



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA

**BRUNA FABRÍCIO BARCELOS**

“DAR CONTA DO PLANTÃO”: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia no Rio de Janeiro

Rio de Janeiro  
2025

BRUNA FABRÍCIO BARCELOS

“DAR CONTA DO PLANTÃO”: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia no Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Doutor em Saúde Coletiva.

Orientadora: Profa. Dra. Jaqueline Teresinha Ferreira

Rio de Janeiro

2025

B242 Barcelos, Bruna Fabrício.  
“Dar conta do plantão”: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia, no Rio de Janeiro / Bruna Fabrício Barcelos. – Rio de Janeiro, 2025.  
197 f.: il.; 30 cm.

Orientadora: Jaqueline Teresinha Ferreira.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2025.

Referências: f. 168-188.

1. Enfermagem. 2. Enfermeiras e enfermeiros. 3. Serviço hospitalar de enfermagem. 4. Jornada de trabalho. 5. Antropologia cultural. 6. Saúde pública. I. Ferreira, Jaqueline Teresinha. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Estudos em Saúde Coletiva. III. Título.

CDD 610.73

BRUNA FABRÍCIO BARCELOS

“DAR CONTA DO PLANTÃO”: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia no Rio de Janeiro

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial para a obtenção do título Doutor em Saúde Coletiva.

Aprovada em: 02 de outubro de 2025.

---

Profa. Dra. Jaqueline Teresinha Ferreira  
IESC/UFRJ

---

Profa. Dra. Neide Emy Kurokawa e Silva  
IESC/UFRJ

---

Dr. Carlos Leonardo Figueiredo Cunha  
UFMA

---

Dra. Tereza Cristina Felipe Guimarães  
INC

---

Dra. Valeria Ferreira Romano  
UFRJ

Dedico este trabalho à Ilma, Sérgio,  
Arthur e Alex.

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, por me permitir crescer em resiliência, paciência e determinação.

Aos meus pais – Ilma e Sérgio, pelo amor e apoio incondicional.

Ao meu marido, Alex, pelo companheirismo e apoio.

Ao meu filho, meu amor, Arthur. Obrigada por tudo e tanto!

À minha orientadora e parceira, Jaqueline Ferreira, obrigada por me esperar!

## RESUMO

BARCELOS, Bruna Fabrício. **“Dar conta do plantão”**: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia, no Rio de Janeiro. 2025. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

A institucionalização do cuidado, o ambiente hospitalar e as características do trabalho em saúde repercutem no trabalho da enfermagem hospitalar. O serviço de enfermagem, em geral, se caracteriza por hierarquia rígida, divisão do trabalho em tarefas, fazer em detrimento do pensar e forte preocupação com manuais de procedimentos, normas, rotinas e escalas. Esta pesquisa é uma etnografia sobre a organização do trabalho das enfermeiras que atuam em duas enfermarias cirúrgicas de um hospital de ensino, no município do Rio de Janeiro, o Instituto Nacional de Cardiologia (INC). A questão que a norteia é: Como as enfermeiras que atuam nas enfermarias cirúrgicas do referido hospital organizam seu trabalho para “dar conta do plantão”? Os objetivos foram (1) identificar e analisar como as enfermeiras organizavam seu trabalho ao longo do plantão em duas enfermarias do INC; (2) compreender os significados que as enfermeiras atribuíam às prioridades que estabeleciam para suas ações profissionais; (3) compreender e analisar o trabalho real das enfermeiras manifesto na díade do oral e o escrito no trabalho das profissionais. A coleta de dados foi realizada por um período de dez meses não consecutivos, com uso de observação participante e entrevistas etnográficas. A partir das observações foi elaborado um roteiro e, em seguida, foram entrevistadas cinco enfermeiras, gerentes e profissionais assistenciais, onde foram abordadas questões acerca da formação profissional, cuidado de enfermagem, organização do trabalho, valorização e satisfação profissional. Os dados foram analisados a partir do conceito antropológico de cultura. Na análise de dados três categorias foram evidenciadas – estratégias no combate à precarização do trabalho; a interdependência profissional no gerenciamento do cuidado hospitalar e o trabalho das enfermeiras entre o oral e o escrito. Os resultados demonstraram o enfrentamento das enfermeiras diante da precarização do trabalho para “dar conta do plantão”, estabelecendo prioridades constantemente diante do dinamismo do trabalho em saúde, no ambiente hospitalar. Os desafios apontados pelas enfermeiras foram a função de mediador na equipe de saúde, onde a hierarquia

profissional interfere nas suas ações cotidianas impedindo que o trabalho interprofissional se concretize; a falta de comunicação efetiva; o excesso de demandas e o déficit de profissionais que configuravam a organização do trabalho ao longo do plantão. No entanto, foi evidenciado o aspecto relacional fortemente atrelado à profissão que se materializava durante a realização das visitas de enfermagem. A visita de enfermagem foi uma prioridade apontada pelas mesmas, pois era uma forma das enfermeiras tomarem ciência das necessidades de saúde dos pacientes permitindo a continuidade de sua terapêutica. Esta etnografia revelou a importância das pesquisas de abordagem qualitativas para identificar aspectos que não são mensuráveis, porém, implicam de maneira significativa na assistência em saúde com destaque para a precarização do trabalho.

Palavras-chave: antropologia cultural; serviço hospitalar de enfermagem; saúde pública; enfermeiras e enfermeiros; jornada de trabalho.



## ABSTRACT

BARCELOS, Bruna Fabrício. **“Dar conta do plantão”**: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia, no Rio de Janeiro. 2025. 197 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

The institutionalization of care, the hospital environment and the characteristics of health work have repercussions on hospital nursing work. Nursing services, in general, are characterized by hierarchy, division of labor into tasks, doing rather than thinking, and a strong concern with procedure manuals, standards, routines and shifts. This research is an ethnography of the work organization of nurses who work in two surgical wards of a teaching hospital in the city of Rio de Janeiro, the National Institute of Cardiology (INC). The guiding question is: How do nurses working in the surgical wards of the aforementioned hospital organize their work to “get through their shifts”? The objectives were (1) to identify and analyze how nurses organized their work throughout their shifts in two INC wards; (2) to understand the meanings that nurses attributed to the priorities they established for their professional actions; (3) to understand and analyze the actual work of nurses manifested in the oral and written dyad in the professionals’ work. Data collection was carried out over a period of ten non-consecutive months using participant observation and ethnographic interviews. Based on the observations, a script was developed and then five nurses, managers and care professionals were interviewed, where issues related to professional training, nursing care, work organization, appreciation and professional satisfaction were addressed. Data were analyzed based on the anthropological concept of culture. Three categories were highlighted in the data analysis: the organization of nurses’ work in the surgical wards of the National Institute of Cardiology (INC); professional interdependence in hospital care management and in nurses’ work - between oral and written communication. The results obtained showed that nurses faced the precariousness of their work in order to “keep up with the shift” by constantly establishing priorities in view of the dynamism of health work in the hospital environment. The challenges highlighted by the nurses were the role of mediator in the health team, where their professional position interferes with their daily actions, preventing interprofessional work from being carried out; lack of effective communication; excessive demands and the shortage of professionals that

configured the organization of work throughout the shift. However, the relational aspect strongly linked to the profession that materialized during nursing visits was highlighted. Nursing visits were a priority highlighted by them because it was a way for nurses to become aware of the health needs of patients, allowing the continuity of their therapy. This ethnography revealed the importance of qualitative research to identify aspects that are not measurable, but that have a significant impact on health care, with particular emphasis on the precariousness of work.

Keywords: cultural anthropology; hospital nursing service; public health; nurses; work hours.

## RÉSUMÉ

BARCELOS, Bruna Fabrício. **“Dar conta do plantão”**: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia, no Rio de Janeiro. 2025. 184 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

L'institutionnalisation des soins, le milieu hospitalier et les caractéristiques du travail de santé ont des répercussions sur le travail des infirmières hospitalières. Les services de soins infirmiers, en général, se caractérisent par une hiérarchie rigide, une division du travail en tâches, l'action plutôt que la réflexion, et une grande préoccupation à l'égard des manuels de procédures, des normes, des routines et des horaires. Cette recherche est une ethnographie de l'organisation du travail des infirmières qui travaillent dans deux services de chirurgie d'un hôpital universitaire de la ville de Rio de Janeiro, l'Instituto Nacional de Cardiologia (INC). La question directrice est la suivante : comment les infirmières travaillant dans les services de chirurgie de l'hôpital susmentionné organisent-elles leur travail pour « gérer la garde » ? Les objectifs étaient (1) d'identifier et d'analyser la manière dont les infirmières organisaient leur travail pendant leurs gardes dans deux services de l'INC ; (2) de comprendre les significations que les infirmières attribuaient aux priorités qu'elles établissaient pour leurs actions professionnelles ; (3) de comprendre et d'analyser le travail réel des infirmières, manifesté par la dyade travail oral et écrit dans le travail des professionnels. La collecte de données a été réalisée sur une période de dix mois non consécutifs à l'aide d'observations participantes et d'entretiens ethnographiques. Sur la base de ces observations, un scénario a été élaboré, puis cinq infirmières, cadres et professionnels de santé ont été interrogés, où des questions concernant la formation professionnelle, les soins infirmiers, l'organisation du travail, la valorisation et la satisfaction professionnelle ont été abordées. Les données ont été analysées sur la base du concept anthropologique de culture. Trois catégories ont été mises en évidence dans l'analyse des données : l'organisation du travail des infirmières dans les services de chirurgie de l'Institut national de cardiologie (INC) ; l'interdépendance professionnelle dans la gestion des soins hospitaliers et le travail des infirmières – entre oral et écrit. Les résultats ont démontré comment les infirmières ont fait face à la précarité de leur travail pour « suivre le rythme » en établissant constamment des priorités compte tenu du

dynamisme du travail de santé en milieu hospitalier. Les défis soulignés par les infirmières étaient le rôle de médiateur au sein de l'équipe soignante, où la hiérarchie professionnelle interfère dans leurs actions quotidiennes, empêchant le travail interprofessionnel ; le manque de communication efficace ; les exigences excessives et le manque de professionnels qui ont configuré l'organisation du travail tout au long du quart. Cependant, l'aspect relationnel fortement lié à la profession, qui s'est matérialisé lors des visites infirmières, a été mis en évidence. Les visites infirmières étaient une priorité pour elles, car elles leur permettaient de prendre conscience des besoins de santé des patients, permettant ainsi la continuité de leur traitement. Cette ethnographie a révélé l'importance de la recherche qualitative pour identifier les aspects non mesurables, mais ayant un impact significatif sur les soins de santé, en mettant l'accent sur la précarité du travail.

Mots-clés: anthropologie culturelle; service infirmier hospitalier; santé publique; Infirmières et infirmiers; heures de travail.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Representação gráfica externa do prédio do INC .....	72
Figura 2 – Divisões anatômicas do coração.....	78
Figura 3 – Esquemas de um coração normal (painel esquerdo) e um coração com CMH (painel direito) .....	81
Figura 4 – Fluxo de trabalho clínico de cardiomiopatia centrado na descrição e classificação do fenótipo. ECG, eletrocardiograma.....	84
Figura 5 – Visão superior do posto de enfermagem que apresentava a mesma configuração em ambas as enfermarias .....	121

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Publicações seleccionadas sobre etnografias na enfermagem.....	98
Quadro 2 – Exemplo do impresso Passagem de Plantão – O Mapa .....	144

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos atores sociais.....	77
Tabela 2 – Resultados de pesquisa bibliográfica sobre etnografias na enfermagem .....	98

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APH	Adicional de Plantão Hospitalar
AVP	Acesso Venoso Periférico
B1	Primeira bulha cardíaca
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CMP	Cardiomiopatia
CMH	Cardiomiopatia Hipertrófica
CMD	Cardiomiopatia Dilatada
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CTI	Centro de Tratamento Intensivo
CVC	Cateter Venoso Central
CVD	Cateter Vesical de Demora
DC	Débito Cardíaco
DRC	Doença Renal Crônica
EAO	Estenose Aórtica
ECG	Eletrocardiograma
EIP	Educação Interprofissional
EM	Estenose Mitral
ESC	European Society of Cardiology
ET	Estenose Tricúspide
EV	Endovenoso
FA	Fibrilação Atrial
Fundacor	Fundação Pró-Coração
HCL	Hospital de Cardiologia de Laranjeiras
HGT	Hemogluco teste
IAo	Insuficiência Aórtica
IAPC	Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciantes
IESC	Instituto de Estudos em Saúde Coletiva
IM	Insuficiência Mitral
INC	Instituto Nacional de Cardiologia



IT	Insuficiência Tricúspide
LES	Lúpus Eritematoso Sistêmico
LRF	Lei de Responsabilidade Fiscal
MPEA	Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial
MS	Ministério da Saúde
MSD	Membro Superior Direito
MSE	Membro Superior Esquerdo
NDLV	Cardiomiopatia Ventricular Esquerda Não Dilatada
NERJ	Núcleo Estadual no Rio de Janeiro
ONG	Organização Não Governamental
OSCIP	Organização Social de interesse Público
PC	Práticas Colaborativas
PE	Processo de Enfermagem
PICC	Cateter Central de Inserção Periférica
POP	Procedimento Operacional Padrão
RCM	Cardiomiopatia Restritiva
RX	Radiografia
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TAVI	Troca Valvar Transcateter
TQC	Total Quality Control
UCIC	Unidade Cardio Intensiva Clínica
UFF	Universidade Federal Fluminense
UFRJ	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNIRIO	Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro
VD	Ventrículo direito
VE	Ventrículo esquerdo
VMCB	Valvuloplastia Mitral por cateter-balão

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>19</b>
1.1 MOTIVAÇÕES .....	19
1.2 QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVOS .....	22
1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA .....	22
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO, HISTÓRICO E BASES CONCEITUAIS</b> .....	<b>24</b>
2.1 PROBLEMA E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: REVISITANDO CONCEITOS....	24
2.2 O CAPITALISMO E SUA INFLUÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE .....	29
<b>2.2.1 Repercussões do capitalismo contemporâneo no SUS e na precarização do trabalho da enfermagem brasileira</b> .....	<b>34</b>
2.3 O HOSPITAL E SUA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO .....	39
2.4 REORGANIZAÇÃO DO ENSINO, DO TRABALHO MÉDICO E DA HIERARQUIA NO TRABALHO EM SAÚDE .....	44
2.5 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....	51
2.6 CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA PARA A ENFERMAGEM.....	63
2.7 OS ESTUDOS SOCIOANTROPOLÓGICOS EM HOSPITAIS .....	67
<b>2.7.1 Sobre as culturas hospitalares</b> .....	<b>69</b>
<b>3 O HOSPITAL, AS ENFERMEIRAS E O CORAÇÃO</b> .....	<b>71</b>
3.1 CENÁRIO.....	71
3.2 O UNIVERSO DA PESQUISA: AS ENFERMEIRAS .....	75
3.3 O CORAÇÃO: DOENÇAS CARDIOVASCULARES RELATIVAS AO ESTUDO - MIOCARDIOPATIAS E DOENÇAS OROVALVARES .....	77
<b>3.3.1 Miocardiopatias</b> .....	<b>78</b>
3.3.1.1 <i>Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH)</i> .....	79
3.3.1.2 <i>Cardiomiopatia Dilatada (CMD)</i> .....	81
3.3.1.3 <i>Cardiomiopatia ventricular esquerda não dilatada (NDLVC)</i> .....	82
3.3.1.4 <i>Cardiomiopatia Arritmogênica</i> .....	82
3.3.1.5 <i>Cardiomiopatia Restritiva (RCM)</i> .....	83
<b>3.3.2 Doenças Valvares</b> .....	<b>84</b>

3.3.2.1 Estenose Mitral.....	85
3.3.2.2 Insuficiência Mitral (IM).....	86
3.3.2.3 Estenose Aórtica (EA <sub>o</sub> ) .....	87
3.3.2.4 Insuficiência Aórtica (IAo).....	88
3.3.2.5 Estenose Tricúspide (ET).....	88
3.3.2.6 Insuficiência Tricúspide (IT).....	89
3.3.2.7 Doença Multivalvar .....	89
<b>4 METODOLOGIA - TRAJETÓRIA DE UMA ENFERMEIRA À ETNÓGRAFA .....</b>	<b>91</b>
4.1 ETNOGRAFIA: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS .....	91
<b>4.1.1 As entrevistas etnográficas.....</b>	<b>95</b>
<b>4.1.2 Etnografias na Enfermagem: breve revisão.....</b>	<b>96</b>
<b>4.1.3 A Etnografia nas enfermarias do INC .....</b>	<b>100</b>
4.1.3.1 Construindo relações e desconstruindo familiaridades .....	104
4.1.3.2 As Observações nas enfermarias .....	110
4.2 OLHANDO NO ESPELHO: A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE PESQUISADORA.....	119
4.3 QUESTÕES ÉTICAS.....	120
<b>5 AS ENFERMARIAS E SUAS VICISSITUDES .....</b>	<b>121</b>
5.1 PELAS ENFERMARIAS: DO CENÁRIO DE PESQUISA ÀS CENAS SOCIAIS	121
<b>5.1.1 Enfermaria de Miocardiopatias – o 7º andar .....</b>	<b>121</b>
<b>5.1.2 Enfermaria de Doenças Orovalvares – o 8º andar .....</b>	<b>124</b>
<b>6 “DAR CONTA DO PLANTÃO” .....</b>	<b>130</b>
6.1 ESTRATÉGIAS NO COMBATE À PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO .....	139
6.2 A INTERDEPENDÊNCIA PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO HOSPITALAR .....	154
6.3 O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS - ENTRE O ORAL E O ESCRITO .....	158
<b>7 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>164</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>168</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>189</b>
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	190

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	192
<b>ANEXOS .....</b>	<b>194</b>
ANEXO A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA .....	195
ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA.....	197

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 MOTIVAÇÕES

Graduada em Enfermagem em uma instituição pública de ensino, em 2007, sempre me questionei sobre a especificidade do trabalho do enfermeiro, seu escopo de conhecimento e o papel deste profissional na equipe de saúde. Foi assim que desenvolvi meus estudos de mestrado sobre o processo de enfermagem (PE), um dos instrumentos de trabalho dos enfermeiros para o cuidado direto aos pacientes e, conseqüentemente, sobre as teorias de enfermagem. Uma das motivações para esse estudo foi criticar a visão hierárquica do trabalho em saúde que vê a enfermagem como uma profissão inferior e dependente da médica.

Em março de 2008, iniciei o curso de especialização *lato sensu* nos moldes de residência na área de Enfermagem em Cardiologia na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) onde o campo de atuação era o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) em Laranjeiras – RJ. Neste hospital, a atuação profissional dos enfermeiros junto aos pacientes e a equipe de saúde era mais intensa, principalmente nas terapias intensivas e contribuía para a consolidação da assistência multiprofissional no atendimento aos pacientes portadores de cardiopatias.

Em junho de 2008, iniciei no mercado de trabalho como servidora pública estadual e militar na área de emergência pré-hospitalar. Foram dois anos trabalhando e estudando simultaneamente e, assim, ora como estudante ora como profissional, pude vivenciar algumas diversidades no trabalho da enfermeira<sup>1</sup> que não pode ser reduzido a um fenômeno social isolado.

No decorrer das minhas atividades laborativas, percebia os olhares de estranheza da equipe de saúde, principalmente dos técnicos de enfermagem, enquanto realizava a avaliação dos pacientes; a saber, o exame físico e, sobretudo, a ausculta cardíaca (ato eminentemente médico) e questionava-me o porquê desses olhares e que concepções permeavam as atitudes de alguns profissionais quanto ao

---

<sup>1</sup> A despeito do aumento de homens na enfermagem nas últimas décadas, persiste uma feminização na profissão (Lopes; Leal, 2005). Por essa razão, neste estudo sempre me referirei a “enfermeira(s)” no feminino.

trabalho do enfermeiro. Tudo levava a crer que certas atitudes e procedimentos não eram legítimos de serem realizados por este profissional.

Contrariamente, o curso de especialização primava pela qualidade do cuidado direto aos pacientes, no ambiente hospitalar, e por ser uma instituição de ensino era natural a presença do enfermeiro no leito realizando a sua avaliação. Nessa dissonância entre formação acadêmica e prática profissional procurei contextualizar o olhar sobre o tema processo de trabalho em saúde considerando os aspectos que permeiam a *práxis* de enfermagem, dentre eles, cuidado, filosofia institucional, autonomia, hierarquia e legitimidade, correlacionando-os à maneira como os enfermeiros percebiam e vivenciavam estas questões na sua prática profissional e, assim, a temática trabalho em saúde me encantou.

Desse modo, já no Mestrado Profissional em Enfermagem Assistencial da Universidade Federal Fluminense (MPEA/UFF), pesquisei sobre a coleta de dados do enfermeiro, abordando os aspectos relacionados ao trabalho deste profissional e destacando a especificidade do seu olhar para o paciente. Os resultados da dissertação trataram sobre a escala hierárquica profissional no ambiente hospitalar, cujo topo é ocupada pela medicina ratificando o descrito na literatura, a tomada de decisões que os enfermeiros referiam como “autonomia” profissional traduzida como “algo dado”, “cedido” pelos médicos e a coleta de dados realizada pelos enfermeiros, onde enfatizaram a importância, legitimidade e distinção da profissão na utilização deste instrumento de trabalho.

Ainda instigada acerca das representações sobre a especificidade do trabalho do enfermeiro, iniciei no doutorado, com um projeto de pesquisa abordando os diagnósticos de enfermagem (DE) enfatizando o referencial deste profissional sobre o paciente. No entanto, ao explorar o campo – o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) - percebi que os diagnósticos, assim como todo o processo de enfermagem, eram realizados enquanto ações de cuidado, mas não sistematizado conforme a legislação proposta pelo Conselho Federal de Enfermagem (Cofen).

Esta pesquisa passou pelo processo de qualificação, cujas contribuições sinalizaram que o estudo etnográfico propõe que os objetos de estudo possam emergir do campo. Assim, durante as observações, no contexto da temática trabalho em saúde, a organização do trabalho das enfermeiras nas enfermarias cirúrgicas do INC passou a ser o foco desta pesquisa. Adicionalmente, a sociologia e antropologia foram se incorporando nesse estudo tendo em vista a linha de pesquisa -

Abordagens Socioantropológicas do processo saúde e doença, a qual eu me inseri, no doutorado.

A cultura organiza o mundo de cada grupo social numa experiência integradora que compartilha, comunica e replica suas formas, instituições, seus princípios e valores, segundo sua lógica própria. A cultura de um grupo define como ele reage a um ambiente determinado e como sobreviver neste meio já que os indivíduos são assim “socializados”, ou seja, construídos através da interação social cotidiana, de processos rituais e filiações institucionais tornando-se membros de um grupo que mutuamente se reconhecem. Nesse sentido, a cultura como o foco central da disciplina, ajudou a pensar o meu tema e objeto dentro de uma lógica de “cultura hospitalar” (Geest; Finkler, 2004; Langdon; Wiik, 2010).

Esta interdisciplinaridade nos permite olhar para um determinado objeto de estudo sob várias vertentes e entendê-lo não como um fenômeno social isolado, mas contextualizando as ações dos atores sociais entendendo que “a cultura de um grupo permite aos atores sociais estabelecerem um sistema classificatório e valorativo” (Langdon; Wiik, 2010, p. 177). No entanto, é um conceito caro, pois exige que os profissionais transcendam sua especialidade e reconheçam seus limites para acolher a contribuição de outras disciplinas num esforço conjugado para alcançar os significados de um objeto de estudo. Esta é a proposta desta pesquisa ao articular pressupostos teóricos da enfermagem, saúde coletiva e antropologia uma vez que reconhecemos a essencialidade da interdisciplinaridade para o desenvolvimento das ciências e para o avanço da construção do conhecimento científico (Carvalho, 2007).

O diálogo com conceitos da Antropologia e da Saúde Coletiva permite, através da perspectiva da cultura hospitalar, compreender o porquê das atividades e os sentidos atribuídos a elas de acordo com sua lógica, sem hierarquizá-los ou julgá-los. Considerando que cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas, nos termos dos quais as pessoas fazem certas coisas como sinais de conspiração e se aliam ou percebem os insultos e respondem a eles, a análise antropológica permitiu reconhecer algumas unidades de significação (excesso de atividades burocráticas, precarização do trabalho, interdependência profissional, subjetividade do trabalhador, trabalho ideal, trabalho real, trabalho prescrito). Assim, no “estar aqui”, buscando as unidades de significação para categorização e análise dos dados respeitando os objetivos propostos me detenho a três grandes categorias que englobam as temáticas citadas ao longo da descrição etnográfica: **estratégias**

**no combate à precarização do trabalho; a interdependência profissional no gerenciamento do cuidado hospitalar e o trabalho das enfermeiras – entre o oral e o escrito.**

## 1.2 QUESTÃO NORTEADORA E OBJETIVOS

A questão que norteia esta pesquisa é “Como as enfermeiras que atuam nas enfermarias cirúrgicas do Instituto Nacional de Cardiologia organizam seu trabalho para "dar conta do plantão"?”

Os objetivos foram:

Objetivo Geral:

- Identificar e analisar como as enfermeiras organizavam seu trabalho ao longo do plantão em duas enfermarias do INC.

Objetivos Específicos:

- Interpretar os significados que as enfermeiras atribuíam ao seu trabalho cotidiano;
- Analisar o trabalho real das enfermeiras manifesto na díade do oral e do escrito no trabalho das profissionais;
- Compreender como as enfermeiras estabelecem as prioridades das suas atividades e estratégias para dar conta do plantão.

## 1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

O tema organização do trabalho das enfermeiras é pertinente para o aprimoramento da prática assistencial e desenvolvimento da enfermagem na instituição uma vez que caminha em consonância com a sua visão para excelência na assistência, ensino e pesquisa, desenvolvimento tecnológico e da gestão em saúde além da pretensão em ser centro de formulação de políticas para a prevenção e terapia cardiovascular no país.



A estrutura e cultura organizacional bem como as macropolíticas vigentes na sociedade influenciam e orientam a organização do trabalho dos profissionais nas instituições assim como a institucionalização do cuidado em saúde que o particulariza influenciando diretamente os processos de trabalho das enfermeiras, sua organização bem como o desenvolvimento da profissão já que trabalho em equipe, integralidade do cuidado, recuperação da dimensão cuidadora das práticas de saúde não são conceitos “pacíficos”. Eles envolvem mudanças nas relações de poder entre as profissões de saúde e usuários além de provocarem resistência e disputa (Feuerwerker; Cecílio, 2007).

A relevância do estudo refere-se ao que emerge do cotidiano de trabalho das enfermeiras - o trabalho real destas profissionais, uma vez que a organização do trabalho em saúde continua marcada pelo taylorismo e tem incorporado traços da organização toyotista como flexibilização do trabalho, terceirização, subcontratação, controle de qualidade total, gerência participativa e polivalência produzindo desgastes que interferem na crítica das enfermeiras.

Esse estudo espera contribuir para que o tema da organização do trabalho da enfermagem seja estudado e analisado a partir da interdisciplinaridade que merece. No contexto deste estudo, considerando a interrelação entre enfermagem, saúde coletiva e antropologia, está previsto um retorno de dados para a instituição, seja na forma escrita como na possibilidade de um encontro com as enfermeiras e gestores para apresentação do trabalho.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO, HISTÓRICO E BASES CONCEITUAIS

### 2.1 PROBLEMA E OBJETO DE INVESTIGAÇÃO: REVISITANDO CONCEITOS

Historicamente, a enfermagem acumulou conhecimentos empíricos executando suas atividades baseadas em normas e rotinas de modo que as técnicas foram a primeira expressão do saber da enfermagem. Com o desenvolvimento da profissão, seu escopo de conhecimento foi redimensionado a partir dos estudos sobre as teorias e conceitos da área. Fato que colocou nas mãos das enfermeiras a possibilidade de reflexão criativa e o domínio do seu processo de trabalho, além de uma possível ruptura com a tradicional execução de tarefas complementares ao ato médico (Kirchhof, 2003).

Os estudos sobre as teorias de enfermagem promoveram solidez para a delimitação do campo de atuação profissional da categoria organizando os fenômenos da área em quatro conceitos centrais: Enfermagem, ser humano, meio ambiente (físico, social e simbólico) e saúde os quais compõem a matriz disciplinar da profissão (Garcia; Nóbrega, 2004).

Atualmente, os estudos sobre as Práticas Avançadas de Enfermagem (PAE) demonstram como a profissão procura reconfigurar sua prática assistencial a fim de oferecer melhor qualidade assistencial, já que a PAE expande os limites do escopo da prática do enfermeiro, reforça a sua atuação clínica e promove melhores resultados de saúde e conseqüentemente o avanço da profissão pela integração e aplicação de uma ampla gama de conhecimentos práticos e teóricos, baseados em evidências científicas que emergem como parte do corpo de conhecimento oriundo de pós-graduação (mínimo mestrado) em enfermagem (Cofen, 2023).

Neste contexto de inovação, as tecnologias foram incorporadas à área para uma prática segura e livre de danos. Haja vista o uso do ultrassom pelos enfermeiros para punção com Cateter Central de Inserção Periférica (PICC), muito utilizado no Instituto para pacientes com diagnóstico médico de endocardite infecciosa que precisarão de antibioticoterapia venosa por tempo prolongado.

Em se tratando de uma profissão nuclear, a enfermagem sofre a influência de diversos fatores e demandas que se apresentam no cotidiano de trabalho cuja problematização se torna fundamental para seu desenvolvimento enquanto ciência e diminuição da alienação profissional, já que na pós-modernidade o caos tem regido

as principais práticas organizacionais. O foco do trabalho passou a ser a sua eficácia e os seus resultados, os meios utilizados para atingi-los não são valorizados por se tratar de valores elásticos que mudam a depender dos interesses institucionais e tornam-se de difícil internalização (Silva; Biehl, 2006).

Neste contexto, ao refletir sobre o trabalho processual das enfermeiras, especificamente as que atuam nas enfermarias cirúrgicas de um hospital público de ensino, na cidade do Rio de Janeiro, me surpreendi com sua complexidade e questionei como estes profissionais assistenciais se organizavam para “dar conta do plantão” diante de desafios como a precarização do trabalho, o déficit de pessoal, a institucionalização do cuidado, a centralidade do trabalho médico com reflexos no processo assistencial da enfermagem e as relações de poder, bem como a diversidade de representações acerca da profissão que muitas vezes acarreta uma concepção equivocada das competências do enfermeiro.

O conceito “processo de trabalho em saúde” foi desenvolvido por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1979, 1992) que analisa, a partir da teoria marxista, a articulação de quatro componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, os agentes e a finalidade destacando que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um processo de trabalho específico. O processo de trabalho também pode ser definido como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da ação humana que, para fazê-lo, emprega instrumentos. É algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (Peduzzi; Schraiber, 2024).

Sanna (2007) incorpora esta definição e acrescenta que, na enfermagem, há mais de um processo de trabalho, que podem ou não ser executados simultaneamente. São eles: Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e o Participar Politicamente.

É importante salientar que os processos de trabalho em saúde sofrem variações conforme os modelos tecno-assistenciais adotados para sua operacionalização, dando-lhes um caráter organizativo menos ou mais flexível. Para isso, é preciso reconhecer os microespaços de poder, as diferentes subjetividades que compõem esses espaços e, sobretudo, compondo com os atores desse

processo a sua própria construção cotidiana (Kirchhof, 2003; Bousso; Poles; Cruz, 2014).

A organização consiste na atividade complexa de formatação da estrutura organizacional, envolvendo a definição das pessoas, tecnologias, materiais e demais recursos necessários para o alcance dos objetivos de uma determinada instituição. Implica na divisão do trabalho, responsabilidades, níveis de autoridade e tipo de concepção de gestão a ser adotada (Lorenzetti *et al.*, 2014).

A organização do trabalho da enfermagem hospitalar torna o trabalhador polivalente e multifuncional; há significativo distanciamento entre o trabalho prescrito e o trabalho real, o que predispõe ao sofrimento. Neste ambiente, a precarização e a divisão técnica do trabalho suscitam conflitos de classe o que predispõe mais ao sofrimento psicofísico do trabalhador do que contribui para proteger a subjetividade do coletivo profissional (Matos Filho *et al.*, 2021).

Nos hospitais, o modelo assistencial curativo ainda predominante acarreta reflexos no processo assistencial e nas relações de poder interferindo no desenvolvimento da interdisciplinaridade que poderia desempenhar papel fundamental na concretização de mudanças, porém, está distante de ser uma prática concreta. Apesar disto, na organização e gestão do trabalho e na prática assistencial cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisão (Lorenzetti *et al.*, 2014).

A institucionalização das práticas profissionais de saúde sofre influência de escolhas internas e de fatores condicionantes externos que afetam a organização do trabalho por meio do desenvolvimento tecnológico, da crescente especialização e da perda do controle sobre os meios de trabalho. Nos hospitais houve ampliação da capacidade diagnóstica e de tratamento bem como aumento dos custos caracterizando-se como uma organização complexa atravessada por múltiplos interesses que ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde. Além disso, as singularidades e desafios do trabalho no hospital têm suas expectativas alteradas dependendo dos interesses e das concepções de saúde e cuidado. (Feuerwerker; Cecílio, 2007, p. 966).

Assim, os diversos fatores que afetam os processos de trabalho em saúde formam um arcabouço para a articulação de duas faces do trabalho: a tarefa (o trabalho prescrito) e a atividade (o trabalho real), interferindo diretamente na organização dele. O conceito de “trabalho prescrito” refere-se ao que é esperado no

âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. Está vinculado, de um lado, às regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas (Brito, 2009).

Já as situações reais de trabalho são dinâmicas, instáveis e imprevisíveis, o que envolve estratégias de adaptação do prescrito às mesmas, atravessadas pelas variabilidades e o acaso. Por isso, estudo a organização do trabalho dos enfermeiros que, diante da imprevisibilidade do plantão, precisam através de sua análise e tomada de decisão estabelecer prioridades e qual será a dinâmica do trabalho diante das demandas que se apresentam a cada plantão. Além disso, a compreensão da atividade não se limita ao que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito, pois alguns de seus determinantes são encontrados na história da pessoa ou equipe e na história e cultura da instituição.

Como as prescrições são recursos incompletos por não contemplarem todas as situações encontradas no cotidiano de trabalhar, é enfatizado no conceito de “trabalho real” o papel das pessoas como protagonistas ativos do processo produtivo (e não como ‘fator’ ou ‘recurso’ humano). Mesmo no caso de tarefas muito repetitivas, cabe ao trabalhador fazer regulações/ajustes/desvios que garantam a continuidade da produção, ou seja, tomar decisões e controlar incidentes (Langdon; Wiik, 2010).

Outro conceito que merece destaque nesta pesquisa é precarização do trabalho que em termos genéricos refere-se a um conjunto amplo e variado de mudanças em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas, no contexto do processo de ruptura do modelo de desenvolvimento fordista e de emergência de um novo padrão produtivo. “Precarização” é um termo amplo que se unifica pelo sentido de perda de direitos. Para o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), o trabalho precário está relacionado aos vínculos de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei (Pires, 2009).

Essa multiplicidade de formas de contratação difere da padronização fordista e tem sido chamada pelos defensores de ‘flexibilização’. No entanto, porque, majoritariamente, implica perdas de direitos, tem sido chamada pelos críticos de ‘precarização’. A literatura também registra que a “precarização do trabalho”, com

múltiplas relações contratuais, tem contribuído para aumentar as dificuldades de representação e atuação sindical, deixando os trabalhadores desprotegidos e mais vulneráveis às exigências gerenciais e patronais. No entanto, dependendo do contexto institucional e histórico em que os tipos de contratação ocorrem, flexibilizar pode não ser sinônimo de precarizar (Piore; Sabel, 1987; Mattoso, 1995; Pires, 1996, 2009).

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a existência de múltiplas formas de trabalho precário em saúde e elaborou, através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), o “Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS”, com estratégias definidas para a reversão do quadro (Pires, 2009).

Assim, as transformações no mundo do trabalho repercutem no desmonte dos direitos sociais, na política de saúde e no trabalho da enfermagem. Para os sociólogos Ricardo Antunes e Graça Druck (2015), o mundo do trabalho no Brasil é marcado pela precarização, pela terceirização e pela informalidade. Houve inversão da lógica protetiva do Estado acarretando o incentivo à manutenção do emprego a qualquer custo. Outra relação de trabalho emergente é a pejotização na qual o empregador contrata o empregado como pessoa jurídica. Desta forma, o vínculo jurídico passa a ser regido pelo Direito Civil, descaracterizando a relação trabalhista (Farias *et al.*, 2023; Pereira *et al.*, 2023).

No contexto brasileiro, a precarização do trabalho de enfermagem é impulsionada e legitimada a partir das reformas políticas e administrativas ocorridas por meio de parcerias com o capital público e privado, que se impulsiona a partir da contratação por vínculos terceirizados e precários. Os enfermeiros convivem cotidianamente com a perda de direitos trabalhistas e previdenciários, sendo submetidos às condições indignas de trabalho impostas pela exploração do trabalhador pelo capital (Farias *et al.*, 2023).

É com essa perspectiva, perpassando todos esses conceitos que essa pesquisa tem como objeto de estudo a organização do trabalho dos enfermeiros no ambiente hospitalar em duas enfermarias cirúrgicas do Instituto Nacional de Cardiologia (INC) – a Miocardiopatia e de Doenças Oroalvares.

No INC, as formas de ingresso de enfermeiros são por meio de concurso público para preenchimento de cargo efetivo no Ministério da Saúde, último realizado em 2005, contratos temporários via Fundação Pró-Coração (Fundacor) e,

atualmente, pelo Núcleo Estadual no Rio de Janeiro (Nerj) através de contratos temporários renováveis. Estes, inicialmente, eram pelo período de um ano e poderiam ser renovados por igual período. Ultimamente, esses contratos passaram a ser de seis meses, renováveis por igual período. E a queixa pelo déficit de recursos humanos era frequente no discurso dos profissionais de enfermagem durante as observações. Tal aspecto demonstra que a flexibilização das relações de trabalho, a terceirização e precarização compunham a realidade dos profissionais de enfermagem na instituição.

Enfermeiras são profissionais graduadas (bacharel) em enfermagem, responsáveis pela equipe de enfermagem durante o plantão. Todas as participantes dessa pesquisa foram do sexo feminino e, por essa razão também, esse estudo assume a descrição das interlocutoras no feminino. Majoritariamente graduadas em instituições públicas de ensino com idade entre 30 e 52 anos. O tempo de formação relatado foi superior a dois anos e o tempo de trabalho na instituição superior a um ano.

## 2.2 O CAPITALISMO E SUA INFLUÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Neste item me dedicarei a revisitar os contextos sociais, políticos e econômicos a partir da Revolução Industrial que repercutem no trabalho da saúde, na instituição hospitalar e os preceitos e os princípios norteadores da enfermagem e sua organização de trabalho.

O trabalho constitui o processo de mediação entre homem e natureza onde mesmo fazendo parte dela, o homem diferencia-se por sua ação livre, pela intencionalidade e finalidade que lhe imprime. Trata-se de um processo no qual os seres humanos atuam sobre as forças da natureza submetendo-as ao seu controle e transformando-as em formas úteis à sua vida, e nesse processo de intercâmbio, simultaneamente, transformam a si próprios em um movimento dialético de criação/emancipação e de exploração/alienação (Antunes, 1995, 1999, 2005).

No que diz respeito ao trabalho em saúde, o nível *macro* se refere às relações da sociedade com o mundo do trabalho a partir de uma perspectiva econômica, o nível *meso* é relativo à relação do Estado com a sociedade traduzido nas políticas públicas e o nível *micro* diz respeito à atividade fim a partir do cotidiano do trabalho.

Cabe ressaltar a importância da compreensão da interpenetração entre esses níveis nas pesquisas da área (Teixeira *et al.*, 2020).

Tal aspecto permite diversas inter-relações conceituais que se traduzem no comportamento e nas ações cotidianas, muitas vezes modeladas pelo ambiente de trabalho, principalmente, no âmbito hospitalar. Sem a pretensão de esgotar a discussão das temáticas, proponho uma breve revisão sobre trabalho em saúde e seus reflexos na enfermagem.

As Revoluções Industriais foram extremamente relevantes para a organização do trabalho que sob a influência do taylorismo, fordismo e toyotismo refletiram nos processos de trabalho em saúde. A Primeira Revolução Industrial ocorreu em meados do século XVIII, na Inglaterra, quando se iniciou o uso intensivo de mão-de-obra assalariada. Associada ao trabalho pesado e insalubre na indústria têxtil teve como referência tecnológica fundamental o uso da máquina a vapor. O trabalhador, que até então detinha um significativo conhecimento sobre o conteúdo do seu trabalho, passou, gradualmente, a ter expropriado seu saber-fazer, ao mesmo tempo em que se aprofundou a divisão do trabalho (Merlo; Lápis, 2007).

A Segunda Revolução Industrial, no final do século XIX e início do século XX, nos EUA, foi o período em que a eletricidade passou gradativamente a fazer parte do cotidiano das cidades e a alimentar os motores das fábricas, caracterizou-se pela administração científica do trabalho e pela produção em série. Foi a época da difusão do modelo taylorista/fordista de organização do trabalho e da produção, da extrema especialização das tarefas e da racionalização do trabalho (Merlo, 1998).

Taylor percebeu que os patrões ignoravam os conteúdos do trabalho e o tempo necessário para a execução de cada tarefa e, enquanto isso ocorresse, ou seja, enquanto os operários detivessem o conhecimento do processo de trabalho, não seria possível diminuir os tempos ociosos e nem o lentificar do trabalho, tão desastroso do ponto de vista da produtividade (Merlo, 1998).

A qualificação do trabalhador e as suas estratégias de resistência se alicerçavam, dentre outros, em dois importantes pilares: por um lado, o desconhecimento do empregador quanto ao conteúdo do trabalho, o qual era transmitido oralmente de geração em geração, sendo que métodos e as técnicas de trabalho não eram registrados ou documentados; por outro, a complexidade da maquinaria era ainda incipiente. Nesse contexto, era possível aos trabalhadores exercer um relativo controle sobre o processo de trabalho no que concerne às



pausas, aos movimentos e aos tempos de realização das tarefas, apesar da vigilância permanente do contramestre, do capataz e do patrão. Fato que mudaria no decorrer do desenvolvimento deste modo de produção, pois a administração científica taylorista é relacionada à expropriação do conhecimento dos trabalhadores, transformando, definitivamente, o trabalho em atividade fragmentada, repetitiva, monótona e sem sentido, e tirando do ser humano aquilo que o torna singular: a capacidade de usar a sua criatividade (Cattani, 1997).

A questão implicava buscar métodos objetivos de execução, os quais, além de serem uniformes, deveriam ser determinados de forma externa, prescritos pela gerência. Segundo a lógica taylorista, as tarefas não mais poderiam ser realizadas ao bel-prazer dos executores, pois visava substituir os métodos empíricos e racionalizar a organização do trabalho, o que envolveu buscar normas, procedimentos sistemáticos e uniformes que não eram elaborados pelos operários. Estava consolidando-se no capitalismo uma radical separação entre o saber e o fazer; entre a concepção, o planejamento das tarefas e a execução; entre o trabalho manual dos operários e o trabalho intelectual das gerências (Merlo, 1998).

Com o estudo de tempos e movimentos, o trabalho foi decomposto em parcelas cada vez mais elementares e simplificadas. Cada tarefa passou a corresponder a um posto de trabalho, o qual deveria ser ocupado não por qualquer operário, mas pelo homem certo. O taylorismo se associa, ainda, à criação de uma estrutura organizacional extremamente rígida, hierarquizada, com especialistas de controle, normas burocráticas e conduta autoritária e arbitrária das chefias.

O modelo taylorista/fordista prevaleceu como modo de organizar o trabalho e a produção nos países centrais do capitalismo, apesar de suas especificidades, até meados dos anos 70. A principal crítica dirigida ao taylorismo é a de que ele impede a conquista da identidade no trabalho, a qual ocorre, precisamente, no espaço entre trabalho prescrito e trabalho real (Merlo; Lápiz, 2007).

Neste modelo, a principal fonte de agressão à saúde do trabalhador é a própria organização do trabalho. Na medida em que a concepção passa a ser monopólio de uma “gerência científica”, é necessário que as tarefas a serem realizadas pelos trabalhadores sejam predefinidas nos seus mínimos detalhes para garantir-se a máxima produtividade e, segundo Taylor, a sua realização de forma plena e perfeita, o que, na prática, não ocorre, pois o trabalho real implica sempre algum grau de aleatoriedade e imprevisão, o que deve ser, obrigatoriamente,

resolvido pela inteligência e pela experiência do trabalhador (Daniellou; Laville; Teiger, 1989).

A partir de 1910, a organização científica do trabalho expandiu-se, e a ampliação, a difusão e a consolidação do taylorismo deram-se pela sua associação com os métodos utilizados pelo também norte-americano Henry Ford, criador da esteira rolante que desfilava entre os operários, colocados lado a lado na linha de montagem, unindo tarefas individuais sucessivas, fixando uma cadência regular de trabalho e reduzindo o transporte entre as operações. Com o fordismo, a 'parcelização' das tarefas e a divisão do trabalho foram ainda mais intensificadas.

O fordismo consolidou um novo modelo de industrialização, caracterizado pela produção em massa e pelo consumo de massa. A produção em série atingia seu ápice ligada, inevitavelmente, ao triunfo da sociedade de consumo e a melhoria do nível de vida norteamericano de 1920 a 1929. O modelo fordista foi recebido no mundo inteiro como o *American way of life*, no final da Segunda Guerra Mundial, fundado no hedonismo, ou seja, na busca da felicidade através do aumento do consumo, como uma meta a ser perseguida.

A Terceira Revolução Industrial, iniciada nos anos 70 do século passado e ainda em curso, tem como modelo de organização do trabalho e da produção a experiência japonesa conhecida por toyotismo. Foi agilizada pelos avanços da microeletrônica e vem apresentando formas de organização do trabalho e qualificação profissionais distintas do modelo anterior, fundadas na diversificação de tarefas e no envolvimento do trabalhador com os objetivos da empresa apto a realizar diversas tarefas e mais escolarizado, pois o que realmente muda é que, agora, cada trabalhador deve concentrar-se não mais em uma única tarefa, mas num conjunto de tarefas diferentes e encadeadas não linearmente (Merlo; Lápis, 2007).

Dessa forma, o toyotismo começou a difundir-se pelos diferentes países, e seus conceitos, integrados ou isoladamente, passaram a ser aplicados, significando uma alternativa para solucionar os problemas enfrentados pelo capitalismo ocidental. Pautado na utilização de métodos capazes de manter sua eficiência sob condições de demanda restrita e com oscilações constantes, no chamado modelo japonês de gestão no qual a concorrência não pôde mais se dar pela simples diminuição de custos e preços, mas sim, com a criação de novas necessidades, com o aprimoramento da qualidade, com a diversificação e a personalização da oferta.

As formas de controle autoritárias, típicas do modelo taylorista/fordista, aparecem transformadas em lideranças motivadoras, num ambiente em que o próprio grupo exerce pressão sobre os indivíduos. Ao mesmo tempo se flexibilizam os processos e o mercado de trabalho, os produtos e os padrões de consumo, cresce o desemprego e disseminam-se formas precárias de relações de trabalho, como os contratos por tempo determinado, os contratos temporários e a subcontratação. Soma-se a isso a ascensão do neoliberalismo político num contexto em que os valores coletivos presentes nas organizações operárias e nos diversos movimentos sociais que surgiram nos anos 50 e 60 são substituídos pela ode ao individualismo e pela competitividade como valores maiores (Faria; Araújo, 2010).

O toyotismo apresentou ao Ocidente técnicas, métodos e princípios de relações humanas e de participação diferentes dos utilizados até então no interior das empresas. Vale citar os sistemas de sugestões, os Círculos de Controle de Qualidade (CCQs) e os programas de *Total Quality Control* (TQC).

Desenvolve-se em uma estrutura produtiva mais flexível, através da desconcentração produtiva, das redes de subcontratação (empresas terceirizadas), do trabalho em equipe, do salário flexível, das “células de produção”, dos “times de trabalho”, dos grupos “semiautônomos”, além de exercitar, ao menos no plano discursivo, o “envolvimento participativo” dos trabalhadores.

Os resultados são alarmantes em relação ao mundo do trabalho: desregulamentação dos direitos do trabalho em escala global; terceirização da força de trabalho nos mais diversos setores e ramos produtivos e de serviços; derrota do sindicalismo autônomo e sua conversão num sindicalismo de parceria, mais negocial e menos conflitivo.

Assim, o toyotismo e a empresa flexível apresentam as seguintes características: 1) é uma produção diretamente vinculada à demanda, diferenciando-se da produção em série e de massa do taylorismo/fordismo; 2) depende do trabalho em equipe, com multivariabilidade de funções, rompendo com o caráter parcelar típico do fordismo; 3) tem como princípio o *just in time*, isto é, a produção deve ser efetivada no menor tempo possível; 4) as empresas do complexo produtivo toyotista têm uma estrutura horizontalizada, ao contrário da verticalidade fordista. Essa “horizontalização” estende-se às subcontratadas, às firmas “terceirizadas”, acarretando a expansão dos métodos e procedimentos para toda a rede de subcontratação. E essa tendência vem se intensificando ainda mais e, atualmente,

onde a empresa flexível defende e implementa a terceirização não só das atividades-meio, mas também das atividades-fim; 6) desenvolve a criação de círculos de controle de qualidade (CCQs), visando a melhoria da produtividade das empresas e permitindo-as apropriar-se do *savoir faire* intelectual e cognitivo do trabalho, que o fordismo desprezava (Antunes; Druck, 2015).

Estamos, portanto, frente a uma nova fase de desconstrução do trabalho sem precedentes em toda a era moderna, ampliando os diversos modos de ser da informalidade e da precarização do trabalho, que revelam um processo de metamorfose da velha e histórica precariedade (Antunes; Druck, 2015).

Numa segunda dimensão, “os padrões de gestão e organização do trabalho”, inspirados no toyotismo, revelam condições extremamente precárias, através da intensificação do trabalho (imposição de metas inalcançáveis, extensão da jornada de trabalho, polivalência etc.), sustentados na gestão pelo medo, nas formas de abuso de poder, por meio do assédio moral e da discriminação criada pela terceirização. É entre os terceirizados que estas condições de trabalho são piores, com maiores jornadas, maior rotatividade e menor acesso a benefícios (Antunes; Druck, 2015).

### **2.2.1 Repercussões do capitalismo contemporâneo no SUS e na precarização do trabalho da enfermagem brasileira**

A abertura comercial, privatização e estabilização econômica formam as bases das intervenções neoliberais. Estas intervenções afetam o mundo do trabalho e das políticas sociais como é o caso do SUS, pois a orientação neoliberal incentiva um movimento em favor do comércio, com ações fiscais, linhas de crédito e liberação de preços. Ela se destaca pela sucessiva redução do Estado quanto às políticas sociais, apresentando propostas de privatizações e cortes nos gastos públicos, aspectos contrastantes dos propostos pelos ideários do SUS e da Reforma Sanitária (Bosch; Lima, 2002 *apud* Espindula, 2008).

A saúde pública no Brasil não deve ser entendida como resultado de fatos isolados, sem situá-los no cenário de disputa de projetos societários; é preciso compreendê-los como fatos de um todo dialético, que determinam e são determinados por uma totalidade concreta (Costa; Mélo; Nogueira, 2018).

Neste contexto, Machado (2006) considera a década de 1990 como perdida para os recursos humanos, cujo período foi marcado pelo abandono das propostas de planos de carreira profissional, pela precarização do trabalho no SUS e pela desmobilização do movimento sindical. Araújo *et al.* (2006) relatam que houve um uso indiscriminado, e muitas das vezes, em discordância legal, das contratações terceirizadas em decorrência da conjuntura econômica e política.

Discute-se que esta nova época caracterizada por acumulação flexível, neoliberalismo e reestruturação produtiva gerou efeitos nefastos como desemprego em massa, precarização do trabalho, exclusão e degradação da relação do homem com a natureza, em um contexto obsessivamente voltado para a produção de mercadorias. O trabalho passa a ser desregulamentado e flexibilizado para dotar o capital de ferramentas necessárias à sua adaptação às crises. Este movimento acaba por afetar direitos trabalhistas e tornar as relações transitórias. Também não se limitou a um só ramo produtivo, afetando também serviços públicos, como os do SUS, minando a potência desta nossa política social. São tempos de desemprego estrutural, de trabalhadores e trabalhadoras empregáveis no curto prazo, através das (novas) e precárias formas de contrato, onde terceirização, informalidade, precarização, materialidade e imaterialidade são mecanismos vitais, tanto para a preservação quanto para a ampliação da lógica capitalista (Druck, 2007, 2011; Faria; Araújo, 2011).

Importante lembrar que *trabalho precário* se refere à desproteção social; isto é, situações em que os trabalhadores não têm direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria e outros. Araújo *et al.* (2006) incluem nesta definição elementos como baixos vencimentos e inadequadas condições de trabalho na delimitação do que seja trabalho precário. Também podem ser considerados trabalhos precários aqueles com tempo determinado, e a precariedade, neste caso, refere-se também ao sentimento de instabilidade que causa ao trabalhador (Nogueira; Baraldi; Rodrigues, 2004).

Outra forma de precarização do trabalho diz respeito à demissão de profissionais contratados pelo regime celetista e sua contratação como pessoa jurídica cujo vínculo passa a ser regido pelo Direito Civil descaracterizando a relação trabalhista. À luz da reforma trabalhista, Lei nº 13.467/2017, a pejotização dos

profissionais de saúde pode ser considerada uma forma de ludibriar a legislação protetiva do trabalhador e das relações de emprego (Farias *et al.*, 2023).

Pelas propostas do SUS, houve uma reformulação do modelo de atenção, que passa a assumir uma forma regionalizada de organização pautada na descentralização. Deste modo, os municípios se tornaram os maiores responsáveis pela contratação de trabalhadores do SUS, mas encontraram dificuldades em se organizar diante da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), sancionada em 2000 e que reflete o ideário neoliberal. A LRF define que as despesas com pessoal não podem ultrapassar 50% da receita dos estados e municípios e, 60% no que se refere ao nível Federal. Tal legislação parece limitar a autonomia do setor público para contratações de pessoal (Brasil, 2000; Pierantoni; Varella; França, 2004).

Como efeito deste processo, muitos municípios frente à LRF e sem orientação a respeito de como proceder com as novas exigências ministeriais, além de sofrer com instabilidades administrativas e orçamentárias, acabaram optando por formas de contratação via parcerias com ONGs, Organizações Sociais de Interesse Público (OSCIPS), OS e cooperativos. Desde então, surgiram problemas associados à precarização dos vínculos de trabalho (Brasil, 2009).

Assim, na pós-modernidade, o caos rege as principais práticas organizacionais. O foco do trabalho passou a ser a sua eficácia e os seus resultados; os meios utilizados para atingi-los não têm importância. Por se tratar de valores elásticos, que mudam a depender dos interesses institucionais, o que os tornam de difícil internalização (Antunes, 1999).

No Brasil, nestas últimas duas décadas, os profissionais de enfermagem têm experimentado mudanças importantes no mundo do trabalho. O mercado de trabalho tem se mostrado com sinais claros de assalariamento com vinculação do salário a diversas formas: por plantão, por hora trabalhada, contratos curtos e temporários e ausência de vinculação institucional. Todos estes fatores acabam gerando precarização, multiempregos e a insegurança no ambiente de trabalho. A discussão sobre trabalho decente tem se tornado um tema recorrente entre as entidades sindicais que representam os trabalhadores (Machado *et al.*, 2020).

O aumento desenfreado das escolas formadoras de enfermagem acarretou uma oferta demasiada de novos profissionais no mercado de trabalho, o que leva ao desemprego aberto e estrutural. Apesar de o setor público ser o maior empregador da força de trabalho da enfermagem, somando 58,9% do total, metade estão em

situação de precarização do trabalho, 62,5% têm salários de até 3 mil reais e 14,4% estão na condição de subsalários (igual ou inferior a mil reais) (Silva; Machado, 2020).

O setor privado também se mostra um grande empregador, respondendo por cerca de 1/3 do contingente, ou seja, 31,6% atuam no setor privado. Por outro lado, 40% estão na condição de precarização do trabalho, 68,2% têm salários de até 3 mil reais e 22,1% recebem subsalários (igual ou inferior a mil reais). Já outro setor de expressão nos estados e no âmbito do SUS é o filantrópico, que congrega 15,4% desse contingente, 40% estão em situação de precarização do trabalho, 70,1% têm salário igual ou inferior a 3 mil reais e 23,7% recebem subsalários (igual ou inferior a mil reais) (Silva; Machado, 2020).

Se por um lado, as tensões das profissões sobre o Estado para o alcance de sua autonomia e controle de mercado são reconhecidamente legítimas, por outro, o Estado deve buscar promover um equilíbrio entre estes, de forma a garantir os princípios e diretrizes constitucionais para a saúde e tecer políticas de saúde para os seus trabalhadores (Machado *et al.*, 2020).

Segundo Moran e Wood (1993), os modelos regulatórios de uma profissão referem-se a sua autorregulação, ou seja, os próprios profissionais definem os mecanismos de entrada no mercado e de competência técnica; a regulação com sanção estatal, caracterizada por instituições a cargo de formular e implementar mecanismos regulatórios com consentimento e apoio do Estado e, finalmente; a regulação direta do Estado, exercida por instituições públicas especializadas. Para esses autores, o modelo de regulação é composto dos seguintes elementos: a) os mecanismos de entrada no mercado, incluindo licenciamento e certificação; b) o controle da competição profissional; c) a estrutura do mercado de trabalho e; d) o mecanismo de pagamento (Machado *et al.*, 2020).

As primeiras medidas regulatórias da enfermagem foram no campo da formação, com surgimento das escolas e cursos profissionalizantes. Contudo, mesmo após a instituição do Departamento Nacional de Saúde Pública, em 1923, a fiscalização das atividades de enfermagem era subordinada à medicina. Somente com a criação do Sistema Conselho Federal/Conselhos Regionais de Enfermagem, por meio da Lei nº 5.905/1973, a profissão passa a se autorregular, ganhando autonomia (Machado *et al.*, 2020).

No caso do Brasil, outros entes também são responsáveis pela regulação da atividade da enfermagem, com destaque para o Ministério da Saúde (MS), que instituiu as principais diretrizes clínicas para o Sistema Único de Saúde (SUS), por meio de protocolos.

Dentre o conjunto de resoluções, destacam-se três: a) do Código de Ética Profissional; b) do funcionamento do sistema de fiscalização; c) da normatização da Responsabilidade Técnica, como capilarização da fiscalização do exercício profissional.

Se por um lado podemos nos orgulhar do gigantismo do SUS em termos de capacidade instalada, há problemas estruturais que ainda persistem, especialmente na gestão do trabalho, tais como: desequilíbrio entre oferta e demanda, escassez de profissionais no interior do país, precarização do trabalho, terceirização dos serviços de saúde e, conseqüentemente, da mão de obra especializada (médicos, enfermeiros, técnicos em geral, dentre outros). O trabalho precário é uma situação que atinge significativo contingente da saúde (Silva; Machado, 2020, p. 11).

A instituição hospitalar é constituída pelo princípio da divisão técnica e a racionalização capitalista dela decorrente. A característica central está na forma como o trabalhador coletivo social constrói seu produto-serviço final. A distribuição de autoridade ocorre pela subordinação dos executores aos mentores, de modo que as tarefas de determinado trabalho não se distribuem, apenas, em função de sua característica técnica, mas também, de uma lógica de diferenciação social.

A dimensão técnica do trabalho se refere ao próprio ato do trabalho; a divisão social está ligada à relação do trabalho e do trabalhador na sociedade. Esse elemento teórico é relevante para compreender a divisão das categorias de enfermagem, porque seus trabalhadores estão sob a lógica da racionalização no local de trabalho e inseridos na divisão social dele.

A enfermagem brasileira, especificamente, institucionalizou-se no bojo do processo de intensa divisão do trabalho médico na sociedade moderna, principalmente para preencher os vazios desse processo, assumindo hegemonicamente as funções administrativas, no contexto hospitalar, local privilegiado enquanto forma de organização do trabalho para a materialização do modelo clínico, centrado na prestação de serviços a indivíduos, com ênfase no cuidado curativo.



## 2.3 O HOSPITAL E SUA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO

Organização do trabalho em saúde é aqui entendida como a forma como as atividades e responsabilidades são estruturadas e distribuídas entre os profissionais de enfermagem, com o objetivo de garantir uma assistência de qualidade e eficiente. Inclui a organização das tarefas, a distribuição de responsabilidades, a gestão do tempo e recursos e a interação entre os profissionais e os pacientes.

Inicialmente cabe aqui um breve histórico sobre o surgimento da instituição hospitalar de um modo geral devido sua importância social e para entendermos alguns aspectos existentes até os dias de hoje.

O suporte histórico que sugiro serve para esclarecer alguns pontos que caminham em consonância com o desenvolvimento da instituição hospitalar e da sociedade a fim de entendermos sua magnitude, já que termos como “centro de referência”, “humanização”, “gestão participativa” e “responsabilidade social” nos são caros. Afinal cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo sua caracterização que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e sua ideologia (Geovanini, 2010).

O desenvolvimento das práticas de saúde que são tão antigas quanto a humanidade está intimamente associada às estruturas sociais das diversas nações, em diferentes épocas. Estas práticas estão relacionadas à condição de sobrevivência e foram influenciadas pelas doutrinas e dogmas das mais diversas correntes religiosas. Os primeiros registros sobre espaços de assistência e tratamento remontam aos templos gregos e aos hospitais militares romanos (Ornellas, 1998; Geovanini, 2010).

Mais tarde, a partir do século IV, são fundados, pelo clero, em nome dos fundamentos da fé, estabelecimentos de assistência e abrigo, que virão a tornar-se os hospitais cristãos. O Concílio de Nicéia, no ano de 325, instruiu os bispos a criarem um Hospital em suas dioceses, reafirmando o cuidar dos enfermos como uma das sete tarefas da caridade cristã (Ornellas, 1998).

No século VI, Justiniano, (527-565) regulamentou os asilos existentes na época, entre eles os "nosocomia", que mais se aproximavam dos hospitais de hoje, e os "lobotrophia", que recebiam doentes sem esperança de cura, inválidos e leprosos, cujo sofrimento procuravam reduzir, além de proteger os sãos de seu

contato repulsivo. Com a expansão do cristianismo, os hospitais cristãos difundiram-se por toda a Europa, do oriente para o ocidente (Ornellas, 1998).

Até o século IX, os doentes foram tratados nos conventos, em espaços a eles destinados, mas, no ano de 816, o Concílio de *Aix-la-Chapelle* tornou obrigatória a construção de hospitais nos conventos. A fundação de ordens religiosas, voltadas para a assistência social e para o cuidado dos doentes, que se estabeleceram nesses hospitais, fizeram deles estabelecimentos mais religiosos que terapêuticos.

A partir do século XII, as mudanças que vão determinar o enfraquecimento do feudalismo e a retomada do crescimento das cidades; as epidemias que varriam a Europa determinavam, também, o aumento da demanda dos hospitais, nos quais atuavam tanto religiosos como leigos, e que, embora ainda não se constituíssem no *locus* privilegiado de atuação do médico, era onde se praticava um cuidar próximo do que viria a ser a enfermagem (Ornellas, 1998).

Com a crise da Igreja, cujo poder enfraquece juntamente com o regime feudal, os estabelecimentos hospitalares-religiosos mantidos por ela entram em decadência. Ao término da Idade Média, inúmeras congregações cristãs haviam fechado as casas que mantinham, transferindo para a iniciativa laica os serviços que vinham prestando, inclusive o de cuidados aos doentes. E, sob a direção das municipalidades, delineia-se o hospital geral (Ornellas, 1998).

O aumento da demanda dos serviços prestados pelos hospitais, que ocorreu com o crescimento do comércio e do fluxo migratório em direção às cidades, contribuiu para que esses estabelecimentos ampliassem as suas instalações. Enquanto, no período medieval, a igreja repassa aos pobres, em nome da caridade cristã, o que tira dela em forma de esmolas, com o advento do Estado Moderno, a autoridade pública recolhe impostos para, em nome do interesse coletivo, assistir os necessitados (Ornellas, 1998).

Herzlich e Pierret (1984) introduzem na análise do problema a noção do valor do capital biológico, valor para a sociedade, mas do qual o indivíduo é responsável. A doença socializada delimita o aparecimento e o reconhecimento de um personagem, o doente, face ao qual a sociedade tem deveres e obrigações. A assistência pública, posta em funcionamento pelas autoridades políticas, teria a finalidade de remediar a insegurança que representariam, para o conjunto social, certas categorias de excluídos, assim como, a proteção desse valor que recém fora atribuído ao indivíduo. A repressão à vagabundagem, na Inglaterra, ainda no século

XIV, ou a criação do *Grand Bureau des Pauvres* na França, em 1544, são exemplos das medidas de assistência pública referidas pelas autoridades, mais repressivas que assistenciais e representativas da presença do poder político (Ornellas, 1998).

Mas, o Estado Moderno formula, além de uma nova ciência, um novo conceito da relação do Estado com o cidadão. Montesquieu (1689-1755) considera o Estado obrigado a assistir os desempregados e necessitados, afirmando: "No país do comércio, onde muitas pessoas não têm um ofício, o Estado é, muitas vezes, obrigado a prover as necessidades dos anciãos, dos doentes, e dos órfãos" (Montesquieu, 1966 *apud* Ornellas, 1998, p. 257).

Reconhecida pela medicina, a doença é associada à incapacidade de trabalho. Os médicos participam da socialização da doença, a identificam e nominam, é transformada e se inscreve nos novos laços da ordem social. Ser doente torna-se um direito: o de parar de trabalhar e de receber cuidados. E o doente aparece como um novo personagem na cena social cuja emergência enquanto figura individualizada se deve às transformações da patologia. E, assim, novos deveres e direitos e, um modo original de se relacionar com o conjunto social vão se definir.

O nascimento da clínica é acompanhado pela utilização e desenvolvimento de novas técnicas de diagnóstico e da conversão da arte de curar em ofício. A explicação da doença, seu tratamento bem como o desenvolvimento dos saberes que a determinavam conduziram a medicina para o interior dos hospitais, lugar onde a observação dos doentes, que será pouco a pouco assumida pelas enfermeiras, poderá ser exercida em sua plenitude (Ornellas, 1998).

Da profana incumbência de sequestrar pobres, moribundos, doentes e vadios do meio social, escondendo o incômodo e disciplinando os corpos e guardando-os até a morte, à nobre função de salvar vidas, o hospital tem percorrido um caminho complexo e tortuoso em busca do tecnicismo científico adequado às suas novas funções. (Pitta, 1991, p. 41).

O surgimento do hospital como cenário privilegiado da tecnologia de tratamento e cura tem como marco o final do século XVIII. A (re)organização do hospital modifica o campo de prática médica, adequando-o ao desenvolvimento da clínica, novo instrumento de trabalho. Tal fato coincide com uma nova articulação entre a medicina e a sociedade (Donnangelo; Ferreira, 1979).

Os primeiros personagens, em que se reconhecia a condição de doentes, que foram abrigados/segregados entre os muros do hospital-estabelecimento, ainda na Idade Média, foram os leprosos. Hospital-asilo, mais asilo-prisão que hospital, nele se instalou o modelo de exclusão, adotado para leprosos e, posteriormente, para os loucos (Ornellas, 1998).

A emergência da questão da cidadania, com a construção do Estado Moderno, significou um aumento da demanda por serviços de saúde, inclusive de hospitais. A organização de serviços hospitalares, mais que hospitalares, surgida no Império Romano, inspirava-se seguramente em razões de ordem econômica; durante a Idade Média, a motivação explícita foi a caridade cristã. Mas, "ao promoverem a exclusão e o isolamento asilar de ponderáveis segmentos sociais, os hospitais prestaram-se ao controle e ao disciplinamento da vida urbana" (Antunes, 1991, p. 161).

A reorganização do campo hospitalar transforma a prática médica, mas mantém as instituições asilares e suas características excludentes, mesmo porque os saberes que constituíam a clínica não davam conta, ainda, das doenças ali abrigadas ou segregadas.

O grande desenvolvimento das ciências biológicas, no século XIX, transformou os paradigmas que explicavam a saúde e a doença, produziu mudanças significativas nos hospitais com a introdução da antissepsia e a renovação da enfermagem que adquire foros de profissão, graças à inestimável contribuição de Florence Nightingale (Ornellas, 1998).

Os efeitos do capitalismo se fazem sentir - os custos crescentes dos serviços hospitalares, para onde foram levados os equipamentos que a nova tecnologia médica exigia, fizeram do hospital um estabelecimento onde cada unidade monetária investida precisava ser transformada em serviço, isto é, em produto.

Convergem dois fatos para a determinação de um novo modo de lidar com a segregação. O primeiro destes fatos refere-se ao que ocorre nos hospitais, onde o capital se concentra, sob a forma de novos equipamentos, os quais devem gerar serviços, produtos e valores, onde não cabem doentes crônicos, incuráveis, que não significam um retorno de capital investido. Cada leito hospitalar, com o auxílio das novas tecnologias, constitui um meio de produção e os crônicos os imobiliza. O hospital, onde o trabalho realiza um capital, contribuindo para sua reprodução, precisa ser um espaço dinâmico e produtivo (Ornellas, 1998).

O segundo fato observado diz respeito ao que vem ocorrendo no domínio da ciência e da técnica. A ciência aprendeu que as doenças infecciosas têm uma causa, um agente, e mais, aprendeu que essa terapêutica, essa prevenção, não precisa do hospital como meio de trabalho exclusivo (Ornellas, 1998).

Estavam dadas as condições para que o modelo de atenção à saúde superasse a representação do hospital como lugar de doentes: o lugar destes é a sociedade, a família, a comunidade. O hospital deveria ser um recurso de uso especializado e temporário. Seria necessário tempo para que os trabalhadores de saúde aprendessem essa nova versão do processo de tratar, dominassem as novas técnicas. Tempo necessário para que as pessoas se acostumassem com a nova representação das doenças e dos doentes e a internalizassem em suas representações (Ornellas, 1998).

Assim, a atual configuração hospitalar foi influenciada pelas mudanças nos seus processos de trabalho. Se nos basearmos na periodização da tipologia dos sistemas de trabalho de Touraine, os hospitais do Ocidente passaram por três grandes fases - o *sistema tradicional* (até meados do século XIX); o *sistema profissional liberal* (de meados do século XIX até a Segunda Guerra Mundial) e o *sistema técnico* (a partir da Segunda Guerra Mundial) (Coelho, 2016).

No sistema tradicional, o trabalho dentro dos hospitais não demandava uma formação específica e estes não se constituíam em *locus* de trabalho predominante. Considerado uma casa de Deus, o hospital, mais que curar doenças, tinha a preocupação com o salvamento das almas (Coelho, 2016).

No sistema profissional liberal, o trabalho no interior do hospital é centrado na figura dos médicos, já reconhecidos como profissionais, com um corpo de conhecimento próprio que determina a consolidação da associação entre o hospital, os doentes e os médicos (Coelho, 2016).

As mudanças do lado de fora do hospital influenciavam sua estruturação. Desde o final do século XVII e início do século XVIII até a primeira metade do século XIX, predominou como prática e pensamento médico uma associação entre anatomopatologia e a higiene. Os médicos higienistas procuravam estabelecer uma relação entre doenças, ambiente e o padrão sociocultural (Coelho, 2016).

Dessa forma, para combater as doenças, os projetos médicos do período preconizavam medidas que atuassem sobre a população e não apenas sobre os indivíduos doentes isoladamente. O reflexo dessas ações no hospital permitiu uma

remodelação dessa instituição que passa por um processo, intitulado por Foucault como “medicalização dos hospitais”, que exigia a presença médica nas instituições hospitalares com maior intensidade. É a ciência médica higienista que vai orientar as instalações físicas, a forma de organização e distribuição dos doentes no interior do hospital e os cuidados a serem dispensados (Coelho, 2016).

Para Foucault (1979, p. 110), “a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual de visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda hierarquia do hospital”. Essa nova rotina hospitalar determinou um novo papel para o hospital, o ensino. O hospital torna-se uma grande sala de aula prática, cujos médicos não apenas exercem e lideram a assistência aos enfermos, mas também se tornam reconhecidamente os profissionais com competência para o ensino médico.

#### 2.4 REORGANIZAÇÃO DO ENSINO, DO TRABALHO MÉDICO E DA HIERARQUIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Na fase miasmática, os médicos já haviam feito uma associação entre pobreza, insalubridade e doença. Já na teoria de Pasteur são as bactérias ou agentes infecciosos as causas dessas doenças. É no microscópio e, não na forma de organização da sociedade que se procura suas causas. O tratamento e a prevenção de doenças passa a ter relação com a redução da pobreza, passando a demandar outros mecanismos que aborrem a transmissão, o contágio, a infecção etc.

No início da segunda metade do século XIX, a teoria bacteriológica de Pasteur e Koch passam a explicar o adoecimento por meio de agentes infecciosos acarretando uma mudança paradigmática que necessita de uma nova abordagem. Uma nova linguagem foi criada para descrever as doenças e práticas médicas. Para dar suporte a estas práticas faz-se necessário um novo apoio, um equipamento para visualizar a bactéria e identificar outros problemas. O conhecimento clínico e o estetoscópio já não eram instrumentos suficientes para o trabalho médico. Assim, o laboratório passa a fazer parte da prática médica e é instalado predominantemente nos hospitais que passaram de abrigo de caridade para pobres para um lugar onde se procura a cura para as doenças tornando-se o centro mais importante de pesquisa, ensino, aprendizagem e dispensação de cuidados médicos.

Mas foi no século XX, com a elaboração e difusão do Relatório Flexner (1910), que tal relação tornou-se ainda mais próxima. O Relatório Flexner, financiado pela *American Medical Association*, apresentou um amplo diagnóstico da situação das escolas e da educação médica nos EUA e no Canadá. O relatório identificou uma série de problemas relacionados ao ensino médico desses países, entre eles, a falta de relação entre a formação científica e o trabalho clínico e, a falta de controle administrativo e organizacional das escolas médicas sobre os hospitais de ensino, que serviam de campo prático para seus alunos (Lampert, 2002).

O relatório propunha algumas recomendações que visavam não somente uma mudança curricular, mas também mudanças estruturais, como a construção de um hospital próprio e a integração da missão pesquisa às missões tradicionais de ensino e assistência. Tal integração passou a ser um requisito para o credenciamento e a avaliação dessas instituições naqueles países. Esse novo conceito de hospital, vinculado formalmente às escolas médicas e que pressupõe a integração da pesquisa ao ensino e à assistência, também se difundiu pelo mundo, passando a coexistir com o modelo anterior (Rodrigues, 1999).

O processo de medicalização do hospital e da medicina, iniciado no século XVIII, tornou-os cada vez mais especializados. Mas, a introdução de novas e sofisticadas tecnologias no século XX deixou os serviços mais complexos, o que passou a exigir profissionais com competências ainda mais distintas e estruturas físicas que pudessem viabilizar tais serviços. Essas novas demandas estimularam a construção de hospitais de grande porte, os grandes centros de referência, que povoaram a Europa nos anos 1950 (Geovanini, 2010).

Ancorado na transformação de seu saber e de sua prática, o médico vem ocupar uma nova posição no contexto hospitalar, dimensionando os objetivos da instituição, projetando a medicalização e introduzindo os mecanismos disciplinares (Geovanini, 2010).

Concomitantemente à remodelação hospitalar, os serviços de apoio e outros setores vão se reconfigurando para suporte a este hospital e suas práticas que constituirão um robusto setor da economia. No interior do hospital, a divisão do trabalho se dá em função dos médicos organizados como principal categoria profissional, à qual todas as outras se encontram de alguma forma, subordinadas (Coelho, 2016).

A prática médica ganhou destaque com o advento da medicina social e política, nascida da articulação das esferas produtiva e reforçada pelas aquisições científico-tecnológicas, geradas pela revolução industrial. A categoria foi projetada, na medida em que teve importância política na manutenção do *status quo* e seus membros passaram a fazer parte dos grupos políticos e da elite econômica, reforçando cada vez mais, o seu poder (Geovanini, 2010).

Com o capitalismo, o homem é visto como força de trabalho e foi delegada à medicina a manutenção e restauração do corpo humano para possibilitar crescimento econômico. A doença torna-se um obstáculo à força produtiva do trabalhador e representa não só a diminuição da produção, como também transtornos econômicos e políticos. Existe interesse em manter a saúde, não como uma necessidade básica do indivíduo, mas como um modo de manutenção da produtividade (Geovanini, 2010).

A função de outras categorias, incluindo a gestão, que não ultrapassava os limites de hotelaria e manutenção era prover meios para que os médicos realizassem seus trabalhos. Até a relação contratual era diferenciada, enquanto os médicos constituíam-se como profissionais liberais, os demais profissionais tornaram-se assalariados ou eram voluntários que exerciam suas atividades em função de alguma religiosidade. O ato médico permanecia indivisível.

Até este momento medicina e enfermagem eram práticas independentes visto que a enfermagem não tinha como foco o corpo do paciente e nem sua doença, o objetivo era contribuir para a salvação dos enfermos e dos indivíduos que prestavam o cuidado.

Na reorganização da instituição hospitalar e no posicionamento do médico, como principal responsável por essa reordenação, que vamos encontrar as raízes do processo de disciplinarização e seus reflexos na enfermagem. A medicina se estabelece como autoridade máxima na hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social do trabalho no hospital. As relações de dominação/subordinação se estabelecem e a prática de enfermagem, de independente passa a ser uma prática dependente e subordinada a prática médica (Geovanini, 2010).

Obedecendo aos princípios da disciplinarização, os hospitais militares são os primeiros a se reorganizarem sob a premência das questões econômicas a que os



exércitos estavam afetos e sob o impacto das guerras imperialistas que lhes reduziam as fileiras (Almeida; Rocha, 1989).

Nesse cenário, o trabalho desenvolvido por Florence Nightingale (1820 – 1910) junto aos soldados feridos em combate, na guerra da Criméia (1854 – 1856), projeta a enfermagem devido aos resultados obtidos com queda da mortalidade local de 40% para 2% (Adami, 2000). Florence Nightingale é considerada a fundadora da enfermagem moderna em todo o mundo. Com o prêmio recebido do governo inglês por este trabalho, fundou a primeira escola de enfermagem no Hospital St. Thomas - Londres, em 24/06/1860 que passou a servir de modelo para as demais escolas fundadas posteriormente (Turkowski; Turkowski, 2024). A disciplina rigorosa, do tipo militar, era uma das características da escola nightingaleana, bem como a exigência de qualidades morais das candidatas.

As escolas nightingaleanas formavam duas categorias distintas de enfermeiras: as *ladies*, que procediam da classe social mais elevada e desempenhavam funções intelectuais, representadas pela administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as *nurses*, que pertenciam aos níveis sociais mais baixos e que, sob a direção das *ladies*, desenvolviam o trabalho manual de enfermagem. Dessa forma, percebemos que a divisão técnica do trabalho na enfermagem procede da divisão social e de gênero (Almeida; Rocha, 1989).

Ao afirmar que disciplina é a essência do treinamento, Florence Nightingale teve como finalidade legitimar a hierarquia de poder que já existia entre o pessoal da enfermagem e, disciplinar as relações de poder do ambiente hospitalar. O treinamento dos agentes referia-se às técnicas disciplinares a fim de delimitar o espaço social que cada trabalhador da saúde deveria ocupar na hierarquia do micropoder hospitalar e, em especial a preocupação com a hierarquia do pessoal de enfermagem. A enfermagem surge não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender a necessidade de mão-de-obra nos hospitais, constituindo-se uma prática social institucionalizada e específica (Almeida; Rocha, 1989).

Na medida em que a enfermagem se introduzia no hospital e que o nível de complexidade técnico-científica da medicina crescia, requerendo, cada vez mais, capacidade intelectual de seus executores, esses começaram a passar para os braços femininos da enfermagem as tarefas manuais de saúde que lhes cabiam,

ficando com a parte intelectual correspondente ao estabelecimento de hipóteses, diagnóstico, prescrição e tratamento (Almeida; Rocha, 1989).

Nightingale defendia o ensino da enfermagem ligado à instituição hospitalar e, considerava o ideal da enfermagem uma vocação, que requeria dedicação exclusiva e árdua preparação. Suas concepções teórico-filosóficas da profissão apoiaram-se em observações sistematizadas e registros estatísticos, extraídos de sua experiência prática no cuidado aos pacientes e destacavam quatro conceitos fundamentais: ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem (Almeida; Rocha, 1989).

A enfermagem muda progressivamente de *status*, profissionalizando-se e incorporando técnicas científicas de cuidados sofrendo influências do domínio médico e da herança do paternalismo que as ordens religiosas dedicavam aos sofredores do mundo. Uma profissão constituída em sua grande maioria por mulheres cujo perfil correspondia à subserviência, abnegação, docilidade e carinho.

Paralelamente, do lado de fora do hospital, o desenvolvimento da saúde pública pode ser atrelado ao que Foucault (1979) chamou do “surgimento do poder regulador”, uma forma de normalização da sociedade. O alvo eram os fenômenos coletivos. A natalidade, a morbidade, a mortalidade, a longevidade da população e de grupos de indivíduos. Surgiram os serviços de estatísticas sanitárias. Os fenômenos populacionais passaram a ser medidos e quantificados (Coelho, 2016).

Concomitantemente ao desenvolvimento da saúde pública, o desenvolvimento inicial dos atuais sistemas de saúde nos diferentes países repercutiu nos rumos dos hospitais e os influenciam até hoje já que o relatório Flexner trazia o hospital para o centro da cena não apenas quanto à formação médica, mas também em relação ao sistema de saúde, incentivando o processo de especialização e tecnologização. O relatório Dawson insere os hospitais numa rede de serviços, na qual tem papel definido e interage com outras organizações de saúde, para conformar um sistema com níveis de atenção que funciona de forma integrada e complementar (Coelho, 2016).

O início do processo de especialização paralelamente com os progressos científicos, a progressiva industrialização dos medicamentos, o avanço dos meios diagnósticos e o impacto das técnicas científicas de gestão (Taylor, Fayol, Ford) exerceram profundas influências sobre o hospital e sua inserção no sistema de saúde que repercutem até nossos dias (Coelho, 2016).

No sistema técnico, o *boom* científico e tecnológico do pós-guerra ocorrido nos diversos campos disciplinares, associados a outros de natureza corporativa afetaram o formato do hospital propiciando a multiplicação dos espaços, equipamentos e unidades onde essas novas tecnologias eram utilizadas, assim como a multiplicação concomitante das especialidades médicas que lhe davam suporte (Coelho, 2016).

A ampliação do conhecimento, nos mais diversos campos do saber, tornou impossível a um único médico deter todo o conhecimento necessário à prática clínica. Não apenas órgãos ou sistemas são objetos de práticas especializadas, mas também temas, condições clínicas, arranjos ou formas de organizar a assistência.

Esse novo patamar de complexidade do hospital vai demandar uma nova postura gerencial que vai extrapolar os campos tradicionalmente considerados meios (hotelaria, manutenção, provimento de insumos etc.) para abarcar a própria atividade clínica interferindo na indivisibilidade do ato médico, processo denominado por alguns autores de “empresariação dos hospitais” (Coelho, 2016).

Nessa nova configuração hospitalar influenciada por fatores internos e externos à instituição, é introduzido em seu interior a noção de hierarquia social e, com ela, um sistema de seleção, de valoração econômica, de credibilidade e importância que ocupam o imaginário social. Chauvenet (1978) afirma que passa a haver uma hierarquização dos médicos, dos serviços e das unidades de cuidados.

Na hierarquia hospitalar, aos médicos compete a parte diagnóstica, a prescrição de tratamentos em que o aspecto técnico é um critério de valorização dessa profissão na qual os recém-formados encontram-se à serviço dos *experts*. Os recém-formados passam mais tempo a examinar os doentes, enquanto os *experts* se dedicam ao diagnóstico e às decisões relativas ao tratamento. Os médicos manifestam uma grande ambivalência em relação a tudo o que é ligado ao “relacional” de seus pacientes. De forma que as tarefas ligadas à escuta e aos contatos físicos são destinadas a outras categorias profissionais mais abaixo na escala hierárquica, como os enfermeiros. Estes, por sua vez, reivindicam este aspecto como uma prática mais “humana” junto ao doente procurando definir seu território de intervenção mais autônomo fora das atividades realizadas sob o controle médico (Ferreira, 2005).

O processo de mecanização da medicina hospitalar, associado ao processo de especialização, alterou o sistema de poder tanto no âmbito do hospital como da

própria profissão médica, pois, por um lado, quebrou a coesão da categoria e, por outro, instaurou uma divisão técnica e social do trabalho (Coelho, 2016).

O ato médico, assim decomposto e fragmentado no interior do hospital, vai ser reorganizado, sob orientação da gestão, segundo uma lógica taylorista. Diagnóstico e tratamento serão realizados segundo protocolos e rotinas estabelecidas deslocando essas ações médicas de uma relação dual (médico-paciente) para um trabalho coletivo e impessoal voltado para a produção de procedimentos de saúde no interior de unidades de produção de cuidados que se organizam em linhas, onde esses procedimentos são executados em série, conferindo um caráter industrial ao hospital (Coelho, 2016).

Se no interior do hospital os processos de especialização, a diferenciação de funções e a introdução de gestão científica vão afetar as práticas clínicas, os acontecimentos em seu exterior vão alterar sua inserção social. Assim, a extensão da proteção social e da saúde, no pós-guerra, fez com que houvesse grande aumento no número de hospitais na década de 60. Aumentaram também o número de leitos hospitalares, de profissionais ligados aos hospitais e do número de serviços prestados em praticamente todos os países da Europa e América do Norte (Coelho, 2016).

Na maior parte dos países do Ocidente, a saúde passou a se constituir como um direito garantido constitucionalmente, a ser provido diretamente pelo Estado ou por seguros públicos ou privados de saúde, em diferentes arranjos de financiamento e de prestação de serviços, porém, com grande aumento do acesso à hospitalização.

As mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos com as doenças infecciosas cedendo lugar às crônico-degenerativas ampliam e diferenciam o formato das demandas pelo hospital que se torna cada vez maior. A complexidade é tal que se faz necessário o surgimento de novas funções com a engenharia hospitalar, a engenharia clínica, entre outras (Coelho, 2016).

Dessa forma, se no período caracterizado como sistema profissional liberal o hospital já havia deixado de se constituir como *domus Dei* (casa de Deus) passando a contar com a presença efetiva de médicos para assistir e curar os doentes, no sistema técnico do pós-guerra imediato, graças ao prestígio conquistado, vai tornar-se o centro dos sistemas de saúde. A fase técnica objetiva a produção de cuidados de saúde e a gestão da própria clínica (Coelho, 2016).

## 2.5 A ENFERMAGEM E O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Mas afinal, “O que é a enfermagem?” A enfermagem é uma ciência humana de pessoas que tem como fundamentação o cuidar, exercida predominantemente por mulheres que atuam em todos os estágios do processo saúde-doença-cuidado. Seus metaparadigmas são saúde, ambiente, indivíduo e enfermagem. No entanto, a crise paradigmática demonstra que novos paradigmas emergem do contexto sociopolítico-econômico vigente e, assim, interdisciplinaridade, complexidade, valorização da subjetividade, entre outros configuram a contextualização necessária para o avanço científico (Kirchhof, 2003; Lima, 2005).

A enfermagem é exercida privativamente pelo enfermeiro, pelo técnico de enfermagem, pelo auxiliar de enfermagem e pela parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação. É uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas (Cofen, 1986).

A Enfermagem é comprometida com a produção e gestão do cuidado prestado nos diferentes contextos socioambientais e culturais em resposta às necessidades da pessoa, família e coletividade. O cuidado da Enfermagem se fundamenta no conhecimento próprio da profissão e nas ciências humanas, sociais e aplicadas e é executado pelos profissionais na prática social e cotidiana de assistir, gerenciar, ensinar, educar e pesquisar. (Cofen, 2017, p. 1-2).

Na saúde, trabalho associa-se ao termo processo por seu desenvolvimento gradativo e evolutivo que utiliza determinados métodos. Ricardo Bruno Mendes Gonçalves formulou o conceito de “processo de trabalho em saúde”, a partir da análise do processo de trabalho médico. Discípulo e colaborador de Maria Cecília Ferro Donnangelo que, no final da década de 1960, iniciou estudos sobre a profissão médica, o mercado de trabalho em saúde e a medicina como prática técnica e social, o autor estuda a aplicação da teoria marxista do trabalho ao campo da saúde (Peduzzi; Schraiber, 2009).

À luz dos postulados de Marx, compreende-se que o processo de trabalho que ultrapassa a alienação e se concretiza pelo conhecimento e *práxis* permite a

subsistência do trabalhador, desde a sua simples alimentação até o progresso da humanidade. O consenso de um processo de trabalho sadio, no qual o ser social tenha a liberdade para criar e ser criado, transformar e ser transformado, satisfaz o trabalhador, contribuindo para a evolução cultural, social, econômica e tecnológica do próprio ser e do mundo (Rohm; Lopes, 2015).

Embora o conceito de “processo de trabalho em saúde” tenha sido desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico, desde o início dos anos 80, passa a ser utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde.

Na área de enfermagem, a análise do seu processo de trabalho tem início com a tese de Doutorado de Maria Cecília Puntel de Almeida, de 1984 (Almeida; Rocha, 1986), seguida de várias outras pesquisas com esta abordagem até a atualidade.

O processo de trabalho pode ser definido como a transformação de um objeto determinado em um produto determinado, por meio da ação humana que, para fazê-lo, emprega instrumentos. É algo que o ser humano faz intencionalmente e conscientemente, com o objetivo de produzir algum produto ou serviço que tenha valor para o próprio ser humano (Marx, 1994).

No estudo do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1979, 1992) analisa os seguintes componentes: o objeto do trabalho, os instrumentos, os agentes e a finalidade destacando que esses elementos precisam ser examinados de forma articulada e não em separado, pois somente na sua relação recíproca configuram um processo de trabalho específico.

O objeto representa o que vai ser transformado: a matéria-prima (matéria em estado natural ou produto de trabalho anterior) e, no setor saúde, necessidades humanas de saúde. O objeto será aquilo sobre o qual incide a ação do trabalhador.

Os instrumentos de trabalho são constituídos historicamente pelos sujeitos que, assim, ampliam as possibilidades de atuação sobre o objeto. O meio ou instrumento de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto.

Os instrumentos podem ser materiais e não materiais. Os primeiros são os equipamentos, material de consumo, medicamentos, instalações, outros. Os segundos são os saberes, que articulam em determinados arranjos os sujeitos

(agentes do processo de trabalho) e os instrumentos materiais (Gonçalves, 1979, 1992, 1994; Marx, 1994).

Objeto e instrumentos de trabalho só podem ser configurados por referência à sua posição relacional, intermediada pela presença do agente do trabalho que lhe imprime uma dada finalidade. Por meio da presença e ação do agente do trabalho torna-se possível o processo de trabalho – a dinâmica entre objeto, instrumentos e atividade.

A finalidade do trabalho é a razão pela qual ele é feito. Ela vai ao encontro da necessidade que o fez acontecer e que dá significado à sua existência. Às vezes as finalidades são compartilhadas por trabalhos diferentes e é isto que dá o sentido de se trabalhar em equipe (Sanna, 2007).

O trabalho em saúde, por ser muito complexo e atender a necessidades vitais é compartilhado por vários agentes. Em alguns momentos, os instrumentos de trabalho são os mesmos para diferentes profissionais, a finalidade é a mesma e o objeto a ser transformado pode até ser o mesmo, mas os métodos sempre são diferentes (Sanna, 2007).

Os métodos de trabalho são ações organizadas de maneira a atender à finalidade, executadas pelos agentes sobre os objetos, empregando instrumentos selecionados, de forma a produzir o bem ou serviço que se deseja obter. Não se trata apenas da execução de movimentos padronizados numa sequência pré-definida por outrem, mas sim de uma ação inteligente, planejada e controlada, voltada para um objeto específico, que deverá produzir um resultado previamente imaginado pelo agente (Sanna, 2007).

O conceito “processo de trabalho em saúde” quando diz respeito à dimensão microscópica do cotidiano do trabalho em saúde refere-se à prática dos trabalhadores/ profissionais de saúde inseridos no dia a dia da produção e consumo de serviços de saúde. Contudo, é necessário compreender que neste processo de trabalho cotidiano está reproduzida toda a dinâmica do trabalho humano.

Ao introduzir a contribuição das ciências sociais para os estudos da área, o campo da saúde coletiva estabeleceu uma ruptura com as concepções hegemônicas positivistas que formulam articulações simplificadas entre causa e efeito, desconsiderando a dimensão social e histórica do trabalho e do processo saúde/doença (Gomez; Costa, 2003).

As abordagens compreensivas propõem-se a compreender a *práxis* social dos trabalhadores, o sentido que conferem ao cotidiano do trabalho, suas formas de ser, sentir, perceber e agir. Focalizam o trabalhador como sujeito – com sua singularidade, com sua história – que, ao interagir com as condições objetivas, elabora categorias próprias de pensamento e ação (Gomez; Costa, 2003).

As contribuições do campo da saúde coletiva permitiram identificar duas tendências que vão se conformando em torno do objeto e dos processos de trabalho que a enfermagem participa: uma considera o cuidado de enfermagem como objeto específico do trabalho desta categoria e identificam dois processos de trabalho – assistência e gerenciamento; outra defende a existência de um objeto comum a todos os trabalhadores que participam do processo de produção em saúde, e assumem que o trabalho da enfermagem se processa em quatro processos de trabalho – assistência, gerenciamento, investigação e educativo (Souza; Mendes, 2016).

Os processos de trabalho da enfermagem podem ou não ser executados concomitantemente. São eles: o processo de trabalho Assistir, Administrar, Ensinar, Pesquisar e o Participar Politicamente (Sanna, 2007).

O **processo de trabalho Assistir ou Cuidar** em enfermagem tem como objeto o cuidado demandado por indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades. Outras pessoas podem cuidar de seres humanos que demandam cuidados, com a mesma finalidade - promover, manter e recuperar a saúde, mas não realizarão o processo de trabalho assistir em enfermagem porque, para isso, é preciso dominar seus instrumentos e métodos, o que apenas os profissionais da área, em graus de complexidade diferentes, são capazes de fazer.

O cuidado em saúde ao ser transformado em trabalho adquire características particulares, sendo desenvolvido por diferentes especialidades profissionais, nas quais diversos grupos de trabalhadores cooperam entre si, determinando relações entre eles, em torno do objeto, dos instrumentos de trabalho e dos produtos derivados dessas atividades. Nesse processo de trabalho em saúde mais amplo, as diversas atividades que o compõem são complementares, com maior ou menor grau de autonomia (Souza; Mendes, 2016).

A hegemonia do modo capitalista de produção permitiu que o cuidado fosse progressivamente institucionalizado, apropriado e transformado tecnologicamente. Dessa maneira, o trabalho em saúde adquiriu o *status* de serviço a ser consumido e,



possui uma característica bastante peculiar que é a de ser consumido no momento de sua produção. Frente a esse cenário, verifica-se que entre as grandes dificuldades inerentes ao setor saúde temos a mensuração objetiva do valor do seu produto e dos resultados decorrentes de suas ações, por passar pela questão das diferenças de julgamento, de valores, percepções e preferências subjetivas. Outra dificuldade que pode ser apontada diz respeito a aferição da produtividade do setor saúde, devido a fatores como a heterogeneidade de seus processos de produção e a própria diversidade dos produtos (Souza; Mendes, 2016).

As ações do enfermeiro assistencial contemplam, ainda, a supervisão dos membros de diferentes níveis de formação que compõem a equipe de enfermagem, e a realização de procedimentos invasivos e complexos. As ações desempenhadas pelo enfermeiro assistencial visam atingir a finalidade do subprocesso assistir/cuidar para a melhora do estado de saúde do paciente.

O cuidado em enfermagem significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção e se concretiza no contexto da vida em sociedade traduzindo o comprometimento e engajamento político-cultural, prevenindo rupturas da e na sociedade (Souza *et al.*, 2005).

O cuidar, então, transcorre as competências e técnicas, não se restringindo a elas, é rico em tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva, perpassando pela sustentação do tempo, contra e a partir da resistência da matéria, como uma forma simplesmente humana de ser (Sampaio; Vilela; Pires, 2012).

Esse cuidar em saúde envolve os sujeitos (profissionais de saúde e usuários) e os instrumentos de trabalho que vão moldar a matéria prima do cuidar que através do diálogo tornarão familiar o que até então era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. É preciso ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável, para que possamos colocar em prática os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados (Sampaio; Vilela; Pires, 2012).

Quando nos referimos a esses sujeitos, é importante lembrar que o processo de cuidar em saúde envolve dois tipos; o primeiro relativo à identidade, em que as nossas práticas são destinadas, sendo considerados como seres autênticos, com suas necessidades e valores. Já o segundo relativo à ação transformadora, é

considerado como um ser autor de sua história e responsável por sua saúde (Sampaio; Vilela; Pires, 2012).

No que tange à identidade profissional, existe uma estreita relação entre a produção de subjetividade autêntica e a autonomia concedida ou conquistada. A adaptação à cultura organizacional pode ter como uma das diretrizes a falta de exercício da autonomia pelos enfermeiros, pois, quando esta não é exercida e, não é desejo fundamental, o profissional passa a (re)produzir as práticas pré-estabelecidas, internalizando a subjetividade produzida por outrem. Talvez, por assumir uma identidade institucional e não pessoal, o enfermeiro não visualize o exercício da autonomia profissional como fator essencial no trabalho trazendo reflexos negativos para sua profissão, pois passa a ser somente mais uma engrenagem no processo de trabalho (Santos *et al.*, 2019).

Desse modo, mostra-se importante discutir sobre a autonomia profissional dos enfermeiros, não como mero interesse corporativo e privado, mas como possibilidade de afirmação de suas identidades, como profissionais ativos e indispensáveis na construção de serviços de saúde mais competentes, solidários e humanizados. Ao discutirmos em uma perspectiva de construção e consolidação de sua identidade, o enfermeiro pode passar a incorporar a missão de sujeito ativo, proativo e reacionário, ou seja, pode desmobilizar a massificação de subjetividade envolvida em seu trabalho. Dessa forma, pode contornar os reflexos normalizadores da cultura organizacional possibilitando uma nova forma de cuidar (Santos *et al.*, 2019).

O cuidado caracteriza o núcleo do trabalho de enfermagem. As concepções de cuidado integral e cuidado ampliado se referem a duas formas distintas para sua execução onde o primeiro trata do cuidado com foco nos procedimentos e no raciocínio clínico, que é predominante nas práticas de enfermagem e, no cuidado ampliado é agregado aos procedimentos e à clínica a comunicação e interação com os clientes, de forma contextualizada a cada momento e situação de cuidado (Hausmann; Peduzzi, 2009).

Ao pensar modelos de cuidar em enfermagem, é preciso ter um referencial teórico-filosófico explicitado e fruto de reflexões pessoais e coletivas que envolvem a compreensão do valor desse cuidado no contexto sociopolítico em que se insere. A enfermagem caracteriza-se como uma profissão histórica e culturalmente filosófico-humanista que potencializa a saúde do cidadão e a construção da cidadania e não

cabe submeter-se ao poder de outras áreas, práticas sociais e organizações que controlam e manipulam a saúde, política, econômica e ideologicamente (Souza *et al.*, 2005).

Backes *et al.* (2022) citam o cuidado de enfermagem como original, inovador, transformador e, por isso, sempre empreendedor. Para os autores, o cuidado de enfermagem transcende a perspectiva pontual e linear verticalizada de ser e mover-se somente como ação e abarca um movimento de interlocução circular, complementar e dialógica entre atores – cuidador e pessoa/família/comunidade sob cuidado.

Ainda:

Para abranger patamares cada vez maiores e mais avançados em relação ao cuidado de enfermagem, é primordial transcender as barreiras disciplinares e alcançar um saber e conhecer integrado e articulado às diferentes áreas do conhecimento. Esse processo implica em (des)construir saberes e práticas profissionais, em superar reducionismos teóricos e em prospectar estratégias que valorizam a autoridade e a liderança em detrimento da ordem prescritiva hegemônica. (Backes *et al.*, 2022, p. 4).

A pandemia exacerbou a relevância do cuidado de enfermagem nos diferentes ambientes de interlocução humano-social, além de comprovar que a enfermagem não tem um acervo de verdades absolutas, duradouras e inquestionáveis. É oportuno apreender as lições e os aprendizados dela decorrentes, além de aproveitar o momento para (re)significar atitudes, posturas, valores profissionais e potencializar o cuidado de enfermagem como fenômeno sistêmico e empreendedor (Backes *et al.*, 2022).

O **processo de trabalho Administrar** ou gerenciar em enfermagem tem como objeto os agentes do cuidado e os recursos empregados no assistir em enfermagem. Assim, em seu trabalho, o enfermeiro pode assumir dois tipos de gerenciamento: o primeiro diz respeito ao gerenciamento dos serviços/ unidades, que é mais amplo e que também engloba entre outros fatores o gerenciamento do cuidado podendo ser denominado “cuidado indireto de enfermagem”, atividade que envolve a previsão, provisão, manutenção, controle de recursos materiais e humanos para o funcionamento do serviço e, outro gerenciamento que diz respeito ao cuidado propriamente dito que é o “cuidado direto de enfermagem” que consiste no diagnóstico, planejamento, execução e avaliação da assistência, passando pela

delegação das atividades, supervisão e orientação da equipe de enfermagem (Sanna, 2007).

No processo de trabalho gerencial, o enfermeiro é o único profissional da equipe de enfermagem que domina os métodos empregados nesse processo, que são o planejamento, a tomada de decisão, a supervisão e a auditoria. Para tal atividade, este profissional utiliza um conjunto de instrumentos como o planejamento, o dimensionamento do pessoal, o recrutamento e seleção de pessoal, a educação continuada e/ou permanente, a supervisão, a avaliação, dentre outros (Vieira; Kurcgant, 2010).

Em um estudo realizado no Brasil pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo com enfermeiras responsáveis por serviços de saúde foi estabelecida a necessidade das seguintes competências: liderança, comunicação, tomada de decisão, negociação, trabalho em equipe, relacionamento interpessoal, flexibilidade, empreendedorismo, criatividade, visão sistêmica, planejamento e organização (Furukawa; Cunha, 2011).

O gerenciamento em enfermagem, especialmente no ambiente hospitalar, sofre forte influência da administração clássica, em particular do modelo taylorista/fordista e burocrático, caracterizado por divisão do trabalho, hierarquia, autoridade legal, sistema de procedimentos e rotinas, impessoalidade nas relações interpessoais e outros (Faria; Araújo, 2010).

O planejamento é a primeira função administrativa, exatamente, porque sem planejamento não se pratica a gerência. É uma técnica que visa tomar decisões antecipadas de ocorrências futuras e traçar um programa de ação. A segunda função gerencial é a organização. Organizar é estabelecer a estrutura para executar os planos, determinando o mais adequado a ser dado ao paciente e agrupar as atividades para atingir as metas da unidade. Alguns instrumentos utilizados para a organização são gráficos, fluxograma, cronograma, organograma, sociograma, *layout*, regimento, normas, rotinas e manuais.

A terceira função gerencial é a **direção** que implica várias atividades relacionadas com o recurso humano por isso é através dessa função que são tomadas decisões, emitidas as ordens, orientações e supervisão do esforço dos subordinados, no sentido de alcançar os objetivos definidos no planejamento. A quarta função administrativa é o **controle**, que tem muito a ver com o planejado e o realizado, o desejado e o obtido, o orçado e o efetivado. Para Marquis e Huston

(2010), as funções de controle abrangem avaliações de desempenhos, contabilidade fiscal, controle de qualidade, controle ético e legal, profissional e acadêmico (Santos, 2007).

Ao observar o tempo mensal gasto na realização das atividades que o enfermeiro realiza, 61% são categorizadas como atividades de gerência, o que pontua mais da metade das atividades realizadas por este profissional (Santos, 2007).

Gerenciar conflitos também faz parte do processo de trabalho gerencial do enfermeiro que se coloca como mediador nos espaços de tensão. Assim sendo, o enfermeiro utiliza os recursos de articulação e de mediação de modo a preservar a relação institucional personalizada na relação médico-paciente/ enfermeira-paciente, e simultaneamente presta cuidados ao paciente no sentido de tranquilizá-lo.

A visita do enfermeiro é discutida como uma atividade que possibilita intervenções de cuidado e de gerência. A visita caracterizada particularmente pela abordagem clínica e prescrição de procedimentos ou a visita caracterizada por uma concepção ampliada do cuidado de enfermagem que agrega aos procedimentos uma prática comunicativa, de interação profissional-paciente e de articulação entre as ações de enfermagem e desta com as demais áreas profissionais.

Logo, a gerência em enfermagem contempla as relações interpessoais no trabalho que dependem da capacidade comunicacional dos profissionais, da participação da enfermagem na estrutura institucional, das relações internas da própria equipe de enfermagem, além das relações com as áreas de apoio, com a equipe multidisciplinar e com o indivíduo hospitalizado e/ou familiares. A comunicação é fundamental para administrar as situações habituais e inesperadas do cotidiano e prestar cuidado de enfermagem qualificado (Gonçalves, 2006).

Embora haja avanços na saúde em direção à descentralização das ações e dos serviços, o gerenciamento ainda esbarra em um modo herdado da administração científica inicial cujos desafios são superar o modelo tradicional de gestão, desenvolver linhas teóricas que consigam um olhar diferenciado para as especificidades; superar o reducionismo na atenção à saúde e, por fim, criar práticas democráticas na dinâmica gerencial.

Na área da saúde, estabelecem-se tensões, instabilidades e incertezas entre as políticas e organizações fortemente instituídas. Porém, nela também atuam forças instituintes que engendram novos arranjos e modos de “fabricar a saúde”,

especialmente no Brasil, em que o Sistema Único de Saúde (SUS) é fruto de forças sociais que se organizaram em torno do Movimento da Reforma Sanitária (Faria; Araújo, 2010).

Estudos realizados sobre os conteúdos ministrados na disciplina de Administração em Enfermagem demonstram que esses estão fundamentados principalmente nos modelos tradicionais, na graduação e na especialização, e somente na pós-graduação *stricto sensu*, é que as abordagens contemporâneas são estudadas de forma predominante.

Cabe ressaltar que o maior risco para o paciente internado é o cuidado fragmentado e o agir alienado dos profissionais, ao considerar que alienação é o estranhamento do profissional em relação ao produto ou resultado do seu próprio trabalho, no qual ele não reconhece a sua contribuição (Hausmann; Peduzzi, 2009).

Nesta mesma direção alguns estudos fazem referência à gerência participativa, que visa a qualificar a assistência através da articulação dos processos de trabalho assistencial e gerencial, articulação esta que se entende por gerenciamento do cuidado, que também é caracterizado pela ênfase na comunicação e interação profissional de enfermagem e paciente e entre os profissionais.

A compreensão do jogo de forças entre o instituído (aquilo que está posto) e o instituinte (força que cria o novo) como gerador de potentes e novas configurações, assinala que o modo de se organizar a gestão do trabalho em saúde não pode ser baseado eficazmente nos modelos clássicos administrativos (Faria; Araújo, 2010).

Para isso é imprescindível o papel do enfermeiro docente, como facilitador no processo ensino-aprendizagem e de articulador, na integração da teoria com a prática. É preciso que o docente e o enfermeiro assistencial compartilhem os objetivos educacionais e assistenciais, suas necessidades e desafios (Paiva *et al.*, 2010).

**O processo de trabalho Ensinar** em enfermagem tem dois agentes - o aluno e o professor. Seu objeto são os indivíduos que querem se tornar profissionais de enfermagem ou aqueles que, já sendo profissionais, querem continuar a se desenvolver profissionalmente. Para efetivá-lo, os agentes exercitam as teorias, métodos e recursos de ensino-aprendizagem, empregados como instrumentos para atender à finalidade de formar, treinar e aperfeiçoar recursos humanos de enfermagem.

Atualmente, estudiosos identificam que é preciso uma reorganização do modo de ensinar a fim de decompor o modelo tradicional e consolidar um modelo transformador, descentralizado e integralizado. O docente da área da saúde ao rever os paradigmas costumeiramente adotados, caminha na direção de uma reconstrução de sua prática pedagógica.

A educação busca o eixo no ensino e na aprendizagem ativos, norteadas pela construção de estratégias sobre o que deve ser conhecido, o que a pessoa já vivenciou e no estabelecimento de metas que resultem em uma ampliação do conhecimento inicial. O ensino de enfermagem ultrapassa o ambiente acadêmico. O enfermeiro educador integra suas ações pedagógicas em três eixos: a educação em saúde – com pacientes, famílias e comunidade; a educação continuada, permanente e em serviço – como integrante da equipe inserida no ambiente de trabalho; e a formação de profissionais de enfermagem – tanto em nível de graduação, quanto técnico e de pós-graduação.

Tal aspecto pode ser evidenciado pelas atividades de preceptoria exercida pelas enfermeiras participantes do estudo, já que as enfermarias cirúrgicas nas quais a pesquisa se desenvolveu recebe acadêmicos e residentes de enfermagem. Assim, a educação permanente e a continuada das enfermeiras contribui para uma melhor formação prática dos alunos sob sua supervisão.

O **processo de trabalho Pesquisar** em enfermagem também tem como agente exclusivo o enfermeiro, porque apenas esse profissional de enfermagem tem formação em metodologia de pesquisa científica. Para tanto, ele aprende métodos quantitativos e qualitativos de pesquisa e emprega o pensamento crítico e a filosofia da ciência como instrumentos.

Seu objeto é o saber já disponível em enfermagem e as lacunas existentes nesse saber, sobre o qual ele atua com a finalidade de descobrir novas e melhores formas de assistir, administrar, ensinar e pesquisar em enfermagem. Os produtos desse processo são novos conhecimentos, que podem ser empregados para compreender e modificar o trabalho dos profissionais de enfermagem, e novas dúvidas, que mantêm sempre em funcionamento o processo de trabalho pesquisar em enfermagem.

O **processo de trabalho Participar Politicamente** permeia todos os outros processos e, muitas vezes está presente sem que o profissional de enfermagem dele tome conhecimento. Há aqueles que se dizem apolíticos, pois declaram

trabalhar sem professar crenças, servir a ideologias ou fazer proselitismo. Este é um engano frequente. Participar politicamente não significa, necessariamente, filiar-se a um órgão de classe, organizações que se dedicam à defesa dos direitos civis ou a um partido político. Todo julgamento moral e atitude que lhe corresponda é uma forma de participação política, sem o que não é possível estar no mundo em sociedade.

Assim, os agentes desse processo são os profissionais de enfermagem e os outros atores sociais com quem se relacionam quando opera seus outros processos de trabalho ou quando se insere no aspecto *macro* do processo de trabalho em saúde.

Ao aceitar condições de trabalho desfavoráveis, como dupla ou tripla jornada ou a precarização dos contratos de trabalho, por exemplo, o profissional de enfermagem pactua com a ideologia de que os interesses do capital estão acima dos interesses da saúde dos indivíduos, famílias, grupos sociais, comunidades e coletividades a serem cuidados, inclusive dele próprio e assim participa politicamente.

Os métodos empregados no processo de trabalho participar politicamente em enfermagem não são exclusivos de suas categorias profissionais, mas adquirem características próprias quando colocados em prática à luz dos preceitos éticos da profissão. Dessa maneira, a negociação e o conflito que são empregados para transformar o objeto necessitam ser ancorados em valores professados pelas categorias profissionais e pactuados nos *micros* e *macro* ambientes políticos.

Existem fatores importantes que afetam o desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, tais como: o tempo gasto no desempenho de atividades; a motivação e o desempenho do trabalhador; o uso da tecnologia, máquinas e ferramentas e os métodos de trabalho que sustentam e auxiliam o desenvolvimento do trabalho e a qualidade da assistência prestada. Esse complexo, conjunto de fatores dá um caráter de ingovernabilidade aos processos de trabalho na saúde, tornando, portanto, difícil, a mensuração do tempo efetivo de trabalho.

As instituições exercem formas de controle social e poder traduzidas em formas sofisticadas de controle, principalmente em relação à subjetividade dos trabalhadores, que passam a reproduzir os jargões empresariais, assumindo a incumbência de atingir os resultados esperados. Os sujeitos se tornam incapazes de compreender exatamente como tal processo de dominação acontece, tamanha a



sutileza e acuidade da manipulação exercida. Assim, o contexto organizacional influencia o desempenho das atribuições do enfermeiro, por vezes restringindo sua atuação a um dos subprocessos de trabalho: gerenciar ou cuidar.

Atualmente, o processo de mudanças no interior das instituições é impulsionado pelas mudanças constantes das informações e pelo surgimento de novas tecnologias em diversas áreas. Nessa perspectiva, as instituições podem se considerar atualizadas somente por breves momentos, uma vez que em curto espaço de tempo o saber e as informações estarão defasados pelas constantes mudanças sociais, econômicas e tecnológicas (Motta, 1993).

## 2.6 CONTRIBUIÇÕES DA SAÚDE COLETIVA PARA A ENFERMAGEM

A saúde coletiva tem como marco teórico o materialismo histórico e dialético, compreende a saúde como fenômeno social e considera a existência de inúmeros determinantes que interferem na mesma, tornando dinâmico o processo saúde-doença. A substituição do termo significantemente público (Saúde Pública) para o termo coletivo (Saúde Coletiva) demonstra uma renúncia ao universalismo naturalista que valoriza apenas os aspectos biológicos do processo saúde-doença (Regis; Batista, 2015).

A saúde coletiva congrega disciplinas como a epidemiologia, o planejamento em saúde e as ciências sociais em saúde, entre outras, constituindo uma área complexa do saber. A constituição do seu discurso teórico com a introdução das ciências humanas no campo da saúde, reestrutura as coordenadas desse campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, de forma a relativizar o discurso biológico. O limite imposto ao universalismo naturalista e a abertura do campo da saúde para outras leituras possíveis, centradas no reconhecimento das diferenças, é o efeito teórico primordial nesse descentramento. O campo da saúde coletiva é, pois, fundamentalmente multidisciplinar e admite no seu território uma diversidade de objetos e de discursos teóricos, sem reconhecer em relação a eles qualquer perspectiva hierárquica e valorativa (Birman, 2005).

Fortalecida a partir da década de 70, a saúde coletiva trouxe uma discussão ampliada sobre saúde e cuidado, onde a interdisciplinaridade e o trabalho multiprofissional imperam redefinindo o que conhecemos como processo saúde-doença-cuidado uma vez que os indivíduos e seu contexto social são complexos

exigindo do profissional de saúde um pensamento crítico-reflexivo sobre a determinação social do processo saúde-doença que constitui uma das bases teóricas da formação e da pesquisa no campo da enfermagem em saúde coletiva (Souza *et al.*, 2017).

A interação entre diferentes saberes e práticas, o fortalecimento de laços entre população e profissionais de saúde e a valorização do social e da subjetividade são marcos conceituais importantes da saúde coletiva que preconiza a atenção à saúde organizada em linhas do cuidado (não em doenças) com ênfase na integralidade e na equidade (Regis; Batista, 2015).

As práticas em saúde coletiva são práticas sociais, construídas em diferentes processos de trabalho e estão estreitamente articuladas à estrutura da sociedade e à dinâmica das forças de seus grupos sociais. É primordial que os enfermeiros, desde a sua formação inicial, tenham clareza do objeto de sua profissão e compreendam que lidam com um corpo de conhecimentos dinâmico, o qual tem no campo da saúde coletiva um espaço potente de exercício de sua prática (Souza *et al.*, 2017).

Maria Cecilia Puntel de Almeida foi protagonista das discussões da enfermagem enquanto prática social e trouxe o enfoque teórico do processo de trabalho para fundamentar o entendimento da formação profissional e de sua inserção no mercado de trabalho, com vistas à valorização dos determinantes sociais na atuação dos trabalhadores de enfermagem nos serviços de saúde. Essa mudança paradigmática reforça a importância do diálogo da enfermagem com a saúde coletiva para avançar na compreensão da complexidade dos problemas de saúde e das demandas e necessidades de usuários do SUS em busca de cuidado. Além de contribuir para o desenvolvimento dos conceitos da área, assumindo o compromisso social da prática profissional de enfermagem bem como seu desenvolvimento enquanto ciência. São pontes a serem construídas e reforçadas, especialmente na formação profissional e na gestão do trabalho em saúde (Souza, *et al.*, 2017; Fortuna *et al.*, 2019).

A enfermagem em saúde coletiva contribui para a formação de profissionais habilitados a trabalhar no SUS e que promovam, na sua prática cotidiana, os princípios e diretrizes da universalidade, integralidade, equidade, participação social; além de oferecer diferentes campos de atuação profissional ao enfermeiro, em diferentes níveis de atuação. Atualmente, é fundamental acelerar e garantir as

mudanças que buscam contrapor ao modelo biomédico de atenção em saúde, o qual tem como características a alta especialização e a atenção hospitalocêntrica para um modelo integral, inclusivo e equânime que priorize a promoção da saúde e a prevenção de agravos e doenças. Neste contexto, destaca-se a importância de modelos e práticas de formação de enfermeiros que promovam o compromisso ético para a construção e fortalecimento cotidiano do SUS, influenciando a formulação de políticas públicas e atuando na educação profissional de enfermeiros que efetivem, na sua prática, os princípios do SUS (Souza *et al.*, 2017).

No entanto, o modelo de formação dos enfermeiros vem propiciando a reprodução acrítica e alienada dos processos de trabalho na saúde, com processos pedagógicos que pouco propiciam a reflexão e baseado em referenciais biologicistas muitas vezes calcado em concepções de aprendizagem que priorizam conteúdos a serem “absorvidos” e reproduzidos pelos estudantes sem uma integração desses conteúdos às práticas profissionais, sendo apresentados de forma fragmentada e descontextualizada em ambientes autoritários em que a relação professor/ estudante reproduz relações de submissão e dominação (Fortuna *et al.*, 2019).

As competências para enfermeiros atuarem na área de saúde coletiva compreendem atuar no SUS seja fomentando políticas públicas de saúde, gerenciando serviços ou contribuindo com a consolidação da Estratégia Saúde da Família, compreender o processo saúde-doença e seus determinantes, desenvolver ações visando à integralidade, realizar educação em saúde e desenvolver pesquisas e a assistência da enfermagem (Regis; Batista, 2015).

A realização do Processo de Enfermagem (PE) é uma competência necessária na área da saúde coletiva uma vez que deve ser realizado, de modo deliberado e sistemático, em todo o contexto socioambiental em que ocorre o cuidado de enfermagem. Deve estar fundamentado em suporte teórico, que podem estar associados entre si, como teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagem padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, protocolos baseados em evidências e outros conhecimentos correlatos, como estruturas teóricas conceituais e operacionais que fornecem propriedades descritivas, explicativas, preditivas e prescritivas que lhe servem de base (Cofen, 2024).

Outro aspecto importante é a politização dos trabalhadores da enfermagem que, atualmente, se apresenta como um desafio a ser superado. Sanna (2007)

descreveu o processo de trabalho *Participar Politicamente* com um dos processos de trabalho dos enfermeiros que permeia os outros processos (Cuidar, Pesquisar, Gerenciar e Ensinar). Posicionar-se politicamente no ambiente de trabalho, nas escolas, organizando-se para discutir e conquistar melhores condições de operar este e os outros processos de trabalho constitui-se em possibilidade de transformar o objeto das práticas de saúde (Fortuna *et al.*, 2019).

No Brasil, a rede hospitalar é altamente estratificada, com hospitais que são centros de excelência mundial e outros que estão abaixo do padrão razoável de qualidade de atendimento. Entretanto, diferente de outras nações, o conjunto hospitalar brasileiro é altamente pluralista, uma vez que possui vários e diferentes arranjos estruturais de gerenciamento, financiamento e propriedade, tanto no setor público como no privado, o que lhe confere singularidade (Vagheti *et al.*, 2011).

Até a década de 1980, os hospitais brasileiros nutriam um modelo tecno-assistencial hegemônico de características medicalocêntrica e hospitalocêntrica, que os marcavam como centros exclusivos de cura e reabilitação. Com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), os hospitais públicos brasileiros começaram a delinear um novo desenho que, além do emaranhado tecnológico comum a todas as organizações, oferece outro arcabouço que impacta as questões estruturais e gerenciais desses espaços. Observa-se, desde então que estes hospitais buscam estratégias voltadas à operacionalização dos princípios de universalidade e equidade e das diretrizes de descentralização, participação social e integralidade do SUS, por meio de modelos de gestão que maximizem a produtividade, reduzam os custos e otimizem a qualidade da assistência prestada (Vagheti *et al.*, 2011).

É sabido que todas as organizações, entendidas como estruturas sociais hierarquicamente definidas, apresentam certo grau de burocratização caracterizado por mais ou menos estruturas hierárquicas de autoridade, regulamentos e linhas de especialização que são utilizadas, essencialmente, para organizar pessoas, a fim de que produzam bens e serviços de maneira eficiente. Na configuração estrutural das organizações, as burocracias podem ser consideradas mecanicistas e profissionais. A burocracia profissional é encontrada nos hospitais e universidades e a hierarquia e o poder estão fundados nas competências e conhecimentos dos trabalhadores, isto é, na natureza profissional e na especialização. A burocracia mecanicista está presente naquelas organizações onde os processos de trabalho são repetitivos e

estandardizados e a hierarquia é ditada pelo cargo ou função na cadeia hierárquica (Vaghetti *et al.*, 2011).

## 2.7 OS ESTUDOS SOCIOANTROPOLÓGICOS EM HOSPITAIS

No Brasil, na década de 1990, a expansão da sociologia e antropologia da saúde nas ciências sociais é paralela à consolidação destas disciplinas dentro do campo da saúde coletiva. Isso coincide com a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) (Knauth; Leal, 2014).

Na área de sociologia são encontrados importantes trabalhos já nas décadas de 1970 e 1980 (por exemplo, os trabalhos de Maria Cecília Donnangelo, Madel Luz, Roberto Machado, Everardo Nunes, Amélia Cohn, entre outros), enquanto, na antropologia, a consolidação ocorre, especialmente, na década de 1990.

A antropologia social/cultural, diz respeito a tudo que constitui uma sociedade” e a maneira com a qual “seus modos de produção econômica, suas técnicas, sua organização política e jurídica, seus sistemas de parentesco, seus sistemas de conhecimento, suas crenças religiosas, sua língua, sua psicologia, suas criações artísticas” estão relacionadas “e através da qual aparece a especificidade de uma sociedade” (Laplantine, 2003, p. 11).

Dois conceitos foram fundamentais à constituição da antropologia como ciência: etnocentrismo e cultura, além de um terceiro a ser destacado nesse processo, o relativismo. No final do século XIX, Franz Boas redefiniu os fundamentos da antropologia ao considerar as particularidades da humanidade formada por grupos distintos em suas práticas e valores (Nakamura, 2011).

Os padrões de “civilização” estabelecidos pelas sociedades ocidentais, europeia e norte-americana foram derrubados e o olhar para outros grupos passa a considerar os contextos históricos particulares, expresso em um conjunto de crenças, valores e comportamentos. A essa nova visão acerca das sociedades humanas denominou-se relativismo cultural (Nakamura, 2011).

Um conceito basal para a antropologia é o de cultura. Cultura refere-se a um conjunto de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais, assim como sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. A cultura

organiza o mundo de cada grupo social segundo a sua lógica própria (Langdon; Wiik, 2010).

Franz Boas e Bronislaw Malinowski são os autores clássicos da antropologia que estabeleceram a etnografia como método de investigação social característico dessa ciência. Esses dois autores viveram na mesma época e ambos priorizaram o trabalho de campo e a observação participante. Grande importância é conferida à descrição detalhada do trabalho de campo e de como se dá o processo de inserção, observação e coleta de informações por parte do etnógrafo. A partir daí instaura-se o método de pesquisa etnográfico que tem como componentes: a observação participante, a reflexividade do pesquisador e a escrita reflexiva (Geertz, 2008; Caprara; Landim, 2008).

Assim, na antropologia, os cientistas fazem etnografia, para qual é necessário um esforço intelectual, corpo a corpo, a fim de elaborar uma “descrição densa”. Epistemologicamente, a etnografia é uma imersão em uma cultura e na arte de ver, apreender e interpretar a realidade no convívio com os participantes em seu ambiente natural. Ao obter dados de como um grupo qualquer interpreta suas experiências, estabelecemos algumas conclusões num sistema progressivo de análise onde o saber teórico vai sendo construído durante a coleta de dados.

Numa perspectiva antropológica, os processos de cuidado e atenção que ocorrem no espaço hospitalar são considerados um objeto de estudo tardio em relação ao seu desenvolvimento histórico. Autores como Geest e Finkler (2004) apontam que os hospitais não foram objeto de interesse da disciplina por serem considerados organizações semelhantes devido a certos atributos compartilhados, como burocracia, divisão de enfermarias, nomenclatura médica, códigos de vestimenta da equipe ou acessórios tecnológicos. Essas características deram origem a uma aparência de familiaridade com qualquer setor da sociedade ocidental. Além disso, os princípios da biomedicina eram considerados como governantes uniformes e universais, com referência limitada ao contexto local de um determinado grupo social (Geest; Finkler, 2004). Outra explicação está ligada às dificuldades de acesso a essas instituições, que, em maior medida, tiveram a ver com a atitude defensiva das autoridades que impediu o desenvolvimento de algumas pesquisas (Geest; Finkler, 2004; Tosal Herrero; Brigidí; Hurtado García, 2013).

A partir de 1950, começaram a ser desenvolvidos estudos sociológicos com foco em hospitais, enquanto as abordagens etnográficas foram posteriores, podendo citar

Foster e Anderson (1978) em sua obra *Antropologia Médica*, onde dedicam um capítulo à análise do hospital. Outro estudo etnográfico precursor foi realizado por Coser (1962) em um hospital americano, onde apresentou o quarto de hospital como um espaço exótico, suscetível de ser analisado como uma ilha separada do continente. Entretanto, estudos atuais sustentam que os hospitais não podem ser pensados fora da sociedade da qual fazem parte, mas devem ser interpretados dentro da estrutura da cultura local em que são produzidos (Geest; Finkler, 2004). Nesse sentido, eles explicam que a vida no hospital não deve ser vista em contraste com a vida fora do hospital, o mundo "real", mas sim como parte da sociedade que a envolve. Esses autores vão dizer que o hospital não é uma ilha, mas uma parte importante do continente (Parsons, 1951; Caudill, 1958; Goffman, 1961; Freidson, 1970; Foucault 1975; Carapinheiro, 1993).

### **2.7.1 Sobre as culturas hospitalares**

Tomamos como ponto de partida os trabalhos que partem de duas premissas: a primeira, contrária à ideia de que os hospitais são universais a partir de um modelo biomédico global, pois os estudos antropológicos têm mostrado a variedade de culturas hospitalares em diferentes países. A segunda, que a biomedicina e o hospital como sua principal instituição, é um domínio onde os valores e crenças centrais de uma cultura começam a ser olhados. É nesse sentido que Geest e Finkler (2004) argumentam que os hospitais refletem e reforçam os processos sociais e culturais dominantes de uma determinada sociedade.

Dentro da problemática referenciada, destaca-se a produção de Andersen (2004) e Gibson (2004), que investigam as desigualdades no cuidado na África, orientando sua explicação para uma replicação das relações de gênero e classe que se dão nas sociedades analisadas. O mesmo pode ser observado nos trabalhos realizados por Amstel e Geest (2004) em Papua Nova Guiné e Zaman (2004) em Bangladesh, nos quais descrevem e analisam o papel que cada sujeito circulante no hospital desempenha para promover e reforçar a estrutura hierárquica da sociedade em geral. Por outro lado, Tanassi (2004) realiza uma etnografia nas enfermarias obstétricas de um hospital italiano e ilustra as maneiras pelas quais as percepções culturais das mulheres são reproduzidas e reforçadas naquela sociedade. No mesmo sentido, Inhorn (2004) e Vermeulen (2004) centram suas pesquisas nas questões éticas das práticas analisadas e, além disso, permitem dar conta de como estas últimas são atravessadas pelos valores dominantes de cada sociedade. No estudo de Inhorn (2004) o foco está nas

práticas de fertilização assistida e em como a infertilidade é vista como uma condição estigmatizada, levando os usuários a exigirem um alto nível de privacidade. Enquanto Vermeulen (2004) investiga as decisões tomadas em uma enfermaria neonatal de um hospital de Amsterdã e como o prolongamento da vida em recém-nascidos é acordado ou não entre profissionais e usuários, um processo que reflete valores culturais holandeses de mediação e negociação. Destes artigos, destaca-se a ênfase em mostrar as relações existentes entre o nível micro, limitado a um serviço de assistência hospitalar e o nível macro dado pela sociedade, refletindo as premissas levantadas no início.

Encontramos também trabalhos focados na organização e no funcionamento das equipes de saúde em hospitais, que levantam a dimensão comunicacional como aspecto central dos processos de cuidado e atenção. Algumas pesquisas investigam dentro de um serviço específico - emergência - (Collin *et al.*, 2012; Iedema; Merrick, 2016; Nugus, 2019; Person; Spiva; Hart, 2013) e outras investigam entre diferentes serviços (Iedema *et al.*, 2012; Webster *et al.*, 2015) dentro do mesmo hospital. No Brasil destaca-se a etnografia de Deslandes (2001) em emergência hospitalar analisando o contexto de violência entre usuários e profissionais de saúde. Este conjunto de estudos destaca a necessidade de trabalho colaborativo entre as partes interessadas nos serviços de saúde, sendo a comunicação a chave para organizar e coordenar as práticas de cuidado.

Há também um conjunto de estudos que centram sua análise nas percepções, emoções e experiências dos trabalhadores nos processos de cuidado, pois entendemos que essas dimensões orientam a organização social das práticas. Hunter, Spence e Scheinberg (2008) analisam as reflexões e discussões que os médicos realizam em torno de incidentes no ambiente pediátrico e como as práticas médicas são atravessadas por dimensões médicas e socioculturais.

No mesmo sentido, encontramos produções que analisam como as percepções (Henderson; Stacey; Dohan, 2008) e os quadros interpretativos (Hilligoss, 2014) dos médicos influenciam a prática profissional. Da mesma forma, encontramos pesquisas desenvolvidas em serviços de plantão médico, que destacam como as condições de trabalho, como a super demanda, a urgência, a constante mudança de prioridades, a pressão, o descompasso entre o cuidado que se deseja prestar e o que se consegue efetivamente oferecer, geram angústia e sofrimento nos trabalhadores (Henckes; Nurok, 2015; Kelley *et al.*, 2011).



### **3 O HOSPITAL, AS ENFERMEIRAS E O CORAÇÃO**

#### **3.1 CENÁRIO**

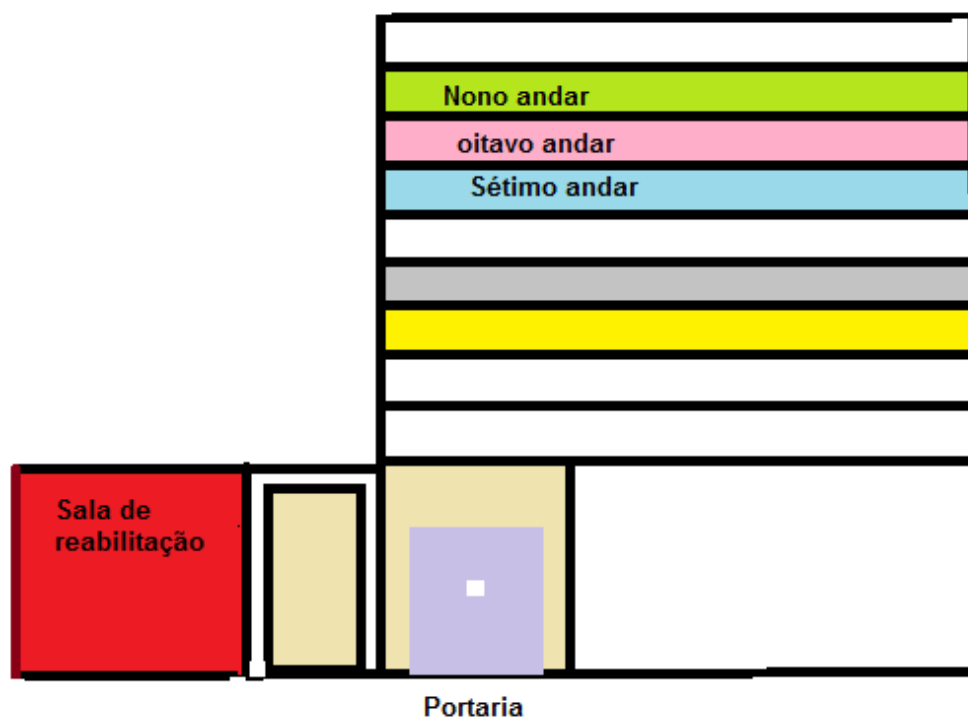
O Instituto Nacional de Cardiologia (INC) é localizado no bairro Laranjeiras, na cidade do Rio de Janeiro. É um centro de referência nacional para o atendimento aos pacientes portadores de cardiopatias, inclusive neonatais, que apresenta como "valores a ética, a qualidade, a responsabilidade social, a humanização e a gestão participativa" (c2014, p. 1). É o único hospital público que realiza transplantes cardíacos em adultos e crianças no RJ.

Também é um hospital de ensino para formação de profissionais para as redes de saúde, o INC possui programa de Residência Médica, Enfermagem e Farmácia de excelência, além de cursos de pós-graduação que abrangem diversas áreas de atuação cardiovascular. No campo da pesquisa, foi escolhido pelo Ministério da Saúde como coordenador do maior estudo multicêntrico já realizado no país na área de terapias celulares em cardiopatas e desenvolve pesquisas clínicas em diversas áreas de diagnóstico e tratamento em cardiologia (Brasil, 2023).

Portanto, como nos afirma Feuerwerker e Cecílio (2007), é um local de construção de identidades profissionais onde uma trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes num processo de complementação e disputa que compõe o trabalho em saúde.

Cada andar do INC é destinado à assistência de uma patologia dentre as cardiopatias.

Figura 1 – Representação gráfica externa do prédio do INC



Fonte: Souza (2018, p. 85).

Os cenários deste estudo são duas enfermarias cirúrgicas do INC - a miocardiopatia e a enfermaria de Doenças Oroalvares que são relativas ao sétimo e o oitavo andar, respectivamente e, como os profissionais se reportam ao seu setor de atuação. *“Hoje, estou de APH, no 8º andar.”* A escolha desses setores foi referente ao cuidado menos tecnológico, o que demanda do enfermeiro uma capacidade de avaliação clínica mais aguçada.

A enfermaria de miocardiopatias apresenta formato retangular e é composta por 21 leitos. O posto de enfermagem é situado em uma das extremidades dessa conformação retangular, quase em frente aos elevadores e apresenta uma janela grande de vidro de modo que todos que saiam dos elevadores e virem à direita serão vistos pelos profissionais que ali se encontram, o que remete ao controle exercido pelas enfermeiras como preceituava Florence Nightingale dentro de uma perspectiva disciplinar e de controle da qual Goffman se referia às instituições totais inspirado nos escritos de Foucault. Os leitos são individuais, no entanto, um banheiro compõe parte da divisão entre dois leitos. Ou seja, dois pacientes dividem o mesmo banheiro. Neste andar, também funcionam os serviços de transplante e hipertensão arterial (Foucault, 1987; Goffman, 1987; Benelli, 2004).

A enfermaria de doenças orovalvares apresenta formato em L e é composta por 29 leitos, sendo que dois leitos estão sempre fechados para obras de manutenção. O posto de enfermagem também se localiza quase em frente aos elevadores, situado entre o maior e o menor eixo do L. Também apresenta uma grande janela de vidro permitindo aos profissionais visualizarem as pessoas que transitam no setor. Os leitos apresentam configuração idêntica à enfermaria de miocardiopatias. O público (pacientes) é misto, porém, mais jovem dentro das comorbidades cardiovasculares.

À frente do posto de enfermagem, no corredor, existem bancos que os pacientes se referiam como a “praça do setor”, era o local onde eles interagiam devido ao longo período de internação.

O INC é um campo de aprendizado prático da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) onde o órgão cuja especialização é dedicada possui um valor social nobre – o coração. E, dentro da especialidade cardiológica, outras tantas que se desenvolveram para dar conta da complexidade das patologias existentes bem como para dar suporte à descoberta de novas patologias.

O INC provém do núcleo do Hospital Nossa Senhora das Vitórias, em Botafogo, e seu percurso até as condições atuais se confunde com o surgimento dos hospitais federais bem como com o desenvolvimento da pesquisa no Brasil. A necessidade da criação de um hospital especializado em Cardiologia surgiu no início dos anos 70. Em 1973, o núcleo do hospital supracitado contribuiu para a criação do Hospital das Clínicas de Laranjeiras, situado na Rua das Laranjeiras, 374, no prédio onde funcionava a antiga Casa das Comerciárias, pertencente ao Instituto de Aposentadoria e Pensão dos Comerciários (IAPC). Com o nome de Hospital das Clínicas de Laranjeiras e, posteriormente, Hospital de Cardiologia de Laranjeiras (HCL) passou a desenvolver exclusivamente atendimento médico assistencial na área de cardiologia.

Com base no nível de excelência de seus serviços, no ano de 2000, o HCL tornou-se um Centro de Referência do Ministério da Saúde para a realização de treinamento, pesquisa e formulação de políticas de saúde, passando a atuar sob a denominação de Instituto Nacional de Cardiologia (INC).

Atualmente, o INC conta com programas de pós-graduação *lato-sensu* e *strictu-sensu* com Mestrado Multiprofissional em Ciências Cardiovasculares e Avaliação de Tecnologia em Saúde.

O hospital dispõe de 165 leitos, sendo 60 de UTI, com 4 mil internações anuais, 1200 cirurgias e 50 mil consultas médicas. O INC investe também na incorporação das mais modernas tecnologias disponíveis no mundo como o implante percutâneo de válvula aórtica (TAVI), ecocardiografia tridimensional, testes genéticos de última geração, entre outros (Brasil, 2024).

O atendimento aos pacientes do Instituto é feito por uma equipe multidisciplinar formada por médicos, enfermeiros, fonoaudiólogos, dentistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais.

Na enfermaria de miocardiopatias – “o 7º andar”, contava também com nove 09 enfermeiras no total. As plantonistas diurnas e noturnas que trabalhavam por doze horas consecutivas (07 às 19h – serviço diurno - SD e, 19h às 07 – serviço noturno - SN). As enfermeiras gerentes do setor, popularmente conhecidas como “chefes dos setores” que apresentavam carga horária diária atendendo à carga horária semanal exigida. Neste setor, normalmente, havia uma enfermeira rotina que trabalhava diariamente (7h às 13h), uma enfermeira assistencial do serviço diurno (plantonista) e três técnicos. Adequações na escala eram realizadas comumente para atender as necessidades do setor.

Como dito anteriormente, no trabalho da enfermagem hospitalar existem normas e rotinas a serem cumpridas e nos setores onde esta pesquisa foi desenvolvida não era diferente. Em ambos, percebi que a organização do trabalho, em condições ideais, começava com a passagem de plantão onde permaneciam, no mínimo, um técnico de enfermagem e uma enfermeira plantonista que saíam de serviço e, uma enfermeira e um técnico de enfermagem que chegavam. Em seguida, as enfermeiras realizavam a visita aos pacientes na qual realizavam o processo de enfermagem (coleta de dados ou históricos, diagnóstico, definição de resultados/planejamento, implementação/intervenção e avaliação), curativos após os pacientes tomarem banho e orientações, enquanto a outra enfermeira ficava envolvida nas atividades ditas burocráticas que se referiam ao gerenciamento do cuidado que incluía a movimentação dos pacientes entre os setores seja para exames ou cirurgias, aprazamento das prescrições médicas, evoluções e registros nos livros e no sistema MV (sistema operacional utilizado na instituição). O gerenciamento de conflitos também compunha a dinâmica para um plantão “tranquilo”.

A enfermaria de doenças orovalvares – “o 8º andar”, apresentava 29 leitos ativos dos quais 02 sempre estavam reservados para obras de manutenção. Estes eram individuais, porém, dois leitos compartilhavam o mesmo banheiro. A estrutura física é semelhante à de um L onde se distribuíam os leitos, o posto de enfermagem, a sala dos médicos, a sala do serviço social, o estar da enfermagem, a sala de convivência para os pacientes, a sala da chefia de enfermagem do setor e elevadores. Este setor contava com nove enfermeiras dentre plantonistas diurnas, noturnas, “pé-quebrado” e a chefe do setor.

O termo “pé-quebrado” é específico desta enfermaria e se refere à duas enfermeiras que possuíam outro emprego e, portanto, não realizavam a escala corrida de 12x60 (um plantão de doze horas trabalhadas com sessenta horas de descanso, ou, 12 horas trabalhadas a cada dois dias). A chefe do setor optou por colocá-las em dias fixos. Assim, uma delas trabalhava no serviço diurno às segundas, quartas e sextas e a outra trabalhava, também no serviço diurno, às terças e quintas. Uma forma que a chefia encontrou para ter duas enfermeiras assistenciais no plantão diurno cobrindo a ausência de uma enfermeira rotineira e para não prejudicar as profissionais no outro trabalho. Esta adequação tenta driblar os efeitos da precarização do trabalho na instituição. Fato que demonstra os efeitos macro do trabalho em saúde onde autores supracitados destacam que o hospital não é uma ilha, mas reflete os aspectos da sociedade ao seu redor.

Lembro que a dupla jornada de trabalho é característica da área de enfermagem o que será contextualizado mais tarde. A enfermeira chefe do setor relatou que a confecção de escalas era o que mais a consumia. Não apenas o ato de elaborá-las, mas formá-las considerando as demandas do setor e dos profissionais que dispunha.

Cirurgias, exames, avaliação odontológica, descompensação de pacientes com um simples posicionamento no leito, um banho ou eliminações vesico-intestinais faziam parte do plantão das enfermeiras que redefiniam suas prioridades constantemente e tornavam este setor mais dinâmico.

### 3.2 O UNIVERSO DA PESQUISA: AS ENFERMEIRAS

No INC, as formas de ingresso de enfermeiros são por meio de concurso público e contratos temporários. O último concurso para preenchimento de cargo

efetivo no Ministério da Saúde foi realizado em 2005. Posteriormente, os enfermeiros ingressavam na instituição por meio de contratos temporários via fundação (Fundacor) e, atualmente, pelo Núcleo Estadual no Rio de Janeiro (NERJ) o qual apresenta contratos temporários renováveis. Estes, inicialmente, apresentavam validade de um ano e poderiam ser renovados por igual período. No período de realização da pesquisa, esses contratos passaram a ser de seis meses, renováveis por igual período. A queixa pelo déficit de recursos humanos era frequente no discurso dos profissionais de enfermagem o que revela a precarização do trabalho, nas suas diversas facetas, vivenciadas pelos profissionais. Assim, tal aspecto demonstrava que a flexibilização das relações de trabalho, a terceirização e precarização compunham a realidade dos profissionais de enfermagem na instituição.

Enfermeiras são profissionais graduadas (bacharelado) em Enfermagem, responsáveis pela equipe de enfermagem durante o plantão. Logo, se a pessoa se apresenta com tal titulação indica que ela é portadora de diploma de Bacharel em Enfermagem. Todos os participantes eram do sexo feminino e, por isso, esse estudo assume a descrição das interlocutoras no feminino. Majoritariamente graduadas em instituições públicas de ensino, apresentavam idade entre 30 e 52 anos, com o tempo de formação profissional superior a dois anos e tempo de trabalho na instituição superior a um ano.

Como já citado, algumas possuíam dupla jornada de trabalho e tinham sua escala de trabalho adequada pela chefia dos setores desde que fosse viável para o serviço e atendesse os requisitos legais de cumprimento de carga horária semanal.

Tabela 1 – Dados sociodemográficos dos atores sociais

<b>Dados sociodemográficos dos atores sociais (N=13)</b>	
Sexo	Feminino = 13 Masculino = 0
Idade	25 – 30 anos = 2 31 – 50 anos = 10 Acima de 51 anos = 1
Tempo de formação	01 – 5 anos = 3 6 – 10 anos = 4 Acima de 10 anos = 6
Graduação em instituição (entre as 5 entrevistadas)	Pública = 3 Privada = 2
Vínculo empregatício	Contrato NERJ = 8 Concurso Público, cargo efetivo = 5
Outra graduação	Sim = 1 Não = 12
Outro emprego	Sim = 3 Não = 10
Carga horária de trabalho semanal	Até 40h = 8 40h – 60h = 5

Fonte: Elaboração própria.

A hierarquia da enfermagem na instituição estudada era estruturada da seguinte forma: a Chefe Geral de Enfermagem do hospital (cargo mais alto da enfermagem) seguida pelas enfermeiras coordenadoras, enfermeiras gerentes – as chefes dos setores, enfermeiras rotina e plantonista, estas últimas se situavam em um mesmo nível hierárquico. A enfermeira rotina trabalhava diariamente das 7h às 13h. As plantonistas sejam do serviço diurno (SD) ou noturno (SN) trabalham 12h a cada 60h de descanso (escala 12x60).

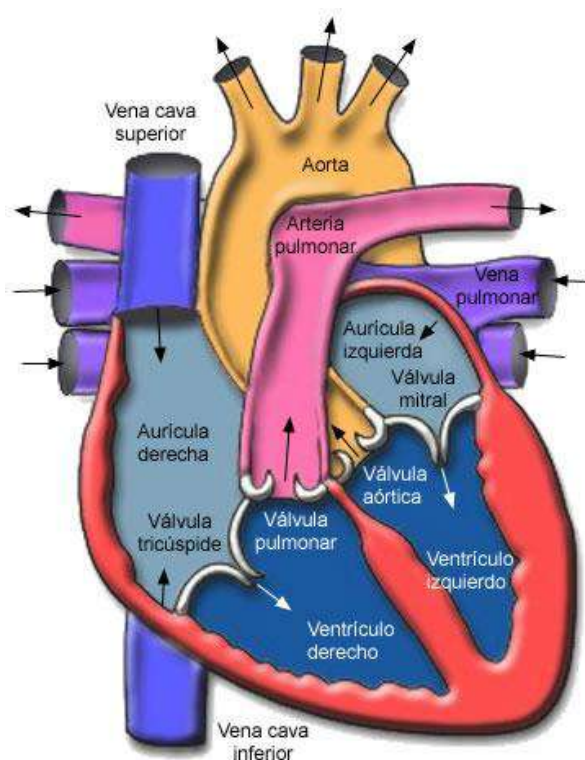
### 3.3 O CORAÇÃO: DOENÇAS CARDIOVASCULARES RELATIVAS AO ESTUDO - MIOCARDIOPATIAS E DOENÇAS OROVALVARES

A fim de situar os leitores sobre as miocardiopatias e doenças orovalvares, descrevo brevemente tais patologias encontradas facilmente nos livros-texto da

área. O objetivo dessa descrição é apresentar ao leitor a complexidade das patologias cardíacas que fazem parte da rotina do trabalho de enfermagem, no INC e, que demandam grande conhecimento e aprimoramento dos profissionais da área.

O coração é dividido em quatro câmaras – dois átrios (câmaras superiores) e dois ventrículos (câmaras inferiores). As paredes deste órgão apresentam três camadas: epicárdio (camada mais externa), miocárdio e endocárdio (camada interna). Nos cenários desta pesquisa, dois grandes tipos de doenças cardíacas estão presentes. As do tecido muscular cardíaco – o miocárdio e, das valvas cardíacas que são membranas móveis que dividem as cavidades cardíacas além de direcionar fluxo e impedir refluxo de sangue para dentro do órgão.

Figura 2 – Divisões anatômicas do coração



Fonte: <https://www.auladeanatomia.com/sistemas/376/coracao>

### 3.3.1 Miocardiopatias

Cardiomiopatias representam um grupo extremamente heterogêneo de doenças. Vários sistemas de classificações já foram propostos, todos com limitações. Numa acepção bastante ampla, podemos considerar cardiomiopatias



como doenças primárias do miocárdio não explicadas por etiologia coronariana, valvar, hipertensiva ou defeitos congênitos. Em relação ao fenótipo morfofuncional, podem ser divididas em dilatada, hipertrófica, restritiva e arritmogênica (Murad; Mangini; Baca, 2023).

Recentemente, a Sociedade Europeia de Cardiologia (ESC) publicou a primeira diretriz internacional para manejo das cardiomiopatias. Foi adotada uma classificação morfofuncional assumindo que existe sobreposição entre os fenótipos e que uma mesma etiologia pode apresentar diferentes fenótipos. Nessa classificação as cardiomiopatias foram divididas em: dilatada, hipertrófica, restritiva, arritmogênica e “cardiomiopatia não dilatada do ventrículo esquerdo”. Esta última denominação foi criada para abranger fenótipos intermediários que não preenchem critérios diagnósticos formais dos demais, dando ênfase à importância para ressonância magnética para pesquisa de fibrose e caracterização tecidual (Murad; Mangini; Baca, 2023).

A última atualização proposta pela ESC aborda parte das limitações das classificações anteriores, todavia um sistema que englobe todas as etiologias e cenários clínicos possíveis, continua sendo uma aspiração ainda não atingida. A rápida evolução do conhecimento da etiologia das cardiomiopatias a nível molecular bem como o avanço de novas áreas da medicina como genômica, transcriptômica, proteômica e metabolômica pode abrir portas para novos tratamentos alvo-moleculares. A eficácia do Tafamidis para o tratamento da amiloidose transtirretina cardíaca é um exemplo que ilustra este cenário (Murad; Mangini; Baca, 2023).

Descreveremos a seguir dados epidemiológicos dos principais fenótipos clínicos das cardiomiopatias.

### 3.3.1.1 *Cardiomiopatia Hipertrófica (CMH)*

A cardiomiopatia hipertrófica (CMH) é a doença cardíaca de origem genética mais comum, cuja principal característica consiste na hipertrofia ventricular esquerda que acontece na ausência de outras patologias que desencadeiam tal alteração. A CMH pode se apresentar desde formas assintomáticas até manifestações de morte cardíaca súbita e de insuficiência cardíaca refratária (Bazan *et al.*, 2020).

A prevalência da cardiomiopatia hipertrófica é estimada em torno de 0,2% (ou seja 1 a cada 500 adultos) sendo mais comum em homens. Avanços no tratamento

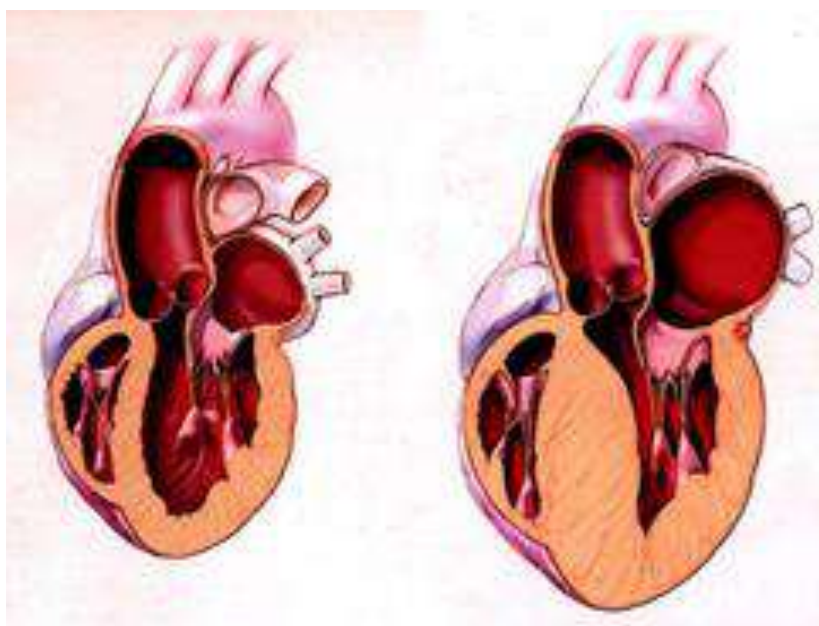
da CMH resultaram em uma taxa de mortalidade anual que atualmente é inferior a 1%. As análises genéticas da CMH identificaram uma série de mutações em mais de 11 genes que codificam proteínas sarcoméricas. A CMH pode ocorrer em um padrão de herança autossômica dominante com expressividade e penetrância variáveis relacionadas à idade ou como uma nova mutação em casos sem relação com a família. Em até 60% dos indivíduos que preenchem critérios diagnósticos são encontradas variantes genéticas patogênicas ou provavelmente patogênicas codificando proteínas dos sarcômeros, mais frequentemente MYBPC3 ou MYH7. (Bazan *et al.*, 2020; Murad; Mangini; Baca, 2023).

Os sintomas da CMH estão relacionados à combinação de disfunção diastólica, obstrução da via de saída do ventrículo esquerdo (VSVE), regurgitação mitral, isquemia miocárdica e arritmias (Bazan *et al.*, 2020).

Essas características não aparecem simultaneamente, e uma classificação de 4 estágios foi proposta para auxiliar o diagnóstico e o manejo de pacientes: CMH não hipertrófica, fenótipo clássico, remodelação adversa e disfunção evidente. Conforme o paciente avança através dos estágios, ele sofre uma perda de fração de ejeção, um aumento da massa ventricular esquerda, uma piora da disfunção microvascular e diastólica, uma intensificação dos sintomas e uma perda de obstrução prévia da via de saída do ventrículo esquerdo, que geralmente se inicia no estágio 2 (Bazan *et al.*, 2020).

Apresentações clínicas: Os sintomas associados à CMH estão relacionados com os perfis da doença, incluindo a apresentação assintomática, morte cardíaca súbita/arritmias ventriculares, obstrução, insuficiência cardíaca com fração de ejeção preservada, fibrilação atrial/ acidente vascular cerebral (AVC) e insuficiência cardíaca com fração de ejeção reduzida. Embora muitos pacientes com CMH não apresentem sintomas ou apenas tenham sintomas menores, outros podem apresentar dispneia ao esforço, fadiga, dor no peito, pré-síncope e síncope, durante ou logo após o esforço, e palpitações (Bazan *et al.*, 2020).

Figura 3 – Esquemas de um coração normal (painel esquerdo) e um coração com CMH (painel direito)



Fonte: Bazan *et al.* (2020, p. 927).

### 3.3.1.2 Cardiomiopatia Dilatada (CMD)

A Cardiomiopatia Dilatada (CMD) é uma doença cardíaca caracterizada pela dilatação do coração e diminuição da função contrátil, que pode levar a insuficiência cardíaca e morte súbita. A fisiopatologia da CMD envolve um processo de remodelação ventricular que leva à dilatação e enfraquecimento do músculo cardíaco. Múltiplos fatores, como estresse oxidativo, inflamação, disfunção mitocondrial e alterações no citoesqueleto celular, contribuem para essa remodelação ventricular. A base fisiopatológica da CMD encontra-se em alterações estruturais e funcionais dos cardiomiócitos, em que áreas de fibrose entremeiam o tecido do coração, levando ao que se denomina remodelamento cardíaco. Tais alterações levam a redução do volume sistólico e do débito cardíaco, além de enchimento ventricular prejudicado e aumento da pressão diastólica final. Em última etapa, todas essas alterações culminam com a dilatação ventricular esquerda ou bi ventricular acompanhada por redução da fração de ejeção e piora da disfunção diastólica, determinando o surgimento da síndrome clínica da CMD (Duarte *et al.*, 2023).

Acredita-se que a prevalência das cardiomiopatias dilatadas esteja em torno de 1:250. Uma outra estimativa sugere que 30% dos portadores de insuficiência cardíaca nos Estados Unidos poderiam ser classificados como cardiomiopatia dilatada, resultando em uma prevalência de 1:400. Segundo dados da International Society of Heart and Lung Transplantation (ISHLT), cardiomiopatia dilatada é a principal causa de transplante cardíaco no mundo. No Brasil, de acordo com dados do estudo BREATHE, cardiomiopatia dilatada foi a terceira principal causa de internação por insuficiência cardíaca (precedida por etiologia isquêmica e hipertensiva) (Murad; Mangini; Baca, 2023).

### *3.3.1.3 Cardiomiopatia Ventricular Esquerda Não Dilatada (NDLVC)*

Uma nova entidade marcada pela presença de fibrose não isquêmica (realce tardio de gadolínio, [LGE]) ou substituição gordurosa no ventrículo esquerdo (VE) e/ou disfunção sistólica sem dilatação. Este termo abrange condições como cardiomiopatia hipocinética não dilatada, cardiomiopatia arritmogênica ventricular esquerda (LVAC) e cardiomiopatia não compactada (NCC) (Murad; Mangini; Baca, 2023).

### *3.3.1.4 Cardiomiopatia arritmogênica*

Anteriormente, era denominada como displasia arritmogênica do ventrículo direito devido a substituição dos cardiomiócitos por adipócitos no ventrículo direito. Atualmente a denominação foi expandida para “cardiomiopatia arritmogênica” devido a possibilidade de acometimento de ventrículo direito, esquerdo ou biventricular. Tem transmissão hereditária, sendo caracterizada pela elevada incidência de arritmias ventriculares inclusive podendo se apresentar como morte súbita. A prevalência é estimada em 1:2000 - 1:5000 e a idade típica de apresentação é por volta dos 20 anos. Em até 60% casos são encontradas variantes genéticas patogênicas ou provavelmente patogênicas codificando proteínas dos desmossomos entre outras (Murad; Mangini; Baca, 2023).

Cardiomiopatia arritmogênica é causa importante de morte súbita em jovens, sendo a principal causa em atletas, respondendo por 22% dos casos (Murad; Mangini; Baca, 2023).

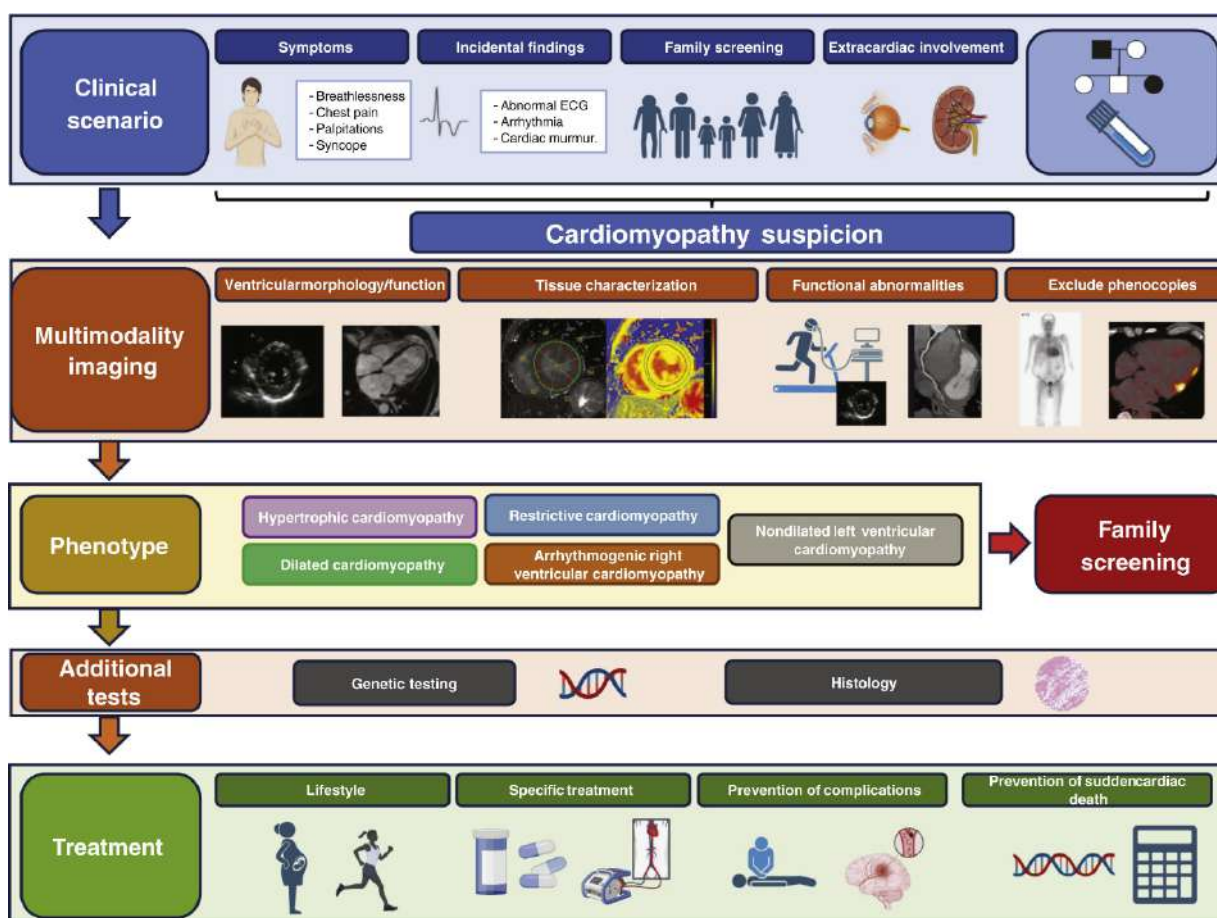
### 3.3.1.5 *Cardiomiopatia Restritiva (RCM)*

Cardiomiopatia restritivas são caracterizadas por aumento da rigidez ventricular, resultando em disfunção diastólica grave (do tipo restritivo) com fração de ejeção tipicamente preservada, ventrículos de tamanho normal, sem hipertrofia e átrios dilatados. As cardiomiopatias restritivas são divididas em primárias e secundárias. Etiologia secundária geralmente está associada a doenças sistêmicas em que ocorre deposição de proteínas anômalas no miocárdio como amiloidose, hemocromatose e doença de Fabry. A cardiomiopatia restritiva primária é uma desordem de transmissão hereditária extremamente rara e de prevalência desconhecida. Heredogramas de indivíduos acometidos revelam familiares com fenótipo hipertrófico, presença de miopatia esquelética e bloqueios atrioventriculares. Um tipo específico de cardiomiopatia restritiva é a endomiocardiofibrose endêmica em regiões equatoriais da África, Brasil, Venezuela e Índia. Sua prevalência real é desconhecida, mas estima-se que seja a principal causa de cardiomiopatia restritiva no mundo, com mais de 12 milhões de pessoas acometidas, sendo considerada como uma das doenças cardiovasculares mais negligenciadas (SEC Working Group, 2024).

Uma avaliação multiparamétrica envolvendo aspectos clínicos, eletrocardiograma, ecocardiograma, ressonância magnética de coração e genética é capaz de fornecer uma caracterização detalhada das cardiomiopatias. Do ponto de vista clínico, a divisão em fenótipos dilatado, restritivo, hipertrófico e arritmogênico é prática e funcional (SEC Working Group, 2024).

Uma abordagem sistemática é introduzida para estabelecer o tipo de cardiomiopatia e chegar a um diagnóstico etiológico. As diretrizes destacam a importância de construir uma árvore genealógica de 3 gerações, avaliando sinais/sintomas cardíacos e extracardíacos, eletrocardiograma (ECG), Holter-ECG, exames de sangue e estudos de imagem multimodal, com tabelas úteis baseadas em outros documentos. A medição de troponina e NT-proBNP é recomendada, pois podem ter valor diagnóstico e prognóstico. Pacientes pediátricos devem ser avaliados usando a mesma abordagem, com reconhecimento de que aqueles com menos de 1 ano apresentam um perfil etiológico diferente (SEC Working Group, 2024).

Figura 4 – Fluxo de trabalho clínico de cardiomiopatia centrado na descrição e classificação do fenótipo. ECG, eletrocardiograma



Fonte: SEC Working Group (2024).

### 3.3.2 Doenças valvares

A definição de valvopatia é tida como as doenças que acometem as valvas cardíacas. A anatomia cardíaca inclui quatro valvas: a **valva aórtica** (ventrículo esquerdo (VE) – Aorta (Ao)), a **valva mitral** (átrio esquerdo (AE) – VE), **valva pulmonar** (ventrículo direito (VD) – artéria pulmonar (AP)) e a **valva tricúspide** (AD-VD). As alterações mais evidentes incluem a estenose, caracterizando-se como um estreitamento da área da valva dificultando a passagem do sangue ou a insuficiência valvar (IV) onde é possível observar uma incompetência da valva para o fechamento adequado dos folhetos. Estas manifestações podem ser isoladas ou apresentar-se com dupla lesão: estenose ou insuficiência, levando a uma disfunção valvar (Santos *et al.*, 2022).

Existe uma grande variedade de estratégias intervencionistas - tanto transcater, quanto cirúrgicas - que podem ser indicadas para pacientes portadores de valvopatia cardíaca, com objetivo de redução da morbimortalidade associada a esta doença. O correto momento de indicação e o tipo de tratamento intervencionista estão atrelados ao preciso diagnóstico anatômico e funcional da valvopatia cardíaca e a uma minuciosa avaliação global do paciente.

A despeito de grandes avanços e maior disponibilização de exames de imagem, há manutenção da recomendação de avaliação clínica detalhada que ainda é imprescindível para diagnóstico, tomada de conduta e relacionamento médico-paciente (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

### 3.3.2.1 Estenose Mitral (EM)

A estenose mitral (EM) tem como principal etiologia a febre reumática, com até 95% dos casos no Brasil. Contudo, existem outras causas com a origem congênita, vasculites por lúpus eritematoso sistêmico (LES), amiloidose, massas como o mixoma e calcificações (pacientes idosos e portadores de doença renal crônica (DRC)). A EM apresenta-se como uma obstrução mecânica, onde o sangue não consegue progredir do átrio esquerdo (AE) para o ventrículo esquerdo (VE), gerando um acúmulo de sangue e aumento da pressão nas câmaras cardíacas, desencadeando aumento da pressão venosa, da pressão do capilar pulmonar, congestionando os pulmões (Santos *et al.*, 2022).

Além dessas alterações, a EM associada a um processo inflamatório do átrio, como, por exemplo, a cardite reumática, promove a dilatação atrial, fibrose da parede e desorganização dos feixes musculares, aumenta a prevalência de arritmias, como a fibrilação atrial (FA).

O diagnóstico da EM é baseado na clínica do paciente, onde é observado a dispneia e o edema pulmonar, com sinais evidentes de congestão pulmonar. Outros sintomas como a hemoptise e a fadiga, achados como a hipertensão pulmonar, associado aos achados do exame físico com a primeira bulha (B1) hiperfonética, estalido de abertura e sopro diastólico no foco mitral, sinalizam a evidência da EM. A ecocardiografia é o principal exame complementar para a avaliação anatômica da valva mitral, sendo fundamental para a definição da gravidade da valvopatia, das repercussões hemodinâmicas e dos parâmetros que estão relacionados à chance de

sucesso das intervenções, com avaliação individualizada de cada componente da valva (anel valvar, cúspides valvares, aparato subvalvar) (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

Dentre as intervenções, a valvoplastia mitral por cateter-balão (VMCB) segue sendo o tratamento de escolha para os pacientes com EM de etiologia reumática. Nos pacientes mais sintomáticos (NYHA III ou IV) ou com complicadores e que apresentem anatomia desfavorável à VMCB ou contraindicações ao procedimento percutâneo, o tratamento cirúrgico da valva mitral passa a ser a opção terapêutica de escolha. A cirurgia poderá consistir na comissurotomia mitral ou, nos casos em que há comprometimento valvar muito significativo, sem possibilidade de manutenção da valva nativa, na troca valvar por prótese biológica ou mecânica (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

### 3.3.2.2 Insuficiência Mitral (IM)

A insuficiência mitral apresenta como etiologia predominante a febre reumática, na maioria dos casos. Os casos agudos podem estar associados ao prolapso da válvula mitral, endocardite infecciosa, cardiomiopatia dilatada com dilatação do anel valvar prejudicando o fechamento dos folhetos, doenças isquêmicas que geram disfunção do músculo papilar. A IM compromete a sístole ventricular, que desencadeia um refluxo para o AE, aumentando a pressão dentro da câmara e sinais de congestão pulmonar acompanhado de dispneia. Essa alteração na dinâmica do fluxo de sangue no coração aumenta a disfunção ventricular, comprometendo o débito cardíaco (DC) que se apresenta diminuído. Seu diagnóstico é fundamentado na avaliação clínica identificando as queixas de dispneia, sinais de congestão pulmonar, diminuição do débito cardíaco, fraqueza progressiva. A fisiopatologia do edema agudo de pulmão (EAP) é explicada pela dinâmica do AE não conseguir compensar o aumento da pressão, refletindo no aumento da pressão de capilar pulmonar e assim, gerando o EAP (Santos *et al.*, 2022).

Achados do exame físico com a ausculta da segunda bulha (B2) caracterizada por ser hiperfonética, sinais de hipertensão pulmonar, evidenciando a falência de VD, insuficiência cardíaca à direita, edema de membros inferiores, ascite e turgência jugular, finalizam as alterações mais importantes encontradas na IM (Santos *et al.*, 2022).



O diagnóstico é realizado através do ecocardiograma, mensurando as pressões e fluxos sanguíneos. Já o ECG identifica a sobrecarga de câmaras esquerdas e arritmias atriais ou ventriculares, contudo, podem ser observadas sobrecarga também do lado direito. O tratamento inclui o uso de diuréticos e vasodilatadores. Já a cirurgia é indicada para pacientes sintomáticos ou com evolução de sinais de disfunção ventricular como a diminuição da fração de ejeção (FE) de 30 a 60% e/ou diâmetro sistólico de VE  $\geq$  40 mm ou pressão sistólica da artéria pulmonar  $\geq$  50 mmHg ou FA (Santos *et al.*, 2022).

### 3.3.2.3 Estenose Aórtica (EA<sub>o</sub>)

Esta valvopatia tem como agente etiológico a febre reumática, a degeneração senil e defeito congênito como a valva aórtica bicúspide. A EAo gera uma obstrução ao fluxo sanguíneo do VE, dificultando a ejeção do sangue para a aorta, desencadeando o aumento da pressão sistólica do VE associado à hipertrofia de parede e aumento de consumo de oxigênio (O<sub>2</sub>) pelo miocárdio, mais o aporte sanguíneo inadequado gera um desequilíbrio da demanda e perfusão tecidual levando ao aumento da isquemia miocárdica e falência de VE. O diagnóstico inclui o rastreamento da tríade clássica: angina *pectoris*, decorrente do processo isquêmico miocárdico; dispneia, pela congestão pulmonar reflexa da insuficiência cardíaca esquerda; síncope aos esforços devido à diminuição do débito sanguíneo cerebral no exercício, devido à obstrução da saída do VE, impedindo o aumento do DC (Santos *et al.*, 2022).

Nos países desenvolvidos, existe maior prevalência de etiologia degenerativa/calcifica nos idosos, enquanto em países subdesenvolvidos, as etiologias reumática e bicúspide predominam em pacientes jovens. No Brasil, devido a sua pirâmide etária transicional, típica de países em desenvolvimento, encontramos um pico bimodal de prevalência de EAo, ou seja, encontramos pacientes de todas as etiologias nas diferentes faixas etárias. A importância da definição da etiologia da EAo também se traduz na escolha do tratamento (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

O tratamento envolve o controle de sintomas, podendo também em casos mais graves a indicação de procedimentos intervencionistas, como a troca valvar transcaterter (TAVI) para pacientes com expectativa de vida maior que um ano. A

cirurgia convencional é indicada em casos sintomáticos e risco cirúrgico baixo a moderado (Santos *et al.*, 2022).

#### 3.3.2.4 Insuficiência Aórtica (IAo)

Sua principal etiologia relaciona-se à febre reumática (80%) dos casos, contudo, doenças que cometem a raiz da aorta, dissecção de aorta e síndrome de Marfan.

Na IAo ocorre uma regurgitação aórtica ocasionada por uma dilatação do anel aórtico, impedindo o fechamento correto dos folhetos. O refluxo de sangue para o VE desencadeia uma sobrecarga de volume no VE, levando a hipertrofia e aumento do consumo de O<sub>2</sub> pelo miocárdio, resultando em uma disfunção de VE e insuficiência cardíaca à esquerda (Santos *et al.*, 2022).

O ecocardiograma evidencia alterações importantes além do raio-X, que identifica o aumento da área cardíaca. O eletrocardiograma (ECG) registra as alterações de sobrecarga ventricular esquerda com desvio do eixo também para a esquerda, e em casos graves capta alterações de sobrecarga de AE. Não há tratamento clínico que consiga evitar a progressão da IAo, sendo indicado o tratamento cirúrgico para casos sintomáticos com IAo importante ou assintomáticos para pacientes com FE < 50% ou aumento do diâmetro sistólico ou diastólico do VE (Santos *et al.*, 2022).

#### 3.3.2.5 Estenose Tricúspide (ET)

A estenose tricúspide (ET) é uma valvopatia rara, habitualmente associada à IT. O ecocardiograma mantém-se como principal ferramenta para definição da gravidade anatômica. Sua etiologia mais comum é a doença reumática, e neste caso geralmente ocorre concomitantemente ao comprometimento da valva mitral e/ou da valva aórtica. Ocorre espessamento e retração das cúspides, com acometimento comissural (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

Outras causas etiológicas são endocardite infecciosa, lúpus eritematoso sistêmico, síndrome carcinoide, deformidades congênitas, mixoma atrial, lesão actínica (pós-radioterapia), doença de depósito - amiloidose, doença de Fabry, doença de Whipple (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

Tanto os sintomas quanto as alterações do exame físico restringem-se habitualmente aos pacientes com ET anatomicamente importante. O sintoma mais comumente encontrado é a fadiga, que pode estar associada a sintomas de insuficiência cardíaca de câmaras direitas (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

A presença de sintomas ou dos complicadores (fibrilação atrial, avaliação de comprometimento hepático - elevação de enzimas, alteração do coagulograma) acarreta a indicação de intervenção sobre a valvopatia. Apesar da raridade dos casos e da escassez da literatura, a valvoplastia tricúspide por cateter-balão (VCTB) ainda é o tratamento de escolha (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

### 3.3.2.6 Insuficiência Tricúspide (IT)

Pacientes com insuficiência tricúspide (IT) discreta habitualmente não requerem qualquer tipo de abordagem direcionada à valva tricúspide. A IT é habitualmente funcional, secundária a condições clínicas que levam à dilatação do anel valvar tricúspide, principalmente envolvendo as câmaras cardíacas esquerdas (doenças valvares ou cardiomiopatias) e/ou HP. Os casos de IT primária em geral estão relacionados à doença reumática, podendo ainda estar associados a intervenções médicas (biópsias endomiocárdicas de repetição, presença de eletrodos de marcapasso ou cardiodesfibrilador implantável) ou ocorrer em consequência de EI ou outras causas mais raras (doenças reumatológicas, drogas metissergida/anorexígenos, doença de Fabry (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

O tratamento de escolha, quando há indicação, será a plástica da valva tricúspide, com utilização de anel protético, que é capaz de diminuir o diâmetro do anel tricúspide, melhorar a aproximação dos folhetos valvares e corrigir a regurgitação. O procedimento da troca valvar reserva-se aos pacientes sem condição anatômica, para que seja realizada plástica com resultado satisfatório. Além da cirurgia, o tratamento intervencionista percutâneo, tem crescido nos resultados dos estudos realizados sobre o assunto (Santos *et al.*, 2022).

### 3.3.2.7 Doença multivalvar

No Brasil, a doença multivalvar é resultado do acometimento reumático (> 95% dos casos, típico de pacientes jovens, frequente evolução extemporânea,

sintomas entre os 20 e 40 anos, fusão comissural, espessamento de cúspides, frequente dupla disfunção - fisiopatologia complexa, comprometimento do aparelho subvalvar) na maioria das vezes, porém há um aumento progressivo de doença mitroaórtica degenerativa calcifica (pacientes idosos ou muito idosos, associação com valvopatia aórtica aterosclerótica, calcificação do anel valvar mitral com calcificação caseosa, ausência de fusão comissural, relação com calcificação aórtica e coronariana) (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

Os sintomas geralmente estão associados à valvopatia de maior gravidade anatômica e, nos casos em que ambas são importantes, a valvopatia mais proximal costuma prevalecer. Os complicadores (hipertensão pulmonar, fibrilação atrial de início recente e aumento de diâmetros ventriculares), quando presentes, decorrem da valvopatia com maior gravidade anatômica. O tratamento padrão da doença mitroaórtica com sintomas e/ou complicadores é o tratamento cirúrgico, no entanto, as estratégias transcater podem ser indicadas em casos selecionados, principalmente em pacientes com alto risco presumido para cirurgia convencional. (Tarasoutchi *et al.*, 2020).

Esse breve relato demonstra a complexidade do coração e suas patologias e como isso requer qualificação seja por meio de educação continuada (como acontece durante as sessões clínicas) ou educação permanente (quando as profissionais discutem algum caso no ambiente de trabalho), para acompanhar o desenvolvimento tecnológico e prestar uma assistência à saúde livre de danos com foco na segurança dos usuários. A discussão sobre trabalho decente é extremamente necessária para que as enfermeiras possam fazer ciência no seu cotidiano. Isso também requer entre outros elementos, tempo, condições adequadas de trabalho e remuneração digna. A reflexividade que deveria ser exercida para o aprimoramento da prática profissional muitas vezes é preterida diante dos atendimentos das demandas às quais estão submetidas. Em termos práticos, o que identificamos são profissionais exaustas, desapontadas com suas condições de trabalho já que convivem o estresse de “Será que dei conta do plantão?” onde fica subentendido a preocupação com alguma falha cometida ou ainda, “Fiz o que deu!” onde é revelada a perspectiva das profissionais de que podem fazer melhor, no entanto, fazem o que conseguem de acordo com suas prioridades sem ferir a filosofia institucional.

## 4 METODOLOGIA - TRAJETÓRIA DE UMA ENFERMEIRA À ETNÓGRAFA

### 4.1 ETNOGRAFIA: PRESSUPOSTOS TEÓRICOS

Este estudo é ancorado no método etnográfico. Conforme já relatado, esse método implica em três aspectos principais: a observação participante como técnica primordial de pesquisa, a reflexividade do pesquisador e a escrita como descrição densa. Para Peirano (2008), a etnografia não pode ser dissociada da teoria tendo em vista que o trabalho de campo e sua descrição e interpretação carregam consigo todo o arcabouço teórico do pesquisador.

Assim, o estudo embasa-se na antropologia interpretativa, cujo principal representante é o antropólogo americano Clifford Geertz (1926-2006) e que entende o homem como “um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu”, assumindo a cultura como sendo essas teias. Geertz desenvolveu suas ideias a partir da segunda metade do século XX, na Universidade de Chicago e expressou-as em obras como ‘A interpretação das culturas’, ‘O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa’, ‘Nova luz sobre a antropologia’ entre outras. Foi ele quem defendeu os pressupostos acima da etnografia.

Clifford Geertz era PhD em Antropologia Social e se dedicou a estudos empíricos no Marrocos e na Indonésia para aproximar-se das pessoas residentes e compreender a sua vida social. O livro ‘A interpretação das Culturas’ que publicou esses resultados foi divulgado pela primeira vez em 1973, considerado pelo autor um tratado de teoria cultural, desenvolvido através de uma série de análises concretas (Prochnow; Leite; Erdmann, 2005).

O autor se contrapôs à ideia de sociedade como máquina ou organismo rompendo com o ideário positivista, pois “estar no mundo” não se reduz a sua reprodução. Viver, segundo Geertz, se constitui na contínua operação de questionar, aceitar ou rejeitar o que lhe é apresentado, incorporando uma versão em certo sentido própria e original de “realidade”.

A etnografia passou por momentos distintos que contribuíram para a sua evolução. O primeiro momento caracterizou-se por um trabalho etnográfico sem cunho antropológico, constituído por distanciamento entre o pesquisador e o campo de pesquisa. Tratava-se de uma investigação da cultura de pessoas residentes em áreas longínquas, isoladas com a utilização de questionários aplicados por

missionários e viajantes para a coleta de dados. No segundo momento (1915 e 1920), Bronislaw Malinowski introduz o trabalho de campo em uma tribo indígena onde convive com os informantes e coleta os dados que são necessários estabelecendo uma relação de empatia e respeito para com os sujeitos (Lenardt; Michel; Melo, 2011).

A etnografia preocupa-se sempre com *ir ver mais de perto* a realidade social. É a crítica científica e política que fará o pesquisador agir por aproximação ou zoons naqueles pontos em que outros pesquisadores olham, sistematicamente, mais de alto e de mais longe. Não se confunde nem se reduz a uma técnica; pode usar ou servir-se de várias, conforme as circunstâncias de cada pesquisa; ela é antes um modo de acercamento e apreensão do que um conjunto de procedimentos (Uriarte, 2012).

As abordagens etnográficas produzem dados volumosos e não estruturados de várias fontes sejam elas, notas do diário de campo, memórias e entrevistas transcritas o que se torna um desafio para o pesquisador. Os fragmentos podem arranjar-se num todo que oferece a pista para um novo entendimento. Devemos indagar qual é a importância do evento, da ação; o que está sendo transmitido com a sua ocorrência e através da sua agência a fim de *situar-nos* (Geertz, 2008; Sousa; Barroso, 2008).

Um dos princípios fundamentais da etnografia é a convivência prolongada com os “nativos”, tomando parte em sua vida cotidiana por meio de uma relação respeitosa e empática onde a observação, a descrição e análise de uma dada realidade revelam a experiência humana concreta e seus significados (Souza, 2015).

A descrição densa é o objeto da etnografia e é caracterizada por uma hierarquia estratificada de estruturas significantes em termos das quais as ações são produzidas, percebidas e interpretadas. Trata-se de um esforço intelectual que traduz a apreensão da cultura local. Para isso, a etnografia estabelece relações, seleciona interlocutores, transcreve textos, levanta genealogias, mapeia campos e mantém um diário de campo. É interpretativa no que tange ao fluxo do discurso social e consiste em tentar salvar o “dito” num tal discurso da sua possibilidade de extinguir-se e fixá-lo em formas pesquisáveis. A análise é, portanto, a escolha entre as estruturas de significação ou os códigos estabelecidos determinando sua base social e sua importância (Geertz, 2008).

A descrição densa está relacionada a três ideias: primeiramente, o conceito de cultura, a ideia do “estar lá” e a do pesquisador enquanto autor. Por isso, a observação e o registro do comportamento são destacados na etnografia, pois através das ações sociais as formas culturais se articulam em um determinado contexto (Geertz, 2008).

A segunda ideia da descrição densa se refere à presença do pesquisador no campo - o “estar lá”, constitui-se sempre em um paradoxo, pois além de observador, ele é o narrador de uma determinada cultura que somente ele conheceu e experienciou. Assim, tanto as questões históricas quanto as biográficas que perpassam as descrições etnográficas, são de fundamental importância para as análises posteriores (Geertz, 2008).

É condição *sine qua non* da descrição, o local privilegiado do pesquisador, pois ele tem acesso a dados e minúcias que permitem uma apresentação ou uma ampliação do entendimento do interlocutor, acerca do objeto da descrição. O pesquisador não se limita a transcrição dos fatos observados. Ele deve a partir dos dados observados, “o saber local”, e oferecer uma abordagem interpretativa dos comportamentos e costumes analisados que revelarão sua identidade textual. (Talamoni, 2013).

A amplitude ou a minúcia desta descrição nem sempre garantem a apreensão da complexidade dos fatos observados em uma determinada realidade. O mérito principal de uma descrição é a capacidade que ela possa ter de criar uma reprodução tão clara possível para o leitor. É justamente a busca de significado que diferencia a descrição densa de outras abordagens metodológicas de pesquisa, motivo pelo qual ela comporta estratégias narrativas e recursos linguísticos como as transferências metafóricas, as analogias e as comparações literárias (Talamoni, 2013).

Por isso, elegemos a etnografia como metodologia, pois valoriza o trabalho de campo onde o contato direto com o objeto de estudo permite que novos objetivos e novas indagações possam emergir do campo sob o ponto de vista dos atores sociais. Refere-se ao “estar lá” e ao “estar aqui” num movimento de aproximação e distanciamento para apreendemos “como é para eles”. Este tipo de estudo é seguido pela sistematização dos dados em formato de texto da experiência (Magnani, 2002; Geertz, 2008).

A pesquisa etnográfica, conforme proposta por Geertz está mais centrada no refinamento do debate do que na busca de um consenso. Este refinamento, por seu turno, repousa na capacidade do pesquisador em aprofundar tanto sua descrição quanto a interpretação.

Peirano (2008, p. 6) defende que a etnografia não é apenas uma metodologia ou uma prática de pesquisa, “mas a própria teoria vivida. [...] No fazer etnográfico, a teoria está em ação, emaranhada nas evidências empíricas”. A teoria e a prática são inseparáveis: o fazer etnográfico é perpassado o tempo todo pela teoria, mas afirmar que o campo é perpassado pela teoria não significa dizer que ele está submetido a ela. Por definição, a realidade superará sempre a teoria. Em outras palavras, o campo irá sempre surpreender o pesquisador.

A etnografia, graças à imersão do pesquisador no meio pesquisado, reconstitui as visões mais variadas do que se imagina; permite o cruzamento de diversos pontos de vista sobre o objeto, torna mais clara a complexidade das práticas e revela sua densidade. O etnógrafo manifesta ceticismo diante das análises “generalistas” e dos recortes preestabelecidos do mundo social. Preocupa-se sempre com *ir ver mais de perto* a realidade social, livre para ir de encontro às visões oficiais, a opor-se às forças que impõem o respeito e o silêncio, àquelas que monopolizam o olhar sobre o mundo (Beuad; Weber, 2007).

Alguns princípios metodológicos devem ser considerados para a realização de um estudo etnográfico – ter objetivos claros, criar condições adequadas para o trabalho de campo e fazer uso de técnicas especiais de coleta, manipulação e registro dos dados. Ao enfatizar a criação de condições para a realização do trabalho de campo, o autor refere-se a *estar com* os atores sociais, de modo que o relacionamento entre pesquisador e pesquisados torne-se espontâneo adquirindo um curso natural no cotidiano dos atores sociais a fim de que a presença do etnógrafo deixe de ser um elemento perturbador (Malinowski, 1996).

As tradicionais técnicas de coleta de dados na etnografia incluem a observação participante e as entrevistas etnográficas. Segundo Queiroz *et al.* (2007), a observação participante consiste na inserção do pesquisador no interior do grupo observado, tornando-se parte dele, interagindo por longos períodos com os sujeitos, buscando partilhar o seu cotidiano para sentir o que significa estar naquela situação.



Sousa e Barroso (2008) chamam a atenção sobre as particularidades da observação participante.

Embora pareça simples, observar, no método etnográfico, requer uma habilidade peculiar, onde saber portar-se diante dos demais é extremamente relevante para a obtenção de dados. É necessário que o pesquisador não seja visto como um intruso pelas pessoas, muito menos que ele se esconda delas. O verdadeiro etnógrafo permanece no campo como pesquisador e mesmo assim deixa de ser visto como um intruso. Ver, no sentido etnográfico, vai além da visão propriamente dita, alcança o âmbito de perceber o ambiente e as interações com todos os sentidos e apreendê-lo nas diversas dimensões possíveis. (Sousa; Barroso, 2008, p.152).

Vale ressaltar que a mudança de atenção da tradicional tarefa de estudar as sociedades “primitivas” para a análise cultural da sociedade de pertença produziu uma série de questões metodológicas centrais, assim como uma reflexão sobre o objeto, o contexto e os próprios instrumentos da pesquisa antropológica. Trata-se de uma mudança reflexiva que tem salientado a relatividade de definições, como aquelas de indivíduo, sociedade e identidade (Caprara; Landim, 2008).

#### **4.1.1 As entrevistas etnográficas**

As entrevistas etnográficas oferecem rica matéria à observação cujas notas devem ser escritas logo após a entrevista, pois são tão importantes quanto o áudio do gravador. O pesquisador deve anotar o que o impressionou na interação com o pesquisado, a decoração (salão, cozinha, escritório, outro lugar de trabalho), as relações criadas nessa ocasião. Tais elementos serão preciosos no momento de análise, pois não reduzirão este momento a simples interpretação da transcrição das entrevistas (Beaud; Weber, 2007).

Os dados provenientes de entrevistas etnográficas, resultam na obtenção de conceitos experienciais que permitem dar conta da maneira como os informantes concebem, vivem e atribuem conteúdo a um termo ou situação; é nisso que reside, precisamente, a importância e a confiabilidade das informações. A entrevista antropológica utiliza três procedimentos: a atenção flutuante do investigador; a associação livre do informante; a categorização adiada, novamente, do investigador (Guber, 2001).

O método etnográfico vem sendo utilizado por diversos autores para estudar uma variedade de temas na área da saúde, desde o funcionamento do sistema sanitário: a avaliação da qualidade dos serviços de saúde do ponto de vista dos usuários (Andrade, Vaitsman, 2002; Atkinson, 1993); a relação médico-paciente e o ensino médico (Nations, Gomes, 2007; Bonet, 2004; Menezes, 2001; Nunes, 1993); a avaliação do Programa de Saúde da Família (Trad et al., 2001); as interpretações e práticas da população (Iriart, Andrade, 2002; Nations, Nuto 2002; Rego, Barreto, Killinger, 2002; Killinger et al., 2000; Alves, 1998; Rodrigues, Caroso, 1998; Souza, 1998); a investigação epidemiológica (Almeida Filho *et al.*, s/d); até temas como a pesquisa científica de laboratório (Latour, Woolgar, 1997), a pesquisa biotecnológica (Rabinow, 1999, 1996), a pesquisa genética (Bibeau, 2004); a discussão sobre práticas de transplantes no Japão (Lock, 1995), e outros que compõem hoje o abrangente campo da Saúde Coletiva (Paim, Almeida Filho, 1998). (Caprara, Landim, 2008, p. 363).

#### **4.1.2 Etnografias na enfermagem: breve revisão**

Os estudos etnográficos na enfermagem começaram a partir das pesquisas da enfermeira Madeleine Leininger, uma das teóricas da profissão. Leininger se graduou em 1948 e, a partir da obtenção do título de Mestre em Enfermagem Psiquiátrica na Catholic University of America, em 1954, divulgou seus estudos e passou a refletir sobre a inter-relação enfermagem e antropologia para subsidiar a assistência de enfermagem (Silva; Braga, 2011).

De modo a solidificar seus estudos na dimensão conceitual dos termos cultura, enfermagem e etnociência, desenvolveu o primeiro método de pesquisa genuinamente da enfermagem, o qual denominou “Etnoenfermagem”. Passou a realizar estudos etnográficos em Eastern Highlands (Nova Guiné) em uma população indígena (Gadsup) onde viveu por dois anos. Em 1965, tornou-se a primeira enfermeira com o título de Doutor em Antropologia.

Com o propósito de disseminar todo o conhecimento advindo de seus estudos e contribuir para a formação de enfermeiros transculturais, ofereceu, em 1966, o primeiro curso de enfermagem cultural na University of Colorado. Foi assim que devido à expansão multicultural da população americana, Leininger inseriu, em 1970, a enfermagem transcultural como disciplina de graduação a fim de que os enfermeiros pudessem fornecer um cuidado culturalmente congruente (Silva; Braga, 2011).

Madeleine Leininger, atuando nas áreas de pesquisa, educação e consultoria em Enfermagem Transcultural, publicou mais de 265 artigos e 40 capítulos de livros. Editou 22 livros, além de participar do conselho editorial de vários periódicos de enfermagem (Silva; Braga, 2011).

Desde então, o método etnográfico vem sendo utilizado pela enfermagem como instrumento esclarecedor das representações, significados e conceituações de fenômenos e suas relações culturais para sujeitos de pesquisa, incorporando um olhar holístico à percepção do indivíduo contextualizado em um meio sociocultural (Nunes; Nogueira, 2011).

Os estudos culturais na área da enfermagem proporcionam benefícios para a humanização e qualidade dos serviços prestados, pois buscam a adequação das ações dos profissionais às necessidades de saúde e expectativas reveladas. Tais estudos contribuem no combate às posturas e atitudes etnocêntricas no campo da saúde, fator impactante em um cenário plural de assistência à saúde como os das sociedades complexas (Lenardt; Michel; Melo, 2011).

A importância das pesquisas etnográficas para a enfermagem se relaciona ao referencial epistemológico onde a interdisciplinaridade assume relevo já que a complexidade das questões suscitadas na saúde a tornam indispensável nos dias de hoje. Na interdisciplinaridade há uma forte interdependência e cada disciplina aproxima-se e até mesmo se apropria da abordagem da outra, fecundando-se mutuamente. Trata-se de uma nova apresentação do trabalho profissional/acadêmico no desenvolvimento das ciências e no avanço da construção do conhecimento (Carvalho, 2007).

A fim de identificar o que a literatura aborda sobre o uso da etnografia nas pesquisas de enfermagem, realizei uma busca na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) utilizando os descritores *Antropologia Cultural* and *Enfermeiras e Enfermeiros* onde foram encontrados 157 artigos. Ao incluir o filtro *Antropologia Cultural* como assunto principal, 18 artigos foram apresentados. Após leitura dos resumos, onze (11) artigos foram selecionados e são apresentados na tabela a seguir.

Tabela 2 – Resultados de pesquisa bibliográfica sobre etnografias na enfermagem

Descritores	Resultado	Filtros	Resultado	Seleção
Antropologia Cultural AND Enfermeiras e Enfermeiros	157	<i>Antropologia Cultural</i> (como assunto principal)	18	11

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 1 – Publicações selecionadas sobre etnografias na enfermagem<sup>2</sup>

Selec.	Referência	Link
1	DAWSON, S.; JACKSON, D.; ELLIOTT D. Challenges and reflections from an international, humanitarian, short-term surgical mission on collecting ethnographic data in a remote environment. <b>Nurse Researcher</b> , London, v. 27, n. 2, p. 21-25, June 2019.	DOI: <a href="https://doi.org/10.7748/nr.2019.e1627">10.7748/nr.2019.e1627</a>
2	CHARETTE, M.; GOUDREAU, J.; BOURBONNAIS, A. How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. <b>Nurse Education Today</b> , [s. l.], v. 79, p. 161-167, Aug. 2019.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.nedt.2019.05.031">10.1016/j.nedt.2019.05.031</a>
3	MANOJLOVICH, M. <i>et al.</i> Formative evaluation of the video reflexive ethnography method, as applied to the physician-nurse dyad. <b>BMJ Quality &amp; Safety</b> , London, v. 28, n. 2, p. 160-166, Feb. 2019.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007728">10.1136/bmjqs-2017-007728</a>
4	ABDULREHMAN, M. S. Reflections on Native Ethnography by a Nurse Researcher. <b>Journal of Transcultural Nursing</b> , [s. l.], v. 28, n. 2, p.152-158, Mar. 2017.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1177/1043659615620658">10.1177/1043659615620658</a>
5	TAYLOR, B. J.; RUSH, K. L.; ROBINSON, C. A. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography. <b>International Emergency Nursing</b> , [s. l.], v. 23, n. 2, p. 185-189, Apr. 2015.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.ienj.2014.11.003">10.1016/j.ienj.2014.11.003</a>
6	MARSHALL, J. <i>et al.</i> Balancing interests of hospitals and nurse researchers: lessons learned. <b>Applied Nursing Research</b> , [s. l.], v. 25, n. 3, p. 205-211, Aug. 2012.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.03.001">10.1016/j.apnr.2011.03.001</a>
7	SIMMONS, M. Insider ethnography: tinker, tailor, researcher or spy? <b>Nurse Researcher</b> , London, v. 14, n. 4, p. 7-17, 2007.	DOI: <a href="https://doi.org/10.7748/nr2007.07.14.4.7.c6039">10.7748/nr2007.07.14.4.7.c6039</a>
8	BAILEY, C. J. Practitioner to researcher: reflections on the journey. <b>Nurse Researcher</b> , London, v. 14, n. 4, p. 18-26, 2007.	DOI: <a href="https://doi.org/10.7748/nr2007.07.14.4.27.c6041">10.7748/nr2007.07.14.4.27.c6041</a>

<sup>2</sup> Lista em ordem de seleção.

9	SEIBOLD, C.; WHITE, S.; REISENHOFER, S. The supervisor-student relationship in developing methodology. <b>Nurse Researcher</b> , London, v. 14, n. 4, p. 39-52, 2007.	DOI: <a href="https://doi.org/10.7748/nr2007.07.14.4.39.c6042">10.7748/nr2007.07.14.4.39.c6042</a>
10	JANSEN, Y. J. <i>et al.</i> Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation. <b>BMC Health Services Research</b> , London, v. 7, 125, Aug. 2007.	DOI: <a href="https://doi.org/10.1186/1472-6963-7-125">10.1186/1472-6963-7-125</a>
11	ROBERTS, D. Ethnography and staying in your own nest. <b>Nurse Researcher</b> , London, v. 14, n. 3, p. 15-24, 2007.	DOI: <a href="https://doi.org/10.7748/nr2007.04.14.3.15.c6029">10.7748/nr2007.04.14.3.15.c6029</a>

Fonte: Elaboração própria.

Os textos abordam a etnografia nas suas diversas vertentes – a metodologia em si, a formação do enfermeiro-pesquisador-etnógrafo, a metodologia aplicada ou o “ir ver mais de perto” os aspectos relacionados a formação e prática profissionais para a melhoria da qualidade da assistência e do cuidado prestado. A maior parte dos artigos destaca em suas conclusões o potencial da etnografia para identificar questões que precisam ser problematizadas e muitas vezes não são porque se tornam naturalizadas, deixam de causar estranhamento e, assim passam despercebidas no cotidiano de trabalho.

Algumas observações nos textos são recorrentes como pressões econômicas, condições de trabalho, falta de tempo para o cuidado direto ao paciente, dificuldades de comunicação na equipe multiprofissional e com os familiares e falta de conhecimento especializado. Todos destacam que o fato de os pesquisadores terem a enfermagem como formação base os ajudou a entender nuances que outros pesquisadores teriam dificuldades para apreender.

O rigor científico e a disciplina são ressaltados como não comprometedores da subjetividade do pesquisador que é inerente à pesquisa etnográfica. O pesquisador se encontra, portanto, diante não de uma, mas de várias interpretações de uma mesma realidade onde as ciências sociais observam três níveis de compreensão - o nível primário que corresponde ao “report”, trata-se da informação que temos, o ocorrido (“o quê”); no nível secundário temos a “explicação” que corresponde às suas causas (“por quê”) e, no nível terciário, está a “descrição”, ou seja, o que ocorreu para seus atores (“como é” para eles). No entanto, as interpretações que os atores sociais dão a sua própria realidade não devem ser confundidas com a “realidade tal qual ela é” (Guber, 2001).

A variedade dos dados obtidos precisam ser analisados de maneira criteriosa, com um discernimento congruente, ou seja, uma preocupação central com a transformação e a interpretação dos dados que rigorosamente capte as complexidades da cultura social que o pesquisador está inserido (Ribeiro; Rodrigues, 2010).

Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como as nossas, enquanto pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

Ao buscar compreender é preciso exercitar também o entendimento das contradições: o ser que compreende, compreende na ação e na linguagem e ambas têm como características serem conflituosas e contraditórias pelos efeitos do poder, das relações sociais de produção, das desigualdades sociais e dos interesses (Minayo, 2012).

Da mesma forma, para retratar comportamentos e modos de vida, o trabalho etnográfico exige que o pesquisador saiba escrever. Essa escrita deve ser criteriosamente planejada para que o leitor tenha uma visão fidedigna da realidade. Para isso, os textos etnográficos não podem ser tão rígidos e demasiado formais, por tratar-se de documentos dirigidos, sobretudo, para a classe científica; mas também não podem ser superficiais, pois há o risco de perderem a essência e serem desacreditados (Uriarte, 2012).

Nesta pesquisa, o uso da etnografia permitiu ver mais de perto o trabalho das enfermeiras enquanto atores sociais que sofrem influência do meio em que estão inseridos, principalmente das demandas institucionais que muitas vezes não compreendem os processos de trabalho da categoria promovendo distorções, frustrações e conflito de papéis.

#### **4.1.3 A etnografia nas enfermarias do INC**

Começo este texto destacando o caráter único das etnografias. Esta não foi diferente. Analisar o trabalho das enfermeiras foi como olhar-me no espelho permitindo que eu refletisse sobre a profissional que me tornei e sobre a pesquisadora que desejo ser. O suporte teórico foi fundamental para a identificação

de conceitos próprios da saúde coletiva e ciências humanas e sociais já que não se observa sem referências.

Para a minha inserção, primeiramente, foi realizado contato com a instituição através do Setor Divisão de Ensino informando o desejo de realizar uma pesquisa sobre o trabalho dos enfermeiros, nas enfermarias. Fui orientada sobre a necessidade de submissão do projeto ao CEP da instituição e que a pesquisa deveria ter autorização do diretor do hospital para a sua realização, bem como acompanhamento por um profissional da área com título de doutorado.

A exploração inicial do campo me fez redimensionar a pesquisa, o que é natural em etnografias já que os objetos de estudos emergem do campo. Inicialmente este trabalho se intitulava “Diagnóstico de Enfermagem em Cardiologia: representações coletivas dos enfermeiros” para ampliar a lente de análise no contexto do processo de trabalho em saúde até chegar à temática organização do trabalho em saúde. Logo, o ambiente hospitalar, o trabalho nas enfermarias, a simbologia do órgão acometido no estudo, os pacientes, o ensino, a estrutura física, tudo contribuiu para que eu fosse afetada por este campo tão complexo que muitas vezes me conduziu a um risco de nada ver ou de só ver o que projetamos de nossas próprias experiências anteriores em uma nova situação (Beaud; Weber, 2007).

Esta etnografia foi realizada por um período de dez meses não consecutivos, correspondentes aos anos 2018 e 2019, cujas técnicas dominantes foram observação participante e entrevistas etnográficas. Foram observadas treze enfermeiras que se dispuseram a participar da pesquisa, cientes do caráter exclusivamente acadêmico deste estudo. As profissionais que foram observadas no seu cotidiano de trabalho eram lotadas na enfermaria de doenças orovalvares e na enfermaria de miocardiopatias.

O INC conta com três enfermarias cirúrgicas, porém, apenas duas compuseram esta pesquisa, pois fui informada pela chefe de enfermagem da enfermaria de coronariopatias que os profissionais não se sentiram confortáveis em ter seu trabalho observado e analisado por outra enfermeira. Tal aspecto traz reflexões sobre a preocupação dos profissionais quanto à avaliação do seu trabalho numa perspectiva de certo ou errado divergente da metodologia proposta que, através dos dados que emergem do campo identifica, analisa, revela e problematiza, neste caso, a micropolítica do trabalho no sentido de dar voz aos atores sociais.

A descrição detalhada do trabalho de campo e de como se dá o processo de inserção, observação e coleta de informações por parte do pesquisador é exaltada na etnografia o que, na contemporaneidade, deixa espaço à subjetividade do etnógrafo, à utilização da primeira pessoa no texto etnográfico, à colocação de considerações autorreflexivas e produz autorreflexão também entre os membros do grupo estudado (Caprara; Landim; 2008; Geertz, 2009).

Observar, participar, interpretar e escrever fazem parte do percurso etnográfico. Para tanto, nesta pesquisa utilizei o diário de campo que é o instrumento mais básico para quem faz etnografia onde escrevemos observações, experiências, sentimentos, sensações e percepções (Geertz, 2009).

O fato de ser enfermeira e ter sido residente na instituição me aproximou do universo de estudo. No entanto, o que eu via, podia ser familiar, mas não necessariamente conhecido, como já preconizava Gilberto Velho (1980). Apesar de dispor de conhecimento que me *familiarizava* com o cenário e as situações sociais do cotidiano, dando nome, lugar e posição aos indivíduos, não significava que conhecia o ponto de vista e a visão de mundo dos diferentes atores em uma situação social, nem as regras que estavam por detrás dessas interações dando continuidade ao sistema. Precisei refletir sobre o meu lugar e a possibilidade, enquanto pesquisadora, de relativizar ou transcender o cotidiano a fim de “pôr-me no lugar do outro” entendendo que se me aceitavam, bastava ficar por perto e saberia as respostas a longo prazo, mesmo sem ter feito as perguntas. O processo de descoberta e análise do que é familiar pode envolver dificuldades diferentes do que em relação ao que é exótico. Não só o grau de familiaridade varia como pode constituir-se em impedimento se não for relativizado e objeto de reflexão sistemática (Velho, 1980).

Assim, esta etnografia permitiu-me a compreensão de como o aspecto cultural e o contexto direcionavam as ações de enfermagem modelando o comportamento dos profissionais, evidenciando aspectos que precisavam ser ressignificados, alterados ou fortalecidos para aprimorar sua prática assistencial. Ela me proporcionou uma imersão no dia a dia das enfermeiras através do contato direto com estes atores sociais em seu ambiente de trabalho revelando nuances que passam despercebidos no seu cotidiano. A utilização de conceitos de experiência-próxima por estes profissionais ao serem correlacionados aos conceitos de experiência-distante criados por teóricos para captar os elementos mais gerais da



vida social constitui a análise antropológica prévia demonstrando como a interdisciplinaridade do conhecimento pode contribuir para um novo olhar revelando outros aspectos da *práxis* de enfermagem.

Para analisar as interações, o etnógrafo dispõe da “cena social” – o universo de referência e de socialização no qual as interações adquirem sentido para seus parceiros. As cenas sociais não são somente uma rede de indivíduos, mas um meio no sentido que o interconhecimento “afivela” as relações. Podem referir-se a grupos de diversas naturezas bem como a objetos e lugares que servem de contexto às interações. (Geertz, 2008, p. 87).

É um processo conduzido com uma sensibilidade reflexiva, tomando em conta a experiência no campo junto às pessoas com as quais o antropólogo trabalha. É conviver intimamente com os atores sociais; reunir informações diversificadas sobre um mesmo fato; reunir muitos dados sobre fatos diferentes e sistematizá-los em quadros sinópticos a fim de torná-los compreensíveis para todos (Geertz, 2008).

A etnografia parte do pressuposto de que é improvável que a realidade seja totalmente apreendida. A centralidade está no pesquisador que deve percorrer o caminho árduo de “des-conhecimento” para “re-conhecimento” pautado em um conhecimento teórico sólido. Tem como princípio a busca exaustiva do conhecimento por meio da interação entre o discurso e o comportamento das pessoas, e as observações do pesquisador sobre cada detalhe que compõe os ambientes físico e social dos pesquisados (Geertz, 2008).

O diário de campo é o instrumento para a observação participante que associado às entrevistas etnográficas, permitindo uma melhor análise das ações sociais e dos discursos dos atores sociais, bem como à análise de documentos dos setores.

O pesquisador deve, por vezes, participar dos acontecimentos e não ficar restrito aos instrumentos de coleta de dados para que possa captar o “espírito” de um determinado acontecimento que manifeste as perspectivas, opiniões e expressões dos atores. Não nos interessa a opinião individual dos atores, mas sim as representações dos indivíduos enquanto membros de uma comunidade, pois o ambiente sociocultural em que vivem acaba por forçá-los a pensar e sentir de um modo definido (Malinowski, 1996).

Na sua exposição, é importante que o autor inclua suas condições e suas dificuldades de interpretação, pois elas fazem parte da objetivação da realidade e de sua própria objetivação (Minayo, 2012).

#### *4.1.3.1 Construindo relações e desconstruindo familiaridades*

Minha história com o Instituto Nacional de Cardiologia (INC) começou no curso de especialização *lato-sensu* nos moldes de residência em cardiologia, no período de 2008-2010, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) na qual este hospital era o campo de prática para os pós-graduandos. Assim, depois de dez anos de conclusão da residência em enfermagem na instituição, o retorno ao Instituto como pesquisadora foi acompanhado por expectativas relacionadas à receptividade dos profissionais e à minha capacidade de problematizar o cotidiano a fim de torná-lo não familiar para mim.

Ciente de que a hierarquia é característica constitutiva da enfermagem materializada desde o modelo de atenção à saúde hegemônico no ambiente hospitalar até nas legislações que regem as categorias da área, procurei me certificar sobre a escala hierárquica da enfermagem na instituição que de uma forma decrescente se apresentava da seguinte forma: a Chefe Geral de Enfermagem do hospital seguida pelas enfermeiras coordenadoras, enfermeiras gerentes – as chefes dos setores, enfermeiras rotina e plantonista, estas últimas se situavam em um mesmo nível hierárquico. Neste contexto, procurei a Enfermeira Coordenadora das enfermarias cirúrgicas da instituição para me apresentar e explicar brevemente sobre a temática da minha pesquisa. O primeiro questionamento foi sobre a aprovação da pesquisa pelo CEP da instituição. Neste momento pude perceber o valor atribuído à Divisão de Ensino que legitima a entrada dos estudantes/pesquisadores no hospital. Após a afirmativa, a coordenadora das enfermarias pediu que eu me dirigisse às enfermeiras chefes dos setores para dar ciência e solicitar autorização para a realização do estudo dando ciência aos profissionais.

Assim, comuniquei as gerentes de enfermagem da enfermaria de miocardiopatias e à enfermeira chefe da enfermaria de doenças orovalvares. Ambas se colocaram à disposição após minha afirmativa sobre a aprovação da pesquisa pelo CEP e ciência da enfermeira coordenadora. No entanto, como já dito, a

enfermeira chefe do 9º andar – enfermaria de coronariopatias, me informou que ao comunicar os profissionais sobre a temática do estudo, eles não se sentiram à vontade em ter o seu trabalho observado por uma enfermeira e optaram por não participarem do estudo. Esse episódio me remeteu ao que Zenobi (2010) relata sobre ter o seu trabalho compreendido como “espião”. Expressei meu desapontamento e tentei contornar a situação me colocando à disposição para esclarecimentos sobre a pesquisa. No entanto, ela enfatizou que os profissionais não queriam participar. Enquanto estávamos no corredor, em frente ao posto de enfermagem e a chefe da enfermaria de coronariopatias me comunicava o fato, passou uma enfermeira plantonista que também realizava plantões na enfermaria de doenças orovalvares, a chefe do setor sinalizou que eu era a enfermeira-pesquisadora e a enfermeira plantonista disse: “Ah sim, eu a conheço. O que você precisa? Entrevista?” Eu tentei mostrar naturalidade e disse “Também.” A enfermeira plantonista me conduziu até a copa, nos sentamos, ela cruzou as pernas me olhou fixamente e perguntou “O que você quer saber?” Diante desta postura, percebi que ela era uma pessoa central e, que talvez sua influência, pudesse fazer seus colegas repensarem a participação. Sem o roteiro em mãos, pois fui apenas saber sobre a autorização para iniciar o estudo, fui fazendo perguntas e explicando meus objetivos com a pesquisa, no entanto, a profissional permaneceu “engessada” sem desenvolvimento de ideias, reflexividade ou envolvimento com a pesquisa. De fato, o intuito era me liberar. Percebendo tal atitude agradei, me coloquei à disposição para esclarecimentos e me retirei do setor. Assim, se encerrou a pesquisa nesta enfermaria.

Assim, podemos realçar que o trabalho de campo não é um exercício de contemplação e que inclui aceitações, mas também rejeições e negativas. Tanto na observação como na interlocução com os atores o investigador é um ator ativo, que indaga, interpreta e desenvolve um olhar crítico. As entrevistas etnográficas possuem como motor, a relação pesquisador-pesquisado e, se inscrevem e ganham sentido no contexto da pesquisa de campo o que leva o pesquisador a fazer escolhas, a travar alianças que o aproximam de alguns e o desligam de outros. Tais entrevistas permitem que os entrevistados expressem sua singularidade através do seu ponto de vista. As entrevistas não visam produzir dados quantificados, portanto, não precisam ser numerosas (Beaud; Weber, 2007).

Neste contexto, realizei entrevistas etnográficas que foram enriquecidas conforme a relação entre pesquisadora e pesquisadas se desenvolvia de forma respeitosa e empática o que possibilitou que os dados perpassassem o simples registro dos acontecimentos. Foi possível identificar o grau de vitalidade de um costume manifesto no tom dos comportamentos a fim de entender os significados das ações que emergiram do cotidiano e a determinação do contexto (cena social) na percepção dos atores e nos julgamentos da pesquisadora. As entrevistas são intituladas entrevistas etnográficas porque não são “isoladas”, nem independentes da situação de pesquisa. São realizadas em profundidade na qual os atores sociais são ressitoados em seus meios de interconhecimento. Tomam lugar e sentido num contexto cuja dimensão histórica e social não pode ser negligenciada (Beaud; Weber, 2007). O contexto da entrevista, o espaço e o tempo são aspectos que são valorizados e a observação participante é concomitante.

Quando falamos em entrevista etnográfica podem surgir dúvidas como quantas, por que, com quem fazer? É uma falha pensar em quantidade neste tipo de entrevista, pois a colocaremos no mesmo *status* de outras entrevistas de cunho qualitativo. A entrevista etnográfica trata-se de uma entrevista aprofundada onde os pesquisados falam livremente sobre o tema em questão e indagam-se sobre seu universo e sobre si mesmo. Assim, foram realizadas cinco entrevistas com roteiro semiestruturado que abordava temas como formação, trabalho interprofissional, valorização, processos de trabalho e trabalho em equipe (Beaud; Weber, 2007).

Mas, quem entrevistar? Como escolher “bons interlocutores”? Beaud e Weber (2007) nos sugerem levar em consideração a posição no meio. Devemos privilegiar as pessoas bem colocadas para nos fazer ver o outro lado do cenário e/ ou pessoas que são “observadores profissionais”, pois à distância eles veem melhor que os que estão no meio da cena.

Devem ser valorizados, além do discurso, os aspectos do comportamento global, a comunicação não verbal (postura física, gestos, mímica, mudanças no timbre da voz, choro, riso...), ou seja, o potencial não dito bem como a observação do entorno (Bardin, 2009).

A função do pesquisador é dupla, ou seja, compreender o sentido da comunicação (como se fosse receptor normal), mas também e, principalmente, desviar o olhar para outra significação. Não se trata de atravessar significantes para atingir significados, à semelhança da decifração normal, mas atingir através de

significantes ou de significados (manipulados), outros “significados” de natureza sociológica, política, histórica (Bardin, 2009).

O texto produzido deve ser fiel aos achados do campo, contextualizado e acessível, pois configura uma síntese na qual o objeto de estudo reveste, impregna e entranha todo o texto. E, consideramos um trabalho incompleto ou pobre o que apenas descreve o que encontrou no campo. Mas a compreensão e a interpretação em seu formato final, também assinalam um momento na *práxis* do pesquisador. Por isso, nunca será uma obra acabada e suas conclusões devem se abrir para novas indagações.

Nas observações realizadas, inicialmente, a fim de “situar-me”, comparecia ao setor às 6:50h para participar da passagem de plantão às 7h de modo que a equipe me conhecesse e se adaptasse a minha presença. Em seguida, estabeleci a observação por turnos (manhã/ tarde/ noite) até o momento em que consegui mapear alguns fluxos e rotinas. O horário de término das observações eram variáveis e diziam respeito à minha disponibilidade. Conforme eu avançava nos achados etnográficos elaborei um roteiro para entrevistas formais e, procurava permanecer para o início do plantão noturno e participar tanto da passagem de plantão como das visitas de enfermagem.

Durante a coleta de dados, inicialmente, permanecia no posto de enfermagem identificando documentos, rotinas, relações, pois todos os profissionais da equipe de saúde frequentavam esta cena social. A partir do entendimento das rotinas do setor, a observação se tornou mais focada para os atores sociais deste estudo - as enfermeiras. E, para isso, o momento primordial foi a realização das visitas diárias aos pacientes. Eu as acompanhava como se fosse uma acadêmica de enfermagem tentando tudo apreender, tudo ver e, com o avanço do estudo fui direcionando meu olhar através dos exercícios de desambientação e distanciamento. Este último foi fundamental para o exercício de estranhamento em que foram necessárias distância, leitura e reflexão (Beaud; Weber, 2007).

Neste contexto, as cenas sociais se apresentavam e, o corredor, por exemplo, passou a expressar muito além de sua natureza estrutural fria, pois dependendo de quem e dos instrumentos que estivessem presentes, a forma ou a ordem de trabalho se alterava. Assim, se as funcionárias da copa com seus carrinhos que conduziam as refeições dos pacientes estivessem no corredor em atendimento aos mesmos, outros pacientes eram vistos pelas enfermeiras, pois as profissionais respeitavam o

momento das refeições dos pacientes. Se eles estivessem no corredor conversando e a enfermeira se aproximava do leito, eles a olhavam fixamente e ela correspondia com o olhar dizendo seu nome: “*Sra. Ana Maria Pontes?*”. Os pacientes respondiam como se fosse uma chamada escolar e logo entravam no leito para conversarem com as profissionais.

As enfermeiras se apresentavam como a profissional de plantão e me apresentavam como uma enfermeira que realizava uma pesquisa, no setor. Os pacientes estavam habituados à presença de estudantes na instituição e, por isso, não estranhavam ou se incomodavam com minha presença.

Neste momento de interação entre enfermeira-paciente, “tudo falava”. A postura ereta da enfermeira portando seu jaleco branco e a prancheta com a caneta em mãos, a forma de se apresentar aos pacientes, o uso do álcool gel ao entrar e sair dos leitos, as figuras e fotos dos pacientes coladas nas paredes dos leitos, o olhar atento dos pacientes. *Tudo eram dados*<sup>3</sup>. No entanto, neste ponto do estudo, minha perspectiva deste aspecto estava relacionada ao observar superficialmente e em maior número. No decorrer do aprimoramento teórico, esta perspectiva assumiu sua real intenção no intuito de pensar lateralmente a fim de diversificar e dar corpo a novas dimensões do tópico investigado e ver qualidades genéricas de fenômenos específicos (Eakin; Gladstone, 2021).

Aos poucos fui refinando minha postura e atitudes, me inspirando constantemente e de modo profundo na minha experiência, conhecimento, percepção e imaginação para dar sentido aos dados e poder analisá-los na medida em que o estudo se desenrolava, entendendo assim, a importância da presença criativa do pesquisador (Eakin; Gladstone, 2021).

Assim, no decorrer das observações, me sentia mais segura nas rotinas dos setores e, algumas vezes, respondia alguns questionamentos que os pacientes realizavam na frente das enfermeiras. Em momento algum elas me repreenderam. No dinamismo do plantão, houve momentos que me agradeceram. “*Ah! Que bom que você está aqui! Muito obrigada.*” Disse uma das profissionais após eu ajudá-la em um transporte de um paciente para outro setor do hospital.

---

<sup>3</sup> “Tudo são dados” refere-se ao valor para a pesquisa da observação de fatos, circunstâncias e significados informais sutis, sociais e materiais, embutidos no contexto da investigação e em locais públicos, e o seu uso como “dados” para aprofundar e melhorar a interpretação dos dados formalmente estruturados e coletados (Eakin; Gladstone, 2021).

Após as visitas das enfermeiras aos pacientes, eu retornava para o posto de enfermagem, me isolava em um canto e começava a anotar o máximo de informações que conseguia, pois não portava papéis durante as visitas (sempre achei “feio” fazer anotações na frente dos pesquisados), logo, precisava de cautela para boa memorização. Relacionava os dados com os documentos previamente identificados, perguntava para as enfermeiras algo que me despertasse dúvidas e elas prontamente respondiam.

Desde o início das observações deixei claro para as enfermeiras que minha pesquisa se embasava prioritariamente em observações, porém, em algum momento seria necessário entrevistá-las. Elas prontamente se dispuseram a participar e, quando chegou o momento, me perguntavam onde e quando eu queria realizar a entrevista, eu apenas respondia que estava à disposição, ou seja, no setor, onde e quando elas quisessem. O interessante foi perceber que as enfermeiras procuraram locais particulares onde se sentiriam à vontade para responder aos questionamentos bem como refletir sobre o conteúdo das entrevistas. Os locais escolhidos foram o posto de enfermagem quando havia poucos profissionais, a sala da chefia de enfermagem, a copa ou a sala dos médicos quando estava vazia e pudéssemos fechar as portas. Beaud e Weber (2007) afirmam que a entrevista etnográfica oferece uma rica matéria à observação onde as considerações do pesquisador bem como a singularidade das entrevistas enriquecem a análise, pois o pesquisador precisa estar de verdade à escuta do pesquisado. Se ficar preso a roteiros, terá esterilizado por antecipação a fecundidade do instrumento de pesquisa.

Antes de iniciar as entrevistas, reforcei com as enfermeiras que podiam ficar à vontade, pois não estávamos na condição de certo ou errado, era apenas o ponto de vista delas. Neste momento, eu pensava que o fato de não possuir vínculo empregatício com a instituição ou manter relações de amizade com profissionais do hospital facilitou a entrega das pesquisadas. O limitante foi o fato de estarem de serviço e serem solicitadas em alguns momentos nos quais foi necessário pausar a gravação, interrompendo a entrevista.

No entanto, apesar dos imprevistos, as entrevistas foram fecundas. Até mesmo as entrevistas que aconteceram no posto de enfermagem onde duas profissionais foram mais engessadas em suas falas ficando mais presas ao roteiro. Fato que me fez atentar ao “tom” de como as palavras foram ditas o que, segundo

Beaud e Weber (2007), indica com muita precisão o sentido do que é dito, permitindo analisar as diversidades das maneiras de dizer. Tentei deixá-las mais tranquilas solicitando que desenvolvessem mais suas falas, mas não houve avanço. Estas enfermeiras eram contratadas e fiquei refletindo sobre a influência da precarização do trabalho no contexto da pesquisa.

Outra questão que merece destaque é o fato de todos os atores sociais serem do sexo feminino. Fato que justifica o uso do substantivo feminino “enfermeiras”.

#### *4.1.3.2 As observações nas enfermarias*

A observação se sustenta num encadeamento de três prerrogativas – percepção, memorização e anotação. Supõe idas e vindas permanentes entre suas percepções, sua explicitação mental, sua memorização e seu diário de campo para uma vigilância aguçada que avança com o desenvolvimento da pesquisa e balizamento teórico (Beaud; Weber, 2007).

Algumas considerações foram feitas para a minha entrada em campo. Vale lembrar também que a enfermeira coordenadora das enfermarias sugeriu que eu usasse jaleco branco, cabelos presos e sem adornos, apresentação comum dentre os profissionais de enfermagem. No entanto, sabia das implicações que o uso do jaleco poderia gerar na pesquisa. As enfermeiras gerentes (chefes dos setores) me orientaram da mesma forma: usar jaleco ou o pijama. Adotei a segunda opção uma vez que o pijama tinha uma cor única para a área de enfermagem independente da categoria e isso diminuiria o estranhamento que minha presença pudesse gerar. Na enfermaria de miocardiopatias, no decorrer da passagem de plantão, alguns técnicos que faziam a solicitação para a rouparia por telefone já me perguntavam: “Vai querer pijama?” Na enfermaria de doenças orovalvares, não houve esse movimento porque não era rotina pedir pijamas para o grupo. Cada um deveria ir à rouparia para pegar seu pijama e, dessa forma, antes de chegar no setor, eu fazia.

O fato de ser enfermeira e ter sido residente na instituição me aproximava do universo de estudo. O distanciamento foi um exercício árduo, porém, extremamente necessário para relativizar determinadas situações. Tal fato exigia leituras intensas sobre os autores das ciências sociais e saúde e sobre os processos de trabalho das enfermeiras. Se, por um lado ser enfermeira pode ter sido uma barreira para minha aceitação, por outro ter sido estudante na instituição e não possuir vínculo



empregatício com a mesma foi um facilitador. Pois alguns profissionais foram meus preceptores ou me conheceram à época. Algumas enfermeiras lembraram de mim e perguntaram de forma empática como eu estava, o que fazia na instituição e sobre a pesquisa. Era a empatia que eu precisava para me sentir acolhida num primeiro momento.

Para a etnografia, a construção de relações sociais com os membros dos grupos que pretendemos conhecer, torna-se central para a produção do conhecimento antropológico sobre a vida social. Estamos sempre pressupondo familiaridades e exotismos como fontes de conhecimento e desconhecimento, respectivamente. Assim, a preocupação dos atores sociais é relevante e relativa à ética e aos limites de nosso trabalho (Velho, 1980; Zenobi, 2010).

A enfermaria de miocardiopatias – o 7º andar, possui 21 leitos ativos e, a enfermaria de doenças orovalvares – o 8º andar apresenta 29 leitos sendo 27 ativos e 02 reservados para obras de manutenção. Na instituição, era comum as pessoas se referirem às enfermarias do estudo pelo número do andar e, assim, vou fazê-lo aqui. Assim, o 7º andar apresentava um público crônico, muitas vezes em estado avançado da patologia cardíaca. Já o 8º andar apresentava pacientes mais jovens e em processo agudo de sua condição clínica.

A enfermaria de doenças orovalvares – “o 8º andar”, apresentava 29 leitos ativos dos quais 02 sempre estavam reservados para obras de manutenção. Estes eram individuais, porém, dois leitos compartilhavam o mesmo banheiro. Como já dito, a estrutura física é semelhante à de um L onde se distribuem os leitos, o posto de enfermagem, a sala dos médicos, a sala do serviço social, o estar da enfermagem, a sala de convivência para os pacientes, a sala da chefia de enfermagem do setor e elevadores. Este setor conta com nove enfermeiras dentre plantonistas diurnas, noturnas, “pés-quebrado” e a chefe do setor. O termo “pé-quebrado”, lembrando aqui, é específico desta enfermaria e se refere à duas enfermeiras que trabalham no período diurno a fim de amenizar o déficit de profissionais no setor.

A enfermeira chefe do setor relatou que a confecção de escalas era o que mais a consumia. Não apenas o ato de elaborá-las, mas formá-las considerando as demandas do setor e dos recursos humanos que dispunha demonstrando os desafios dos enfermeiros na gestão de pessoas e conflitos. Assim, cirurgias, exames, avaliação odontológica, descompensação de pacientes com um simples

posicionamento no leito, um banho ou eliminações vesicointestinais faziam parte do plantão das enfermeiras do 8º andar que redefiniam suas prioridades constantemente e, tornavam este setor mais dinâmico que o 7º andar. Uma das enfermeiras disse que para as evoluções priorizava os pacientes em pós-operatório e os que apresentassem alguma intercorrência o que era acordado com a chefia do setor. Tais “acordos” eram uma adaptação à precarização do trabalho e déficit de profissionais onde a chefia entendia que o enfermeiro não poderia realizar seu trabalho plenamente. Tal aspecto já revelava a cultura local, onde o escrito poderia ser subtraído, mas o trabalho real, especificamente o cuidado direto aos pacientes era inegociável. Para tanto, o mapa que será discutido posteriormente era o guia da “atividade” das enfermeiras.

As características das cardiopatias interferiam no andamento do trabalho. No decorrer dos plantões, percebia que as ações se desenrolavam e eram resolvidas a partir do conhecimento das enfermeiras acerca das rotinas do setor e da instituição que, associado à sua tomada de decisões, permitiam que as programações terapêuticas para os pacientes fossem cumpridas.

No início da coleta de dados, para diminuir o estranhamento da equipe diante da minha presença, chegava ao setor às 7h para participar da passagem de plantão – momento importante da gestão da assistência de enfermagem onde a enfermeira da noite passava o serviço para as enfermeiras que chegavam para o serviço diurno. A passagem de plantão era realizada no posto de enfermagem. Os profissionais se dispunham em círculo para que todos pudessem ouvir as intercorrências, pendências e programações para os pacientes a fim de dar seguimento à terapêutica deles.

Quando chegava, cumprimentava a todos, me apresentava para a enfermeira plantonista que chegava e perguntava se podia acompanhá-la no decorrer do dia. Todas foram muito solícitas com a pesquisa. As enfermeiras me apresentavam para a equipe de técnicos e, dessa forma, todos ficaram cientes da minha presença. Se algum profissional da enfermagem não me conhecia, ele perguntava: “Quem é você?” Eu sorria, dizia meu nome e me apresentava como estudante da UFRJ que realizava uma pesquisa no setor. A pergunta seguinte era “Sobre o que é sua pesquisa?” Quando eu respondia: sobre o trabalho das enfermeiras, alguns técnicos de enfermagem me perguntavam: “Só das enfermeiras?” num tom desconfiado.

No decorrer das observações, após me certificar sobre as rotinas e impressos do setor, eu seguia acompanhando as enfermeiras na realização da visita de enfermagem. A esta altura já exercitando a aproximação e o distanciamento e com base teórica mais sólida, me chamou atenção o impresso contido nas pranchetas das enfermeiras impresso intitulado “Passagem de Plantão”, que as profissionais chamavam de “mapa”. Este instrumento de trabalho permitia que as enfermeiras chegassem aos leitos com uma noção das necessidades de cuidado dos pacientes e, através da coleta de dados de enfermagem que realizavam, identificavam novas demandas e as anotavam a fim de complementar esse mapa.

A forma como se referiam ao mapa demonstra seu valor simbólico para o serviço, pois se tratava de guia e refletia o trabalho real das enfermeiras ao longo do plantão. Apesar de se tratar de uma folha de papel A4, com uma tabela do Microsoft Word onde constavam dados dos pacientes como leito, nome completo, patologia, exames, acessos venosos dentre outros, este instrumento demonstrava o dinamismo do trabalho das enfermeiras representado por sinalizações com marca-texto, canetas, asteriscos e traduzia a atividade das profissionais que ia se modificando ao longo do serviço.

Durante a visita de enfermagem, o aspecto relacional era marcante. As enfermeiras se apresentavam aos pacientes, perguntavam como tinham passado a noite, se sentiam algo naquele momento e conversavam sobre coisas aleatórias. Se elas percebessem muito objetos religiosos no leito, por exemplo, o assunto tendia para a questão. Se vissem muitas fotos na parede tentavam interagir com os pacientes sobre as imagens. Se percebiam um penteado novo elogiavam e conversavam sobre o tema. Tudo a fim de permitir que a empatia e o acolhimento fizessem parte daquele contexto e os pacientes se sentissem à vontade para expor suas necessidades. As principais ações das enfermeiras durante a visita corresponderam a orientações e escuta sensível. Como pesquisadora, fui percebendo esse olhar para o entorno do paciente bem como seu propósito após algumas visitas. Procurava permanecer atenta para o olhar, as ações, a postura das enfermeiras na tentativa ingênua de captar tudo e guardar para relatar no diário de campo.

Quando questionadas pelos pacientes sobre algo que o médico os havia informado e elas não tinham ciência, elas se comprometiam com os pacientes de verificar e de retornar para confirmar a informação, e, de fato, elas retornavam.

Percebia que tal ação aumentava a credibilidade e empatia dos pacientes e acompanhantes pela profissional. Assim como sinalizava a possibilidade de melhoria da comunicação entre as equipes.

No decorrer das observações, depois de acompanhar as visitas, eu permanecia mais tempo no posto de enfermagem. Era a cena social principal onde toda equipe se reunia para trabalhar (diluindo medicações, checando prescrições médicas, realizando anotações de enfermagem). Também era um local de descontração, onde as emoções vinham à tona e os profissionais sentiam-se mais à vontade para comentar sobre uma determinada característica de algum paciente ou familiar (se era chato, muito queixoso, se era engraçado). Trocavam entre si suas impressões sobre os pacientes, experiências, seja acerca de alguma dificuldade encontrada para o cuidado, alguma dúvida sobre um curativo ou como proceder numa determinada situação. Também era o momento de comentar sobre assuntos aleatórios como atualidades noticiadas nos meios de comunicação.

Nestes momentos, eu ficava no canto do posto de enfermagem, procurando e lendo os impressos do setor para interferir o menos possível nos diálogos. Procurava aguçar minha audição para apreender o tom das falas. Quando chegava a enfermeira supervisora, por exemplo, a enfermeira plantonista me apresentava e dizia que eu estava realizando uma pesquisa sobre o trabalho dos enfermeiros. Alguns profissionais manifestavam suas inquietações num tom de humor: “Não vai escrever as besteiras que eu falo hein!”, ou então, “Ai meu Deus!”.

Assim, nesta fase inicial procurei conhecer campo, entender suas estruturas, seus códigos e os fatores que o compunham. Procurei esta estratégia para deixar os profissionais mais à vontade com a minha presença. Assim, comecei identificando os documentos do setor – livros (o que merecia ser registrado e como o era), procedimentos operacionais padrão (POP), prontuários dos pacientes para me habituar à descrição dos profissionais de saúde, sobre o estado de saúde dos pacientes sob sua supervisão.

Em ambas as enfermarias existia uma pasta de impressos que continha os documentos úteis às enfermeiras como, por exemplo, a descrição das suas funções. Tratava-se de informações sobre escalas de úlceras por pressão, risco de quedas, plano de cuidados, escalas de serviço etc. Enquanto pesquisava a documentação, aguicei minha audição para apreender como “os profissionais” lidavam com a realidade que estavam inseridos e o quanto minha presença poderia interferir no seu

cotidiano. Coloquei o termo “os profissionais” entre aspas porque esta pasta ficava no posto de enfermagem e, neste ambiente, transitavam profissionais de diversas categorias que interagiam com as enfermeiras. Os mais atuantes eram os técnicos de enfermagem, os médicos, as auxiliares administrativas, o técnico da farmácia, os maqueiros e a equipe de manutenção.

Segui observando e percebia algumas levantadas de sobrancelhas quando eu estava presente e, enquanto permanecia no posto de enfermagem, fui indagada pelos técnicos de enfermagem sobre minha técnica de coleta de dados – “Você só observa?” “As suas observações vão gerar alguma estatística para o setor?” Tais falas marcavam a característica das pesquisas realizadas na instituição (quantitativas e clínicas). Eu explicava sobre a etnografia, mas percebia pelo não-dito que a interrogação permanecia. Um fato importante que já pensava para a restituição dos dados durante minha inserção no campo.

Ouvi uma técnica de enfermagem falar em tom de voz alto o suficiente para que eu ouvisse “Não quero que observem o meu trabalho”. Procurei encarar estes eventos com naturalidade, às vezes fingia que não ouvia, mas entendia o recado. Afinal, talvez estivessem me relacionando à uma “espiã”. Mas me indagava o porquê dessas inquietações. Do que eles tinham receio? Me surpreendia como era “exótico” a realização de uma pesquisa qualitativa, a proximidade do pesquisador com os pesquisados a ponto de suscitar afirmações enervadas. Reforçava que minha pesquisa era sobre os enfermeiros e sim, eu só observava. Tais aspectos foram me proporcionando crescimento enquanto pesquisadora uma vez que a reação dos pesquisados demonstrava as preocupações com o que a pesquisa pudesse revelar. Todos perguntavam é o que? Mestrado? A maioria das enfermeiras respondia que sim. Outras corrigiam que era doutorado. A verdade é que eu me apresentava como estudante e, de fato, era o que eu era. Me sentia como alguém em construção, pois minha identidade de pesquisadora estava sendo formada ao mesmo tempo que minha prática profissional estava sendo ressignificada. Não imaginava que o campo pudesse suscitar tantas questões e o quanto a reflexividade é essencial para o pesquisador. No meu caso, por ser enfermeira, o distanciamento também foi fundamental, pois muitas questões estavam naturalizadas para mim. Percebi isso quando num dia de observação tive a sensação de não ter visto nada. Mas como eu poderia ter visto nada? E, então, relia textos clássicos que me realimentavam para experienciar o campo.

Tais situações se impunham como desafio para mim, pois precisava quebrar essa “barreira”, ultrapassar as muralhas, o que só foi possível com a convivência respeitosa. Precisei controlar muitas vezes minhas expressões faciais por ser um contexto familiar ou controlar a vontade de pegar o diário de campo e escrever diante das pessoas o que estava acontecendo. Tal controle fazia parte do meu distanciamento da posição de enfermeira e da construção da minha identidade como pesquisadora.

Consideradas as questões relacionadas a hierarquia, apresentação pessoal, relacionamento interpessoal e a postura profissional da pesquisadora surge mais uma questão: O que abordar diante de inúmeros objetos de estudo? E eis que surge a afirmativa primordial da etnografia: “Vamos ver o que vai emergir do campo!”. Esse aspecto desafia e motiva o pesquisador. E conforme as observações aconteciam fui amadurecendo meu olhar a partir do suporte teórico trazido da academia. Passei a identificar possíveis objetos de estudo bem como as possíveis lentes para abordá-los. Refletia sobre o valor da etnografia e sobre sua importância para as pesquisas na saúde principalmente no que se refere a prática profissional dos enfermeiros.

No decorrer das observações, temas relacionados aos conceitos trabalho prescrito, trabalho real, processo de trabalho em saúde, precarização do trabalho, comunicação em saúde, relacionamento interpessoal, interdisciplinaridade, trabalho interprofissional, filosofia institucional, foram sendo revelados. E, a partir de então, fui amadurecendo e me reconhecendo enquanto pesquisadora. Também nesse processo fui entendendo o conceito de observação participante que afirma que as respostas surgem sem que você precise fazer as perguntas diretamente. Elas emergem durante as ações cotidianas.

Para Magnani (2002), uma totalidade consistente em termos da etnografia é aquela que, experimentada e reconhecida pelos atores sociais, é identificada pelo investigador, podendo ser descrita em seus aspectos categoriais: para os primeiros, é o contexto da experiência, para o segundo, chave de inteligibilidade e princípio explicativo. Posto que não se pode contar com uma totalidade dada *a priori*, postulava-se uma a ser construída a partir da experiência dos atores e com a ajuda de hipóteses de trabalho e escolhas teóricas, como condição para que se possa dizer algo mais que generalidades a respeito do objeto de estudo.

Após participar de algumas passagens de plantão, mantive uma regularidade de observações – duas vezes por semana com período superior a seis horas a fim

de estabelecer uma relação de confiança e respeito com o grupo que se dispôs participar do estudo. Após me familiarizar com as principais rotinas do setor, os períodos de observação se tornaram aleatórios, de acordo com minha disponibilidade.

O distanciamento foi fundamental para problematizar questões que pudessem passar despercebidas e para o entendimento da minha experiência sobre a forma como um grupo reage ao pesquisador já é um dado precioso para a pesquisa e implica na expectativa que os pesquisados têm para com ela. Ele fará parte do contrato implícito entre o pesquisador e seus interlocutores, garantirá a veracidade dos fatos, e servirá, igualmente, de controle *a posteriori* da pesquisa, ou seja, falar de restituição de dados não significa algo posterior à pesquisa, mas parte de seu processo, com modalidades e temporalidades variáveis (Ferreira, 2015).

O sucesso da interação com as interlocutoras era manifesto nos sorrisos, nas dicas sobre refeições e locais para comer. Na hora do café da tarde, me convidavam para este momento na copa. Eu sempre ia. Achava a copa uma cena social riquíssima, pois na maioria das vezes a equipe não falava sobre os pacientes, mas sim sobre receitas, organização da geladeira, a cota do café. Elas riam, as percebia bem relaxadas, porque sempre ficava um profissional no posto de enfermagem para atender as solicitações do plantão.

Quando as enfermeiras estavam mais próximas a mim, me indagavam se eu estava encontrando o que buscava para a pesquisa. Nessas situações as percebia “curiosas” quanto as observações. Afinal, eu só observava.

Percebi, no avançar da pesquisa, que minhas inquietações durante o percurso para inserção no campo de estudo eram mútuas. E, inicialmente, me permiti observar e experienciar o dia a dia com as profissionais. Enquanto refinava o meu olhar por meio das leituras. Afinal, para as enfermeiras, poderia gerar certo desconforto ter uma colega de profissão estudando o seu trabalho. Poderia soar como algo investigativo.

De minha parte, pareceu como olhar no espelho. Exercitar um olhar em profundidade identificando as lacunas que tive e as que foram geradas nesse encontro etnográfico. Passar por determinadas situações e não “deixar gritar a enfermeira que existe em mim para abrir passagem para a pesquisadora que se revelaria” foi de fato um grande desafio ainda mais em um contexto que trabalhamos com significados.

Minha intenção com a realização desta etnografia foi “ver além”, ou seja, compreender questões que as enfermeiras não valorizavam porque estavam imersas naquele contexto que se tornou familiar. Devido minha formação base, foi necessário e fundamental o distanciamento para perceber como as profissionais significavam sua prática assistencial e assim, organizavam seu trabalho. Esta pesquisa permitiu dar voz às enfermeiras das enfermarias cirúrgicas do INC revelando aspectos que não podem ser identificados à superfície demonstrando que o trabalho escrito não traduz o trabalho real destas profissionais que estabelecem prioridades a todo momento para “dar conta do plantão.”

Assim, percebi que dentro da temática trabalho em saúde, o processo de trabalho da enfermagem já era muito bem descrito na literatura, mas a forma como aquelas enfermeiras organizavam seu trabalho para que as necessidades de cuidado dos pacientes bem como as demandas institucionais, da equipe de enfermagem fossem atendidas, merecia atenção especial da minha parte pela complexidade exigida.

Geertz (2008) afirma que fazer etnografia é como tentar ler um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado no sentido de “construir uma leitura de”. Tal aspecto torna a etnografia desafiadora e encantadora porque os objetos de estudo emergem do campo e, para sua problematização foi preciso alteridade, desenvolvimento da capacidade descritiva e analítica enquanto pesquisadora diante da experiência do “estar lá” para que o “estar aqui” me permitisse compreender a lógica da organização do trabalho das enfermeiras num contexto tão complexo como o ambiente hospitalar.

Portanto, a organização do trabalho das enfermeiras em duas enfermarias cirúrgicas do INC se tornou meu “manuscrito estranho” moldado sob as diversas demandas que o compunham sejam elas profissionais, éticas, institucionais, dos pacientes e do mercado de trabalho. A participação no cotidiano dos atores sociais exigiu que eu enfrentasse situações para as quais não estava preparada ou não tinha afinidade como os aspectos relacionados à institucionalização na saúde, especificamente, o ambiente hospitalar, um local de formação de identidades profissionais, assistência em saúde e cuidado. Tais aspectos reforçam o caráter único e singular desta pesquisa (Geertz, 2008).



## 4.2 OLHANDO NO ESPELHO: A CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DE PESQUISADORA

No processo inicial de apresentação às profissionais que foram os atores sociais desta pesquisa, questões comportamentais e teóricas foram suscitadas como aguçar os sentidos, atentar para postura no campo, reconhecimento dos aspectos constitutivos da profissão, percebi que a observação participante já estava em evolução.

A etnografia pode usar uma ou servir-se de várias técnicas de coleta de dados, conforme as circunstâncias de cada pesquisa. Ciente de que este tipo de pesquisa produz dados volumosos e não estruturados de várias fontes sejam elas, notas do diário de campo, memórias e entrevistas transcritas, procurei agir com naturalidade entendendo a etnografia como um grande desafio. Em alguns momentos duvidava se estava no caminho certo. Mas a leitura de referências das ciências humanas e sociais bem como de artigos etnográficos foi essencial para o amadurecimento do olhar antropológico (Uriarte, 2012).

Certa vez, enquanto acompanhava uma enfermeira na visita diária aos leitos dos pacientes, um deles precisava ter seu acesso venoso trocado. A enfermeira preparou o material e tentou puncioná-lo, mas não conseguiu. Imediatamente ela olhou para mim e perguntou: “Quer tentar?” Confesso que várias coisas passaram pela minha cabeça: o meu papel enquanto pesquisadora, o meu papel enquanto enfermeira, o fato de não estar vinculada a instituição e realizar um procedimento e se o questionamento da profissional não era uma forma de me testar. Fingi naturalidade e disse para ela tentar mais uma vez e, ela conseguiu. Ufa! Ela sorriu satisfeita pelo sucesso no procedimento. E, eu aliviada e satisfeita pelos sentimentos que tal situação provocou. Pensava: “eu preciso escrever isso”.

Conforme realizava os movimentos de aproximação e distanciamento, leituras e experiência fui percebendo o quanto o campo me afetava e que parte da minha identidade enquanto pesquisadora estava em construção, pois já conseguia identificar algumas questões ou pensar na importância de certas anotações. Comecei a me identificar enquanto etnógrafa em campo.

Apesar de passarmos pelos Comitês de Ética e Pesquisa que nos obriga à definição de objetos e objetivos *a priori*, a essência e beleza da etnografia diz respeito ao que emerge do campo. O que gerava certa angústia, pois pensava como

eu identificaria o que o campo me diz. Entre saltos e tropeços, me chamou atenção a forma como cada enfermeira plantonista conduzia seu plantão, porque não existia certo ou errado, era apenas uma questão de organização do trabalho e tomada de decisões.

No exercício da reflexividade, percebi que minhas escolhas (o pijama em vez do jaleco, aguçar a audição, me portar como estudante) já demonstravam algum amadurecimento como pesquisadora. Fato importante que me proporcionou mais confiança durante as observações, pois até mesmo uma fala jocosa revelava como os atores se sentiam com relação a minha presença, ou seja, o que para esta enfermeira parecia desconforto ou deboche, se tornou dados para esta pesquisadora que se traduziram na sua restituição.

O amadurecimento na identificação dos conceitos que emergiam do campo manifesto nas situações cotidianas começou a mudar meu olhar. Como etnógrafa em construção, comecei a fazer as associações sobre aspectos que determinavam uma ação ou resposta a uma rotina institucional refletindo sobre os aspectos *micro* e *macro* do trabalho em saúde que determinavam/perpetuavam o *status quo* da enfermagem hospitalar.

#### 4.3 QUESTÕES ÉTICAS

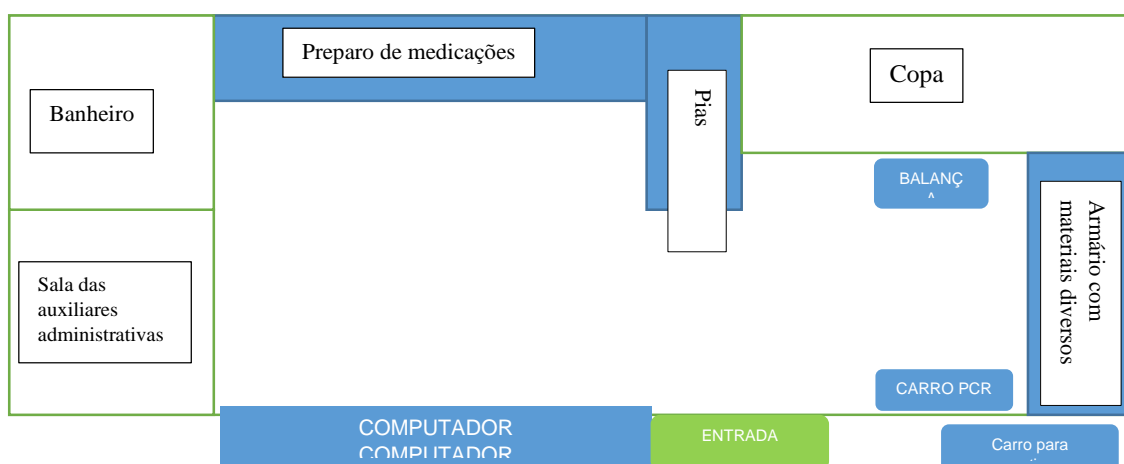
Após a aprovação deste estudo pelos Comitês de Ética em Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IESC/UFRJ) sob CAAE: 49646015.3.0000.5286 e do Instituto Nacional de Cardiologia (INC) sob CAAE: 49646015.3.3001.5272, realizei contato com a coordenação e chefias dos setores, bem como com os enfermeiros assistenciais, para que eu pudesse observá-los no seu cotidiano de trabalho. Respeitamos os preceitos da ética em pesquisas com seres humanos de acordo com a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, que determina as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos em ciências humanas e sociais.

## 5 AS ENFERMIARIAS E SUAS VICISSITUDES

### 5.1 PELAS ENFERMIARIAS: DO CENÁRIO DE PESQUISA ÀS CENAS SOCIAIS

O amadurecimento como etnógrafa em campo foi essencial para ressignificar meu olhar de uma perspectiva *macro* do hospital e da enfermaria, enquanto cenários de pesquisa para a identificação das cenas sociais que agregariam ao estudo. Assim, os leitos, o posto de enfermagem, a copa, a sala de convivência e o corredor foram as cenas sociais mais marcantes.

Figura 5 – Visão superior do posto de enfermagem que apresentava a mesma configuração em ambas as enfermarias



Fonte: Elaboração própria<sup>4</sup>.

#### 5.1.1 Enfermaria de miocardiopatas – o 7º andar

Ao adentrar o 7º andar como pesquisadora, não puder deixar de lembrar da época de residência na qual permaneci, neste setor, por dois meses. Alguns profissionais lembraram da minha passagem e perguntaram se eu estava trabalhando na instituição. Conversando, expus que estava cursando uma pós-graduação e gostaria de realizar a pesquisa no setor, mas sem dar muitos detalhes

<sup>4</sup> Figura elaborada pela autora que retrata duas cenas sociais marcantes na pesquisa – o posto de enfermagem e a copa, onde os elementos simbólicos da categoria podem ser identificados – *pias* para lavagem das mãos, *balança* para medidas antropométricas, *carro de PCR* que deve ser verificado diariamente pela enfermeira do setor e, *carro para curativos*.

pois, primeiramente, precisava falar com a enfermeira chefe desta enfermaria. Minha sensibilidade à questão hierárquica provém da minha prática enquanto enfermeira militar. Logo, percebi “não neutralidade” do pesquisador na pesquisa qualitativa.

Neste andar, também funcionava o setor de hipertensão e transplante. Havia a sala dos médicos, a sala de convivência para os pacientes bem como o alojamento para os profissionais de enfermagem. O posto de enfermagem tinha configuração idêntica ao do 8º andar.

Apesar de não conhecer a enfermeira chefe do setor, ela foi solícita com a realização da pesquisa. Apenas indagou sobre a aprovação no CEP da instituição, confirmei o fato e, comecei a frequentar o setor acompanhando às enfermeiras plantonistas.

No início da coleta de dados, participei das passagens de plantão com a intenção já descrita. Depois, minha presença em campo se deu de acordo com minha disponibilidade. O setor contava com 21 leitos. Os pacientes eram mais graves, porém, mais estáveis. A gravidade muitas vezes se referia à terminalidade do paciente cardiopata.

Optei por começar a coleta de dados acompanhando as enfermeiras plantonistas porque conhecia algumas e, para permitir que os demais integrantes da equipe de enfermagem se habituassem a minha presença.

Comparativamente, a visita de enfermagem era realizada nas duas enfermarias, no início do plantão. Era uma ação que permitia às enfermeiras conhecerem os pacientes, se apresentar e identificar novas necessidades de cuidado. Como o número de leitos era menor que o 8º andar, existia enfermeira rotina (profissional que trabalhava diariamente das 7h às 13h), as enfermeiras plantonistas conseguiam conversar por mais tempo com os pacientes. Logo, o aspecto relacional do trabalho das enfermeiras era mais marcante que o oitavo andar.

Também foi nítido o trabalho das enfermeiras na evolução dos pacientes que normalmente, eram realizadas no turno da tarde quando as rotinas estavam menos intensas. Elas liam as evoluções anteriores de outros colegas e outras categorias profissionais e comparavam com o estado atual. Ou seja, as enfermeiras do sétimo andar conseguiam evoluir todos os pacientes. Se preciso, elas retornavam ao leito para confirmar alguma informação com eles. Ou seja, o prontuário do paciente era preenchido por todos os profissionais de saúde. Assim, vinha a evolução da

nutricionista, seguida da evolução de outro profissional de saúde – fisioterapeuta, enfermeiro, terapeuta ocupacional, médico. Isso permitia uma leitura das representações profissionais sobre os pacientes. Cada um com seu olhar, direcionado para a especificidade de sua área de atuação. As evoluções das enfermeiras juntamente com as evoluções dos demais profissionais fortalecem sua atuação na equipe de saúde e permitem que seu referencial em relação ao paciente seja identificado.

O impresso de Passagem de Plantão também era chamado de “mapa” pelas profissionais que o atualizavam no decorrer do serviço, a mesma dinâmica do oitavo andar. Tanto a enfermeira plantonista como a enfermeira rotina ficavam com uma cópia do impresso para fácil acesso e faziam suas anotações até o momento que trocariam as informações no decorrer do plantão.

A característica dos prontuários dos pacientes, a troca de experiências por meio do “mapa”, os *rounds* me remeteram à questão do trabalho interprofissional que segundo Peduzzi *et al.* (2020), é baseado na interação e comunicação entre os profissionais de diferentes áreas, numa perspectiva ampla e complexa, sendo influenciado pela finalidade, características e condições do trabalho em equipe. Além disso, o trabalho interprofissional varia de acordo com o nível de articulação e interdependência das ações, de interação dos sujeitos e de clareza dos papéis das áreas profissionais. Pode concretizar-se desde pequenos grupos de pessoas, quando o trabalho em equipe ocorre com alto grau de compartilhamento, até o trabalho em rede com um número maior de integrantes, caracterizado por grande flexibilidade. A interação entre os profissionais é, portanto, um fator fundamental da interprofissionalidade, diferentemente das condições requeridas para o trabalho multiprofissional, que não prevê, necessariamente, a colaboração (Barros; Spadacio; Costa, 2018).

As enfermeiras participavam do *round* e, quando não se apresentavam de imediato, sua presença era solicitada pela equipe médica pois entendiam que a voz da categoria que permanecia com o paciente por mais tempo era significativa. Normalmente, quem participava era a enfermeira rotina que levava sua prancheta contendo o “mapa” e folhas em branco para demais anotações. Era um momento de troca de informações, determinação da conduta médica, troca de informações entre a equipe multidisciplinar.

Em determinado momento no final da manhã, as enfermeiras se encontravam no posto de enfermagem e, trocavam informações sobre a terapêutica para os pacientes. Percebia que no setor, o trabalho das enfermeiras era mais fluido talvez devido às melhores condições de trabalho, principalmente, maior quantitativo de recursos humanos e menor número de leitos.

A precarização do trabalho não era tão marcante como no 8º andar onde apesar do número de enfermeiras terceirizadas ser maior, o déficit de recursos humanos figurava. Outros fatores interferiam no processo de trabalho das enfermeiras do 7º andar como o trabalho interprofissional e a comunicação com outros setores. Comunicação sempre é um aspecto que merece atenção. Isso foi perceptível em ambos os setores.

### **5.1.2 Enfermaria de doenças orovalvares – o 8º andar**

Este setor apresentava formato em L, coloração vermelho claro. Composto por 29 leitos dentre os quais dois estavam sempre reservados para realização de obras de manutenção. Ou seja, eram 27 leitos ativos para pacientes portadores de doenças orovalvares.

A entrada no setor pode ser feita pelos dois elevadores sociais da frente ou pelos elevadores dos fundos situados no final do corredor (eixo maior do L). Em frente aos elevadores sociais, encontramos a sala dos médicos, a sala do serviço social e imediatamente ao lado, o posto de enfermagem que era uma ampla janela de vidro permitindo a visualização pelos profissionais de quem entrava e saía do setor.

No interior do posto de enfermagem, além do salão principal encontrávamos três cômodos – a copa, o banheiro para todos os profissionais de saúde e a sala do serviço administrativo. No salão principal encontrávamos dois grandes balcões de cada lado, um com dois computadores, bancada e gavetas para impressos do setor. No outro balcão temos o local de preparo das medicações que também possuía gavetas com materiais para tal finalidade – agulhas, seringas, cateteres venosos, gavetas com a numeração dos leitos e as medicações de cada paciente em seu interior. Lateralmente a este balcão, havia duas pias para lavagem das mãos. Lateralmente à entrada do posto de enfermagem havia um armário com materiais diversos necessários ao trabalho.

Ainda no salão principal do posto de enfermagem encontrávamos o carrinho de curativos, carro para PCR (parada cardiorrespiratória) e a balança. Elementos simbólicos que refletiam a especificidade do trabalho da enfermagem e suas raízes históricas no controle do ambiente terapêutico.

O setor contava com um total de dez enfermeiras plantonistas, “pés-quebrado”, chefe do setor), todas mulheres acima de trinta anos. Formadas, em sua maioria em instituições privadas com tempo de graduação superior a um ano.

Os plantões diurnos eram compostos por duas enfermeiras plantonistas. A enfermeira chefe do setor era diarista (trabalhava diariamente das 7h às 13h). Devido às particularidades dos vínculos empregatícios, necessidades profissionais e do setor, a enfermeira chefe - responsável pelas funções gerenciais - procurava organizar a escala dos enfermeiros assistenciais de modo a conciliar bem-estar e provimento de recursos humanos. Nesta adequação, temos o “pé-quebrado” expressão direcionada à duas enfermeiras plantonistas do serviço diurno que trabalhavam uma às 2<sup>a</sup>, 3<sup>a</sup> e 4<sup>a</sup> e outra às quintas e sextas-feiras. Os demais enfermeiros plantonistas seguiam a escala corrida de 12x60 (um plantão de 12h com 60h de descanso, ou seja, um plantão a cada dois dias). Logo, vale lembrar que a escala de serviço tinha esta estrutura, mas tornava-se dinâmica de acordo com as necessidades dos profissionais e do setor.

O serviço noturno apresentava três plantões (12x60) e contava com uma enfermeira em cada plantão. Um dos plantões era composto por duas profissionais devido as suas particularidades e adequação da escala.

Assim, antes de chegar nesta enfermaria, eu passava na rouparia, no 6<sup>o</sup> andar, e solicitava um pijama. Ao chegar no setor perguntava quem era a enfermeira plantonista e me apresentava. Se a chefe do setor estivesse presente também me apresentava. Cumprimentava os profissionais e trocava de roupa no banheiro dentro do posto de enfermagem.

Perguntava para a enfermeira plantonista diurna se podia acompanhá-la na realização da visita e, seguíamos. As profissionais se mostravam solícitas e curiosas com relação à pesquisa. Procurei assumir a posição de estudante de pós-graduação mostrando que meu objetivo era problematizar as questões cotidianas que passam despercebidas no decorrer da atividade. Esclarecia que eu não estava ali para fiscalizá-las ou julgá-las diante de suas condutas.

Nos plantões diurnos, as duas enfermeiras plantonistas que assumiam o serviço, realizavam suas atividades através da divisão entre as ações diretas de cuidados aos pacientes e as atividades burocráticas. Uma ficava no corredor passando a visita nos pacientes, realizando os curativos e verificando às demandas deles, ou seja, no cuidado direto. A outra enfermeira permanecia mais tempo, mas não exclusivamente, no posto de enfermagem organizando o fluxo dos pacientes através de contato telefônico com outros setores, apazando as prescrições médicas, abrindo os livros traduzindo a atividade burocrática dessas profissionais.

A enfermeira responsável pelo cuidado e assistência direta aos pacientes realizava a visita de enfermagem portando uma prancheta com o impresso de passagem de plantão. Ela realizava a coleta de dados e, ao mesmo tempo atualizava o documento. Algumas enfermeiras passavam a visita já com o carrinho de curativos e, se o paciente já tivesse tomado banho, elas realizavam os curativos. Assim, os procedimentos mais comumente realizados eram punções venosas e curativos. As intervenções mais comuns eram a escuta ativa, orientações e presença. O aspecto relacional era marcante e a postura das enfermeiras variava, mas sempre com o intuito de estabelecer empatia, segurança e credibilidade para o paciente.

Percebi que ao adentrar um leito, as enfermeiras do setor não estabeleciam um tempo para permanecer, entravam livremente e a sua estadia dependia da empatia estabelecida e da disposição do paciente para diálogo. Tratava-se de um momento importante que definiria o sucesso para o cuidar. Assim, o paciente e o acompanhante expunham suas incertezas, inseguranças e suas experiências o que auxiliava as enfermeiras na identificação de necessidades que passavam despercebidas através de perguntas formais.

O impresso intitulado “Passagem de plantão” era um instrumento criado pelas profissionais para facilitar a organização do plantão no que se referia ao cuidado direto. Assim elas tinham uma visão geral de todos os pacientes. Certa vez uma enfermeira me disse: “A gente faz o que dá. Eu sei de todos os pacientes porque passei a visita em todos eles, tenho o mapa como guia, mas não tem como eu evoluir todos. É muita coisa”.

A visita de enfermagem é uma etapa primordial do trabalho da enfermagem. Elas acontecem à beira do leito desde a admissão e seguem rotineiramente proporcionando a avaliação e conhecimento sobre o estado de saúde e condições do



paciente. Além disso, auxiliam o profissional enfermeiro a identificar as necessidades básicas do indivíduo e assim realizar os diagnósticos de enfermagem e implementar intervenções a fim de supri-las. Enquanto realizávamos a visita de enfermagem e nos deslocávamos de um leito a outro, as enfermeiras perguntavam sobre meu interesse para estudo, o que me levava aquele setor e com o que eu trabalhava. Eu respondia, repetidamente, que pretendia pesquisar o processo de trabalho dos enfermeiros e que delimitaria meu objeto de estudo de acordo com o que emergisse do campo, pois essa era uma prerrogativa da etnografia. Percebia o olhar vago das profissionais e no decorrer das observações elas perguntavam: “E aí? Tá conseguindo ver o que você quer? Tá sendo proveitoso?”.

Percebia que tais indagações eram suscitadas pela realização das observações que geravam estranhamento quanto a uma pesquisadora que “apenas observa” como se dados de pesquisa não pudessem ser revelados apenas com esta técnica. Informava que se fosse necessário realizaria entrevistas e a maioria das profissionais se coloram à disposição.

Durante a inserção no campo, eu explicava que meu interesse na instituição estava relacionado ao fato de ter sido residente e acompanhado a atuação dos enfermeiros na equipe de saúde, fato que admirava e me inspirava. Por isso, pensei no INC como campo de pesquisa que se é um centro de referência e apresenta suas fragilidades imagina as demais instituições de saúde no Estado do Rio de Janeiro. Informei que durante o mestrado coletei dados em um dos CTI e que agora gostaria de trabalhar algumas questões da *práxis* de enfermagem nas enfermarias. O fato de não ter vínculo empregatício com a instituição também foi um facilitador.

Dentre as rotinas, a primeira delas era a passagem de plantão. Em seguida, a checagem do desfibrilador e a visita de enfermagem com a realização de curativos a depender da higiene do paciente.

Durante o plantão, as enfermeiras se comunicavam constantemente a fim de verificar qual paciente iria para a cirurgia, se ele fez o preparo, se foi realizado contato com o apoio (serviço de lotação de maqueiros), se o prontuário estava organizado para subir com o paciente (o centro cirúrgico fica no 11<sup>o</sup> andar) ou descer com ele para realização de exames complementares, se o SBAR<sup>5</sup> foi

---

<sup>5</sup> SBAR é um mnemônico para Situação, Breve Histórico, Avaliação e Recomendação. Isso significa que toda a comunicação durante a transição de cuidado deve ser estruturada seguindo essas categorias. Trata-se de uma ferramenta que estrutura a comunicação para reduzir chances de erros e

preenchido bem como a definição dos profissionais que o acompanhariam. Percebia um esforço para a comunicação efetiva entre a enfermagem onde através desta ação percebia-se o reconhecimento da posição hierárquica das enfermeiras como responsáveis pelo plantão corroborando a literatura que diz que a hierarquia rígida é componente da organização do trabalho da enfermeira.

Após o término da visita, a enfermeira do corredor retornava ao posto de enfermagem onde ela relatava para a enfermeira que estava no posto sua coleta de dados, suas intervenções e conduta. As enfermeiras conversam o tempo todo bem como os técnicos passavam muitas informações. A comunicação tornava-se fundamental para que os profissionais de enfermagem tivessem ciência do que estava acontecendo e conseguissem um ato de cuidar/gerenciar coerente, congruente e contínuo.

Comunicação, relacionamento interpessoal, interação, trabalho interprofissional, conhecimento científico constituíam o gerenciamento do cuidado realizado pelas enfermeiras para que as demandas do paciente fossem atendidas e o trabalho cooperativo fosse realizado o que proporcionaria a outras categorias profissionais suporte para atingir a finalidade de seu trabalho. Isso me fez lembrar Geertz quando referia em seu célebre livro: 'A interpretação das culturas' que durante o percurso etnográfico, o pesquisador depara-se com "uma multiplicidade de estruturas conceituais complexas, muitas delas sobrepostas ou amarradas umas às outras, que são simultaneamente estranhas, irregulares e inexplícitas, e que ele tem, de alguma forma, primeiro apreender e depois apresentar".

O excesso de atividades burocráticas foi expresso muitas vezes pelas profissionais que revelavam que muitas vezes o trabalho prescrito não era realizado, conforme muitas vezes aqui referido. Certa ocasião uma enfermeira me disse: "Eu não consigo evoluir todos os pacientes, mas nenhum deles fica sem assistência. Se você me perguntar, eu sei sobre todos eles". Isso acontecia graças a esses dois instrumentos – a visita e o mapa diário.

Diante dessas atitudes percebia o movimento das enfermeiras para executar ações programadas tornando o plantão fluído. Assim, sobressaía o excesso de produção por parte das profissionais, mas com registros limitados que não

---

omissões durante a passagem de plantão evitando lacunas de informação. Está no contexto das ações para promover a segurança do paciente e é uma exigência para os hospitais que se dispõem participar do processo de acreditação hospitalar.

demonstravam a atividade dessas enfermeiras. Fato atrelado a diversas razões dentre as quais o déficit de recursos humanos era o mais enfatizado. As evoluções dos pacientes eram realizadas no sistema do hospital e depois impressas e anexadas ao prontuário dos pacientes pelas auxiliares administrativas. Os pacientes eram evoluídos pelo menos uma vez por semana e isso era acordado com a coordenação.

Tal estratégia não só revela a maior queixa da maioria das profissionais, o quantitativo de pessoal e ratifica o pressuposto de que este fato interfere diretamente na qualidade da assistência e dos registros de enfermagem. Além disso, é preciso salientar que as enfermeiras produzem muito, no entanto, não registram por falta de tempo, pelo estabelecimento de prioridades – o agir em detrimento do registrar e, até pelo desconhecimento conceitual de algumas de suas intervenções como a escuta sensível, por exemplo.

Ao final das entrevistas, perguntava se elas tinham algo a acrescentar ou o que acharam. Normalmente, vinha um sorriso e elas falavam: *“Foi bom. Foi legal!”* Também verbalizavam sobre a expectativa acerca dos dados que minha pesquisa pudesse revelar: *“Eu espero sinceramente que com sua pesquisa, nossas gerências entendam como o déficit de pessoal interfere na qualidade da assistência”*.

## 6 “DAR CONTA DO PLANTÃO”

Os conceitos emergentes do campo de pesquisa por meio das observações traduziram as influências da cultura organizacional e dos modelos de gestão, para o trabalho da enfermagem hospitalar corroborando com a literatura em uma articulação que permitia às enfermeiras “darem conta do plantão”.

Segundo a literatura, no ambiente hospitalar, os princípios de organização do trabalho dos enfermeiros são

[...] hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, o fazer em detrimento do pensar, a forte preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas e escalas de distribuição de tarefas, proporcionando entre outras coisas a fragmentação da assistência aos usuários. A enfermagem sofre forte influência da administração e dos médicos e, o trabalho do enfermeiro ainda é primordialmente administrativo. (Lorenzetti *et al.*, 2014, p. 1107).

As características que influenciam o trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar são concernentes ao,

[...] modelo de gestão, a infraestrutura, aos modelos assistenciais, a cultura organizacional e a disponibilidade de recursos da instituição ou do serviço de saúde, podendo impactar na performance dos enfermeiros, nos resultados organizacionais e na assistência aos pacientes. (Santos *et al.*, 2021, p. 1396).

Neste contexto, não podemos minimizar os aspectos históricos e culturais das profissões de cuidado frequentemente conotados como femininos e que são consideradas altruístas ou como um sacrifício refletindo no “valor social da força de trabalho” onde institucionalização e exclusão social exercem funções determinantes (Voswinkel, 2024, p. 21).

Numa perspectiva *macro* do trabalho em saúde, podemos dizer que a política neoliberal impõe um modo de produção que reconfigura a organização das instituições e das técnicas do trabalho, tais como flexibilizar normas/regras trabalhistas sob demanda do mercado, agilizar a realização de atividades, diminuir custos, intensificar o trabalho e reduzir os salários, que promove o desequilíbrio entre oferta e demanda de mão de obra, resultando em desemprego estrutural, trabalho terceirizado e desvalor da força de trabalho. Esse processo pode ser

entendido como condições que precarizam as relações de trabalho (Rezio *et al.*, 2022).

Chomsky e Waterstone (2022) discutem os termos neoliberalismo, globalização e financeirização onde o neoliberalismo é o conjunto de ideias e práticas. A globalização é a disseminação dessas ideias e práticas pelos espaços e lugares. Já a financeirização caracteriza a dominância do capital financeiro ante outros setores do capital. Destaco esses conceitos para enfatizar como questões para além do hospital influenciam os modelos de gestão e conseqüentemente as ambições do modelo assistencial hospitalar.

No Brasil, a precarização do trabalho no serviço público foi impulsionada com as transformações implementadas a partir da Reforma Administrativa, na década de 1990 e início de 2000. Durante o governo Fernando Henrique Cardoso, os servidores públicos sofreram “ataques”, criando na opinião pública a certeza de que o Estado brasileiro tinha funcionários em excesso e que estes detinham privilégios em relação à sua carreira e salário. Nos períodos dos governos petistas (Luís Inácio Lula da Silva 2002-2012 e Dilma Rousseff 2012-2016), “foram realizadas reformas na previdência desses trabalhadores, tirando-lhes o direito à aposentadoria integral, além de ter sido ampliada a terceirização e mantidas as políticas em relação aos salários” (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018, p. 2).

Em 2017, a base aliada do governo de Michel Temer,

[...] amplifica os ataques aos funcionários públicos e aprova na Comissão de Constituição e Justiça, em outubro de 2017, o Projeto de Lei n.º 116, que prevê a demissão de servidores públicos por critérios subjetivos, e a Medida Provisória 805/2017, que posterga ou cancela o aumento salarial previsto para 2018. Assim, mais uma vez, se penaliza os funcionários públicos pela crise econômica e política do país (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018, p. 2).

Entre as formas de precarização do trabalho em Enfermagem, destacam-se o tipo de vínculo, a instabilidade, a renda, a jornada de trabalho, o direito à livre associação e as condições de trabalho, o que afeta a saúde e a qualidade de vida dessas trabalhadoras, predispondo-as ao desgaste físico e ao sofrimento psíquico (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018, p. 2).

Tais dados também revelam as influências do toyotismo no serviço público de saúde, visto que a imprevisibilidade do trabalho em saúde exige flexibilidade de seus agentes. Além disso, a falta de concursos públicos para preenchimento de cargos

efetivos facilita a ditadura do mercado de trabalho que embasado pelo neoliberalismo conduz os trabalhadores da enfermagem à submissão de subempregos com baixos salários, terceirização, aumento da produtividade e da carga horária de trabalho. Tais aspectos também perpetuam a dicotomia entre teoria e prática onde academia e mercado de trabalho apresentam ambições diferentes para os enfermeiros.

Outra questão importante, que também se perpetua é a baixa representação política da enfermagem e a forte influência da medicina privada que retarda o sucesso das lutas da categoria como a conquista da regulamentação das 30h semanais, do piso salarial e de condições dignas de trabalho. Fato que culmina com a necessidade de normativas para o direito a um local digno de descanso em serviço, por exemplo.

Recentemente, a Câmara dos Deputados lançou a nova Frente Parlamentar em Defesa da Enfermagem, marco histórico para a categoria, pois, pela primeira vez, será presidida por um enfermeiro. A iniciativa reforça a importância da representação dos profissionais da enfermagem no Congresso Nacional, promovendo debates e ações voltadas para a valorização da classe e para o fortalecimento das políticas públicas de saúde (Cofen, 2025).

A primeira Frente Parlamentar Mista em Defesa da Enfermagem foi criada em 2019 o que marcou o início de uma atuação mais forte da categoria no Congresso Nacional. Com a nova configuração, a Frente da Enfermagem entra com ainda mais propriedade no debate político e, surge em um momento crucial, no qual a importância dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem se tornou ainda mais evidente, especialmente após o período desafiador da pandemia de covid-19 (Cofen, 2025).

Essas questões são concernentes à política, mercado de trabalho, lógica capitalista, representações sociais acerca da profissão e que vão repercutir na qualidade da assistência ao paciente num ciclo que envolve: subemprego - aumento da produtividade e carga de trabalho – baixos salários - trabalho burocrático que distancia o enfermeiro da beira do leito – desmotivação profissional, culminando em falta de engajamento para alavancar a profissão enquanto ciência – profissionais acrílicos que não conseguem exercer a reflexividade do seu cotidiano de trabalho – dupla ou tripla jornada de trabalho – desmotivação – cansaço - aumento da possibilidade de eventos adversos na assistência aos pacientes.

No INC, a enfermeira plantonista enquanto coordenadora da equipe de enfermagem tinha a atividade gerencial como integrante do seu processo de trabalho, ainda que não fosse a “chefe do setor”. Assim, assistência e gerência eram predominantes para o gerenciamento da assistência visando o atendimento às necessidades de saúde dos pacientes - objeto do trabalho em saúde. Tal aspecto dificulta sua mensuração, pois o trabalho em enfermagem, como todo trabalho em saúde, é vivo em ato e relacional, além de mutável. Fato que rompe com a lógica taylorista do trabalho, porém, serve para aumentar a intensidade deste no contexto da precarização (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018).

No trabalho das enfermeiras do INC os processos de trabalho assistir, educar, gerenciar, pesquisar e participar politicamente aconteciam simultaneamente. Esta situação foi representada pelo gerenciamento do cuidado, pela atividade de preceptoria e pelas conversas sobre determinações institucionais que geravam diálogos calorosos onde expressões do tipo: “*Só vem mais e mais coisas para a enfermagem e pessoal para trabalhar que é bom, nada.*” traduzindo o processo de trabalho participar politicamente.

Precisei realizar o exercício de distanciamento para evitar que meus pré-conceitos ou minha suposta tomada de decisão no lugar daquelas profissionais, em determinada situação, interferisse na minha conduta enquanto pesquisadora e, principalmente, para perceber como se dava a organização do trabalho das enfermeiras assistenciais que nos seus discursos pleiteavam mais tempo para estar junto ao paciente, porém, se viam mergulhadas em atividades burocráticas e gerenciais para a organização do trabalho, o que já foi observado por outros autores (Soares *et al.*, 2016).

Durante as entrevistas, as enfermeiras realizavam indagações no seu momento de reflexividade. Exemplificando indagação: “*Para quê escala de Braden<sup>6</sup>, se todos os pacientes deambulam?*”. Aliás, essa foi uma indagação frequente. Fui percebendo que ao falarem sobre as demandas de trabalho, as enfermeiras se ouviam e refletiam sobre sua prática. Também apresentavam soluções para otimizarem seu tempo e organizarem melhor o seu dia demonstrando que a

---

<sup>6</sup> A Escala de Braden é um dos instrumentos que auxilia na detecção dos riscos de desenvolver lesão por pressão, além de possibilitar aos profissionais de enfermagem um melhor delineamento na elaboração das prescrições dos cuidados que deverão ser oferecidos a esses pacientes (Jansen; Silva; Moura, 2020).

subjetividade do trabalhador pode contribuir para a melhoria do serviço e para a satisfação profissional das enfermeiras.

Em entrevista cedida a Gomes, Abrahão e Vieira (2006), Yves Schwartz, filósofo especialista em análise da atividade de trabalho, afirma que, ainda que existam normas, as práticas e características individuais de cada trabalhador se sobressaem a elas, ou pelo menos, as reorientam de forma adaptativa às suas características intrínsecas. O filósofo declara também que “o trabalho real, na verdade, é o resultado das renormatizações, não dá estrita aplicação e execução das normas” (Gomes; Abrahão; Vieira, 2006, p. 462).

O “7º andar” era considerado um setor mais tranquilo que o “8º andar”, pois tinha menos leitos e maior quantitativo de recursos humanos. As intercorrências da enfermaria de doenças orovalvares (8º andar) a tornava um setor mais dinâmico com frequentes redefinições dos processos de trabalho e das prioridades de atendimento. No decorrer dos plantões, percebi que tomada de decisões e ações profissionais eram resolvidas a partir do conhecimento técnico das enfermeiras bem como a partir do conhecimento sobre as rotinas do setor e da instituição que permitiam que as programações terapêuticas para os pacientes fossem cumpridas.

Por conta do maior quantitativo de recursos humanos, as enfermeiras do 7º andar conseguiam participar dos *rounds*<sup>7</sup> e evoluir todos os pacientes. Fato que retrata o impacto da precarização do trabalho na qualidade da assistência à saúde. A médica chefe do “7º andar” avisava às enfermeiras, no posto de enfermagem. “Gente, vamos começar o *round*!” e se dirigia para a sala dos médicos. Participei algumas vezes e percebi o olhar de estranheza dirigido a mim pela chefe médica. Até que, após uma das reuniões, a enfermeira rotina<sup>8</sup> me apresentou dizendo que eu estava realizando observações para pesquisar sobre o trabalho em saúde nas enfermarias, percebi o arregalar dos olhos da médica demonstrando surpresa, no entanto, a expressão de tranquilidade veio assim que a enfermeira enfatizou que eu estudaria o trabalho das enfermeiras e não dos profissionais de um modo geral.

O *round* era realizado na sala dos médicos, uma sala ampla com uma mesa grande e dois computadores nas mesas laterais onde ficavam alguns médicos. A

---

<sup>7</sup> Reunião em serviço da equipe multidisciplinar para discutir o processo terapêutico dos pacientes sob sua responsabilidade.

<sup>8</sup> Enfermeira rotina é uma profissional que trabalha de segunda a sexta-feira, por um período de seis horas (7h às 13h)



chefe médica se sentava à cabeceira da mesa principal, próxima à porta e, à sua direita, sentavam-se os médicos residentes, à sua esquerda os *staffs*<sup>9</sup> médicos. Os demais profissionais dispunham-se de forma aleatória. As enfermeiras iam a esta discussão com uma folha de papel e com o mapa de passagem de plantão para registrarem as alterações da conduta médica para os pacientes. Isso me remetia à postura descrita por Florence Nightingale em *Notes on Nursing* em que de forma ritualística as enfermeiras seguiam os médicos e anotavam o que estes profissionais programavam para os pacientes. Assim, se os médicos sugerissem um determinado exame, elas anotavam, se suspendessem alguma medicação também registravam, raramente expunham suas ações, mas quando questionadas sobre como o paciente tinha passado elas relatavam. Era claro o entendimento dos médicos de que as enfermeiras permaneciam com o paciente por mais tempo e, por isso seus apontamentos poderiam agregar à discussão. Mas, também ficava claro a hierarquia hospitalar.

No 8º andar, as enfermeiras afirmavam que o déficit de profissionais contribuía para não participarem do *round* e das sessões clínicas de enfermagem, pois o setor não tinha enfermeira diarista/rotina. Algumas vezes ouvi a frase “*Depois eles (os médicos) passam pra gente o que eles querem*” demonstrando o domínio da lógica curativa na assistência à saúde a qual fomos formadas e que o mercado de trabalho insiste em reproduzir através da precarização do trabalho feminino submergindo a subjetividade das trabalhadoras e gerando o processo de alienação profissional.

O *round* deveria ser considerado uma oportunidade para que as enfermeiras expusessem os aspectos identificados através de sua coleta de dados bem como as ações que realizaram para atender as necessidades de saúde dos pacientes uma vez que as profissionais não conseguem evoluir todos os pacientes. A ausência das enfermeiras nessas reuniões contribui para a invisibilidade do saber destas profissionais o que enfraquece a assistência à saúde de um modo geral e “deslegitima” esta profissional desse espaço social tão importante. Ainda que o *round* fosse regido pela médica, chefe do setor, as demais categorias profissionais tinham voz se a pleiteassem e a simples presença da enfermeira neste momento de discussão interdisciplinar fortaleceria seu papel dentro da equipe de saúde.

---

<sup>9</sup> *Staff* médico é conjunto de médicos que compõem o quadro de uma instituição, empresa.

Ainda no contexto da precarização do trabalho, no “8º andar” foi estabelecida uma meta semanal de evoluções em consonância com a chefia que reconhecia a impossibilidade de a enfermeira plantonista evoluir<sup>10</sup>, a cada plantão de 12h, 27 pacientes e atender a tantas outras demandas. O que reforça a fala já explicitada de uma enfermeira quando me disse que ela fazia o que dava, mas nenhum paciente deixava de ser visto por ela que se referia às evoluções de enfermagem já que ela não conseguiria evoluir todos os pacientes diante de tantas demandas. Esta afirmação revela que apesar do excesso de atividades burocráticas, as enfermeiras dificilmente relegavam a visita diária aos pacientes na qual realizavam a coleta de dados e registravam no mapa, uma forma de “ter os pacientes na mão”. Assim, ficavam cientes das necessidades de cuidado deles ainda que tal ação não fosse descrita nas evoluções mostrando que o trabalho escrito não traduz o trabalho real destas profissionais.

A interatividade das enfermeiras durante as entrevistas me fez lembrar a restituição dos dados etnográficos na pesquisa em saúde descrita por Ferreira (2015) onde ao assumir um papel ativo e direto na restituição dos dados, as profissionais provocavam novas inquietações e interpretações na forma de reflexividade o que permitia alcançar estados mais avançados da pesquisa. O próprio objeto de estudo – a organização do trabalho, diz respeito à disposição de uma ordem, uma conformação. Comecei a refletir sobre a finalidade do trabalho das enfermeiras e, minha pesquisa foi sendo delineada no sentido de que as profissionais organizavam seu trabalho para que, primordialmente, o cuidado fosse prestado de modo que a terapêutica proposta para os pacientes se concretizasse.

No entanto, durante as entrevistas o discurso de que poderiam fazer mais pelos pacientes ou estar mais próximas a eles era recorrente, afinal: *“Essa gente vai abrir o peito, não é qualquer cirurgia.”* O que revela que no processo de trabalho em saúde, o objeto e a finalidade podem ser os mesmos para as diversas categorias profissionais, mas os métodos, não serão. O aspecto relacional ressaltado na fala acima revela isso. No trabalho hospitalar, as enfermeiras exercem atividades de monitoramento e vigilância sobre os usuários de forma contínua e ininterrupta,

---

<sup>10</sup> Trata-se de registro exclusivo do enfermeiro referente a dados analisados, processados e contextualizados sobre do paciente, no período de 24 horas.

articulando o trabalho dos demais profissionais de saúde e assegurando a assistência que deve ser segura e livre de riscos (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018).

Nas entrevistas, as profissionais me perguntavam se eu concordava com o que elas falavam, mas elas mesmas se respondiam. Algumas entrevistas se tornaram verdadeiros desabafos para as profissionais. Tal aspecto demonstra como a precarização no serviço público se expressou - na ausência de reajuste salarial para quase todos os trabalhadores, na implantação e crescimento de diversas formas de remuneração, no aumento da terceirização dos vínculos de trabalho, na intolerância expressos pelos empregadores na relação com os sindicatos dos servidores. Ainda, predispõe as trabalhadoras à fadiga física, mental e psicológica seja por conflito de papéis, pela dicotomia academia-mercado de trabalho e aspectos *macro* do trabalho em saúde como a organização dos processos de trabalho no tripé Neoliberal já citado anteriormente (Araújo-dos-Santos *et al.*, 2018).

As enfermeiras, durante as entrevistas, verbalizavam que só chegavam novas demandas institucionais: “*Agora temos o SBAR<sup>11</sup> mas profissional que é bom nada.*” A maioria das entrevistadas dizia que a situação ideal de profissionais para o plantão no 8º andar seria duas enfermeiras plantonistas com quatro técnicos de enfermagem, mas isso raramente acontecia. As enfermeiras contavam com a presença de acadêmicos e residentes de enfermagem que as ajudavam no desenvolvimento do trabalho, apesar de, inicialmente, elas precisarem orientá-los sobre as rotinas dos setores. Ou seja, assim elas também exerciam atividades de preceptoria.

Durante as entrevistas as questioneei sobre treinamentos sobre preceptoria ou se recebiam alguma gratificação por tal atividade. As profissionais negaram. A educação é um dos processos de trabalho dos enfermeiros e é inerente ao trabalho no SUS, no entanto, no contexto do trabalho precário, tal aspecto pode contribuir negativamente nas representações dessas profissionais sobre sua atuação uma vez que não conseguem evoluir todos os pacientes, raramente tem um quantitativo adequado de profissionais e novas demandas surgem em decorrência da evolução da qualidade do cuidado em saúde como as ações relacionados ao Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Como educar e motivar profissionais

---

<sup>11</sup> SBAR (*Situation-Background-Assessment-Recommendation*) é uma ferramenta utilizada no processo de comunicação de forma ampliada entre a equipe de saúde a fim de evitar erros (Felipe *et al.*, 2022).

em formação diante destas experiências contraditórias? Faço a pergunta neste momento de análise, mas não a fiz diretamente para as enfermeiras durante as entrevistas. Se pensarmos que estas profissionais estão lotadas em uma das melhores instituições do SUS, um centro de referência no Rio de Janeiro e apresentavam dificuldades no seu cotidiano, como será o trabalho da enfermagem nos demais hospitais do estado?

Outra questão que ressaltou diz respeito às representações dessas profissionais acerca da valorização profissional onde algumas enfermeiras diziam notar diferenças acerca da concordância sobre sugestões e apontamentos para melhoria da prática profissional e, no contexto do trabalho precário, algumas destacaram a discrepância financeira na remuneração das profissionais com vínculos diferenciados trazendo à reflexão a questão do “trabalho decente”:

Quando a gente fala de valorização, a parte financeira, por exemplo, existe entre os contratados e os concursados e, a diferença é gritante. As concursadas ganham três vezes, no mínimo, quatro vezes a mais para fazer a mesma função. Mesmo número de horas.  
(E1)

Comparativamente, as rotinas básicas para as enfermeiras se referiam à responsabilidade sobre vinte e um (21) pacientes, no 7º andar e, vinte e sete (27), no 8º andar; ao preenchimento de sete livros em uma enfermaria e três na outra; evoluções de enfermagem, aprazamentos das prescrições médicas que é um procedimento complexo visto que as enfermeiras utilizam seus conhecimentos de farmacologia e fisiologia para que medicações que possam interagir entre si não sejam aprazadas no mesmo horário, por exemplo; além de curativos, punções venosas mais complexas, orientações aos pacientes e familiares, contato com outros setores para que exames e cirurgias sejam realizados, além de atendimento às intercorrências - um trabalho dinâmico que requer boa memorização, capacidade analítica e de tomada de decisões.

As evoluções de enfermagem eram realizadas no computador por meio do sistema MV 2000, um software utilizado na instituição. Em seguida, as enfermeiras carimbavam, rubricavam e entregavam às auxiliares administrativas para que elas armazenassem no prontuário físico dos pacientes.

Exemplo de evolução de enfermagem:

*Encontro paciente no leito acompanhado por sua filha. Lúcido, orientado, hidratado, hipocorado (2+/4+), acianótico. Relatou cansaço durante caminhada pelo corredor. AC: RCR em 2T. Pulso radial síncrono com pulso apical. AP: MVUA com roncocal difusos. Abdome peristáltico, indolor à palpação profunda. MMII edemaciados (2+/4+). Diurese espontânea com eliminações vesico intestinais presentes. Pulso pedioso presente e regular. Apresenta com acesso venoso periférico (AVP) em MSE (membro superior esquerdo). Realizadas orientações sobre restrição ao leito e diurese em fralda. SpO2 = 92-95%.*

A partir das dezenove horas, após a passagem de plantão, começava o plantão noturno. Não havia médico de plantão nas enfermarias. Se houvesse alguma intercorrência, a equipe de enfermagem do setor solicitava a presença do médico ligando para a UCIC, um dos CTI do hospital. Se fosse alguma descompensação dos pacientes, a enfermeira já implementava ações de sua competência para proporcionar conforto aos pacientes até a chegada do médico.

Durante observação do serviço noturno, a rotina da visita aos pacientes se repetia. A enfermeira passava a visita nos leitos registrando o que achasse pertinente no mapa. Certa vez, uma enfermeira identificou que o tempo de suspensão de determinada medicação não era adequado para que o paciente realizasse um determinado exame no dia seguinte pela manhã, conforme estava agendado. A profissional orientou o paciente, anotou no mapa e realizou contato com o médico de plantão, na UCIC, para que ele suspendesse o exame e comunicasse seus argumentos ao médico que assumiria o serviço. Sem a avaliação da enfermeira se abririam lacunas para que eventos adversos acontecessem e a assistência à saúde fosse prejudicada. Tal fato demonstra a importância do enfermeiro à beira leito realizando sua avaliação clínica e agindo como barreira para garantir a segurança dos pacientes.

## 6.1 ESTRATÉGIAS NO COMBATE À PRECARIZAÇÃO NO TRABALHO

Tendo em vista a definição de organização que se refere a dar determinada ordem a; dispor de forma ordenada; arrumar, ordenar, o que nos faz pensar sobre a singularidade de cada plantão onde as enfermeiras desenvolviam sua forma de fazer e organizar o trabalho conduzindo, assim, o *modus operandi* da equipe de enfermagem de plantão.

No âmbito gerencial, os instrumentos de trabalho do enfermeiro abarcam os recursos humanos e a organização do trabalho, sendo executados por diferentes ferramentas (planejamento, dimensionamento, recrutamento e seleção, educação continuada, supervisão, avaliação, entre outras ações). O processo gerencial abrange outros recursos, como os materiais, instalações, equipamentos e a força de trabalho, gerando condições para a realização do cuidado integral (Andrade *et al.*, 2019).

Conforme já relatado, a queixa pelo déficit de pessoal era frequente e, se houvesse alguma intercorrência durante o plantão, as prioridades e a organização do trabalho eram redefinidas. “*Está agitado hoje! Nem a visita conseguimos passar!*” Disse uma das enfermeiras ao me ver chegar após a passagem de plantão como justificativa, pois um dos pacientes descompensou e, provavelmente subiria para o setor pós-operatório. Perguntei a enfermeira se ela precisava de alguma ajuda e ela disse que não. Ela entendia o meu papel ali. Neste dia, havia apenas uma acadêmica de enfermagem. Os residentes estavam em aula teórica na UNIRIO e, portanto, não compareceram ao hospital. Percebi que as enfermeiras ficavam mais tranquilas quando tinha residente no setor, pois apesar de serem estudantes, já eram enfermeiros graduados e legitimados na instituição que poderiam ajudá-las com as demandas do serviço. Assim, uma das estratégias para contornar o déficit das equipes era a presença de enfermeiros residentes apesar do discurso ser diferente.

Tais aspectos relacionados a déficit estruturais foram sinalizados durante as entrevistas:

Cara, assim, eu espero que essa tua pesquisa dê asas para essas gerências aí, entendeu? Para que elas consigam entender as dificuldades da gente em colocar determinadas coisas em prática sem a gente ter os recursos adequados. Ou treinamento adequado que seja, ou recurso humano, enfim, o que precisar para a gente poder... Assim, eu concordo que o paciente não tem culpa de nada e que ele tem que ter máxima segurança e barreiras de segurança para que as coisas funcionem bem para ele. Mas a gente precisa ter estrutura para isso. (E2)

No dimensionamento das enfermeiras, existiam particularidades profissionais que interviam na escala de serviço e quantitativo de pessoal nos plantões, como profissionais com direito a carga horária reduzida, limitações ocupacionais, licenças

médicas e determinadas condições da precarização do trabalho como a não renovação do contrato de determinados profissionais cujas vagas ficaram ociosas. Como exemplo, cito que em uma das enfermarias estudadas, não havia enfermeira em determinado plantão noturno. Eu chegava às 7h horas para participar da passagem de plantão e quem a fazia era uma técnica de enfermagem bem desenvolta, depois soube que ela era graduada em Enfermagem ou como eles [os técnicos de enfermagem] diziam “*Ela é enfermeira lá fora*”.

Durante as entrevistas fui esclarecida sobre os direitos dos profissionais concursados e contratados. Assim, a redução de carga horária e plantões APH (plantões extras remunerados), por exemplo, eram prerrogativas das profissionais concursadas e, estas poderiam ser lotadas em outros setores. De fato, havia uma profissional do ambulatório e outra da enfermaria de coronariopatias que normalmente faziam plantões APH, no 8º andar, principalmente, aos fins de semana. Uma das enfermeiras plantonistas do serviço noturno que era concursada “*vivia de licença*” por problemas ortopédicos crônicos, então havia outra enfermeira no plantão e era o único plantão noturno composto por duas profissionais. Tratava-se de uma contextualização para que eu entendesse como a elaboração da escala dos profissionais era desafiadora para a gerente do setor.

As enfermeiras gerentes dos setores se preocupavam com as necessidades dos profissionais, de modo que estas fossem atendidas dentro das limitações impostas pelo serviço. Uma forma de tornar o trabalho mais leve. Assim, uma das gerentes sabia que com determinada técnica de enfermagem podia contar a hora que precisasse, pois ela era mais livre. Uma das enfermeiras concursadas, plantonista diurna, trabalhava em outra cidade e, para os plantões não baterem, surgiu o “*pé-quebrado*”, que conforme já citado, essa expressão traduzia duas enfermeiras que trabalhavam 12h durante o dia. Uma trabalhava as segundas, quartas e sextas-feiras e a outra trabalhava terças e quintas. E complementava carga horária cobrindo férias de outras enfermeiras. As demais enfermeiras trabalhavam na escala corrida 12x60. Assim, no 8º andar, tinha a enfermeira plantonista diurna e o pé-quebrado, ou seja, duas enfermeiras por plantão. Tais ações serviam para suavizar os efeitos da precarização do trabalho.

A Lei nº 13.467/2017, denominada reforma trabalhista, trata da flexibilização das relações de contrato de trabalho e desconstruiu os preceitos infraconstitucionais de proteção e segurança do trabalhador, atendendo às políticas do neoliberalismo e

consolidando-se mediante a redução dos direitos laborais. Na ótica neoliberal, o Estado não participa das relações de emprego, ficando para as partes, empregador e empregado, a responsabilidade de celebrar os contratos de trabalho. Essas medidas são restritivas de direitos e advêm das alterações na legislação que redirecionam a ação do Estado e têm como meta principal a proteção do capital em detrimento do trabalhador brasileiro, com ampliação das possibilidades de terceirização e dos contratos temporários (Farias *et al.*, 2023).

Às 7h, no início do plantão diurno, em ambas as enfermarias, após receberem o plantão, as enfermeiras plantonistas dividiam os pacientes para os técnicos. Em alguns plantões, os técnicos de enfermagem resolviam essa questão entre si, mas comunicavam à enfermeira a formatação final dos responsáveis pelos pacientes. Como enfermeira entendia que tal atitude era uma estratégia da enfermeira para não ser injusta na divisão de tarefas já que os técnicos estavam em praticamente todos os cuidados diretos aos pacientes. Também percebia um esforço entre a equipe de enfermagem para que a comunicação fosse eficaz. A passagem de plantão é um processo de suma importância para gestão da assistência cuja finalidade é assegurar a adequada continuidade da assistência de enfermagem nas 24 horas do dia, bem como a integração da equipe, além de ser um rico espaço de comunicação e aprendizagem coletiva.

Durante este momento “ritualístico”, os profissionais se dispunham em círculo, no posto de enfermagem. A enfermeira que saía de serviço liderava a passagem de plantão. Em posse do impresso intitulado *Passagem de Plantão [o Mapa]*, a profissional falava em tom de voz firme e levemente mais alto para que o grupo pudesse ouvir os dados resumidos dos 21 pacientes, na enfermaria de miocardiopatias e, dos 27 pacientes, na enfermaria de doenças orofaríngeas. Estes dados diziam respeito às intercorrências, programações e preparo para exames ou cirurgia de cada paciente. Os profissionais podiam interromper se tivessem alguma dúvida ou reforçar algum achado. Exemplificando:

*Leito 804, Sr. José (nome fictício), idoso, realizou ECO trans-esofágico ontem. Apresenta acesso venoso periférico em MSD (membro superior direito) com troca prevista para hoje<sup>12</sup>. Relatou dor epigástrica em queimação e falta de ar. Rodamos o*

---

<sup>12</sup> No ambiente hospitalar, a troca de acessos venosos periféricos se dá a cada 72 horas por determinação da CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) da instituição.



*ECG (eletrocardiograma) que não evidenciou nada, foi prescrito pelo médico omeprazol, foi feito. No momento, sem necessidade de O<sub>2</sub> contínuo, saturando a 96% - 98%. HGT ok. Diurese em fralda. Sem acompanhante.*

Tal exemplo de relato evolutivo já desperta nos profissionais necessidades de cuidado para o Sr. José já que ele é idoso, está sem acompanhante e, provavelmente, apresenta polifarmácia [faz uso de mais de cinco medicamentos ao dia] precisa de uma vigilância maior da enfermagem. Até mesmo para acompanhar o quadro álgico<sup>13</sup> apresentado.

Após a passagem de plantão, as enfermeiras abriam o livro de ordens e ocorrências descrevendo como assumiam o plantão e a equipe que estava de serviço, também sinalizavam neste livro o teste do desfibrilador<sup>14</sup> e checagem da maleta de medicações psicotrópicas. Em seguida, abriam as fichas de planos de cuidados e, após, iniciavam a visita de enfermagem. Claro que no decorrer dessas ações e, antes da visita, acontecia um bate-papo sobre como foi o fim de semana ou sobre alguma notícia de repercussão nas mídias. Enfim, uma interação entre o grupo “antes de começar o plantão”.

O impresso intitulado Plano de Cuidados era institucional e se referia às *anotações de enfermagem*<sup>15</sup> que poderiam servir de embasamento para todos os profissionais, principalmente, para os médicos traçarem suas condutas. De fato, percebia que ao chegarem no setor e realizarem a visita, os médicos residentes perguntavam sobre estes impressos e muitas vezes os levavam para a sala de prescrições. Neste impresso eram registrados dados objetivos do paciente (curva térmica, diurese, alimentação, sinais vitais, entre outros)

Já o impresso intitulado “Passagem de Plantão”, o “Mapa” não era institucional. Tal fato me fez refletir sobre o valor atribuído pelas enfermeiras a este instrumento de trabalho. Realmente tratava-se de um guia, uma direção que as permitia uma análise sobre a (re)organização do plantão ao longo do dia. Se, por

---

<sup>13</sup> Álgico = se refere a dor

<sup>14</sup> Teste do desfibrilador se refere a testagem do aparelho para dar choque nos pacientes em casos de parada cardíaca, se o ritmo for chocável.

<sup>15</sup> “Anotações de enfermagem são registros elaborados por qualquer membro da equipe de enfermagem, com dados pontuais e brutos que irão subsidiar o enfermeiro no estabelecimento do plano de cuidados / prescrição de enfermagem; suporte para análise reflexiva dos cuidados ministrados; respectivas respostas do paciente e resultados esperados e desenvolvimento da Evolução de Enfermagem” (Cofen, 2016, p. 14).

acaso, o perdessem de vista, perguntavam em tom preocupado: “Alguém viu o mapa?”. “Gente! Cadê o mapa?”

“O mapa” se tratava de impresso com uma tabela do Microsoft Word formulado pelas enfermeiras, numa folha de papel A4. Era registro do trabalho real das profissionais. Nele, constavam os itens: número do leito, nome do paciente, CT (curva térmica), HGT, Acesso, Curativo, Intercorrências/Programação, Diagnóstico (médico), EV (endovenoso), Pulseira. No decorrer das observações percebi que este instrumento ultrapassava sua apresentação. Ele representava o trabalho vivo, a atividade das enfermeiras do setor. As siglas existentes compunham os códigos da área – CVD (cateterismo vesical de demora), EV (endovenoso), HGT (hemoglutoteste). O item Acesso se referia à presença de acessos venosos periférico ou profundo onde era preenchido o local e a data de inserção. Ex.: AVP, MSD, 09/03 (Acesso Venoso Periférico no Membro Superior Direito inserido no dia nove de março). Por determinação da comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH), os acessos periféricos eram trocados a cada 72h ou na presença de sinais flogísticos – edema, dor, vermelhidão, calor e perda da função. O diagnóstico era o médico ratificando a literatura que cita a centralidade do trabalho médico no ambiente hospitalar. EV ratificava a data de inserção do acesso e a pulseira relacionava-se à identificação do paciente, medidas relacionadas à segurança do paciente.

Quadro 2 – Exemplo do impresso Passagem de Plantão – O Mapa

LEITO	PACIENTE	CATETERES	PATOLOGIA	PROGRAMAÇÕES
801	José da Silva	D2 AVP em MSD CVD	Insuficiência aórtica	ECO transesofágico HOJE
802	Maria Inês Tavares	D3 AVP em MSE	Pré-operatório de troca valvar	Avaliação odontológica hoje

Fonte: Elaboração própria, baseada em um impresso já existe no setor, mas não institucionalizado.

Assim, tudo ou quase tudo passava pelas enfermeiras, sejam as demandas apresentadas pelos auxiliares administrativos do setor, pelos técnicos de enfermagem, médicos, técnico da farmácia, terapeuta ocupacional entre outros profissionais demonstrando o papel do enfermeiro enquanto mediador na gestão de

processos multiprofissionais e disciplinares que permitem o agir em saúde (Franco; Merhy, 2013).

Como enfermeira, posso dizer que a função supracitada assim como a gestão de conflitos são as mais desgastantes para os profissionais enfermeiros. Tal aspecto desperta a reflexão sobre a saúde mental das profissionais diante dos desafios do cotidiano.

As enfermeiras modificavam suas ações de acordo com o trabalho real em um *continuum* de tomada de decisões que alteravam as prioridades pré-estabelecidas e, de forma a atender as necessidades de saúde dos pacientes bem como as solicitações médicas, redimensionavam a organização do seu trabalho. Essa “remodelagem” ou reorganização do trabalho delas envolvia sua análise a partir das concepções éticas e legais da profissão bem como do trabalho prescrito avaliando o quantitativo de pessoal, suas habilidades e definindo as ações da equipe. Muito trabalho realizado e pouco escrito já que muitas ações eram realizadas e poucas documentadas, o que será discutido mais adiante.

Quando o plantão contava com a presença de duas enfermeiras assistenciais, elas definiam entre si quem ficaria na assistência direta, ou seja, no “corredor”, e quem ficaria com as atividades burocráticas, ou seja, mais restrita ao posto de enfermagem onde estavam o telefone, os computadores e os livros. Vale lembrar que elas se comunicavam o tempo todo a fim de que as duas ficassem cientes do que acontecia no plantão.

Vai depender muito se eu estou só ou se eu estou com outra colega. Se eu estou só, eu já tento, logo que chego, antes de receber o plantão, eu procuro chegar sempre um pouco antes para já ir agilizando esse processo todo. Já começo a fazer, já imprimo uma cópia deste instrumento (o mapa) que a gente tem de passagem de plantão e começo a abrir as folhas [impressos de planos de cuidado]. (E1)

Então, chegando, primeiramente a gente faz os planos de cuidados dos pacientes depois, se eu ficar na parte assistencial, eu vou passar visita nos pacientes e aí, eu paro para tomar meu café e aí depois eu pego os curativos. (E2)

A enfermeira que permanecia nas atividades burocráticas ligava para os setores de apoio (maqueiros) e imagem para confirmação dos exames e encaminhamento correto dos pacientes e, preenchia o livro de movimentação de

pacientes. Também realizava contato com o centro cirúrgico para saber se os pacientes em pré-operatório poderiam ser encaminhados para a realização da cirurgia. Se houvesse alguma alteração no setor, as enfermeiras eram comunicadas seja sobre obras, seja sobre direcionamento dos pacientes pelos maqueiros e demais setores, entre outros. A segunda enfermeira se dirigia para o corredor a fim de realizar a visita de enfermagem e os cuidados diretos e privativos aos pacientes.

Se eu tiver no posto de enfermagem, eu já fico de olho: o exame está marcado tal hora. Atrasou um pouquinho, a gente já liga. O odonto está marcado para tal hora, então a gente já fica de olho nisso. A cirurgia não chamou, por quê? Aí, telefone o tempo todo. As pessoas ligando para cá e a gente atendendo e, a gente também entrando em contato com os outros setores para que a gente consiga fazer fluir a rotina do setor e o cuidado com o paciente. Aí a gente abre o livro. Geralmente quando a gente recebe o plantão, a gente divide as folhinhas, os cuidados (impresso intitulado Plano de Cuidados) que são vinte e nove pacientes! Então, cada uma faz uma, um pouco né. Quando a gente tem residente, acadêmico elas ajudam a gente nessa parte também e aí depois disso eu consigo parar um pouquinho para tomar um café, consigo, às vezes né? (E2)

Por diversas vezes, as profissionais diziam: “o ideal é..., mas na prática...”. Tal aspecto se torna um fator estressor porque devido ao déficit de profissionais [sempre sinalizado por toda equipe de enfermagem], por exemplo, o trabalho prescrito estava muito distante do trabalho real. O acordo quanto às evoluções dos pacientes na enfermaria de doenças orofaríngeas e as formas de resistência por parte das profissionais a algumas demandas institucionais são exemplares quanto à adequação diante do déficit de profissionais e da precarização do trabalho.

Tem o POP de..., POP não. Protocolo mesmo, questionário, formulário para preenchimento de acesso venoso profundo porque está sem cateter de PICC no momento, então os pacientes em antibioticoterapia prolongada estão sendo submetidos a punção profunda e a gente tem que ficar observando. Isso foi instaurado pela CCIH, quando o médico vai puncionar o paciente, alguém da enfermagem tem que ficar observando. Aí, às vezes, o que acontece: tem dois médicos, se eles se auxiliarem, como a gente tem pouca gente, o pessoal da enfermagem vai fazendo outras coisas. Eu sei que é função da gente, mas se eles conseguem se ajudar sozinhos, eles conseguem se resolver. Mas não. A gente tem que ficar lá, olhando como vai ser o procedimento do médico, como vai ser o proceder médico, entendeu? Se ele vai fazer antisepsia correta, se ele escovou por cinco minutos a mão. Se ele não sei o quê. Cara! Não tem condição uma coisa dessas. (E2)

Durante a visita aos pacientes, as ações de enfermagem eram determinadas e algumas realizadas (curativos, orientações, punções venosas difíceis, entre outras). Era um momento importante de interação com o paciente onde muitas orientações eram realizadas, no entanto, poucas registradas. Ficava evidente que a formação humanística da área se contrapunha à mera operacionalidade dando sentido existencial ao cuidar. Se a hora avançasse e chegasse o horário do almoço dos pacientes, as enfermeiras pausavam e esperavam o término do almoço. Enquanto isso, retornavam ao posto de enfermagem e se inteiravam se as prescrições médicas já haviam sido liberadas ou se algum paciente deixou de fazer alguma medicação devido a alguma alteração. O período da manhã era reservado à visita de enfermagem e curativos.

Enquanto realizava a pausa, no posto de enfermagem, as enfermeiras conversavam sobre as demandas que os pacientes apresentavam, definiam quem almoçaria no primeiro ou segundo horário e conversavam sobre a vida. Normalmente, ambas almoçavam após a realização da visita e dos curativos e em horários diferentes.

O almoço geralmente acontecia no próprio setor, na copa que existia dentro do posto de enfermagem. Era um momento de descontração entre a equipe. Algumas pessoas levavam um prato para dividir com o grupo. Riam, contavam piadas, sempre aparecia alguém que vendia doces oferecendo aos profissionais. Outras pediam comida e dividiam com algum colega porque vinha bem servido. Elas me davam dicas de onde pedir comida pois tal lugar era mais barato e a comida era boa. Quando estavam em duas enfermeiras, algumas preferiam ir à rua.

Eu ficava constrangida de comer na copa porque o espaço era bem pequeno e os assuntos abordados eram, muitas vezes, pessoais. Então, ia à rua. Aproveitava a saída do hospital para refletir sobre a pesquisa e as observações realizadas até aquele momento. Mas não desistia de tomar um café, no período da tarde, para poder participar das conversas e interagir com a equipe. Com o tempo elas me convidavam para o café ou avisavam se tinha alguma comida que trouxeram para que eu ficasse à vontade para partilhar. No período da tarde, as enfermeiras

costumavam aprazar<sup>16</sup> as prescrições médicas, evoluíam alguns pacientes e registravam nos livros do setor os pacientes que evoluíram. Como já dito, as evoluções eram realizadas no sistema eletrônico do hospital (MV 2000), em seguida, impressas e entregue pelas enfermeiras às auxiliares administrativas para que elas as armazenassem no prontuário físico dos pacientes.

Na enfermaria de doenças orovalvares, como já muito ressaltado nesse trabalho, as enfermeiras sinalizavam constantemente o déficit de profissionais e que as contratações temporárias pelo NERJ não supriram as necessidades do setor. Tal aspecto tornava a confecção das escalas de serviço um desafio para a gerente do setor. Na entrevista, ela me relatou que essa era sua maior dificuldade por conta das adequações necessárias para que os plantões fossem compostos por duas enfermeiras satisfazendo a necessidade do setor e concomitantemente tornando a escala viável para as profissionais que vivenciavam a dupla jornada de trabalho.

Na enfermaria de miocardiopatias, a confecção da escala também era trabalhosa, mas, diferente da estrutura da orovalvar, pois havia enfermeira rotina, ou seja, profissional que trabalha diariamente das 7h às 13h. Além do quantitativo de leitos ser menor – 21 leitos.

Durante as observações, desde o início percebia que as condutas pré-determinadas adotadas para “ter o controle” durante o plantão objetivavam resguardar o trabalho da enfermeira e de sua equipe uma vez que a enfermagem é a categoria que permanece mais próxima dos pacientes e, a falha na continuidade da terapêutica pode recair sobre esta categoria. Tal aspecto demonstra as “estratégias de enfrentamento” adotadas pelas enfermeiras que são parte integrante de um repertório comportamental aprendido ao longo da vida e, principalmente, durante a formação acadêmica, estágios e residência uma vez que as situações enfrentadas no ambiente de trabalho hospitalar têm suas próprias peculiaridades (Maturana; Valle, 2014).

A estrutura física das enfermarias também demonstrava uma forma de controle, onde o posto de enfermagem de ambas se localizava quase em frente aos elevadores, com uma grande janela de vidro permitindo que os profissionais visualizassem quem saía dos elevadores e adentrava no setor. Os livros para

---

<sup>16</sup> Determinação escrita realizada na prescrição médica sobre os horários para administração das medicações de acordo com a solicitação médica e com os conhecimentos da enfermeira em farmacologia.

registros diversos ficavam dentro do posto de enfermagem, em cima do balcão, ao lado de um dos computadores. Assim, a enfermeira ligava, anotava no livro, atualizava o “mapa” de passagem de plantão no computador.

Durante as entrevistas, ao serem questionadas sobre o cuidado de enfermagem, percebia um momento de reflexão, uma pausa em que as enfermeiras refletiam sobre a sua prática. As respostas, na maioria das vezes, se referiam ao cuidado integral, ao referencial holístico para o paciente, ao teor relacional que elas valorizavam e pleiteavam diante de tantas atividades burocráticas que as afastavam cada vez mais do leito. Elas lamentavam esse excesso de burocracia, mas ao mesmo tempo, o defendiam porque entendiam que o prescrito precisava ser realizado a fim de que as estatísticas pudessem ser elaboradas para gerir com mais eficácia o cuidado de enfermagem.

É preciso salientar que a disciplina “Administração” é importante no currículo de graduação em enfermagem, pois entende-se que o profissional se forma gestor de equipe. Podemos deduzir que a função de controle seja imputada à enfermagem porque o mercado de trabalho e as organizações institucionais entendem que este profissional seja gerente por formação. No entanto, a academia conclama a prática da enfermagem para o cuidado direto ao paciente o que gera um constante conflito entre teoria e prática, técnica e relacional (Ferreira, 2005).

No que se refere ao gerenciamento do cuidado, as enfermeiras assistenciais das duas enfermarias (re) desenhavam uma nova organização de trabalho de acordo com os recursos humanos de enfermagem disponíveis, o que ultrapassa o prescrito e abre caminho para a subjetividade das trabalhadoras que se mostravam atuantes seja em questionamentos sobre suas competências ou simplesmente no não cumprimento do prescritivo devido às demandas do setor num processo de “resistência”. Segundo Scott (2011, p. 219), as formas cotidianas de resistência de grupos desprovidos de poder não são necessariamente a confrontação direta, mas a “relutância, dissimulação, falsa submissão, [...] simulação de ignorância, difamação, provocação de incêndios, sabotagem, e assim por diante”.

Uma situação exemplar foi o relato de uma das enfermeiras sobre a chegada das medicações no setor. Como rotina da farmácia e em consonância com a farmacovigilância, as medicações dos pacientes chegavam em um carrinho da farmácia trazido por um técnico onde as medicações eram dispostas em gavetas para cada leito. Um profissional de enfermagem deveria pegar todas as prescrições

médicas e checar se as medicações estavam de acordo. No entanto, era uma atividade demorada e que desviava um profissional da assistência direta ao paciente. Todas as enfermeiras reclamavam apesar de entenderem a importância. Mas, demonstravam sua frustração com novas demandas para poucos profissionais. A enfermeira me relatou que em determinado dia em que estava sobrecarregada, quando chegou o técnico da farmácia com as medicações ela assinou o *checklist* escrevendo que recebia as medicações, porém, sem conferência devido à falta de equipe para realização de tal atividade já que ela contava com poucos técnicos no plantão e o mesmo estava agitado. Ela foi chamada pela chefia geral para justificar o fato. No entanto, ela elevou os ombros, abriu as mãos com as palmas para cima e disse: “Fazer o quê, né?”.

Algumas atitudes no sentido de não cumprimento do prescritivo eram “autorizadas” pela própria chefia do setor que reconhecia a sobrecarga de trabalho como exemplo, já citado ao longo do texto, cito as evoluções das enfermeiras que deveriam ser realizadas a cada plantão de 12h. Este “acordo” era verbal. Nada escrito que respaldasse efetivamente essa ação das enfermeiras. Outro ponto importante diz respeito ao respaldo legal para os enfermeiros uma vez que as adequações para driblar a precarização eram verbais com ciência das chefias, porém, nada escrito. Legalmente (judicialmente), toda a responsabilidade pela falta de documentação como acontece com as evoluções recairia sobre as enfermeiras o que é mais um fator estressor no cotidiano desses profissionais.

A adequação do serviço ao déficit de profissionais proposta pela chefia com a subtração das evoluções das enfermeiras, a implementação do “pé-quebrado” entre outras contribui para que o conhecimento científico dessas profissionais não seja exposto e seu papel na equipe de saúde se perpetue como categoria de apoio ao trabalho médico. Tal aspecto nos mostra como a precarização do trabalho reflete nos processos de trabalho em saúde relegando ações que poderiam contribuir para o fortalecimento da ciência de enfermagem. Um paradoxo quando o local de trabalho dessas profissionais é uma instituição de ensino, um centro de referência para suporte a políticas públicas de saúde.

Como exemplo, suponhamos que durante a visita de enfermagem, um dos pacientes relatasse tonteira e falta de ar ao andar e, eu perceba alteração do seu padrão respiratório. A partir desses dados iniciaria minhas ações para a estabilização do paciente promovendo maior conforto. Tais ações seriam restrição



ao leito, elevação da cabeceira deste paciente, reposicionamento no leito, avaliação da saturação periférica, avaliação do exame de sangue desse paciente, diurese em fralda, orientação para chamar a enfermagem caso precise, sinalização para o técnico de enfermagem que está com este paciente sobre aumento da vigilância. Minha meta ou resultados esperados seriam que o paciente ficasse sem desconforto respiratório ou neurológico durante o plantão. Meus diagnósticos seriam: risco de queda (polifarmácia), perfusão periférica ineficaz (algun tecido corporal não está sendo bem oxigenado – tonteira), troca gasosa ineficaz. Ao final do dia, eu deveria evoluir este paciente, ou seja, descrever todo esse processo e demais acontecimentos que fossem significativos para que a enfermeira que assumisse o plantão ficasse ciente das intercorrências.

Na prática, as enfermeiras passam essas informações verbalmente, na passagem de plantão, mas não registram formalmente revelando as nuances do oral e do escrito no cotidiano de trabalho. Muitas intervenções são tão comuns que não são valorizadas pela própria equipe como a simples elevação da cabeceira, o toque terapêutico e as orientações.

Certa vez fui indagada por um enfermeiro antigo na instituição e que não trabalhava nos setores desta pesquisa, se eu imaginava quais documentos de enfermagem eram armazenados no prontuário dos pacientes do Instituto. Ele me disse: “Dá um pulo no arquivo médico, pega um prontuário aleatório e veja quais impressos de enfermagem estão contidos lá.” Ele me revelou que as evoluções de enfermagem não eram armazenadas. E eu o indaguei: “Mas o que é feito com as evoluções? Jogam fora? Tristemente, ele me olhou fixamente, elevou as sobrancelhas e inclinou a cabeça como que num ato afirmativo. E aí entendi o consenso a respeito das evoluções semanais para um paciente. Triste realidade que revela a corrosão que a precarização do trabalho e o modelo tecno assistencial centrado no trabalho médico pode exercer em uma profissão alterando, inclusive, as representações sobre a ética profissional. As novas competências gerenciais, numa concepção de gestão participativa, baseiam-se na construção de espaços coletivos, promovendo trocas de saberes, reflexões e avaliações, vislumbrando caminhos para o delineamento de novos modos de produção do cuidado que exigem a apreensão da realidade não para a adaptação a ela, mas para nela intervir (Mazzoni *et al.*, 2018).

Grosjean e Lacoste (1998) nos sinalizam que a articulação entre os documentos, os discursos, as práticas são constituintes do trabalho de cuidado em saúde e que o escrito, em seus vários ângulos, demonstra a interação entre os aspectos materiais, representações organizacionais, formatos enunciativos característicos e seus usos no seio das organizações.

Identificar que as evoluções das enfermeiras podem ser subtraídas do cuidado prestado é paradoxal já que segundo o Conselho Regional de Enfermagem (Coren), o processo de enfermagem deve ser realizado em todas as instituições de saúde públicas ou privadas. Ele acontece no instituto, mas como ações cotidianas de cuidado que muitas vezes não são registradas. Tal fato deve nos incomodar a fim de que possamos entender como o aspecto *macro* do trabalho em saúde manifesto na precarização, flexibilização e terceirização podem ser danosas para a área.

O trabalho das enfermeiras, além de envolver a assistência direta ao paciente, se refere também à motivação da equipe técnica e gerenciamento de conflitos, uma das atividades que considero mais difíceis no cotidiano do trabalho. Assim, diante do déficit de recursos humanos de enfermagem e do excesso de demandas, percebi que as enfermeiras estabeleciam atividades prioritárias em detrimento de outras.

Algumas vezes eles [os técnicos de enfermagem] questionam por que a gente tem que dar conta de tudo...porque se a gente fica dando conta de tudo, eles não vão colocar mais pessoas. E aí, eu tento fazê-los acreditar que tem certas coisas que a gente não pode deixar de fazer. Como por exemplo, sinais vitais. Se tem que ser feito sinais vitais antes das medicações porque todos eles aqui tomam anti-hipertensivos, são medicações que você não pode ficar dando sem saber qual é o estado geral do paciente. Então, eu costumo dizer para eles assim: se a gente vai ter que falhar em algum ponto, esse ponto não vai poder ser. (E1)

O relato acima descreve uma situação que gera grande impacto ao trabalho das enfermeiras porque, enquanto líderes de equipe, elas precisam motivá-la em um contexto hostil que perpassa as questões institucionais para adentrar questões éticas e pessoais que podem contribuir para desmotivação, alienação e/ou desânimo profissional.

Os resultados são alarmantes em relação ao mundo do trabalho: desregulamentação dos direitos do trabalho em escala global; terceirização da força de trabalho nos mais diversos setores e ramos produtivos e de serviços; derrota do

sindicalismo autônomo e sua conversão num sindicalismo de parceria, mais negocial e menos conflitivo. Além da decisiva apropriação das atividades intelectuais do trabalho, interagindo com um maquinário automatizado, informatizado e digitalizado, que possibilitou a retomada do ciclo de valorização do capital em detrimento dos direitos do trabalho, que passaram a sofrer um significativo processo de erosão e corrosão (Antunes; Druck, 2015).

Uma fenomenologia preliminar dos “modos de ser” da precarização demonstra a ampliação acentuada de trabalhos submetidos a sucessivos contratos temporários, sem estabilidade, sem registro em carteira, trabalhando dentro ou fora do espaço produtivo das empresas, quer em atividades mais instáveis ou temporárias, quando não na condição de desempregado. Como já citado, os contratos temporários dos enfermeiros contratados pelo Nerj passaram de um ano para seis meses (Antunes; Druck, 2015).

Neste contexto, reengenharia, *lean production*, *team work*, eliminação de postos de trabalho, aumento da produtividade, qualidade total, envolvimento, terceirização ampliada, tudo isso passa a integrar a pragmática da empresa flexível. Pode-se dizer que, na era da acumulação flexível e da “empresa enxuta”, são merecedoras de destaque as empresas que mantêm menor contingente de trabalhadores e, apesar disso, aumentam seus índices de produtividade (Antunes; Druck, 2015).

Aprazamos no posto. Temos muitas demandas, é médico que chega, entrega, altera a prescrição médica. É o telefone que toca. É o paciente que chama. É o familiar que cobra que tem algo estragado no leito. É o vaso sanitário que está com problema. Encaminhar paciente, preencher documento de transferência de paciente. É muuuita coisa acontecendo. E enquanto isso, a gente está aprazando. Então, a atenção tem que ser muita. E eu tento, por hábito, fazer uma dupla conferência. Eu aprazo e digo assim: Ninguém pega, por favor até eu tornar a ver. E muitas vezes, eu pego muitas falhas que cometi. (E1)

Os recursos humanos limitados fazem com que as enfermeiras gerenciem o caos no plantão definindo em quais pontos não podem falhar e, na cultura local, a falha não pode ser na assistência direta ao paciente. Assim, demais questões profissionais são suprimidas a fim de que a segurança do paciente seja garantida.

Eu não tenho o hábito de ir para o *round*, para a sessão clínica. Acho que se fui duas vezes foi muito, mas é pela demanda do setor, entendeu? O setor é que demanda muito da gente, a gente tem muita coisa para fazer, sobrecarga de coisas para fazer e eu nunca consegui ir. (E2)

A Política Nacional de Humanização aponta a gestão participativa como temas transversais para a construção em equipe. Assim, questões relacionadas à depreciação dos vínculos, precarização das condições de trabalho e privação dos direitos dos trabalhadores vão em sentido oposto a esses pressupostos (Silva *et al.*, 2020).

Merhy e Franco (2013) trazem o conceito de trabalho vivo em ato cujo principal atributo é a liberdade, o autogoverno do trabalhador sobre seu processo de trabalho que o coloca na posição de ser o principal agente de mudança. Esta liberdade pode ser usada pelo trabalhador para manter o modelo biomédico hegemônico ou operar mudanças radicais no modo de produzir cuidado. Os autores ainda enfatizam a influência do modo e produção capitalista na micropolítica do trabalho vivo em ato<sup>17</sup> onde as novas formas de gerir das organizações procuram “capturá-lo” a fim de que os autogovernos dos trabalhadores de saúde sejam “coerentes” com a natureza deste modo de produção. Neste contexto, a filosofia institucional procura atender a diversas demandas para manter o *status quo* de centro de referência interferindo nos processos de trabalho das enfermeiras e nas representações acerca do seu trabalho gerando insatisfação e conflito de papéis. Sentimentos que muitas vezes são mascarados por conta da precarização do trabalho em um “Cumpra-se” que é implicitamente estabelecido.

## 6.2 A INTERDEPENDÊNCIA PROFISSIONAL NO GERENCIAMENTO DO CUIDADO HOSPITALAR

A prática interprofissional remete à necessidade de assegurar efetiva comunicação, articulação das ações e colaboração entre os profissionais das diversas equipes do serviço e entre os profissionais e equipes de diferentes serviços da rede. Isso caracteriza o que a literatura de prática interprofissional colaborativa

---

<sup>17</sup> Trabalho vivo em ato é o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado (Merhy; Franco, 2009) Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>

centrada no paciente/usuário na qual os profissionais buscam trabalhar juntos em prol da qualidade da atenção às necessidades dos usuários (Peduzzi *et al.*, 2016).

Esta categoria se refere ao lugar do enfermeiro enquanto mediador do cuidado em saúde a fim de que a integralidade da assistência seja efetivada. Optei por manter o termo interdependência ao invés de trabalho interprofissional para enfatizar o quanto os processos de trabalho das enfermeiras eram afetados pelos processos de trabalho de outras categorias profissionais interferindo diretamente no cuidado em saúde.

No INC, a interdependência no trabalho das profissionais foi evidenciada por contatos telefônicos ou presenciais com outros membros da equipe de saúde e equipe administrativa em que a interação e a comunicação se faziam necessárias para possibilitar a articulação das ações e a cooperação entre profissionais a fim de que a terapêutica do paciente fosse continuada. No entanto, percebi por diversas vezes e, algumas enfermeiras verbalizaram sobre as dificuldades desse processo uma vez que uma equipe desconhece os limites de atuação da outra. A prática colaborativa é desafiadora devido a perpetuação do modelo biomédico ainda vigente e as assimetrias relacionais entre as diversas profissões que compõem a equipe de saúde – que não raramente ainda atuam com olhar (uni)profissional e especializado (Santos *et al.*, 2020). Exemplificando:

Você liga e parece que a pessoa está fazendo um grande favor para você, sabe? Eu vou exemplificar com um setor que eu tinha muita dificuldade que era a odontologia e, às vezes, eles não passavam para gente. Tem um secretário lá em especial, uma pessoa lá em especial que ele ligava para cá, falava: “Mas está no mapa.” Só que é assim: nós enfermeiros não temos acesso ao sistema do MV nessa parte de odontologia e, assim, sinceramente? A gente nem tem tempo de ver, sabe? Então, assim, o médico tem acesso? Ok. Só que eles também não sinalizam para gente. Muitas das vezes o paciente tomava o Clexane, muita das vezes não tinha profilaxia prescrita, profilaxia feita. “Ah, mas tá no sistema.” Agora, o serviço de segurança do paciente conseguiu instituir um mapa de odontologia que sai no dia anterior e às vezes até dois dias antes para o dia dito, né e as coisas estão fluindo melhor. (E2)

Este relato evidencia a limitação do olhar profissional ao inferir que uma vez feita a sua parte, está tudo correto e, os demais profissionais precisam atuar consecutivamente. Uma visão unilateral totalmente compreensível porque os profissionais que fizeram parte desta pesquisa não foram formados na perspectiva

da educação interprofissional (EIP) que propõe a implementação da prática colaborativa em saúde. Os profissionais precisam estar dispostos a trabalharem juntos, em equipes integradas, com objetivos comuns em prol da qualidade da atenção à saúde (Santos *et al.*, 2020).

No ambiente hospitalar, essa desconstrução paradigmática é mediada pelas normativas que respaldam determinadas condutas. Como exemplo, cito a implementação do Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) do Ministério da Saúde que torna obrigatória a implantação de Núcleos de Segurança do Paciente (NSP) em todas as instituições de atenção terciária. Como citado no relato acima, a intervenção da equipe do NSP possibilitou a elaboração antecipada e impressa do mapa odontológico permitindo que as enfermeiras dos setores pudessem preparar os pacientes para a realização dos procedimentos adequadamente.

A perspectiva da constituição de equipes que atuem de modo interprofissional visa superar a situação atual de fragmentação do cuidado e a uniprofissionalidade, para a realização da atenção à saúde com foco na integralidade o que permite a convergência de olhares e ações, de modo que cada profissional tenha sua contribuição disciplinar, compondo um todo ao buscar a atenção integral, corporificada em um projeto comum e orientada por um plano assistencial interprofissional comum (Peduzzi *et al.*, 2016; Benevides *et al.*, 2023).

Os determinantes do sucesso da colaboração interprofissional incluem aspectos interacionais, organizacionais e sistêmicos. Os interacionais permeiam as relações intersubjetivas, como a confiança, a comunicação e o respeito mútuo. Os organizacionais apontam para a influência da estrutura e da política organizacional, apoio institucional, mecanismos de comunicação, coordenação, tomada de decisão e recursos para o trabalho em equipe. Por fim, os determinantes sistêmicos envolvem os componentes culturais, sociais, educacionais e profissionais que podem expressar relações de poder e estereótipos entre as profissões, tendências ao individualismo, especialização e dificuldades para a socialização profissional, integração dos conhecimentos e práticas (Peduzzi *et al.*, 2016).

Nesse contexto, quanto às ações educacionais da instituição onde esta pesquisa foi realizada, temos as sessões clínicas médicas, as sessões clínicas de enfermagem, treinamentos em serviço, *rounds*. Porém, cabe provocação sobre a implementação da Educação Interprofissional na instituição. De repente, uma

sessão clínica multidisciplinar para mudança de cultura e incentivo às práticas colaborativas de modo que a atenção seja integral e centrada no usuário. Pensar a integralidade em saúde na rede mas também dentro do hospital.

Os dados existentes na literatura sobre trabalho interprofissional e interdependência profissional corroboram a fala de muitas profissionais que diziam: “A comunicação efetiva deixa muuuito a desejar.” De fato, a comunicação é um elemento central e a relação entre os grupos profissionais envolvem uma rede de relações entre pessoas, poderes, saberes, afetos, interesses e desejos (Peduzzi *et al.*, 2016).

A gente tem um problema sério aqui com relação a auxiliares de transporte, tipo maqueiros, porque eles são em pouco número. Por exemplo, muitas vezes a gente precisa deles, à tarde, porque tem que fazer o RX de alguns pacientes que os médicos prescreveram e a gente liga porque temos que saber se o RX pode receber o paciente naquele momento, se ele tem disponibilidade. Então, ligamos para eles [setor de radiologia] e “Ah, tem sim pode encaminhar.” Aí, nessa hora a gente liga para Apoio (nome dado ao setor onde são lotados os maqueiros) e não tem apoio. Espera que a gente manda! Quando eles mandam o maqueiro, a gente tem que confirmar novamente com o RX para saber se ainda podem atender e muitas vezes não podem. (E1)

Durante uma das entrevistas, uma enfermeira sinalizou uma reconfiguração de sua atuação na admissão dos pacientes provenientes de outros setores pois já aconteceram situações como: a enfermeira de outra unidade passou o caso do paciente pelo telefone e, a partir disso ela considerou autorizado o transporte do paciente para a enfermaria. No entanto, ao chegar na enfermaria o leito do paciente não estava pronto. Ela me disse: *“Depois disso, eu não recebo mais o caso pelo telefone e ligo para o setor de origem do paciente só quando o leito aqui na enfermaria está pronto.”*

No que concerne à formação e o trabalho em saúde, o SUS move-se no sentido de reorientá-los considerando o contexto econômico e social do País, e a necessidade de integração entre serviço, educação e planejamento da formação de recursos humanos para a saúde. A Educação Interprofissional (EIP) está sendo implementada nos cursos de diversos países, na perspectiva de aumentar a resolutividade e a equidade das ações em saúde, mediante um cuidado integral, e fazer do usuário o centro dos serviços e de suas necessidades. Para tanto, o

Conselho Nacional de Saúde (CNS) publicou a Resolução nº 569 de 2017, que aprova, como um dos pressupostos, princípios e diretrizes comuns para as Diretrizes Curriculares Nacionais (DNC) na área da saúde, a formação de um profissional apto a atuar com o trabalho em equipe, em uma perspectiva colaborativa e interprofissional (Benevides *et al.*, 2023).

### 6.3 O TRABALHO DAS ENFERMEIRAS - ENTRE O ORAL E O ESCRITO

A natureza da explicação pela via etnográfica tem como base um *insight* que permite reorganizar dados percebidos como fragmentários, informações ainda dispersas, indícios soltos, num novo arranjo que não é mais o arranjo nativo (mas que parte dele, leva-o em conta, foi suscitado por ele) nem aquele com o qual o pesquisador iniciou a pesquisa. Este novo arranjo carrega as marcas de ambos: mais geral do que a explicação nativa, presa às particularidades de seu contexto, pode ser aplicado a outras ocorrências; no entanto, é mais denso que o esquema teórico inicial do pesquisador, pois tem agora como referente “o concreto vivido”. (Magnani, 2002, p. 17).

Enquanto pesquisava os documentos dos setores, encontrei uma pasta com diversos impressos: procedimentos operacionais padrão (POP) que descreviam as funções de cada enfermeiro e dos técnicos de enfermagem, de determinados procedimentos a serem realizados e quando deveriam sê-lo. Todos sabiam como deveriam proceder e se tivessem alguma dúvida, poderiam recorrer àquela pasta. No entanto, a padronização total dos métodos de trabalho é uma ficção. É preciso “compreender o trabalho”, pois trabalho prescrito e real são duas faces que se articulam de uma forma que precisa ser mais bem compreendida (Brito, 2009).

O conceito de “trabalho prescrito” (ou tarefa) refere-se ao que é esperado no âmbito de um processo de trabalho específico, com suas singularidades locais. O ‘trabalho prescrito’ é vinculado, de um lado, às regras e objetivos fixados pela organização do trabalho e, de outro, às condições dadas. Pode-se dizer, de forma sucinta, que indica aquilo que ‘se deve fazer’ em um determinado processo de trabalho (Brito, 2009).

Estável e de perenidade garantida, o escrito permite a consulta à distância, no espaço e no tempo, e permite um engajamento durável acerca dos fatos. É o modo privilegiado de administração de provas, tanto no domínio penal quanto no campo científico (Grosjean; Lacoste, 1998).



Já “trabalho real” (‘atividade’), pode-se dizer que é aquilo que é posto em jogo pelo(s) trabalhador(es) para realizar o trabalho prescrito (tarefa). Logo, trata-se de uma resposta às imposições determinadas externamente, que são, ao mesmo tempo, apreendidas e modificadas pela ação do próprio trabalhador como protagonistas ativos do processo produtivo.

Como dito anteriormente, no início da coleta de dados, eu permanecia mais tempo no posto de enfermagem para explorar os documentos do setor e, mesmo diante da diversidade de objetos de estudo possíveis, algo me chamou atenção desde o início, o modo como as enfermeiras tratavam o “Mapa”. Elas o usavam na passagem de plantão. Em seguida, dobravam e colocavam no bolso do jaleco ou o prendiam numa prancheta que seria usada na visita de enfermagem. Outra ação extremamente marcante era a preceptoria onde as profissionais se preocupavam em permitir o aprendizado aos estudantes (acadêmicos ou residentes) que estivessem dispostos. Certa vez ouvi de uma das enfermeiras: *“O paciente tal vai precisar de um cateterismo vesical de demora. Fulana! (Chamou a acadêmica pelo nome) Quer passar?”*.

No entanto, amadurecida com as leituras sobre a temática do trabalho em saúde e considerando os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, percebi que aquele impresso revelava o trabalho real das enfermeiras. Através deste instrumento, elas tinham uma noção da evolução do paciente nas últimas doze horas e da programação para sua terapêutica nas próximas doze horas com ênfase no seu escopo de atuação a fim de que pudessem realizar as intervenções necessárias. As enfermeiras imputavam dinamismo à tal impresso, pois o “mapa” descrevia, sinalizava e hierarquizava as demandas dos pacientes além de otimizar e orientar o trabalho das enfermeiras no decorrer do plantão sendo um importante instrumento de gestão da assistência.

Seu protagonismo começava na passagem de plantão. Não me lembro de ter participado desse momento sem esse documento normalmente impresso, preso a uma prancheta onde as enfermeiras o liam em tom de voz mais alto e faziam apontamentos durante sua fala adicionando particularidades que elas haviam identificado.

Tentei por diversas vezes imaginar a dificuldade para a passagem de plantão sem esse impresso. Tratava-se de um compilado de vinte e um ou vinte e sete pacientes. Para facilitá-las, as profissionais deixavam o impresso passagem de

plantão aberto em um dos computadores do posto de enfermagem e, durante o serviço, elas o atualizavam e salvavam as informações. Algumas enfermeiras optavam por escrever no impresso recebido e, somente no final do plantão, faziam as alterações para transmiti-lo atualizado para a enfermeira que assumiria o serviço noturno.

Visualmente, era um documento todo rabiscado com caneta, alguns pontos grifados com marca texto revelando o dinamismo do trabalho real. Para além, da gestão da assistência, as enfermeiras realizavam atividades de ensino, supervisão, cuidado, gestão de conflitos. Atividade intensa e pouco descrita.

Cabe reflexão sobre as formas de monitoramento e avaliação do serviço de enfermagem a fim de que a mensuração do trabalho real possa de fato demonstrar como a atuação das enfermeiras é marcante. Estudos desta natureza reconfigurariam o dimensionamento da equipe e, conseqüentemente, a qualidade assistencial da instituição.

Posteriormente, identifiquei a existência de outro impresso marcante, o *Plano de Cuidados Diários* que era um documento institucionalizado com frente e verso no qual constavam informações semelhantes ao impresso de passagem de plantão. Todos os dias, no início do plantão, este documento era “aberto” pelas enfermeiras para cada paciente. Este impresso, cujo preenchimento era responsabilidade dos técnicos de enfermagem e, os permitia realizar suas anotações, era analisado pelas enfermeiras, normalmente ao final do plantão. Elas avaliavam os dados contidos nas anotações, em seguida, carimbavam e o assinavam. Este impresso era muito utilizado pelos médicos para a elaboração de suas prescrições. Em seguida, ele era armazenado no prontuário físico dos pacientes pelos auxiliares administrativos dos setores.

Em várias ocasiões ouvi as enfermeiras questionarem o tempo gasto na abertura do Plano de Cuidados. Uma das enfermeiras, conforme já relatei, sugeriu que houvesse uma etiqueta de identificação dos pacientes que pudesse ser impressa a qualquer momento e colada no impresso: “Já facilitaria a gente!” Ela dizia isso porque para abrir as fichas, elas tinham que escrever manualmente a data, o leito, o nome do paciente, data de nascimento, situação em que se encontrava (pré-operatório, pós-operatório, tratamento clínico ou reavaliação data da cirurgia) e diagnóstico clínico que no caso era o diagnóstico médico.

Ao analisar o plano de cuidados diários percebi que ele comportava dados que se referiam aos cuidados de enfermagem relativos às patologias cardíacas atendidas no setor. Assim, neste documento, tínhamos uma tabela cujas prescrições de enfermagem eram: realizar curva térmica, realizar rodízio do HGT, realizar rodízio de insulina, realizar flush em PICC com 20 ml de soro fisiológico 0,9%, registrar episódio de dor e localização, registrar diurese, identificar necessidade de restrição ao leito, realizar compressas frias ou quentes, realizar mudança de decúbito, realizar rodízio do Clexane<sup>R</sup>, instalar dieta enteral, realizar higiene oral, oferecer dieta oral, realizar banho no leito ou aspersão. Também havia itens de controle de procedimentos e curativos bem como sinais vitais e um espaço para anotações livres que os técnicos achassem pertinentes.

Para além de um documento a mais para ser preenchido, o *Plano de Cuidados Diários* traduzia a divisão técnica do trabalho, pois *anotações de enfermagem* são realizadas por técnicos de enfermagem enquanto os enfermeiros realizam a *evoluções* dos pacientes durante o plantão. As evoluções eram realizadas por meio eletrônico no sistema do hospital com a senha de acesso privativa de cada profissional. O plano de cuidados era utilizado pelos médicos para analisarem como os pacientes passaram nas últimas doze horas de serviço.

Os médicos não tinham liam as evoluções das enfermeiras em uma das enfermarias, pois elas eram armazenadas a parte, dentro do prontuário físico. Mas o plano de cuidados preenchidos pelos técnicos eles obrigatoriamente olhavam para realizarem suas prescrições para os pacientes. Suponho que seja pela predominância de dados objetivos contidos nesse impresso como já citado e, que eles analisavam sob sua ótica a fim de realizarem suas prescrições medicamentosas.

No contexto de admissão dos pacientes eram preenchidos os impressos institucionalizados intitulados “Processo de Enfermagem – admissão de pacientes” para pacientes oriundos da residência, do ambulatório ou de outra instituição; “Plano de cuidados diários” para pacientes provenientes de outros setores do hospital; “Escala de Braden” que avalia o risco para o desenvolvimento de úlceras por pressão.

Outros documentos do setor eram o “Mapa de Curativos”, “Aviso de Alta”, “Consulta de Enfermagem – acompanhamento de feridas”, “Transferência Interna de pacientes – SBAR”. Alguns documentos eram agregados a rotina do setor de acordo

com o momento. Como exemplo, o “*Bundle*”<sup>18</sup> de Inserção de Cateter Venoso Central” utilizado em um momento em que estava faltando o cateter de PICC (Cateter Central de Inserção Periférica), no hospital. Uma das enfermeiras verbalizou sua inquietação porque disse que era inviável um enfermeiro ficar à disposição de um procedimento médico quando existiam tantas coisas a serem feitas. Tal desapontamento da enfermeira se referia ao procedimento de punção profunda com a inserção de um cateter venoso central (CVC) que é um procedimento realizado exclusivamente pelo médico com auxílio de um enfermeiro. Já a inserção de PICC era realizada por um grupo de enfermeiras do hospital que não demandavam funcionário de serviço nos setores.

Todos os documentos mencionados eram uma forma de obter dados que alimentariam as planilhas estatísticas do setor. Também existia a *Planilha de indicadores de enfermagem*, uma planilha diária que abordava os números de internações, transferências, altas, orientações para alta, úlceras de pressão, risco de úlcera por pressão na admissão, risco de queda na admissão, risco de queda, queda sem ou com dano, identificação do paciente com pulseira padronizada, evento adverso por identificação, curativos, acessos periféricos, flebite, PICC/perda, acesso venoso profundo/perda que contribui para evidenciar ações específicas de enfermagem e pode ajudar para o dimensionamento de pessoal da categoria nos setores.

De acordo com as observações, me parece um paradoxo ver tantos dados coletados e ouvir várias vezes os profissionais lamentarem o déficit de profissionais na instituição. Se estamos em uma instituição de ensino, temos um problema de pesquisa. Por que não o investigar? Muitas vezes me questionei se os dados coletados estavam em concordância apenas com a literatura ou com as necessidades do serviço e, especificamente, se os dados iam ao encontro dos processos de trabalho dos enfermeiros considerando as particularidades da instituição. Percebi que a temática trabalho era “cara” à instituição.

Todas as situações e dados sinalizados demonstram a necessidade de um olhar institucional diferenciado para a equipe de enfermagem possibilitando uma reconfiguração das representações institucionais sobre a categoria. A valorização

---

<sup>18</sup> Um *bundle* é uma forma estruturada de melhorar os processos e os resultados dos cuidados para o paciente: um conjunto pequeno e simples de práticas baseadas em evidências (em geral 3 a 5) que, quando executadas coletivamente e de forma confiável, melhora os resultados para os pacientes.

das condições de trabalho permitirá que estes profissionais não adoçam e permaneçam produtivo e criativos. Não cabe um pensamento empresarial restrito ao ordenamento de ações e cobranças de ações. A subjetividade dos trabalhadores pode contribuir para o crescimento institucional elevando este centro de referência aos rumos da excelência.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As motivações para a realização desta etnografia foram minhas inquietações enquanto enfermeira acerca da atuação do bacharel em enfermagem e das possibilidades de avanço da profissão para sua valorização.

Na relação interdisciplinar entre antropologia, enfermagem e saúde coletiva, por ocasião do meu doutorado na linha de pesquisa: Abordagens socioantropológicas do processo saúde e doença, foi possível desenvolver um trabalho de campo e desbravar o cotidiano do trabalho de enfermeiras em uma instituição hospitalar, pública e de ensino em cardiologia, no Rio de Janeiro entre os anos de 2018 a 2019. A contextualização dos processos de trabalho dessas profissionais permitiu identificar aspectos que contribuem para a perpetuação do modelo de atenção hegemônico cuja centralidade está em apenas uma categoria profissional. A influência de fenômenos provenientes de um contexto nacional e internacional de reestruturação da produção, como a precarização do trabalho, mostra sua repercussão na atenção à saúde onde a determinação de prioridades pelas profissionais visava o cumprimento da terapêutica do paciente sob a perspectiva curativa, limitando o pleno exercício das atividades de cuidado preconizadas pela enfermagem.

A reflexão sobre a organização do trabalho da enfermagem no contexto do trabalho em saúde inclui a perspectiva da vivência nos locais de trabalho e das relações macrossociais. Sustentando em formulações sobre o processo de trabalho humano, ressaltou-se que as transformações que vêm ocorrendo no mundo do trabalho têm influenciado o trabalho em saúde, mas que o modelo de organização continua influenciado pela lógica taylorista.

As enfermeiras expressaram suas frustrações cotidianas nas entrevistas etnográficas durante as quais salientaram a importância do aspecto relacional na atenção à saúde e que o déficit de pessoal era fator determinante para a qualidade da assistência culminando na sensação de “fazer o que dá”. A singularidade desta etnografia envolve a abordagem qualitativa do trabalho em saúde, no setor público, em uma instituição que prioriza estudos quantitativos e clínicos. Os dados etnográficos revelam questões relacionadas aos vínculos empregatícios, déficit de recursos humanos e filosofia institucional em um centro de referência cujo órgão de atuação possui alto valor social.

Portanto, as reflexões suscitadas vão desde os aspectos *macro* do trabalho em saúde até os aspectos *micro* que compõem o cotidiano de trabalho das enfermeiras nas enfermarias cirúrgicas de miocardiopatias e doenças orovalvares.

A proposta etnográfica desenvolvida permitiu descrever e analisar as experiências do INC em relação aos processos de cuidado e atenção. Por meio da observação participante e das entrevistas identifiquei categorias de análise identificadas pelas próprias enfermeiras e minhas reflexões em campo. Dessa forma, explorei os significados e os valores atribuídos aos processos de trabalho, bem como desenvolvi as práticas desenvolvidas nesses contextos, os conhecimentos e racionalidades postos em jogo, as conexões formadas e as emoções que emergiram.

Busquei articular diferentes conceitos teóricos, alguns já estabelecidos previamente e outros que foram se constituindo importantes para essa pesquisa. Dessa forma, pude compreender como a relação das enfermeiras com a sua organização de trabalho e o hospital determinam como sua subjetividade, relações interprofissionais e práticas entre o oral e o escrito, são culturalmente formadas a partir de sentidos e significados expressos que se inter-relacionam e moldam uma determinada cultura hospitalar. Em outras palavras, o hospital é visto como um espaço onde ocorrem processos simbólicos, imersos no fluxo social que pode ser canalizado em várias direções.

As enfermeiras realizam não apenas práticas técnicas, mas também práticas relacionais para cuidar e ajudar os outros. O que observamos foi a dinâmica que elas adquiriram na prática. Foi observada a interferência nesse processo de cuidado da precarização do trabalho o que gera sobrecarga, sentimento de frustração e ansiedade nas profissionais.

Essas linhas de argumentação nos levam a sustentar a hipótese levantada no início desta tese, que afirmava que os processos de cuidado e atenção à saúde no contexto hospitalar envolvem não apenas conhecimentos técnicos especializados, mas também uma rede de relações que se estabelece no âmbito institucional, as quais definirão e moldarão os vínculos e as características que o cuidado em saúde adquire. Além disso, foi apontada e explicada a importância de incluir os interesses associados da profissão de enfermagem para considerar o valor da atenção e cuidado em saúde.

Percebe-se, igualmente, que os processos de atenção e cuidado extrapolam

os protocolos institucionais e que colocam em jogo normas institucionais e subjetividades no ambiente de trabalho. Nesse sentido, as enfermeiras desenvolvem estratégias capazes de “dar conta do plantão” sabendo que farão “o que dá para fazer”, mas que lhe permitirá respaldar-se em dar o cuidado imprescindível ao paciente.

A temática trabalho em saúde foi discutida nesta pesquisa com a categoria que compõe a maior força de trabalho na saúde e que sofre as consequências da precarização do trabalho nas suas diversas nuances e, em uma Instituição de ensino que é centro de referência onde foram abordadas questões desde o aspecto *macro* e *micro* do trabalho em saúde como a influência dos modelos tecnoassistenciais e de políticas neoliberais para o cuidado em saúde, até a micropolítica do trabalho na qual foram identificados o déficit de profissionais de enfermagem, múltiplos vínculos empregatícios que não garantem estabilidade aos trabalhadores, representações organizacionais distorcidas quanto à profissão enfermagem, cuidado em saúde, gestão da assistência e desenvolvimento científico.

Ademais, considerando o cotidiano de trabalho, percebemos uma estagnação da categoria e alienação diante do avanço científico institucional porque as enfermeiras não conseguem frequentar os espaços para evolução e construção do conhecimento sem relegar o cuidado direto aos pacientes. Tal aspecto demonstra o referencial das enfermeiras em relação aos pacientes onde o cuidado direto é a prioridade. No entanto, a precarização do trabalho na instituição perpetua o *status quo* da enfermagem enquanto categoria de apoio ao trabalho médico acarretando frustração das profissionais, que estabelecem estratégias de resistência para “driblar” a sobrecarga de trabalho. Como exemplo, vimos o relato de uma das profissionais que recebeu as medicações provenientes da farmácia e não realizou a conferência porque estava com poucos profissionais na equipe. Foi evidente na cultura das enfermeiras do Instituto Nacional de Cardiologia (INC), em ambos os setores estudados, a valorização de sua atuação à beira leito realizando as visitas de enfermagem para o cuidado em saúde e gestão da assistência.

Esse estudo mostrou vários outros aspectos que por razão dos limites de tempo dessa pesquisa não foram abordados. Mas são aspectos que devem ser aprofundados em estudos futuros e até mesmo inspirar novos pesquisadores. São por exemplo: as questões relacionadas à saúde mental dessas trabalhadoras que verbalizavam suas frustrações diante da distância dos pacientes imposta pela



filosofia institucional; a questão de gênero no trabalho da enfermagem e na relação hierárquica e interprofissional do hospital. Da mesma forma, a discussão sobre trabalho decente nunca se fez tão necessária. Só a partir dessa problematização podemos pensar em qualidade em saúde, segurança do paciente e demais temas que qualifiquem a assistência. Mais do que resultados é preciso rever os processos.

Esta pesquisa espera contribuir para reflexão da *práxis* de enfermagem, estimulando o avanço da profissão na instituição e a melhoria da qualidade da assistência à saúde prestada aos usuários do SUS.

## REFERÊNCIAS

ABDULREHMAN, M. S. Reflections on Native Ethnography by a Nurse Researcher. **Journal of Transcultural Nursing**, [s. l.], v. 28, n. 2, p. 152-158, Mar. 2017. DOI: 10.1177/1043659615620658. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659615620658>. Acesso em: 28 jan. 2025.

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 13, n. esp. 1, p. 190-196, 2000. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/a-melhoria-da-qualidade-nos-servicos-de-enfermagem/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 129 p.

ALVES, G. Trabalho, corpo e subjetividade: toyotismo e formas de precariedade no capitalismo global. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 409-428, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1981-77462005000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/GsSvG7FXBNNzcZkrg9V9cvB/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 17 jul. 2025.

AMSTEL, H.; GEEST, S. Doctors and retribution: the hospitalisation of compensation claims in the Highlands of Papua New Guinea. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2087-2094, Nov. 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.011. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001133](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001133). Acesso em: 09 ago. 2025.

ANDERSEN, H. M. "Villagers": Differential treatment in a Ghanaian hospital. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2003-2012, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.005. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001078](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001078). Acesso em: 17 jul. 2025.

ANDRADE, S. R. *et al.* Configuração da gestão do cuidado de enfermagem no Brasil: uma análise documental. **Enfermagem em Foco**, Brasília, v.10, n. 1, p. 127-133, 2019. DOI: 10.21675/2357-707X.2019.v10.n1.1926. Disponível em: <https://enfermfoco.org/article/configuracao-da-gestao-do-cuidado-de-enfermagem-no-brasil-uma-analise-documental/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

ANTUNES, J. L. F. **Hospital-instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Ed. Cortez: Ed. Unicamp, 1995.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Boitempo, 1999.

ANTUNES, R. **O caracol e a sua concha**. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, R.; DRUCK, G. A terceirização sem limites: a precarização do trabalho como regra. **O Social em Questão**, Rio de Janeiro, n. 34, p. 19-40, 2015. Disponível em: <https://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=427&sid=48>. Acesso em: 09 ago. 2025.

ARAÚJO, L. M. *et al.* Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n.1, p. 155-166, mar. 2006. Disponível em: [https://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Parasubsidiaradiscussaosobreadesprecarizacao\\_Araujo.pdf](https://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Parasubsidiaradiscussaosobreadesprecarizacao_Araujo.pdf). Acesso em: 27 jul. 2025.

ARAÚJO-DOS-SANTOS, T. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras, técnicas e auxiliares de Enfermagem nos hospitais públicos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 52, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017050503411>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/CdSrXtq7CJvx4syWxnwtmKm/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BACKES, D. S. *et al.* Nursing care as a systemic and entrepreneurial phenomenon. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20220249, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0249en>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/KgpGYPh9wdQtkvkKx8hWr7y/?lang=en>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BAILEY, C. J. Practitioner to researcher: reflections on the journey. **Nurse Researcher**, London, v. 14, n. 4, p. 18-26, 2007. DOI: 10.7748/nr2007.07.14.4.27.c6041. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17702140/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

BARBOSA, L. B. A.; MOTTA, A. L. C.; RESCK, Z. M. R. Os paradigmas da modernidade e pós-modernidade e o processo de cuidar na enfermagem. **Enfermería Global**, Murcia, n. 37, p. 342-349, enero 2015. Disponível em: [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt\\_reflexion2.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/pt_reflexion2.pdf). Acesso em: 27 jul. 2025.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.

BARROS, N. F.; SPADACIO, C.; COSTA, M. V. Trabalho interprofissional e as práticas integrativas e complementares no contexto da atenção primária à saúde: potenciais e desafios. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. esp. 1, p. 163-173, set. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S111>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/WhJFzVYJtKrZs7zNjq5k49R/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BAZAN, S. G. Z. *et al.* Cardiomiopatia hipertrófica – revisão. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 115, n. 5, p. 927-935, nov. 2020. DOI: 10.36660/abc.20190802. Disponível em: <https://abccardiol.org/article/cardiomiopatia-hipertrofica-revisao/>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENELLI, S. J. A Instituição total como agência de produção de subjetividade na sociedade disciplinar. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 21, n. 3, dez. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2004000300008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/YwJbLGJrbhd7cTg5LrGFCVL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 22 nov. 2024.

BENEVIDES, R. *et al.* Educação Interprofissional nos cursos da área da saúde de uma universidade pública. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 139, p. 905-917, out./dez. 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202313913>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/b8HZCjT6WNCpkJ9QDDKxvMc/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

BEAUD, S.; WEBER, F. **Guia para uma pesquisa de campo**: produzir e analisar dados etnográficos. Petrópolis: Vozes, 2007.

BIRMAN, J. A *Physis* da saúde coletiva. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl., p. 11-16, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-73312005000000002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Em Tese: Revista Eletrônica dos Pós-Graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1(3), p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: [http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/52797994/boni-aprendendo\\_a\\_entrevistar.pdf](http://pesquisaemeducacaoufrgs.pbworks.com/w/file/52797994/boni-aprendendo_a_entrevistar.pdf). Acesso em: 09 ago. 2025.

BOUSSO, R. S.; POLES, K.; CRUZ, D. A. L. M. Conceitos e Teorias na Enfermagem **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 1, p. 144-148, 2014. DOI: 10.1590/S0080-623420140000100018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/BpDkhRpD4mz5mw39sm6bQkJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

BRASIL. Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jul. 1973. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l5905.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l5905.htm). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Emenda Constitucional nº 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os arts. 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 14 set. 2000. Disponível em: [http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw\\_Identificacao/emc\\_29-2000?OpenDocument](http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/emc_29-2000?OpenDocument). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 56 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 13 jun. 2012. Disponível em: [https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016. Trata sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em ciências humanas e sociais. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 24 maio 2016. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2016/resolucao-no-510.pdf/view>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 569, de 8 de dezembro de 2017. Reafirma a prerrogativa constitucional do SUS em ordenar a formação dos (as) trabalhadores (as) da área da saúde. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 26 fev. 2018. Disponível em: <https://share.google/AkstU4DHmGkGf1KH9>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 14 jul. 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13467.htm). Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.999, de 27 de novembro de 2023. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017 para atualizar a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 29 nov. 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-1.999-de-27-de-novembro-de-2023-526629116>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 5.674, de 1º de novembro de 2024. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 5, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, 05 nov. 2024. Disponível em: <https://www.in.gov.br/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-5.674-de-1-de-novembro-de-2024-594040700>. Acesso em: 10 jun. 2025.

BRITO, J. C. Trabalho prescrito. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trapre.html>. Acesso em: 10 jun. 2025.

CAPRARA, A.; LANDIM, L. P. Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 12, n. 25, p. 363-376, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832008000200011>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SNKXSXDDgLmpz3yZHhjbVQv/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Afrontamento, 1993.

CARVALHO, V. Acerca da interdisciplinaridade: aspectos epistemológico e implicações para a enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 3, set. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0080-62342007000300022>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/c4pJhTPbdZtX5WY3gjGmM8h/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

CATTANI, A. D. (org.). **Dicionário crítico de trabalho e tecnologia**. Petrópolis: Vozes, 1997.

CAUDILL, W. **El hospital psiquiátrico como comunidad terapéutica**. Buenos Aires: Escuela, 1958.

CERES, G. V.; HASSEN, M. N. A.; KNAUTH, D. R. **Pesquisa qualitativa em saúde**: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

CHARETTE, M.; GOUDREAU, J.; BOURBONNAIS, A. How do new graduated nurses from a competency-based program demonstrate their competencies? A focused ethnography of acute care settings. **Nurse Education Today**, [s. l.], v. 79, p. 161-167, Aug. 2019. DOI: 10.1016/j.nedt.2019.05.031. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691718307573>. Acesso em: 28 jan. 2025.

CHAUVENET, A. **Médecines au choix, médecine de classes**. Paris: Presses Universitaires de France, 1978.

CHOMSKY, N.; WATERSTONE, M. **As consequências do capitalismo**: Produzindo descontentamento e resistência. Tradução de Bruno Gambarotto. Petrópolis: Vozes, 2022. 525 p.

COELHO, I. B. **Os hospitais no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 2016. 221 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Guia de recomendações**. [Brasília]: Cofen, 2016. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2016/06/RESOLU%C3%87%C3%83O-COFEN-N%C2%BA-0514-2016-GUIA-DE-RECOMENDA%C3%87%C3%95ES-vers%C3%A3o-web.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Nota Técnica nº 001/2023**. Nota Técnica sobre Práticas Avançadas de Enfermagem no Brasil (PAE): contexto; conceitos; ações empreendidas, implementação e regulação. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/nota-tecnica-cofen-no-001-2023/>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Cofen nº 736, de 17 de janeiro de 2024**. Dispõe sobre a implementação do Processo de Enfermagem em todo contexto socioambiental onde ocorre o cuidado de enfermagem. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-de-17-de-janeiro-de-2024/>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Câmara dos Deputados lança nova Frente Parlamentar em Defesa da Enfermagem. **Cofen**, 14 mar. 2025. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/camara-dos-deputados-lanca-nova-frente-parlamentar-em-defesa-da-enfermagem/>. Acesso em: 10 ago. 2025.

COLLIN, K. M. *et al.* Ways of interprofessional collaboration and learning in emergency work. **Studies in Continuing Education**, [s. l.], v. 34, n. 3, p. 281-300, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1080/0158037X.2011.617364>. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0158037X.2011.617364>. Acesso em: 10 ago. 2025.

CORACAO. **Aula de anatomia**, [s. l.], [2018]. Disponível em: <https://www.auladeanatomia.com/sistemas/376/coracao>. Acesso em: 10 jun. 2025.

COSER, R. L. **Life in the ward**. East Lansing: Michigan State University Press, 1962.

COSTA, L. T. C.; MÉLLO, L.; NOGUEIRA, P. T. A. Desenvolvimento do capitalismo no Brasil e as tendências da política de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 27, n. 4, out./dez. 2018. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180679>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/xXSndrHbNQPp9Jd8fVt89Xb/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

DANIELLOU, F.; LAVILLE, A.; TEIGER, C. Ficção e realidade do trabalho operário. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 17, n. 68, p. 7-13, out./dez. 1989.

DAWSON, S.; JACKSON, D.; ELLIOTT D. Challenges and reflections from an international, humanitarian, short-term surgical mission on collecting ethnographic data in a remote environment. **Nurse Researcher**, London, v. 27, n. 2, p. 21-25, June 2019. DOI: 10.7748/nr.2019.e1627. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31468884/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

DESLANDES, S. **Frágeis deuses**: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001.

DONNANGELO, M. C. F.; PEREIRA, L. **Saúde e sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.

DRUCK, G.; FRANCO, T. (org.). **A perda da razão social do trabalho**: precarização e terceirização. São Paulo: Boitempo, 2007.

DRUCK, G. Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. esp. 01, p. 37-57, 2011. DOI: <https://doi.org/10.9771/ccrh.v24i1.19219>. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/crh/article/view/19219>. Acesso em: 13 out. 2025.

DUARTE, L. N. B. *et al.* Cardiomiopatia dilatada: aspectos epidemiológicos, fisiopatológicos e manejo terapêutico. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 9, n. 4, p. 12705-12720, abr. 2023. DOI: <https://doi.org/10.34117/bjdv9n4-012>. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/58653>. Acesso em: 10 ago. 2025.

EAKIN, J.; GLADSTONE, B. Na caixa-preta da análise qualitativa: dar sentido aos dados com uma abordagem que “agrega valor”. *In*: BOSI, M. L. M.; GASTALDO, D. (org.). **Tópicos avançados em pesquisa qualitativa em saúde**: fundamentos teórico-metodológicos. Petrópolis: Vozes, 2021. p. 202-236.

ESPINDULA, K. D. **Trabalhadores de saúde no SUS**: vínculos frágeis? implicações complexas? 2008. 155 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008. Disponível em: [https://sappg.ufes.br/tese\\_drupal//tese\\_2571\\_.pdf](https://sappg.ufes.br/tese_drupal//tese_2571_.pdf). Acesso em: 18 ago. 2025.

FARIA, H. X.; ARAÚJO, M. D. Uma perspectiva de análise sobre o processo de trabalho em saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n. 2, p. 429-439, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/SRWHdnPSS9dhwFhf3NbShQx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

FARIAS, S. N. P. *et al.* Pejotização e as implicações para o trabalho de enfermagem no Brasil: repercussões do neoliberalismo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 57,e20220396, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/486ZVSDnMLnDqH7PVGGrVMvv/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

FERREIRA J. O Programa de Humanização da Saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 111-118, set./dez. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902005000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/CVfgHNQtpSYCXWL87MSt9wh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2025.



FERREIRA, J. Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 9, p. 2641-2648, 2015. DOI: 10.1590/1413-81232015209.06672015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Q5tCvscHTm3x39yPQYTBNpm/?lang=pt>. Acesso em: 10 ago. 2025.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/GTVTDR4xXB4nMJsmYJYRfYR/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2025.

FORTUNA, C. M. *et al.* Enfermagem em Saúde Coletiva: desejos e práticas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 351-355, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0632>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/KDJ9znCNtkLHfyx5cfQJWLr/?lang=pt>. Acesso em: 18 ago. 2025.

FOSTER, G. M.; ANDERSON, B. G. **Medical anthropology**. New York: John Wiley & Sons, 1978.

FOUCAULT, M. **The birth of the clinic: an archaeology of medical perception**. Translated by A.M. Sheridan-Smith. New York: Vintage Press, 1975.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1979.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. Petrópolis: Editora Vozes, 1987.

FREIDSON, E. **Professional dominance: the social structure of medical care**. New York: Atherton Press, 1970.

FURUKAWA, P. O.; CUNHA, I. C. K. O. Perfil e competências de gerentes de enfermagem de hospitais acreditados. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 19, n. 1, jan./fev. 2011. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4295/5477>. Acesso em: 18 ago. 2025.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 228-232, mar./abr. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672004000200019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/vJVkcnFTn5XQwVNmNhTfYVF/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2025.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GEERTZ, C. **O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa**. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

GEERTZ, C. **Nova luz sobre a antropologia**. São Paulo: Companhia das Letras, 2014.

GEEST, S.; FINKLER, K. Hospital ethnography: introduction. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p.1995-2001, Nov. 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.004. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001066](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001066). Acesso em: 13 set. 2025.

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

GIBSON, D. The gaps in the gaze in South African hospitals. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2013-2024, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.006. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795360400108X](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S027795360400108X). Acesso em: 13 set. 2025.

GOFFMAN, E. **Asylums**: essays on the social situation of mental patients and other inmates. [S. l.]: Anchor Books, 1961.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1987.

GOMES, L.; ABRAHÃO, A. L.; VIEIRA, M. Entrevista: Yves Schwartz. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 457-466, 2006. DOI: 10.1590/S1981-77462006000200015. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1805>. Acesso em: 06 mar. 2025.

GOMEZ, C. M.; COSTA, S. M. F. T. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/KMCTJfMmd6cRC7XTv6WLn4B/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2025.

GONÇALVES, R. B. M. **Medicina e história**: raízes sociais do trabalho do médico. 1979. 218 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979. Disponível em: [https://saudecomunista.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/ricardo-bruno-\\_-rac3adzes-sociais-do-trabalho-mc3a9dico-1.pdf](https://saudecomunista.wordpress.com/wp-content/uploads/2014/07/ricardo-bruno-_-rac3adzes-sociais-do-trabalho-mc3a9dico-1.pdf). Acesso em: 13 set. 2025.

GONÇALVES, R. B. M. **Práticas de saúde**: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR, 1992. (Cadernos CEFOR Textos, 1). Disponível em: <https://fps.edu.br/uploads/downloadsuploads/doc1.pdf>. Acesso em: 13 set. 2025.

GROSJEAN, M.; LACOSTE, M. L'oral et l'écrit dans les communications de travail ou les illusions du «tout écrit». **Sociologie du Travail**, [s. l.], v. 40, n. 4, p. 439-464, oct./déc. 1998. Disponível em: [https://www.persee.fr/doc/sotra\\_0038-0296\\_1998\\_num\\_40\\_4\\_1315](https://www.persee.fr/doc/sotra_0038-0296_1998_num_40_4_1315). Acesso em: 10 jun. 2025.

GUBER, R. **La etnografía, método, campo y reflexividad**. Bogotá: Grupo Editorial, Norma, 2001. 146 p.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 258-65, abr./jun. 2009. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072009000200008>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dbP73tQnG84YvsjS943pW9r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2025.

HENCKES, N.; NUROK, M. 'The first pulse you take is your own'—but don't forget your colleagues'. Emotion teamwork in pre-hospital emergency medical services. **Sociology of Health & Illness**, [s. l.], v. 37, n. 7, p. 1023-1038, 2015. DOI: 10.1111/1467-9566.12261. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12261>. Acesso em: 13 set. 2025.

HENDERSON, S.; STACEY, C. L.; DOHAN, D. Social stigma and the dilemmas of providing care to substance users in a safety-net emergency department. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, Nashville, v. 19, n. 4, p. 1336-1349, 2008. DOI: 10.1353/hpu.0.0088. Disponível em: <https://muse.jhu.edu/article/253912>. Acesso em: 13 set. 2025.

HERZLICH, C.; PIERRET, J. **Malades d'hier, malades d'aujourd'hui**: de la mort collective au devoir de guérison. Paris: Payot, 1984.

HILLIGOSS, B. Selling patients and other metaphors: a discourse analysis of the interpretive frames that shape emergency department admission handoffs. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 102, p. 119-128, 2014. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.11.034. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24565149/>. Acesso em: 13 set. 2025.

HUNTER, C. L.; SPENCE, K.; SCHEINBERG, A. 'Untangling the web of critical incidents': Ethnography in a paediatric setting. **Anthropology & Medicine**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 91-103, Aug. 2008. DOI: 10.1080/13648470802122016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27269226/>. Acesso em: 13 set. 2025.

IEDEMA, R. *et al.* Design and trial of a new ambulance-to-emergency department handover protocol: 'IMIST-AMBO'. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 21, n. 8, p. 627-633, 2012. DOI: 10.1136/bmjqs-2011-000766. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22626739/>. Acesso em: 13 set. 2025.

IEDEMA, R.; MERRICK, E. Analysing teamwork in health care: what matters when clinicians negotiate the continuity of clinical tasks and care responsibilities? **Communication & Medicine**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 85-97, 2016. DOI: 10.1558/cam.18429. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29958346/>. Acesso em: 18 set. 2025.

INHORN, M. C. Privacy, privatization, and the politics of patronage: ethnographic challenges to penetrating the secret world of Middle Eastern, hospital-based in vitro fertilization. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2095-2108, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.012. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001145](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001145). Acesso em: 09 ago. 2025.

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA. **Valores**. c2014. Disponível em: linkinghub <https://inc.saude.gov.br/>. Acesso em: 18 set. 2025.

JANSEN, R. C.S.; SILVA, K. B. A.; MOURA, M. A. S. A Escala de Braden na avaliação do risco para lesão por pressão. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 73, n. 6, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0413>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/Cn4CDBzVQMbXf64ZZLB6xJC/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

JANSEN, Y. J. *et al.* Tailoring intervention procedures to routine primary health care practice; an ethnographic process evaluation. **BMC Health Services Research**, London, v. 7, 125, Aug. 2007. DOI: 10.1186/1472-6963-7-125. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/1472-6963-7-125>. Acesso em: 28 jan. 2025.

KELLEY, M. L. *et al.* Senior-friendly emergency department care: an environmental assessment. **Journal of Health Services Research & Policy**, Thousand Oaks, v. 16, n. 1, p. 6-12, 2011. DOI: 10.1258/jhsrp.2010.009132. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20660532/>. Acesso em: 18 set. 2025.

KIRCHHOF, A. L. C. O trabalho da enfermagem: análise e perspectivas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 669-673, nov./dez. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672003000600016>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fdW4yBHcWxF6gtJjQ8yztHC/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2025.

KNAUTH, D. R.; LEAL, A. F. A expansão das Ciências Sociais na Saúde Coletiva: usos e abusos da pesquisa qualitativa. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 18, n. 50, p. 457-467, 2014. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0274>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/tbmhZWYxNPL7c8jTrHVQhnh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

LAMPERT, J. B. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002. 283 p.

LANGDON, E. J.; WIIK, F. B. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, maio/jun. 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300023>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rlae/article/view/4176>. Acesso em: 09 ago. 2025.

LENARDT, M. H.; MICHEL, T.; MELO, L. P. The nursing ethnographic research into complex societies. **Colombia Médica**, Cali, v. 42, supl. 1, p. 70-77, 2011. DOI: <https://doi.org/10.25100/cm.v42i2supl1.822>. Disponível em: <https://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/822>. Acesso em: 18 set. 2025.

LIMA, M. J. O que é enfermagem? **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 10, n. 1, 2005. DOI: <https://doi.org/10.5380/ce.v10i1.4678>. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/4678>. Acesso em: 09 ago. 2025.

LOPES, M. J. M.; LEAL, S. M. C. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, n. 24, jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-83332005000100006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cpa/a/W4mKrfz7znsdGBdJxMHsGPG/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 16 jun. 2025.

LORENZETTI, J. *et al.* Work organization in hospital nursing: literature review approach. **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v. 23, n. 4, dez. 2014. DOI: <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001510012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/GtFQhTRJyG9pxN98C4yPgjK/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.

MACHADO, M. H. Trabalhadores da Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 12-26, 2006. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_rh.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_rh.pdf). Acesso em: 28 jan. 2025.

MACHADO, M. H. *et al.* Mercado de trabalho e processos regulatórios – a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 101-112, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27552019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/Yx3hw9M5qZRnkMYyK6hvCbr/?lang=pt>. Acesso em: 18 set. 2025.

MAGNANI, J. G. C. De perto e de dentro: notas para uma etnografia urbana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 17 n. 49, jun. 2002. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092002000200002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/KKxt4zRfvVWbkbgsfQD7ytJ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.

MALINOWSKI, B. Introdução: o assunto, o método e o objetivo desta investigação. *In*: MALINOWSKI, B.; DURHAM, E. R. (org.). **Argonautas do Pacífico ocidental**: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos nos arquipélagos da Nova Guiné Melanésia. Tradução de Elizabeth Dória Bilac. São Paulo: Ática, 1996.

MANOJLOVICH, M. *et al.* Formative evaluation of the video reflexive ethnography method, as applied to the physician-nurse dyad. **BMJ Quality & Safety**, London, v. 28, n. 2, p. 160-166, Feb. 2019. DOI: [10.1136/bmjqs-2017-007728](https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007728). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30007915/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MARSHALL, J. *et al.* Balancing interests of hospitals and nurse researchers: lessons learned. **Applied Nursing Research**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 205-211, Aug. 2012. DOI: [10.1016/j.apnr.2011.03.001](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2011.03.001). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0897189711000310>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MARTINS, H. H. T. S. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 289-300, maio/ago. 2004. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1517-97022004000200007>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/ep/article/view/27936>. Acesso em: 18 set. 2025.

MARX, K. **O capital**. 14. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1994.

MATOS FILHO, S. A. M. *et al.* Organização do trabalho hospitalar e os impactos na subjetividade do trabalhador de enfermagem. **Research, Society and Development**, Vargem Grande Paulista, v. 10, n. 2, e50910212746, 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/rsd/article/view/12746/11550>. Acesso em: 18 ago. 2025.

MATTOSO, J. E. L. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

MATURANA, A. P. P. M.; VALLE, T. G. M. Estratégias de enfrentamento e situações estressoras de profissionais no ambiente hospitalar. **Psicologia Hospitalar**, São Paulo, v. 12, n. 2, dez. 2014. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092014000200002](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092014000200002). Acesso em: 13 out. 2025.

MAZZONI, V. G. *et al.* Desafios da dimensão organizacional do cuidado no cotidiano de trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 12, n. 1, p. 11-8, jan. 2018. DOI: <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i1a230392p11-18-2018>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230392>. Acesso em: 13 out. 2025.

MELLO, M. C.; FUGULIN, F. M. T.; GAIDZINSKI, R. R. O tempo no processo de trabalho em saúde: uma abordagem sociológica. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 87-90, 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000100015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/ijape/a/R5DxdWjsZNVDD3WjVNTpcnR/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Trabalho em Saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/trasau.html>. Acesso em: 10 jun. 2025.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**: textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013. 361 p.

MERLO, A. R. C. Discursos e sintomas sociais: uma reflexão sobre as relações trabalho e saúde. **Educação, Subjetividade e Poder**, Porto Alegre, v. 5, n. 5, p. 84-91, jul. 1998.

MERLO, A. R. C.; LÁPIS, N. L. A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Recife, v. 19, n. 1, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-71822007000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/jpsoc/a/d4BywgBQn9QkpbLQsXVGPcP/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/39YW8sMQhNzG5NmpGBtNMFf/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 13 out. 2025.

MORAN, M.; WOOD, B. **State, regulation and the medical profession**. Buckingham: Open University Press, 1993.

MOTTA, F. C. P. Controle social nas organizações. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 68-87, 1993. Disponível em: <https://periodicos.fgv.br/rae/article/view/38386>. Acesso em: 28 jan. 2025.

MURAD, C. M.; MANGINI, S.; BACA, F. Epidemiologia e classificação das cardiomiopatias. **Revista da SOCESP**, São Paulo, v. 33, n. 3, p. 261-264, 2023. DOI: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20233302261-4>. Disponível em: <https://soces.org.br/revista/edicoes/revista-soces-v33-n3-2023-33-3/epidemiologia-e-classificacao-das-cardiomiopatias-975>. Acesso em: 13 out. 2025.

NAKAMURA, E. O método etnográfico em pesquisas na área da saúde: uma reflexão antropológica. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 95-103, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902011000100012>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/6rCKgCZrJnbpBFCSkXLvtwL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

NASCIMENTO, S. M. **As funções gerenciais do enfermeiro no cotidiano da assistência hospitalar**. 2012. 91 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. **Limites críticos das noções de precariedade e desprecarização do trabalho na administração pública**. Brasília: Observatório de Recursos Humanos em Saúde, UnB, 2004. Disponível em: [https://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Limitescriticodasnocoes\\_Nogueira.pdf](https://capacidadeshumanas.org/trajetoriainstitucionaldosus/wp-content/uploads/2017/11/Limitescriticodasnocoes_Nogueira.pdf). Acesso em: 01 out. 2025.

NUGUS, P. Re-structuring the negotiated order of the hospital. **Sociology of Health & Illness**, [s. l.], v. 41, n. 2, p. 378-394, 2019. DOI: 10.1111/1467-9566.12838. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-9566.12838>. Acesso em: 01 out. 2025.

NUNES, G. B. L.; NOGUEIRA, L. T. Culture and care: literature review on the ethnographic method in the nursing researches. **Revista de Enfermagem UFPE Online**, Recife, v. 5, n. 8, p. 1818-1820, out. 2011. DOI: <https://doi.org/10.5205/REUOL.1262-12560-1-LE.0508201130>. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/6894>. Acesso em: 01 out. 2025.

ORNELLAS, C. P. Os hospitais: lugar de doentes e de outros personagens menos referenciados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 51, n. 2, p. 253-262, abr./jun. 1998. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671998000200007>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/SfKnBcTMyK888bSx5trPgpL/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

PAIVA, S. M. A. *et al.* Teorias administrativas na saúde. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 311-316, abr./jun. 2010. Disponível em: <https://www.revenf.bvs.br/pdf/reuerj/v18n2/v18n2a24.pdf>. Acesso em: 01 out. 2025.

PARSONS, T. **The social system**. Glencoe: Free Press, 1951.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <https://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/protrasau.html>. Acesso em: 26 jul. 2025.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe, prática e educação interprofissional. *In*: MARTINS, M. A. *et al.* (org.). **Clínica médica: atuação da clínica médica, sinais e sintomas de natureza sistêmica, medicina preventiva, saúde da mulher, envelhecimento e geriatria**. Barueri: Manole, 2016. v. 1.

PEDUZZI, M. *et al.* Trabalho em equipe: uma revisita ao conceito e a seus desdobramentos no trabalho interprofissional. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, e0024678, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00246>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/RLtz36Ng9sNLHknn6hLBQvr/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

PEIRANO, M. Etnografia, ou a teoria vivida. **Ponto Urbe**, São Paulo, v. 2, 2008. DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.1890>. Disponível em: <https://journals.openedition.org/pontourbe/1890>. Acesso em: 13 out. 2025.

PEREIRA, Á. A. C. *et al.* Precarização do trabalho de enfermeiras: uma análise na Atenção Primária à Saúde brasileira. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 21, e02311227, 2023. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-ojs2311>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/dPSHd5rTdSMGXPzJ8Fwym3B/?lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

PERSON, J.; SPIVA, L.; HART, P. The culture of an emergency department: an ethnographic study. **International Emergency Nursing**, [s. l.], v. 21, n. 4, p. 222-227, 2013. DOI: 10.1016/j.ienj.2012.10.001. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755-599X\(12\)00127-9](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755-599X(12)00127-9). Acesso em: 01 out. 2025.

PIERANTONI C.; VARELLA T.; FRANÇA T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria para a prática. *In*: BARROS, A.F.R. *et al.* (org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. v. 2, p. 5170.

PIORE, M. J.; SABEL, C. F. 1984. A segunda divisão industrial. Nova York: Basic books, 354 pp., hc. **Journal of Peace Research**, [s. l.], v. 24, n. 2, p. 206-206, 1987. DOI: <https://doi.org/10.1177/002234338702400213>. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/002234338702400213>. Acesso em: 01 out. 2025.



PIRES, D. **Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho**: estudo em instituições escolhidas. 1996. 355 f. Tese (Doutorado em Sociologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1996. Disponível em: <https://repositorio.unicamp.br/Acervo/Detalhe/115691>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PIRES, D. E. Precarização do trabalho em saúde. *In*: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2009. Disponível em: <http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/pretrasau.html>. Acesso em: 27 jul. 2025.

PITTA, A. **O hospital**: dor e morte como ofício. São Paulo: Hucitec, 1991.

POUPART, J. *et al.* **A pesquisa qualitativa**: enfoques epistemológicos e metodológicos. Tradução de Ana Cristina Nasser. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

PROCHNOW, A. G.; LEITE, J. L.; ERDMANN, A. L. Teoria interpretativa de Geertz e a gerência do cuidado: visualizando a prática social do enfermeiro. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 4, p. 583-590, 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692005000400018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/qKQhtPxHdVrThy6z8hwqc6g/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

QUEIROZ, D. T. *et al.* Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-283, abr./jun. 2007. Disponível em: <https://share.google/3gTYvCR2ApmfGSv8P>. Acesso em: 27 jul. 2025.

REGIS, C. G.; BATISTA, N. A. The nurse in the area of population health: concepts and competencies. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 68, n. 5, p. 548-554, 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680510i>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/RXwz8hXBQ9pQX77whJbRQZj/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

REZIO L. A. *et al.* Neoliberalism and precarious work in nursing in the COVID-19 pandemic: repercussions on mental health. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 56, e20210257, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0257>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/5cWSZKHzsZd7st3FKWRP44z/?lang=en>. Acesso em: 01 out. 2025.

RIBEIRO, A. A.; RODRIGUES, J. S. M. O rigor metodológico da etnografia em pesquisas de enfermagem: um enfoque na etnoenfermagem. *In*: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS - SIPEQ, 4., 2010, Rio Claro, SP. **Anais eletrônicos** [...]. [S. l.: s. n.], 2010. Disponível em: <https://arqui.vo.sepq.org.br/IV-SIPEQ/Anais/artigos/17.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2025

ROBERTS, D. Ethnography and staying in your own nest. **Nurse Researcher**, London, v. 14, n. 3, p. 15-24, 2007. DOI: 10.7748/nr2007.04.14.3.15.c6029. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17494465/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

RODRIGUES, R. D. **Hospital universitário no Brasil contemporâneo: dilemas e perspectivas ante o processo de consolidação do SUS**. 1999. Tese (Doutorado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1999.

ROHM, R. H. D.; LOPES, N. F. O novo sentido do trabalho para o sujeito pós-moderno: uma abordagem crítica. **Cadernos EBAPE.BR**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, jun. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/1679-395117179>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/cebape/a/kvLGggJXwsQhgWypXXnpZ9r/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SAMPAIO, D. M. N.; VILELA, A. B. A.; PIRES, V. M. M. M. Processo de trabalho em saúde com ênfase na enfermagem: uma reflexão dos conceitos, componentes e contexto histórico. **Revista Saúde.Com**, Jequié, v. 8, n. 2, p. 61-68, 2012. Disponível em: <https://periodicos2.uesb.br/rsc/article/view/222>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-224, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-71672007000200018>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/tDR5hDyyjjGRqZ8ytgGqHsz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, C. P. *et al.* Nexos e reflexos da adaptação do enfermeiro à cultura organizacional. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 9, p. 1-14, 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769230699>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/30699>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, G. L. A. *et al.* Prática colaborativa e assistência em enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, e20190277, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2019-0277>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/RLX8ZSjS34jNjPdpfPcX5tq/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, J. L. G. *et al.* Trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar: análise de características desfavoráveis. **Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v. 13, p. 1395-1401, jan./dez. 2021. Disponível em: <https://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/9496/10441>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, L. S. C. *et al.* Atualização, tratamento e diagnóstico das valvopatias. **Revista da SOCESP**, São Paulo, v. 32, n. 2, p. 228-233, 2022. DOI: <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20223202228-33>. Disponível em: <https://soces.org.br/revista/edicoes/revista-soces-v32-n2-2022-32-2/atualizacao-tratamento-e-diagnostico-das-valvopatias-895/>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, Q. G. *et al.* A crise de paradigmas na ciência e as novas perspectivas para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 833-837, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452011000400024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/xXN3GCLrPrpJJSwNLmZ3GYL/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SANTOS, S. R. **Administração aplicada à enfermagem**. 3. ed. João Pessoa: Idéia, 2007. 237 p.

SCOTT, J. C. Exploração normal, resistência normal. **Revista Brasileira de Ciência Política**, Brasília, n. 5, p. 217-243, jan./jul. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-33522011000100009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcpol/a/SYTfPQnDjn3vRSDJzghnnpd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 01 out. 2025.

SEC WORKING GROUP for the 2023 ESC guidelines for the management of cardiomyopathies and SEC Guidelines Committee. Comments on the 2023 ESC guidelines for the management of cardiomyopathies. **Revista Española de Cardiología**, [s. l.], v. 77, n. 4, p. 285-289, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.rec.2023.11.008>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1885585723003341?via%3Dihub>. Acesso em: 10 ago. 2025.

SEIBOLD, C.; WHITE, S.; REISENHOFER, S. The supervisor-student relationship in developing methodology. **Nurse Researcher**, London, v. 14, n. 4, p. 39-52, 2007. DOI: 10.7748/nr2007.07.14.4.39.c6042. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17702142/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SILVA, M. A.; BIEHL, K. Trabalho na pós-modernidade: crenças e concepções. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 6, n. 2, set. 2006. Disponível em: [https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1518-6148200600200011](https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-6148200600200011). Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, J. V.; BRAGA, C. G. (org.). **Teorias de enfermagem**. São Paulo: Iátria, 2011. 254 p.

SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de saúde e trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 7-13, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020251.27572019>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/wqFyYK4y49f8WZPmkvrwVsQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SILVA, N. M. *et al.* Aspectos facilitadores e dificultadores do trabalho do enfermeiro em cargos gerenciais no âmbito hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 10, p. 1-19, 2020. DOI: <https://doi.org/10.5902/2179769233263>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33263>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SIMMONS, M. Insider ethnography: tinker, tailor, researcher or spy? **Nurse Researcher**, London, v. 14, n. 4, p. 7-17, 2007. DOI: 10.7748/nr2007.07.14.4.7.c6039. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17702139/>. Acesso em: 28 jan. 2025.

SOARES, M. I. *et al.* Saberes gerenciais do enfermeiro no contexto hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 4, p. 676-6983, jul./ago. 2016. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2016690409i>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/XYsCFcKgWD7ptRgh3HjvHwN/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 27 jul. 2025.

SOUSA, L. B.; BARROSO, M. G. T. Pesquisa etnográfica: evolução e contribuição para a enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 150-115, mar. 2008. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000100023>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/K5Gmf9SwZzjK3p7byWDtrjG/?lang=pt>. Acesso em: 09 ago. 2025.

SOUZA, J. A sociologia dual de Roberto da Matta: Descobrimos nossos mistérios ou sistematizando nossos auto-enganos? **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 16, n. 45, fev. 2001. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-69092001000100003>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbcsoc/a/YJSK6XrdTHNZtv5LJLpbWhp/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

SOUZA, K. M. J. *et al.* Contributions of public health to nursing practice. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 70, n. 3, p. 543-549, 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0401>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/g84jNj5jyNHqP9swPhjgpBL/?lang=en>. Acesso em: 22 mar. 2025.

SOUZA, A. S. **As profissionais de enfermagem e os modos de cuidar de pessoas idosas hospitalizadas**: estudo etnográfico. 2015. 368 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2015. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/handle/ri/18889>. Acesso em: 06 mar. 2025.

SOUZA, H. S.; MENDES, Á. (org.). **Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo**: enfermagem em foco. Rio de Janeiro: DOC Content, 2016.

SOUZA, M. L. *et al.* O cuidado em enfermagem – uma aproximação teórica. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p. 266-270, abr./jun. 2005. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000200015>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/RPGd7WQhG6bbszqZZzjG4Rr/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

SOUZA, M. C. **“Tem que fazer!”**: representação coletiva da atividade física em pacientes cardiopatas pré e pós cirúrgicos de um hospital público do Rio de Janeiro. 2018. 153 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/96/teses/866300.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2025.

TALAMONI, A. C. B. Possíveis contribuições metodológicas da Antropologia Interpretativa de Clifford Geertz às pesquisas em Ensino de Ciências. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS – ENPEC, 9., 2013, Águas de Lindóia, SP. **Anais eletrônicos [...]**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: [https://abrapec.com/atas\\_enpec/ixenpec/atas/resumos/R0808-1.pdf](https://abrapec.com/atas_enpec/ixenpec/atas/resumos/R0808-1.pdf). Acesso em: 09 ago. 2025.

TANASSI, L. M. Compliance as strategy: the importance of personalised relations in obstetric practice. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2053-2069, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.009. Disponível em: <https://www.science-direct.com/science/article/abs/pii/S027795360400111X?via%3Dihub>. Acesso em: 06 mar. 2025.

TARASOUTCHI, F. *et al.* Atualização das Diretrizes Brasileiras de Valvopatias – 2020. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, Rio de Janeiro, v. 115, n. 4, p. 720-775, 2020. DOI: <https://doi.org/10.36660/abc.20201047>. Disponível em: <https://abc.cardiol.org/article/atualizacao-das-diretrizes-brasileiras-de-valvopatias-2020/>. Acesso em: 06 mar. 2025.

TAYLOR, B. J.; RUSH, K. L.; ROBINSON, C. A. Nurses' experiences of caring for the older adult in the emergency department: a focused ethnography. **International Emergency Nursing**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 185-189, Apr. 2015. DOI: 10.1016/j.ienj.2014.11.003. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X14003061>. Acesso em: 28 jan. 2025.

TEIXEIRA, M. *et al.* Abordagens do trabalho no setor público de saúde: uma revisão narrativa da literatura. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, supl. 1, e0025688, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1981-7746-sol00256>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tes/a/TgQMSYkr5RXVP9RnV7ZKgpcc/?lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

THOMPSON, E. P. “Tempo, disciplina de trabalho e capitalismo industrial”. *In*: THOMPSON, E. P. **Costumes em comum**: estudo sobre cultura popular tradicional. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. p. 267-304.

TOSAL HERRERO, B.; BRIGIDI, S.; HURTADO GARCÍA, I. Antropólogas en bata blanca: praxis y problemas del trabajo etnográfico en hospitales. *In*: ALFONSO, E. R. (coord.). **Etnografía, técnicas cualitativas e investigación en salud**: un debate abierto. 2013. p. 191-212.

TURKOWSKI, Y.; TURKOWSKI, V. Florence Nightingale (1820-1910): the founder of modern nursing. **Cureus**, San Francisco, v. 16, n. 8, e66192, Aug. 2024. DOI: 10.7759/cureus.66192. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11373583/#>. Acesso em: 06 mar. 2025.

URIARTE, U. M. O que é fazer etnografia para os antropólogos. **Ponto Urbe**, São Paulo, v. 11, 2012. DOI: <https://doi.org/10.4000/pontourbe.300>. Disponível em: <https://revistas.usp.br/pontourbe/article/view/219809>. Acesso em: 06 mar. 2025.

VAGHETTI, H. H.; PADILHA, M. I. C. S.; MAIA, A. R. C. R. O referencial teórico-metodológico de Geertz como uma possibilidade para o estudo da cultura das organizações hospitalares. **Cuadernos de Administración**, Bogotá, v.19, p. 179-194, jul./dez. 2006. Disponível em: <http://www.sci.unal.edu.co/pdf/cadm/v19n32/v19n32a08.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2025.

VAGHETTI, H. H. *et al.* Significados das hierarquias no trabalho em hospitais públicos brasileiros a partir de estudos empíricos. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 87-93, 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000100013>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/MxjTcz9bVhrZk69yv6NPsfL/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2025.

VELHO, G. Observando o familiar. *In*: VELHO, G. **Individualismo e cultura**: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1980.

VERMEULEN, E. Dealing with doubt: making decisions in a neonatal ward in the Netherlands. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2071-2085, 2004. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.010>. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0277953604001121>. Acesso em: 06 mar. 2025.

VIEIRA, A. P. M.; KURCGANT, P. Indicadores de qualidade no gerenciamento de recursos humanos em enfermagem: elementos constitutivos segundo percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 23, n. 1, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000100002>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/xfVtgfPvMxykvQ4DGQrMXwh/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 24 jun. 2025.

VILA, V. S. C. *et al.* Pesquisa etnográfica em saúde: sua apreciação por Comitês de Ética em Pesquisa. **Revista SOCERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 240-242, maio/jun. 2007. Disponível em: [http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007\\_03/a2007\\_v20\\_n03\\_art12.pdf](http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2007_03/a2007_v20_n03_art12.pdf). Acesso em: 24 jun. 2025.

VOSWINKEL, S. Sociologia do trabalho e desigualdade social: o “valor social da força de trabalho”. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 26, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1590/18070337-1373082024>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/soc/a/BQcyZtG7c44r36j8qbVP5rF/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 06 mar. 2025.

WEBSTER, F. *et al.* Failure to cope: the hidden curriculum of emergency department wait times and the implications for clinical training. **Academic Medicine**, [s. l.], v. 90, n. 1, p. 56-62, 2015. DOI: 10.1097/ACM.0000000000000499. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25271893/>. Acesso em: 24 jun. 2025.

ZAMAN, S. Poverty and violence, frustration and inventiveness: hospital ward life in Bangladesh. **Social Science & Medicine**, Oxford, v. 59, n. 10, p. 2025-2036, 2004. DOI: 10.1016/j.socscimed.2004.03.007. Disponível em: [linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001091](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953604001091). Acesso em: 24 jun. 2025.

ZENOBI, D. O antropólogo como “espião”: das acusações públicas à construção das perspectivas nativas. **Mana**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 471-499, 2010. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-93132010000200009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/mana/a/PxVw3PG58Sg4xdRxq4zW77S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 02 jan. 2025.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - UFRJ

Instituto de Estudos em Saúde Coletiva – IESC

Programa De Pós-graduação em saúde Coletiva - PPGSC

Doutorado em Saúde Coletiva

Pesquisa: **“DAR CONTA DO PLANTÃO”**: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia no Rio de Janeiro

Pesquisador principal: Bruna Fabrício Barcelos / DRE UFRJ 122018559 – [brunaenf@gmail.com](mailto:brunaenf@gmail.com) – 21 26261014 / 21 988836903

Você está sendo convidado para participar da pesquisa supracitada na qual você será observado no seu cotidiano de trabalho e entrevistado (a) sobre questões que permeiam o trabalho de enfermeiros tais como autonomia, processo de trabalho, cuidado de enfermagem, hierarquia e legitimidade. A entrevista será realizada durante o plantão sem que traga prejuízos à sua rotina de trabalho. O local para realização da entrevista será reservado e de acordo com sua escolha. A entrevista será gravada e, posteriormente, transcrita pelo pesquisador principal com sua identidade preservada por meio de um nome fictício. O áudio e a transcrição da entrevista serão digitalizados e mantidos sob responsabilidade do pesquisador principal - único a ter acesso a este material para análise - no período de três anos após o término deste estudo. Findo este prazo, os dados serão inutilizados.

Você poderá contatar o pesquisador responsável a qualquer momento através dos contatos mencionados acima para esclarecimentos e para retirar-se desta pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos. Sua participação será com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa, sem receber qualquer incentivo financeiro ou ter qualquer ônus e, ciente do benefício legítimo de refletir sobre sua prática profissional.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Estudos em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio de Janeiro (CEP/ IESC) e à Comissão Científica do Instituto Nacional de Cardiologia (INC). Os objetivos estritamente acadêmicos do estudo que são:

- (1) Identificar e analisar como as enfermeiras organizam seu trabalho ao longo do plantão em duas enfermarias do Instituto Nacional de Cardiologia - INC;
- (2) Compreender os significados que as enfermeiras atribuem às prioridades que estabelecem para suas ações profissionais;
- (3) Compreender e analisar o trabalho real das enfermeiras manifesto na díade do oral e o escrito no trabalho das profissionais.

Uma cópia deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinada pelo pesquisador principal, será entregue a você, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).



Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Voluntário (nome por extenso em letra de forma)  
voluntário

Assinatura do

\_\_\_\_\_  
Bruna Fabrício Barcelos  
Enfermeira COREN-RJ 168342  
DRE UFRJ 122018559

## APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS**“DAR CONTA DO PLANTÃO”: as vicissitudes da organização do trabalho de enfermagem em um hospital público de cardiologia no Rio de Janeiro**

Código: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Sexo: ( ) F ( ) M Estado civil: ( ) solteiro(a) ( ) casado(a) ( ) concubinado(a)

Cidade/Estado de origem: \_\_\_\_\_

Escolaridade paterna: ( ) fundamental ( ) ensino médio ( ) superior incompleto ( ) superior completo

Escolaridade materna: ( ) fundamental ( ) ensino médio ( ) superior incompleto ( ) superior completo

Renda: ( ) R\$ 2.000,00 a R\$ 3.000,00  
( ) R\$ 3.000,00 a R\$ 5.000,00  
( ) acima de R\$ 5.000,00

Instituição de graduação em enfermagem: ( ) pública ( ) privada

Tempo de formação: \_\_\_\_\_ (anos) Possui outra graduação: ( ) sim ( ) não  
Qual?Pós-graduação: ( ) Não ( ) Sim: ( ) *lato-sensu* ( ) *strictu-sensu*Área de concentração da pós-graduação: ( ) CTI ( ) CC ( ) Emergência ( )  
Cardiologia ( ) outras:

Emprego antes do INC? ( ) sim ( ) não. Área de concentração:

Tempo de trabalho no INC: ( ) 1 a 5 anos ( ) mais de 5 anos

Função no setor? ( ) plantonista diurna ( ) plantonista noturna ( )  
diarista

Possui outro emprego? ( ) Não ( ) Sim: Área de concentração:

\_\_\_\_\_

Carga horária semanal total? \_\_\_\_\_

1. Comente um pouco sua escolha por esta graduação.
2. Quanto à abordagem da coleta de dados na graduação
3. Você considera a prática da coleta de dados significativa? O que ela acrescenta para a sua prática? (Quanto à legitimidade profissional, satisfação profissional, cuidado com o paciente, humanização)?
4. Durante o desempenho de suas atividades laborativas, houve dificuldades para realização da coleta de dados em algum momento?
5. Que conselho você daria a um enfermeiro iniciante com relação à coleta de dados?
6. Você sentiu a necessidade de aprimorar seus conhecimentos em semiologia cardiológica para o exercício de sua prática no INC? Como?
7. Você considera que a coleta de dados que você realiza é valorizada pelos seus colegas e outros profissionais?
8. Compare com outros locais que você trabalhou.
9. Como você considera a visibilidade da enfermagem na instituição?

Comentários sobre a entrevista:

**ANEXOS**

## ANEXO A – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

**FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DE PROJETO DE PESQUISA**

**Título do Projeto:** *Diagnósticos de Enfermagem em Cardiologia: representações coletivas dos enfermeiros*

**Investigador (es):** Bruna Fabrício Barcelos  
Jaqueline Teresinha Ferreira  
Tereza Cristina Felipe Guimarães

**Data Avaliação:** 05/09/2016

**1. O Objetivo está claro? Tem relevância?**

O objetivo geral do trabalho é descrever, do ponto de vista histórico-social, a construção do processo diagnóstico como competência técnica do enfermeiro e como isto se reflete na sua prática assistencial.

Os objetivos específicos estão claros e o trabalho têm relevância no campo acadêmico, onde se procura compreender o processo de trabalho do enfermeiro.

**2. A hipótese está formulada e tem relevância?**

Não há uma hipótese. O trabalho é direcionado por questões norteadoras que estão claras.

**3. Há adequação do desenho do estudo com objetivo e hipótese formulados?**

O estudo será etnográfico e o desenho está de acordo com os objetivos formulados.

Por ser um tipo de estudo em que as interpretações do pesquisador tem grande peso no resultado final é necessário que este tenha amplo conhecimento do campo.



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE  
INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA  
COMISSÃO CIENTÍFICA

**4. Qualidade das medidas utilizadas no estudo:**

Não existem medidas. Serão realizadas entrevistas semi estruturadas com os participantes e observação participante. Os dados coletados serão analisados para construção das representações.

**5. Como está o registro das medidas?**

Não se aplica.

**6. Observações:**

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO**

**Parecer Geral:**

Liberado para a tomada de ciência do Diretor do INC

Pendente. (precisa de modificações)

Não aprovado

Outros:

Helsna Cramer Veiga Rey

Coordenadora da Comissão Científica

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ  
 INSTITUTO DE ESTUDOS EM SAÚDE COLETIVA – IESC  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA – PPSC  
 DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA  
 Linha de pesquisa: Abordagens Sócioantropológicas do Processo Saúde-Doença  
 Docente orientador: Jaqueline Teresinha Ferreira  
 Doutoranda: Bruna Fabrício Barcelos DRE 115014811

Pesquisa: **Diagnósticos de enfermagem em cardiologia: representações dos enfermeiros.**

AUTORIZAÇÃO PARA DESENVOLVIMENTO DE PESQUISA

Venho por meio desta solicitar autorização para realização da pesquisa supracitada cujos objetivos são:

- Descrever, do ponto de vista histórico-social, a construção do processo diagnóstico como competência técnica do enfermeiro e como isto se reflete na sua prática assistencial nas unidades de internação clínica do Instituto Nacional de Cardiologia (INC).
- Observar, na prática, a aplicação do processo diagnóstico de enfermagem no cuidado hospitalar aos pacientes com cardiopatias nas unidades de internação clínica;
- Interpretar as representações coletivas dos enfermeiros sobre esses diagnósticos.

E, cujos dados, após assinatura, pelos participantes, do Termo de Conhecimento Livre e Esclarecido (TCLE), serão coletados por meio de entrevistas semi-diretivas e observação participante. Os participantes da pesquisa serão enfermeiros, pois a identificação dos diagnósticos de enfermagem é atividade privativa deste profissional, que ao serem convidados se disponham a participar do estudo. As entrevistas serão gravadas e realizadas no Instituto Nacional de Cardiologia (INC) durante o serviço (plantão) sem prejuízos às atividades laborativas, em local reservado, a fim de minimizar possíveis riscos de constrangimento aos participantes do estudo.

Rio de Janeiro, 13 de Junho de 2016

INC  
 Dr. André de Oliveira Monteiro  
 Diretor Ger. do INC  
 Matr. 115014811 - CREA/RJ 02.0504