalho na emergência?**