

**Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais**  
**Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais**

**TRABALHO E ENFERMAGEM: as condições de trabalho dos enfermeiros  
nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte**

**Eleonora Victoy Martins da Silva**

**Belo Horizonte**

**2007**

**Eleonora Victoy Martins da Silva**

**TRABALHO E ENFERMAGEM: as condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais: Gestão de Cidades; linha de pesquisa: Trabalho e Cidade; da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais; como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Magda de Almeida Neves

Belo Horizonte

2007

**TRABALHO E ENFERMAGEM: as condições de trabalho dos enfermeiros nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte**

**Eleonora Victoy Martins da Silva**

Dissertação de Mestrado submetida à banca examinadora designada pelo Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências Sociais.

Belo Horizonte, 18 de fevereiro de 2008.

Profa. Dra. Magda de Almeida Neves  
Orientadora - PUC Minas

Profa. Dra. Maria José Moraes Antunes  
PUC Minas (Depto. de Enfermagem)

Prof. Dr. Tarcísio Rodrigues Botelho  
PUC Minas

## **AGRADECIMENTOS**

Dedico este trabalho:

A Dulce Magela Victoy Martins: mulher, mãe, trabalhadora e enfermeira, mas acima de tudo meu maior exemplo de amor e de luta;

À memória do meu pai Adalberto Martins da Silva: doce lembrança, eterna presença;

A minha Maria, luz e cor da minha vida, inocente e generosa com a minha ausência;

Ao Paulo Roberto, presença serena, acreditando sempre que sou capaz e nunca permitindo que eu desista;

Às pessoas que partiram durante essa minha viagem deixando imensa saudade no meu coração e ocupando meus pensamentos com suas lembranças: Giordana Maria Vitoi e Mariza de Araújo Costa Pereira.

Agradecimentos,

A Deus, por tudo o que foi conquistado e pela certeza de que haverá forças para as conquistas que estão por vir.

Agradecimento especial: à Professora Doutora Magda de Almeida Neves pelo respeito aos meus limites e pelo incentivo constante, e à Professora Doutora Maria José Moraes Antunes, pela sincera disponibilidade durante todo esse processo e impulso na reta final.

Agradeço:

Aos meus irmãos Tasso e Clarissa, exemplos de caráter, por me aceitarem como sou;

Aos meus sobrinhos, estrelinhas recém-chegadas, Ana Clara e Arthur;

À minha querida Tia Palmira, presença forte e cheia de amor;

Ao meu primo e irmão Marcelo, por tudo que sempre foi na minha vida;

À minha amiga de fé, “irmã” e camarada, Laudi, pela amizade sincera;

À minha outra “irmã” Conceição, que tanto cuidou de mim;

Ao amigo e colega Professor Robson Figueiredo Brito, que me apontou o caminho,

A Raquel de Castro Almeida, pela generosidade;

Aos colegas professores da PUC Minas Betim, pela torcida;

Aos colegas de trabalho da UAI 7 de Setembro, em especial a amiga Ivonilde Assis;

Aos colegas do Mestrado, pelos dias de alegria;

Aos professores do Mestrado (especialmente à Professora Léa Souki), que me encantaram com seu saber;

Aos colegas enfermeiros, que voluntariamente participaram da pesquisa;

A Ângela, pela serenidade com que sempre me apoiou e pela revisão competente;

Ao Júnior pela alegria e pela disponibilidade em realizar a revisão final;

Ao amigo fiel Zé Miguel, que desprendidamente se agrada da minha companhia.

## RESUMO

Esta pesquisa, de natureza qualitativa, teve como objetivo verificar como as (os) enfermeiras (os), dos hospitais públicos e privados da cidade de Belo Horizonte, percebem o trabalho e as condições de trabalho no seu exercício profissional. Em um primeiro momento, utilizou-se o referencial teórico sobre a história da enfermagem, sua evolução no Brasil, sua presença o território nacional, as características do trabalho e a questão do gênero. A questão da saúde na cidade de Belo Horizonte foi também trabalhada, considerando-se importante a avaliação da distribuição espacial dos equipamentos de saúde disponíveis na cidade. A partir de dez categorias analíticas, foram analisados os achados das entrevistas das enfermeiras (os), inseridos em hospitais públicos em hospitais privados, relacionados à identidade profissional, à percepção do trabalho, as condições atuais de trabalho para o exercício da profissão de enfermeira (o) e a condição feminina no trabalho da (o) enfermeira (o). A enfermagem como profissão, instituída a partir de Florence Nightingale, vem acompanhando as mudanças no mundo do trabalho, mas percebe-se que a questão do gênero continua presente no cotidiano do exercício profissional das (os) enfermeiras (os), uma vez que permeia toda a história e evolução da profissão, influenciando-o de forma direta.

**Palavras –chave:** enfermagem, trabalho, gênero, saúde

## **ABSTRACT**

The objective of this research, of qualitative nature, was to verify how the nursing staff at both public and private hospitals in the city of Belo Horizonte regards their work and its conditions in the accomplishment of their professional duties. At first, the theoretical referential was used on the history of nursing, its evolution in Brazil, its presence in the domestic territory, the characteristics of the work and the question of the gender. The health topic in the city of Belo Horizonte has also been taken into account, considering the importance of the evaluation of the spatial distribution of the health equipment available in the city. From ten analytical categories, the findings originated from the interviews with the nurses in private and public hospitals, have been analyzed, related to the professional identity, to the perception of the work, the current work conditions in carrying out their duties as nurses and the female conditions at nurse's work. Nursing as a profession, instituted from Florence Nightingale, has progressed with the changes in the professional world, but it is perceived that the issue of the gender continues to exist in the daily routine and performance of the nurses' duties – which is relevant because it is a crucial part of all the history and evolution of the nursing profession, and has a direct influence upon it.

**Key words:** nursing, work, gender, health

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1:</b> Hospitais não públicos de Belo Horizonte, maio de 2006.....	58
<b>Quadro 2:</b> Hospitais públicos de Belo Horizonte, maio de 2006.....	59
<b>Mapa 1:</b> Divisão Administrativa de Belo Horizonte, segundo a PBH, 1996 .....	53
<b>Mapa 2:</b> Distribuição Espacial das Unidades da Rede FHEMIG.....	63

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> - Contingente de Profissionais de Enfermagem no Brasil / 2006.....	24
<b>Tabela 2</b> - Distribuição de enfermeiros empregados segundo os estados e regiões Brasil, 2001 .....	26
<b>Tabela 3</b> - Estimativa de gastos com saúde - Brasil – 2006 – (R\$ bi).....	28
<b>Tabela 4</b> - População residente em Belo Horizonte por regiões e unidades de saúde em 2000 .....	54
<b>Tabela 5</b> - Dependência da população de Belo Horizonte em relação ao Sistema Único de Saúde em 2000. ....	55
<b>Tabela 6</b> - Localização dos hospitais públicos e não públicos, por regionais, em Belo Horizonte, maio de 2006. ....	60
<b>Tabela 7</b> - Leitos hospitalares públicos e não públicos em Belo Horizonte, maio de 2006 ....	60

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

- Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn)
- Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)
- Consolidação das Leis do Trabalho (CLT)
- Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS)
- Fundação de Assistência Médica de Urgência (FEAMUR)
- Fundação de Assistência Psiquiátrica (FEAP)
- Fundação Estadual de Assistência Leprocromial (FEAL)
- Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG)
- índice de qualidade de vida urbana (IQUV)
- Índice de vulnerabilidade social (IVS)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE)
- Instituto de Previdência dos Servidores do Estado de Minas Gerais (IPSEMG)
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP)
- Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs)
- Organização Mundial de Saúde (OMS),
- Organização Panamericana de Saúde (OPAS)
- Organização Pan-americana de Saúde (OPAS)
- Recibo de Profissional Autônomo (RPA)
- Relação Anual de Informações Sociais (RAIS)
- Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU)
- Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)
- Sistema Único de Saúde (SUS)
- Unidade de Terapia Intensiva (UTI)

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1 PROFISSÃO: ENFERMEIRA (O) .....	15
1.1 A enfermagem como profissão: breve história das raízes de suas condições de trabalho..	15
1.2 A enfermagem no Brasil.....	19
1.3 A Enfermagem, suas categorias e distribuição.....	23
1.4 O processo de trabalho em enfermagem e as mudanças no contexto do trabalho hospitalar .....	29
1.5 O trabalho da enfermagem e a questão do gênero.....	33
2 A CIDADE DE BELO HORIZONTE E A REDE HOSPITALAR.....	40
2.1 Conceituando a Instituição Hospitalar.....	40
2.2 Instituições hospitalares e o Público e o Privado .....	44
2.3 O SUS e a rede hospital pública e privada .....	47
2.4 A distribuição espacial dos Hospitais em Belo Horizonte .....	48
2.5 A divisão administrativa de Belo Horizonte e a assistência à saúde .....	51
2.6 Hospitais públicos e não públicos de Belo Horizonte .....	56
2.7 A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG .....	61
3 O OLHAR DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO SOBRE AS CONDIÇÕES E O PROCESSO DE TRABALHO.....	68
3.1 O Método.....	68
3.2 Os sujeitos da pesquisa.....	69
3.3 Categorias de análise .....	71
3.4 Apresentação e análise dos resultados encontrados .....	71
3.4.1 <i>Inserção contratual (contrato, salário e jornada)</i> .....	72
3.4.2 <i>História e a Trajetória no trabalho</i> .....	75
3.4.3 <i>Escolha Profissional</i> .....	77
3.4.4 <i>Satisfação e a realização no emprego</i> .....	79

3.4.5 Expectativa quanto o futuro no trabalho.....	81
3.4.6 Trabalho e Gênero .....	82
3.4.7 Sobrecarga de trabalho e adoecimento.....	85
3.4.8 Infra-estrutura .....	86
3.4.9 Estrutura Administrativa .....	87
3.4.10 Emprego ideal. ....	89
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	91
REFERÊNCIAS .....	97
APÊNDICE A- PERFIL DOS ENTREVISTADOS .....	105
APÊNDICE B - PROPOSTA DE ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS ENFERMEIROS .....	110
ANEXO A - LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO - LEI FEDERAL N ° 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986 .....	113

## INTRODUÇÃO

O trabalho é uma das dimensões da vida das pessoas, a ele atribui-se desde o fato de poder sobreviver, até a possibilidade de se obter prazer e se fazer presente e incluído no mundo. Enraizado na existência humana, o trabalho veio se transformando tanto em sua essência, quanto na maneira como conecta os trabalhadores entre si e com a sociedade. Ora impondo as mudanças, ora sendo imposto por elas, o trabalho, associado a uma profissão, ao cotidiano ou materializado na forma de emprego, tem estado presente nos estudos e discussões, tanto da esfera acadêmica, quanto da sociedade.

O trabalho das (os) enfermeiras (os) vem alcançando diferentes espaços: anteriormente restrito aos domicílios, aos conventos, às casas de caridade e exercido de forma voluntária e empírica, tornou-se profissional a partir da enfermeira inglesa Florence Nightingale. O trabalho da (o) enfermeira (o), tem alcançado mais visibilidade, principalmente com a criação e a implementação do Programas de Saúde da Família, que fez aumentar o número de postos de trabalho para as (os) enfermeiras (os) e, conseqüentemente, redimensionou o número de vagas nas universidades. Outros espaços de atuação como os serviços de urgência médica, o SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência), as unidades básicas de saúde, o atendimento ambulatorial, os hospitais-dia, os atendimentos domiciliares (*home cares*), a docência e, finalmente, os diversos tipos de atendimento hospitalar, podem demonstrar o quão versátil o trabalho da (o) enfermeira (o) pode ser.

Em cada uma das possibilidades de trabalho das (os) enfermeiras (os), ocorreram transformações, seja na forma como o trabalho se apresenta, seja em relação ao trabalhador. O trabalho na área da saúde incorporou as inevitáveis mudanças tecnológicas e se adaptou a elas, embora, segundo Medeiros e Rocha (2004), ainda guarde características de trabalho artesanal. No entanto, o que tem influenciado o trabalhador, de forma contundente, é a maneira como o ele se insere no trabalho e se relaciona com o mesmo, e de que maneira esse trabalho está conformado para garantir ao trabalhador a segurança e a tranqüilidade, necessárias para o exercício profissional.

A presente pesquisa apresenta, como proposta central, um estudo sobre o trabalho e as condições de trabalho das (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos e não públicos de Belo Horizonte. Portanto, o objetivo geral é estabelecer uma análise comparativa do trabalho e das condições de trabalho desses profissionais. Nesta busca, acredita-se que um entendimento

sobre a história da profissão, seu desenvolvimento no Brasil e suas principais características, seja importante para a compreensão das condições de trabalho que ora se apresentam e que resultam na percepção das (os) enfermeiras (os) entrevistadas, a respeito do seu próprio trabalho.

O referencial teórico da pesquisa é interdisciplinar, uma vez que compreende uma abordagem histórica da formação da profissão de enfermagem, um conhecimento das características da profissão e do trabalho de enfermagem e um proposta de aprofundamento sobre a questão do gênero, para permitir a análise das condições de trabalho mencionadas pelas (os) entrevistadas (os). Para fundamentar a análise, utiliza-se a abordagem histórica, de Geovanini (2005); o conceito de reestruturação produtiva, de Antunes (2000) e Pires (2000); os conceitos de instituição hospitalar, de Ribeiro (1993) e Antunes (1991); adoecimento e enfermagem de, Murofuse (2004); e gênero, de Kergoat (1996), Lopes (1996) e Louro (1996). A abordagem da questão de gênero foi considerada especialmente importante para a construção da pesquisa, uma vez que essa se constituiu em um suporte para avaliação das condições de trabalho das (os) enfermeiras (os) dos hospitais de Belo Horizonte.

O interesse pelo tema desta pesquisa é o reflexo da minha trajetória como profissional da saúde. Como enfermeira, graduada há mais de 20 anos, tive oportunidades profissionais em instituições hospitalares públicas e privadas. Como professora do curso de enfermagem da PUC-MG, igualmente atuando em instituições hospitalares também através da docência, convivo dia a dia com a angústia dos alunos em saber onde poderão exercer, de forma mais plena, a profissão que escolheram, e quais os apontamentos para este mercado de trabalho num futuro próximo. Natural desta capital e tendo minha trajetória profissional na Região Metropolitana de Belo Horizonte, observo e me inquieto com as mudanças ocorridas na oferta de trabalho para as (os) enfermeiras (os). A falta de informação sobre as questões relativas ao trabalho das (os) enfermeiras (o) na cidade de Belo Horizonte, associada ao crescente número de estabelecimentos de saúde, e ao surgimento de novos cursos de graduação em enfermagem, também foi fator motivador na escolha do objeto para o desenvolvimento da pesquisa. Associou-se a esses fatores, um desejo muito pessoal de olhar para dentro do trabalho hospitalar e ver a sua trajetória ao longo do período em que faz parte da minha vida para perceber se os sujeitos eram movidos pelos mesmos fatores que, até então, me conduziram e motivaram a permanecer e a crescer no percurso dessa profissão.

Em relação ao procedimento metodológico, optou-se pela pesquisa qualitativa, uma vez que ela é capaz de responder a questões que não podem ser quantificadas e é, por esse motivo, o método geralmente escolhido para realização de pesquisas na área das ciências so-

ciais, antropologia e enfermagem. Em uma fase preliminar, foi construído um referencial bibliográfico alicerçado em livros, artigos, dissertações e teses que se relacionam ao tema do trabalho e das condições de trabalho dos enfermeiros. A coleta de dados foi realizada na cidade de Belo Horizonte, no período de Fevereiro a Junho de 2007. Os sujeitos dessa pesquisa foram as (os) enfermeiras (os) trabalhadoras de hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, dentro e fora da região central da cidade. As (os) enfermeiras (os) foram convidadas (os) à pesquisa e aceitaram participar voluntariamente da mesma. O critério adotado para escolha dos sujeitos convidados foi o fato de trabalharem em instituições públicas ou privadas, dentro ou fora da região central da cidade. Participaram da pesquisa 16 enfermeiras (os), sendo 6 ligadas a hospitais privados e 10 a hospitais públicos. Para a coleta de dados foram utilizadas entrevistas dirigidas. As entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e posteriormente transcritas literalmente e então analisadas. Buscou-se, nas análises, extrair informações que pudessem dar subsídios aos objetivos e hipóteses da pesquisa. Os relatos das (os) enfermeiras (os) foram condensados em 10 categorias de análise como forma de se caracterizar, de maneira mais objetiva, as condições de trabalho a que esses profissionais estão expostos e também como esses profissionais se posicionam dentro da profissão da enfermagem.

A dissertação se divide em três capítulos, e o que importa para a conformação da pesquisa é a percepção das (os) enfermeiras (os) entrevistadas em relação às condições de trabalho a que os mesmos estão expostos no seu exercício profissional. No primeiro capítulo, busca-se encontrar os aspectos da relação entre as condições de trabalho e a história da profissão. Para isso, optou-se por apresentar a profissão de enfermagem, através de sua história, para nela encontrar as raízes de suas condições de trabalho, suas categorias e as características gerais do trabalho do (a) enfermeiro (a), relacionando-as às condições de trabalho em saúde. Acredita-se que analisar a construção da enfermagem como profissão e seu desenvolvimento profissional no Brasil seja uma forma de compreender as condições de trabalho a que estão submetidos os enfermeiros da cidade de Belo Horizonte. Outro objetivo do primeiro capítulo é abordar as questões relativas ao trabalho dos (as) enfermeiros (as) nas instituições hospitalares, como forma de subsidiar teoricamente a percepção das (os) enfermeiros (as) em relação ao seu trabalho – referidos pelos mesmos nas entrevistas – tema do terceiro capítulo. A questão do gênero, também será abordada por acreditar ser essa uma questão fundamental na compreensão da conformação do trabalho da (o) enfermeira (o).

O objetivo do segundo capítulo é realizar um mapeamento das instituições hospitalares de Belo Horizonte, identificando as públicas e as não públicas, uma vez que a pesquisa privilegiará a escolha das instituições com base na sua natureza jurídica e localização. Na primeira

secção, abordar-se-á a conceituação histórica das instituições hospitalares buscando imprimilhes uma análise mais social. A abordagem teórica, quanto aos conceitos entre público e não público, também se fez necessária, e o que se pôde perceber é que a teoria não consegue atingir a questão social imbricada neste debate, o que realmente importa na construção conceitual pretendida nesse capítulo. Realizou-se a caracterização da rede hospitalar em Belo Horizonte, em relação ao número dos hospitais, ao tipo de serviço que prestam à população, ao tipo de clientela atendida, e à localização espacial. A relação da distribuição espacial dos estabelecimentos de saúde e a sua relação com o panorama de exclusão social, presentes na cidade de Belo Horizonte, foi realizada com o objetivo de conformar a distribuição de oferta dos equipamentos de saúde, construindo-se assim o cenário da atuação das (os) enfermeiras (os) na cidade.

Os resultados do estudo são apresentados no terceiro capítulo e relacionados ao referencial teórico, após uma caracterização geral dos sujeitos da pesquisa, apontando como as (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os) percebem, com base nas 10 categorias analíticas propostas, o trabalho e as condições de trabalho no cotidiano do exercício profissional.

## **1 PROFISSÃO: ENFERMEIRA (O)**

Este capítulo tem objetivos distintos e correlacionados. Um deles é apresentar a profissão da enfermagem através de sua história para encontrar nela as raízes de suas condições de trabalho, suas categorias e as características gerais do trabalho do (a) enfermeiro (a), relacionando-as às condições de trabalho em saúde. O ponto de partida para o cumprimento deste objetivo é analisar, mesmo que de maneira breve, a construção da enfermagem como profissão e sua presença no território nacional. Busca-se aqui compreender e correlacionar a história dessa profissão com as condições de trabalho a que estão submetidos os enfermeiros da cidade de Belo Horizonte. O segundo objetivo é abordar as questões relativas ao trabalho das (os) enfermeiras (os) nas instituições hospitalares, como forma de subsidiar teoricamente a percepção das enfermeiras (os) em relação ao seu trabalho – referida pelos mesmos, nas entrevistas – tema do terceiro capítulo. Uma outra questão, fundamental para a compreensão da conformação do trabalho da (o) enfermeira (o), é a questão do gênero, historicamente imbricado nas lutas e no percurso da categoria rumo à consolidação do seu valor no mercado de trabalho em saúde.

### **1.1 A enfermagem como profissão: breve história das raízes de suas condições de trabalho**

Geovanini (2005) realiza uma retrospectiva histórica sistematizada do desenvolvimento das práticas de saúde e estabelece uma padronização que vai desde as Práticas de Saúde Instintivas dos grupos nômades primitivos às práticas de saúde no Mundo Moderno. A partir da análise de Geovanini (2005), é possível perceber o surgimento e a evolução do cuidado e da enfermagem e, a partir daí, entender o momento atual da profissão revendo as raízes de suas condições de trabalho. As *práticas de saúde instintivas* foram as primeiras formas de prestação de assistência. Num primeiro estágio da civilização, estas ações garantiram ao homem a manutenção de sua sobrevivência e trouxeram consigo a marca do cuidado associado ao feminino:

Partindo do ponto de vista das duas teorias do surgimento do homem no planeta, a mulher é a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da raça humana. Isto porque a divisão social do trabalho, na divisão dos grupos primitivos, contemplou-a como responsável pelo cuidado com as crianças, velhos e doentes. (GEOVANINI, 2005, p.7).

Em uma fase subsequente, as *práticas de saúde mágico-sacerdotais* transferem para a figura do sacerdote o papel intermediador entre o humano e o divino para a cura, a vida e a morte. A enfermagem aparece nessa fase com uma participação pontual da prática domiciliar de partos e alguma participação, não muito clara, de mulheres da sociedade que dividiam as tarefas dos templos com os sacerdotes.

No *alvorecer da ciência*, no final do século V e princípio do século IV a.C. a prática da saúde passa a ser fruto de experimentações e argumentações. Na Grécia iniciava-se o período hipocrático. Hipócrates, apoiado pela influência socrática e de outros filósofos, propôs um novo método de abordagem do enfermo. Ao contrário dos Gregos, os romanos consideravam o cuidado aos doentes indigno da aristocracia e esta prática era exercida então por escravos e estrangeiros. Segundo Geovanini (2005) não há caracterização nítida da prática da enfermagem nessa época.

O período cristão, marcado por guerras devastadoras e grandes epidemias, inicia um novo momento nas práticas da saúde: *as práticas de saúde monástico-medievais*. Na efervescência religiosa da época, a Igreja detinha grande prestígio político, social, moral e financeiro. Encontrava-se apoiada pela aristocracia e respaldada pelo poderio militar. Nesse cenário, os leigos, por determinação própria, passaram a se dedicar ao cuidado aos pobres, enfermos e moribundos. A enfermagem surge então como uma atividade de cuidado, porém sem vinculação e respaldo científico. Aqui ela encontra mais uma de suas grandes marcas: sua conotação de sacerdócio, a despeito de uma atividade profissional. É também nessa época que surgem os hospitais, tema que será tratado no próximo capítulo.

O movimento mercantilista, a consolidação do eixo econômico do/no Atlântico, a expansão da tipografia e a Renascença, modificaram o panorama mundial. A Inquisição, a Revolução Protestante e a multiplicação das universidades foram fatores de influência para a mudança nas práticas de saúde, nomeadas nesse período por Geovanini (2005) de *práticas de saúde pós-monásticas*.

“A reforma protestante teve grande repercussão sobre a enfermagem, uma vez que esta estava agregada à prática religiosa. Entretanto esse movimento não foi exclusivamente religioso, pois, muito embora representasse uma alternativa derradeira para o restabelecimento da disciplina clerical que entrara em decadência também consti-

tuiu uma tentativa de ruptura com a estrutura política do regime feudal. (GEOVANNINI, 2005, p.19).

Nesse ambiente de miséria e degradação humana as pseudo-enfermeiras desenvolviam tarefas essencialmente domésticas, recebendo um parco salário e uma precária alimentação por um período de 12 a 48 horas de trabalho ininterrupto. (GEOVANNINI, 2005, p.20).

Apresentada como um serviço doméstico, deliberadamente explorada e sustentada por frágeis traços morais a enfermagem não atraía mulheres de classe social mais elevada e permaneceu assim por longo período vivendo então a sua pior crise e recuperando-se, no limiar da revolução capitalista, pelas mãos novamente das religiosas e pela necessidade de melhora das condições dos que atuavam nos hospitais.

As *práticas de saúde no mundo moderno* elevaram a enfermagem a um outro patamar. A Revolução Industrial produziu fenômenos como o êxodo rural, o surgimento das cidades, as aglomerações de pessoas e o trabalho fabril. O trabalho humano representado pelo operário e, portanto peça fundamental para a expansão do capitalismo, colabora para a reafirmação da medicina e da enfermagem como importantes para a garantia da manutenção da sua força de trabalho.

O avanço da medicina favoreceu a reorganização dos hospitais que se tornaram empresas produtoras de saúde. Nesse cenário a enfermagem moderna surge tendo como seu marco histórico a figura de Florence Nightingale<sup>1</sup>, dama da sociedade inglesa que, a convite do Ministro da Guerra da Inglaterra, encaminhou-se, acompanhada de mais 38 voluntárias, para tratar dos feridos (os soldados ingleses), da Guerra da Criméia (1854-1856). Florence Nightingale fazia parte de uma elite econômica e possuía conhecimentos de enfermagem adquiridos com religiosas alemãs. As voluntárias foram selecionadas por Florence Nightingale, segundo seu espírito de sacrifício, sua dignidade, disciplina e altruísmo. Após a guerra, Florence fundou a Escola de Enfermagem Saint Thomas, em 1860. Na historiografia mundial, segundo Santos (2002), essa escola é um marco entre a enfermagem escolarizada e a não escolarizada, citando-se a definição da referida autora. A escola de Miss Nightingale era baseada na disciplina militar e selecionava suas candidatas de acordo com suas qualidades morais (aceitava-se apenas candidatas do sexo feminino). Há que se dizer que as candidatas também tinham

<sup>1</sup> **Florence Nightingale** (12 de Maio 1820, Florença - 13 de Agosto 1910, Londres) foi uma enfermeira britânica que ficou famosa por ser pioneira no tratamento a feridos de guerra, durante a Guerra da Criméia. Também contribuiu no campo da Estatística, nomeadamente na criação de sistemas de representação gráfica como o gráfico setorial (comumente conhecido como gráfico do tipo "pizza").

que ser brancas e solteiras. Dessa forma, criou-se um padrão para se exercer a profissão, padrão esse que foi difundido em vários países, à medida que a enfermagem era introduzida de forma profissional através do ensino:

Assim a enfermagem surge, não mais como uma atividade empírica, desvinculada do saber especializado, mas como uma ocupação assalariada que vem atender à necessidade de mão de obra nos hospitais constituindo-se como uma prática social institucionalizada e específica. (GEOVANINI, 2005, p. 27).

Outra característica introduzida por Nightingale foi a divisão social da enfermagem que persiste até os dias atuais. A Escola Nightingaleana formava, segundo Geovanini (2005) e Santos (2002), duas categorias distintas de enfermeiras: as *ladies*, oriundas de classe social mais elevada, a quem cumpria o desempenho de tarefas intelectuais, tais como administração, supervisão, direção e controle dos serviços de enfermagem; e as *nurses*, que pertenciam a níveis sociais mais baixos e que, sob a supervisão das *ladies*, realizavam o trabalho manual da enfermagem. Na interessante análise de Rezende (1994), a divisão social precedeu a divisão técnica, pois o trabalho manual, considerado inferior, era delegado àqueles de classe social inferior, ao passo que o trabalho intelectual e gerencial, considerado superior, deveria ser realizado por pessoas de camadas elevadas da sociedade.

Rodrigues (2001) destaca que existe uma semelhança entre o ícone da enfermagem brasileira, Ana Néri<sup>2</sup>, e Florence Nightingale: ambas tiveram uma guerra como pano de fundo e, conseqüentemente, marcaram a profissão com o caráter de abnegação e voluntariedade. Na avaliação de Almeida e Rocha (1986), a abnegação, a obediência e a dedicação de Florence Nightingale e de Ana Néri marcaram definitivamente a ideologia da enfermagem: disciplina e obediência são características esperadas pela sociedade do profissional enfermeiro, a sociedade também espera que ele não exerça a crítica social, mas que ampare e socorra as vítimas da sociedade:

Por essa razão os enfermeiros enfrentam sérias razões de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos outros profissionais do mesmo nível, enfim, sua organização política é frágil e quase sem autonomia. (GERMANO, 1993, p. 25).

---

<sup>2</sup> **Ana Justina Ferreira Néri** nasceu na vila de Cachoeira de Paraguaçu-BA, em 13 de Dezembro de 1814. Viúva do capitão-de-fragata, ao ter seus filhos e irmãos convocados para a Guerra do Paraguai, ofereceu seus serviços como enfermeira enquanto durasse o conflito. Trabalhou, abnegadamente, até o fim da guerra. [http://www.e-biografias.net/biografias/ana\\_neri.php](http://www.e-biografias.net/biografias/ana_neri.php) > Acesso em 02 jul. 2007.

Rezende (1994) também relata que os profissionais identificam seu trabalho como um serviço e uma possibilidade de relação com o sagrado. O trabalho da enfermagem é identificado por muitos, dentro e fora da profissão, como uma abnegação e uma renúncia, ou seja, um sacrifício em benefício de Deus ou de outro. Até o momento, na revisão da história da profissão, percebeu-se, de maneira muito clara, seus principais traços, uma vez que feminino/mulher, voluntariedade, abnegação, padrão moral, caridade, devoção têm surgido ao longo dessa construção.

## **1 2 A enfermagem no Brasil**

No Brasil, Alves (1987), Marx e Morita (2003) e Machado (2005) subdividem a enfermagem, suas condições de trabalho e sua inserção no mercado de trabalho em 4 fases. A primeira delas situa-se entre 1889-1930, quando a sociedade se caracterizava como rural, quando não existiam políticas públicas para a saúde, provavelmente pelo desinteresse em se manter a força de trabalho formada então por escravos e imigrantes. Por força de pressões internacionais, o governo precisou intervir no saneamento dos portos e no controle de algumas epidemias, e a saúde aparece como uma questão social. A assistência aos doentes era prestada pelos religiosos em conventos e pela própria Igreja. Assim, através das congregações religiosas, são estabelecidos acordos de prestação de serviço com os Hospitais de Santas Casas:

Esses hospitais obrigavam as religiosas a prestarem qualquer tipo de tarefa, sob as mais árduas jornadas de trabalho. Sob supervisão médica essas primeiras enfermeiras assumem funções de caráter espiritual e responsabilizam-se pelo controle de materiais e instrumentos de trabalho. Participam ainda controle dos gastos hospitalares, colaborando assim com os proprietários dos hospitais. (ALVES, 1997, p.22).

É nessa fase que ocorre o surgimento do ensino oficial da enfermagem, através da Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, criada em 1890, no Rio de Janeiro. Hoje esta escola tem o nome de Escola de Enfermagem Alfredo Pinto e é administrada pela UNI-Rio. A escola funcionava anexa ao Hospício Nacional de Alienados. Seu corpo docente era formado pelos médicos psiquiatras da instituição e sua vocação era o tratamento dos portadores de sofrimento mental. De acordo com Machado (2005), tal associação seguia o modelo norte-

americano de ter sempre uma escola anexa ao hospital, como forma de se ter trabalho a baixo custo, uma vez que os alunos poderiam realizar a prestação de cuidados aos doentes como parte do processo de aprendizado. Em 1916, foi criada a Escola Prática de Enfermeiras da Cruz Vermelha Brasileira, que tinha como objetivo preparar *socorristas voluntárias* para o atendimento a situações de emergência e também para a guerra.

O surgimento de novas escolas para o ensino da atividade de enfermagem pode mostrar a trajetória da profissão rumo à profissionalização. A criação da Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1923, no Rio de Janeiro, foi um marco para a profissão devido ao elevado nível dos professores e a rígida seleção de suas alunas, seguindo o modelo *nightingaleano*. Criada por iniciativa do cientista Carlos Chagas, marcou a introdução da enfermagem moderna no país. É esta escola que detém o honroso título, segundo Santos (2002), de primeira escola oficial padrão de enfermeiras.

Por iniciativa do Estado, foi criada no ano de 1933, em Belo Horizonte, a Escola de Enfermagem Carlos Chagas. Esta Escola foi pioneira entre as escolas estaduais no país e a primeira a diplomar religiosas no Brasil. Como parte da sua história, segundo Santos (2002), a escola destaca-se pelo fato de ter aceitado alunas negras desde a sua primeira turma, ocorrência incomum, uma vez que o modelo americano *não via com bons olhos* a presença do negro na enfermagem e na sociedade.

Como categoria profissional, a enfermagem buscou se organizar através da criação da Associação Nacional de Enfermeiros Diplomados Brasileiros (1926), hoje ABEn, uma entidade sem fins lucrativos, que tem por finalidade congregar enfermeiros e técnicos em enfermagem, incentivar o espírito de união entre as classes e promover o desenvolvimento técnico, científico e profissional dos integrantes da equipe de enfermagem no país. Assim, ao criarem a ABEn, esses enfermeiras (os) criam também um espaço para discussão dos problemas, lutas e desejos dessa nova categoria, na mesma medida em que conferiram à ela traços importantes de profissionalização.

Para Alves (1997), a segunda fase (1930 a 1945), segue-se à crise de 1929 e é caracterizada pela crescente divisão social e técnica do trabalho e também pelo aumento da exigência de força de trabalho pela sociedade emergente. Nesse período, ocorrem mudanças importantes na saúde coletiva e no mercado de trabalho para as enfermeiras (os). A unificação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) e sua fusão no Departamento Nacional de Previdência Social (DNPS), e o Serviço Social de Saúde Pública, responsável pela proteção à mão de obra

produtiva, criam um novo campo de trabalho para os enfermeiras (os). Nessa fase, ocorre a criação de hospitais-escola em vários estados, e a migração da medicina preventiva, focada na saúde coletiva, para a medicina curativa, de forte ênfase hospitalar. Em consequência desse novo cenário, ocorre o aumento da oferta de empregos para enfermeiras (os) no setor privado, como uma saída para suprir as novas demandas do mercado.

A terceira fase, o período de 1945 a 1965, é marcada pelo crescimento do ensino como forma de se atender às demandas da privatização da saúde. Em 1957, das 34 Escolas de Enfermagem existentes no país, 13 eram públicas e 21 eram privadas. Desse total, 19 eram dirigidas por religiosas o que, segundo Machado (2005), contribuiu para inculcar nos estudantes a profissão da enfermagem como uma atividade devocional. Há necessidade de se destacar, como um importante fato histórico desse período, um movimento de greve ocorrido na cidade de Santos, quando os profissionais de enfermagem lutaram por melhores condições salariais e de trabalho, demonstrando-se aí um movimento da profissão rumo a uma visibilidade mais profissional e menos caritativa. Cada período, entretanto, trouxe mudanças para a profissão: entre os anos de 30 a 60, destaca-se a expansão desordenada do pessoal de enfermagem, colaborando para que as condições de trabalho pudessem ser construídas de forma homogênea:

Identifica-se ainda, como fator importante no rumo da Enfermagem Brasileira e na desordenada expansão de seu pessoal, a reorganização da Previdência Social, a partir da década de 50. Determinada pela emergência da atenção médica individual exigida pelos trabalhadores, essa organização reforçou a política de saúde médico - hospitalar e relegou a saúde pública a uma posição secundária. (GIOVANINI, 2005, p.37).

A quarta fase se inicia na década de 80, com a criação da Lei n. 7498/86 (BRASIL, 1986), que marca definitivamente a profissão, ao regulamentar o seu exercício no território nacional, reconhecendo suas categorias profissionais. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem trouxe para as enfermeiras (os) um direcionamento para a execução de suas atividades. Ao nortear o exercício das diversas categorias da enfermagem, permitiu que as enfermeiras (os) pudessem exigir mais espaço – entendo, aqui, por espaço os novos postos de tra-

balho –, e mais autonomia para o desenvolvimento de suas atividades. A criação de novos postos de trabalho deu-se pelo fato da força de lei exigir a presença de enfermeiras (os) para dirigir o pessoal de enfermagem (técnicos e auxiliares), nas unidades hospitalares e nos centros de saúde. Antes da nova lei, era comum encontrar-se, nos hospitais, uma (um) única (o) enfermeira (o) responsável pela supervisão de todas as atividades nos vários turnos de trabalho. Outra ocorrência comum era o fato de o pessoal de enfermagem ser gerenciado pelos donos dos hospitais, fossem eles médicos ou não, o que também foi modificado pela nova lei, que permitiu que a direção do órgão de enfermagem de uma instituição hospitalar fosse atribuição de uma (um) enfermeira (o). (Anexo A)

Os anos 90 são marcados pela especialização crescente de muitas enfermeiras (os), e a luta de outros por uma saúde coletiva mais abrangente. Nessa década, a enfermagem assume uma atitude mais pró-ativa em relação ao seu destino, apropriando-se da liberdade de escolher livremente sua área de atuação, quer seja nas instituições hospitalares, quer seja na saúde coletiva. Aos poucos, a profissão vai vencendo o modelo biomédico que mutila o indivíduo ao perder de vista sua dimensão holística. Por visão holística, entende-se aqui a visão do indivíduo como um todo, como um ser que tem necessidades hierarquizadas e complementares, um ser para além do biológico, mais que corpo, também psiquismo e espiritualidade, mas, principalmente, um ator histórico, um “ser” inserido em um processo social e político, bandeira maior da enfermagem profissional. A enfermagem dos anos 90 parte em busca da interdisciplinaridade, nos vários ambientes de sua atuação, e ganha a confiança dos usuários e as equipes, por colocar-se como elemento facilitador do processo de atendimento hospitalar, agora modificado pela inserção de outros profissionais nesse cenário. Inserem-se nele, como agentes do trabalho hospitalar, além dos médicos e das (os) enfermeiras(os) (presentes no ambiente hospitalar deste a sua instituição histórica), outros profissionais como o (a) fisioterapeuta, o (a) assistente social, o (a) terapeuta ocupacional, o (a) nutricionista e o (a) psicólogo (a).

O novo milênio vem encontrar a enfermagem dando continuidade ao rumo que optou tomar nos anos 90. No cenário atual, a (o) enfermeira (o) faz-se presente na saúde coletiva e nos hospitais, mas, de acordo com Paim (2006), a característica mais marcante, aliada ao au-

mento do número de novas escolas de enfermagem, é o crescimento do número de enfermeiros mestres, doutores e pós-doutores, qualificando também a pesquisa em enfermagem:

Ao caminharmos em progresso de enfermeiros com pós-graduação, saímos dos anos 60 quando a única alternativa pós-graduada para a enfermagem era a Especialização e encontramos em pleno desenvolvimento de Doutorados e Pós-Doutorados, o que nos impele a refletir sobre as novas possibilidades de qualificação não só no ensino, mas também do privilégio de ofertar mais e mais qualificação às práticas de cuidados e pesquisa nos serviços de saúde. (PAIM, 2006, p.7).

### **1.3 A Enfermagem, suas categorias e distribuição**

No Brasil, o termo enfermagem, ou equipe de enfermagem, refere-se às seguintes categorias profissionais: a (o) enfermeira (o) (profissional graduado de formação universitária), que é o objeto de estudo desta pesquisa; o (a) técnico (a) de enfermagem (profissional de formação técnica e segundo grau completo) e o (a) auxiliar de enfermagem (profissional de formação técnica e 8 anos de ensino fundamental). O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) é o órgão normatizador e fiscalizador das categorias profissionais da enfermagem. O exercício profissional da enfermagem é regulado, em todo território nacional, pelo Decreto n. 94.406 (BRASIL, 1987), que regulamenta a Lei n. 7498 (BRASIL, 1987), citada anteriormente que, por sua vez, dispõe sobre o exercício da enfermagem:

Aos enfermeiras (os), compete a realização de: atividades assistenciais de cuidados aos usuários, atividades de educação em saúde e de caráter preventivo, atividades de planejamento em saúde e atividades de administrativas e gerenciais. Os técnicos de enfermagem exercem atividade de nível médio que envolvem orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar. O auxiliar de enfermagem exerce igualmente atividade de nível médio de natureza repetitiva envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão. (BRASIL, 1987).

Assim, a profissão mantém sua divisão técnica, hierarquizada, à semelhança do modelo Nightingaleano, mantendo também a dicotomia entre o pensar e o fazer. Ao se analisar esta profissão, também se percebe que é uma das poucas, dentre as profissões da área da saúde, que possui hierarquização em sua composição, ou seja, que se apresenta com clara divisão técnica. O contingente de pessoal de enfermagem, de acordo com os dados do COFEN, atingiu, em Maio de 2006, as cifras apresentadas na tabela a seguir, considerando-se apenas os

registros de profissionais com inscrição válida (ativa) no dia 31 de Dezembro de cada ano da série

**Tabela 1**  
**Contingente de Profissionais de Enfermagem no Brasil / 2006**

<i>Estados</i>	<i>Enfermeiros</i>	<i>Técnicos de Enfermagem</i>	<i>Auxiliares de Enfermagem</i>	Total
Acre	491	431	1154	2076
Alagoas	1232	1495	5553	8280
Amapá	296	1932	428	2956
Amazonas	1345	7092	3192	11629
Bahia	6615	5250	17181	29046
Ceará	5546	3388	18010	26944
Distrito Federal	3110	9990	10037	23137
Espírito Santo	1445	7232	4575	13252
Goiás	2548	11952	7739	22239
Maranhão	1847	7412	4706	13965
Mato Grosso	1736	4079	5055	10870
Mato Grosso do Sul	933	1685	5243	7861
<b>Minas Gerais</b>	<b>9520</b>	<b>19053</b>	<b>56817</b>	<b>85390</b>
Pará	3004	8596	10918	22518
Paraíba	2985	4322	7012	14319
Paraná	5192	4277	26114	35583
Pernambuco	4345	4364	18109	26818
Piauí	1437	3118	4526	9081
Rio de Janeiro	14743	45474	68002	128219
Rio Grande Norte	1883	2405	8976	13264
Rio Grande do Sul	10297	35079	35667	81043
Rondônia	529	906	3140	4575
Roraima	182	297	1425	1904
Santa Catarina	3372	4938	13538	21848
São Paulo	30126	28582	161459	220167
Sergipe	1061	1502	5095	7658
Tocantins	637	3179	1214	5030
<b>Total</b>	<b>116457</b>	<b>228030</b>	<b>504885</b>	<b>849372</b>

Fonte: [www.cofen.com.br](http://www.cofen.com.br)

Fica evidente, ao se observar a tabela, a concentração dos profissionais de enfermagem na região sudeste (55.834 profissionais), uma vez que a região concentra maior renda, maior população, maior número de escolas, faculdades, hospitais e empresas ligadas à produção de insumos hospitalares. Segundo Brasil (2004), 59,1% das unidades de saúde cadastradas do

país está concentrada nas regiões sudeste e sul. Ainda assim, a região sudeste apresenta a menor razão estabelecimentos de saúde por 10 mil habitantes, ficando a região sul com 6,7 estabelecimentos de saúde por 10 mil habitantes, apresentando razão superior à média nacional. Mantendo-se a análise de Brasil (2004), para que todas as regiões do Brasil tivessem a mesma razão de estabelecimentos cadastrados por habitante, caberia à região sul distribuir 8,7% dos estabelecimentos de saúde (aproximadamente 6.500 estabelecimentos). A título de esclarecimento, convém informar que, na categoria estabelecimentos de saúde, estão incluídos os estabelecimentos da atenção básica: unidades básicas de saúde, centros de saúde unidade de saúde da família, consultórios isolados, unidade móvel fluvial e unidade móvel terrestre; os estabelecimentos de média complexidade: centro de parto normal, clínica especializada, ambulatório de especialidades, unidade mista, hospital dia, policlínica, pronto socorro geral, hospital geral, unidade móvel de nível pré-hospitalar, unidade de apoio diagnóstico e terapia; laboratórios de análises clínicas; e os estabelecimentos de alta complexidade: hospital especializado, pronto socorro especializado e farmácia.

A tabela 2, apesar de trazer dados menos recentes, pode mostrar a distribuição dos enfermeiros por estado e regiões do Brasil, confirmando que tendência de empregabilidade dos enfermeiros também na região sudeste. A publicação do Ministério da Saúde, versão 2006, não traz os dados sobre os profissionais da saúde atualizados, por esse motivo apresentar-se-ão os dados de 2001, presentes na publicação de 2004:

**Tabela 2**  
**Distribuição de enfermeiros empregados segundo os estados e regiões**  
**Brasil, 2001**

<b>Brasil, Região e Unidade Federativa</b>	<b>Razão do nº enfermeiros Empregados por 10.000 hab</b>	<b>População do Brasil</b>	<b>Nº de enfermeiros empregados em 2001</b>
<b>Brasil</b>	<b>4,3</b>	<b>172.385.776</b>	<b>73.353</b>
<b>Região Norte</b>	<b>2,3</b>	<b>13.245.016</b>	<b>3041</b>
<b>Rondônia</b>	<b>1,3</b>	<b>1.407.878</b>	<b>188</b>
<b>Acre</b>	<b>5,2</b>	<b>574.366</b>	<b>297</b>
<b>Amazonas</b>	<b>0,6</b>	<b>2.900.218</b>	<b>183</b>
<b>Roraima</b>	<b>0,5</b>	<b>337.253</b>	<b>17</b>
<b>Pará</b>	<b>3,1</b>	<b>6.341.711</b>	<b>1.992</b>
<b>Amapá</b>	<b>2,0</b>	<b>498.735</b>	<b>99</b>
<b>Tocantins</b>	<b>2,2</b>	<b>1.184.855</b>	<b>265</b>
<b>Região Nordeste</b>	<b>3,5</b>	<b>48.331.118</b>	<b>16.733</b>
<b>Maranhão</b>	<b>1,0</b>	<b>5.730.432</b>	<b>552</b>
<b>Piauí</b>	<b>5,6</b>	<b>2.872.983</b>	<b>1.622</b>
<b>Ceará</b>	<b>3,5</b>	<b>7.547.684</b>	<b>2.634</b>
<b>Rio Grande do Norte</b>	<b>1,8</b>	<b>2.818.203</b>	<b>507</b>
<b>Paraíba</b>	<b>2,9</b>	<b>3.468.534</b>	<b>1.103</b>
<b>Pernambuco</b>	<b>3,6</b>	<b>8.008.255</b>	<b>2.898</b>
<b>Alagoas</b>	<b>1,4</b>	<b>2.856.563</b>	<b>402</b>
<b>Sergipe</b>	<b>3,8</b>	<b>1.817.318</b>	<b>696</b>
<b>Bahia</b>	<b>4,9</b>	<b>13.214.146</b>	<b>6.409</b>
<b>Região Sudeste</b>	<b>5,1</b>	<b>73.470.738</b>	<b>37.709</b>
<b>Minas Gerais</b>	<b>3,0</b>	<b>18.127.024</b>	<b>5.048</b>
<b>Espírito Santo</b>	<b>3,4</b>	<b>3.155.048</b>	<b>1.078</b>
<b>Rio de Janeiro</b>	<b>4,6</b>	<b>14.558.561</b>	<b>6.755</b>
<b>São Paulo</b>	<b>6,5</b>	<b>37.630.105</b>	<b>24.468</b>
<b>Região Sul</b>	<b>4,7</b>	<b>25.453.492</b>	<b>12.061</b>
<b>Paraná</b>	<b>3,9</b>	<b>9.694.769</b>	<b>3.752</b>
<b>Santa Catarina</b>	<b>4,6</b>	<b>5.448.702</b>	<b>2.522</b>
<b>Rio Grande do Sul</b>	<b>5,6</b>	<b>10.310.021</b>	<b>5.787</b>
<b>Região Centro-Oeste</b>	<b>3,2</b>	<b>11.885.412</b>	<b>3.809</b>
<b>Mato Grosso do Sul</b>	<b>2,6</b>	<b>2.111.030</b>	<b>539</b>
<b>Mato Grosso</b>	<b>2,6</b>	<b>2.560.537</b>	<b>671</b>
<b>Goiás</b>	<b>1,7</b>	<b>5.116.395</b>	<b>867</b>
<b>Distrito Federal</b>	<b>8,3</b>	<b>2.097.450</b>	<b>1.732</b>

Fonte: Rais/MTE/Nescon UFMG.

Outro trabalho, produzido pelo Ministério da Saúde, analisou a saúde coletiva no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 2004, tendo como base os dados produzi-

dos pelos sistemas de informação nacional e apontou várias incongruências em relação à distribuição dos recursos humanos em saúde no Brasil. A Organização Mundial de Saúde (OMS) não recomenda nem estabelece o número de médicos e enfermeiros por habitante que deve ser cumprido (BRASIL, 2004). De acordo com a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), não é útil estabelecer o número de médicos e enfermeiros por habitante, uma vez que esse número depende diretamente de fatores regionais e socioeconômicos, culturais e epidemiológicos. O Estudo feito pelo Ministério da Saúde aponta somente a razão médicos-enfermeiros empregados / 10 mil habitante/ano. Os demais profissionais de saúde não aparecem no estudo, o que pode antecipar a conclusão de que são ainda os profissionais médicos e enfermeiras (os) que sustentam a situação de saúde no país, apesar de ser certo que outros profissionais também têm se tornado importantes neste panorama. O estudo teve como fonte a Relação Anual de Informações Sociais (RAIS), dos anos de 1985 e 2001. Uma das principais conclusões a que se pode chegar com esse estudo é que o número de médicos empregados por 10 mil habitantes/ano não sofreu modificações significativas entre os anos de 1985 e 2001, ao passo que: *“O número de enfermeiros empregados por 10 mil habitantes sofreu modificações consideráveis com o aumento significativo de da razão de empregos, subindo de 2,65, em 1985 para 4,26, em 2001.”* (BRASIL, 2004, p. 43). O mercado de trabalho em saúde movimenta um grande contingente de recursos humanos, materiais e financeiros e está constantemente influenciado pelas oscilações da economia e da política. Há que se esclarecer aqui que no Brasil o sistema de saúde é composto por 4 segmentos, conforme Ribeiro; *et. al.*:

O SUS, que tem como principais características a gratuidade e a universalidade; os segmentos dos planos de saúde e seguros de saúde, financiado com recursos das famílias e/ou empregadores; o seguimento dos servidores públicos de acesso restrito a essas clientela, financiado parte com recursos públicos, parte com recursos dos próprios servidores e o segmento dos prestadores privados autônomos, com financiamento via pagamento no ato. (RIBEIRO; *et. al.*, 2006, p.299).

É importante salientar que aqui se encontra registrado apenas o gasto do governo federal com a saúde. E preciso lembrar que há também as outras formas de financiamento, conforme apresentado na tabela que resume a análise de Carvalho (2007), baseada nas fontes de informações públicas e privadas:

Tabela 3

## ESTIMATIVA DE GASTOS COM SAUDE - BRASIL – 2006 – (R\$ bi)

PÚBLICO	FEDERAL	40,78
	ESTADUAL	18,69
	MUNICIPAL	19,44
	<b>TOTAL</b>	<b>78,91</b>
PRIVADO	PLANOS E SEGUROS	44,88
	DESEMBOLSO DIRETO	16,41
	MEDICAMENTOS	26,25
	<b>TOTAL PRIVADO</b>	<b>87,54</b>
<b>PÚBLICO-PRIVADO</b>	<b>TOTAL BRASIL</b>	<b>166,45</b>

Fonte: MS- SPO –SIOPS-ANS-IBGE-POF-ESTUDOS CG

<http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/pdf/gasto.com.saude.2006.pdf>

De acordo com Vieira (2001), a reforma e o crescimento do setor produtor de serviços provocaram mudanças significativas na estrutura ocupacional e no perfil quantitativo e qualitativo da força de trabalho em saúde. As mudanças na oferta de serviços de saúde têm se refletido nos órgãos formadores de recursos humanos habilitados para o trabalho em saúde, principalmente através do aumento da oferta de vagas para os cursos de enfermagem de nível universitário. Informações do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (INEP) dão conta de que, até Outubro de 2006, o número de Cursos de Graduação no Estado de Minas Gerais era de 96, sendo que, no ano de 1990, existiam somente 7 cursos no Estado.

Foram criados 30 cursos novos na década de 90, em sua maioria em instituições privadas localizadas principalmente nas regiões Sudeste e Sul. Até o final da década, o número de instituições de ensino superior responsáveis pela formação de enfermeiros era da ordem de 142 Instituições das quais 51% do setor público. (PIERANTONI; FRANÇA; VARELLA, 2002, p. 9.).

Segundo os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), em 1999, no Brasil, dos 1.375.268 empregos em saúde, 39,4% pertenciam à equipe de enfermagem e, destes, 13% pertenciam aos enfermeiros. Dados da pesquisa sobre a Assistência Médico Sanitária, desenvolvida pelo IBGE em 2002, mostram que a maioria dos empregos disponíveis para os enfermeiros está na área hospitalar tanto pública, quanto privada. Em Minas Gerais, 66% da oferta de empregos para enfermeiras (os) estão nos hospitais.

#### **1 4 O processo de trabalho em enfermagem e as mudanças no contexto do trabalho hospitalar**

Para Antunes (2000), uma nova forma de resposta do capitalismo emergiu nos países centrais, a partir de 1970. Chamada de acumulação flexível e fortemente marcada pela introdução de novas tecnologias e novas formas de gestão das organizações do mundo do trabalho, ganhou dimensões universais e modificou profundamente as relações de trabalho. Esse fenômeno, que marcou uma mudança no padrão de desenvolvimento vigente nos anos anteriores, quando predominava o modelo taylorista-fordista de produção em massa, caracterizou-se, principalmente, pela introdução de novas tecnologias e pela precarização das relações de trabalho. Travestido de novas nomenclaturas, como equipe e time de trabalho, e/ou células de produção e terceirização, o trabalhador tem seu ritmo de trabalho intensificado à medida que se expõem a maiores situações de adoecimento profissional e está menos amparado em termos da segurança no emprego e de seguridade social. Conseqüências sociais como redução do emprego, concentração de renda e aumento da pobreza, são também apontados como resultados dessa nova forma de organização do trabalho. O modo de produção capitalista re-arranja-se constantemente, como forma de responder às crises e, assim, assiste-se, a cada dia, também na área da saúde, ao surgimento de novos hospitais, novas clínicas e de novas agências de controle da medicina privada. Os hospitais, como empresas geradoras de emprego, compradoras de novas tecnologias e competitivas num mercado cada vez mais capitalizado, nunca estiveram à margem destas transformações; ao buscarem inserção e adaptação, transformaram também o processo de trabalho dos seus trabalhadores.

O trabalho em saúde está classificado no setor terciário da economia e apresenta uma característica interessante: a de reunir categorias profissionais de grande diferenciação entre si. Segundo Pires (2000b), fazem parte desse grupo de trabalhadores: os funcionários públicos, as profissões liberais e os trabalhadores dos serviços financeiros, privados, de comércio e organizações do terceiro setor. Ainda citando Pires (2000a), o processo de trabalho dos trabalhadores em saúde tem por finalidade, a ação terapêutica em saúde; por objeto, o indivíduo ou grupo de indivíduos sadios ou não; por instrumental, os instrumentos e condutas que representam o nível técnico do conhecimento e, por produto final, a prestação da assistência.

O trabalho em saúde é um ramo de prestação em serviços que compreende atividades essenciais para a vida humana e; é uma produção não material que se completa

no ato de sua realização e seu produto é indissociável do processo que o produz, ou seja, é a própria realização da atividade. (MUROFUSE, 2004, p.34).

Neste contexto, as empresas de saúde, sejam elas operadoras de plano de saúde, hospitais, laboratórios ou clínicas de qualquer especialidade, estão presentes num mercado global e existem grandes grupos de diferentes áreas empresariais que diversificam seus negócios em busca de novas oportunidades. (TAJRA; SANTOS, 2003, p.22).

Dentro de um hospital, é possível encontrar além dos profissionais da saúde (enfermeiros, médicos, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, odontólogos), outros profissionais como engenheiros, administradores, advogados, jornalistas, arquitetos, pedagogos. Somam-se a essas categorias ocupacionais, os outros profissionais de nível técnico e elementar e um complexo quadro de atividades pode ser delineado, marcando a intrincada rede de serviços existentes nos hospitais.

Schoeller (2002), analisando o processo de trabalho em saúde, define-o como um processo de trabalho coletivo: *“tendo uma finalidade comum aos diversos trabalhadores envolvidos no processo de trabalho, no qual cada produtor isoladamente, contribui para a obtenção desta finalidade”* (SCHOELLER, 2002, p.157). Desta maneira, no processo de trabalho em saúde, não há uma finalidade específica para o trabalho de cada profissional, o que equivale dizer que a finalidade do trabalho em saúde é recriada por cada profissional ou grupos de profissionais envolvidos no processo.

Em um ambiente hospitalar, o trabalho em saúde mescla o antigo e o moderno e varia, da prestação do cuidado higiênico, que não sofreu nenhuma influência tecnológica de impacto, à mais avançada das tecnologias, no âmbito das quais se utilizam equipamentos de última geração, gerenciados por complexos programas de informática e recursos humanos altamente qualificados. Os hospitais, muitas vezes, disputam clientela e recursos do governo com base no tipo de tecnologia que têm a oferecer. Os recursos tecnológicos para diagnóstico, tais como, ressonância magnética, tomografia computadorizada helicoidal, acelerador linear, braquiterapia de alta taxa, densitometria óssea, ecocardiograma transesofágico, cineangiocornariografia e ecografia de alta resolução, podem levar o cliente a optar por uma ou outra instituição, o que reforça o caráter de competitividade das instituições hospitalares. Hoje, os hospitais têm investido em tecnologia de informação. Os prontuários eletrônicos, nos quais é possível se saber, em tempo real, tudo o que acontece com o cliente – inclusive chegando à sofisticação de conter imagens digitalizadas dos exames realizados – estão presentes nos hospitais privados e

públicos e marcam definitivamente a presença necessária da tecnologia informacional. Nos bastidores de toda essa revolução, encontra-se um outro mercado em efervescência, o dos insumos e manutenção de todo esse novo processo. Aqui são movimentados recursos humanos e financeiros para realização de congressos e feiras nacionais e internacionais, patrocínios, investimentos em pesquisa e treinamentos, como forma de garantir a visibilidade das empresas no mercado e a introdução permanente dos novos produtos. No atendimento ao cliente, muitas vezes, tem-se a impressão de que o ator principal é a máquina, uma vez que é sobre ela que toda a atenção é depositada. Olhos fixos na tela e o registro ágil das informações enfraquecem a relação profissional/cliente, embora ele, o cliente, acredite ter sido agraciado por *um profissional em dia com o seu tempo*.

A profissão de enfermeira (o) também tem sofrido mudanças na forma de organização de seu trabalho. Para Gelbcke e Leopardi (2004), a organização de trabalho pode ser entendida como o processo que envolve as atividades dos trabalhadores, as relações de trabalho com seus pares e com a hierarquia institucional. Aspectos organizacionais e estruturais de uma instituição afetam a satisfação e a relação do enfermeiro com o seu trabalho. O trabalho dessas autoras permitiu avaliar o que os enfermeiros desejavam conseguir para melhoria da satisfação no desempenho de suas tarefas. Desenvolvido em um hospital público e em um hospital privado da região sul do país, as autoras dessa pesquisa realizaram entrevistas com os profissionais a fim de apreender a sua percepção sobre a organização do trabalho e o desgaste decorrente deste. Verificaram que, para o exercício do trabalho do enfermeiro, em um ambiente hospitalar, é preciso que se disponha de uma adequada rede de apoio como estrutura física (espaço, instalações adequadas para o paciente e para ele mesmo), materiais em quantidade e qualidade suficientes, número de recursos humanos – também suficiente –, local para descanso, redistribuição da área física (para evitar o ir e vir). Foram também apontadas pelos enfermeiros algumas intervenções estruturais como: a redução da carga horária para uma jornada de 30 horas semanais, o estabelecimento de um piso salarial e um plano de saúde. Entretanto, para Pitta (2003), apesar das mudanças tecnológicas, o hospital ainda convive com sua antiga face e encontra-se em transmutação, pois a tecnologia impõe uma nova organização do trabalho e do conhecimento. Apesar da divisão do trabalho no hospital ocorrer semelhantemente ao modo de divisão capitalista, a evolução tecnológica não significou uma economia de força de trabalho, sendo este ainda marcado por um ritmo intenso e, muitas vezes, preservando características de manufatura.

A reestruturação produtiva alcançou a área da saúde de modo particular, ora concorrendo com o cenário mundial, ora contradizendo-o. No que se refere à oferta de emprego na área da saúde, houve um aumento, demonstrando que a tecnologia em saúde não reduziu a oferta de empregos, pelo contrário, criou novos postos de trabalho. Já em relação às condições contratuais de trabalho, observa-se semelhança, uma vez que há presença de trabalho assalariado e precarizado onde predomina a existência de contratos temporários sem as garantias trabalhistas gerais:

O processo de trabalho em saúde é, particularmente, complexo porque ainda guarda, em alguns momentos, características do trabalho artesão (como ocorre em procedimentos cirúrgicos); em outros, apresenta sistematização taylorista (*screenings* de populações, campanhas de vacinação) e, em outros, a automação eletrônica (diagnósticos por imagem e som). O avanço da tecnologia, particularmente como advento de informática e das novas tecnologias da comunicação, possibilita aos profissionais de saúde atuarem com o computador tanto para o uso interno nas instituições, quanto no atendimento de usuários dos serviços, em seus domicílios. (MEDEIROS; ROCHA, 2004, p.407).

Atualmente, a(o) enfermeira(o) insere-se no mercado de trabalho das seguintes formas:

- por concurso público para instituições de caráter público, sejam elas hospitais, ambulatórios, postos de saúde, equipe de estratégia de saúde da família;
- por contrato temporário de trabalho, submetendo-se a normalização da Consolidação das Leis do Trabalho (C.L.T.);
- por RPA (recibo de profissional autônomo), situação em que não há qualquer vínculo entre o empregador e o empregado e, conseqüentemente, nenhuma garantia como férias e décimo terceiro salário, dentre outros.

É importante ressaltar que muitos hospitais públicos ou prefeituras adotam a contratação temporária como forma de garantir o provimento de recursos humanos, uma vez que esse provimento deve se realizar, no serviço público, através de concurso público. Essa possibilidade contribui para a configuração de um cenário peculiar dentro da instituição pública: profissionais que desempenham a mesma função, para uma mesma clientela, mas estão submetidos a condições de trabalho diferenciadas tais como, carga horária, salário, direitos (plano de saúde, progressão, vale alimentação, etc.).

### 1.5 O trabalho da enfermagem e a questão do gênero.

A enfermagem apropria-se do processo de trabalho em saúde ao dedicar-se à cura e a prevenção de doenças, estabelecendo relação profissional direta com os clientes, criando condições ideais para a implementação dos vários saberes dos diferentes profissionais da saúde. Seja atuando na saúde coletiva através das unidades básicas de saúde, seja na rede hospitalar pública ou privada, o trabalho da (o) enfermeira (o) não existe de forma isolada. De uma forma peculiar, seu trabalho perpassa o trabalho de todos os profissionais da saúde: a cada um deles a enfermagem tem uma forma de contribuição que pode se dar através de suas informações sobre o indivíduo (cliente/paciente/doente), ou através de suas ações para a execução de um plano terapêutico próprio ou em contribuição direta aos outros profissionais. Para Almeida e Rocha (1989), a definição conceitual de enfermagem por vezes parece limitante, no que se refere à definição assimilada pela maior parte da categoria que, considera sua função:

- prestação da assistência ao indivíduo, sadio ou doente, família ou comunidade;
- desempenho de atividades para promover, manter e recuperar a saúde.

Uma outra definição mais universal reforça as características citadas acima:

A enfermagem é uma ação, ou uma atividade realizada predominantemente por mulheres que precisam dela para reproduzir a sua própria existência e utilizam de um saber advindo de outras ciências e de uma síntese produzida por ela própria para apreender o objeto de saúde naquilo que diz respeito a seu campo específico (cuidado de enfermagem?) visualizando o produto final, atender as necessidades sociais, ou seja, a promoção da saúde da população (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p.18).

Ao tratar-se da enfermagem, a questão do gênero frequentemente emerge e não pode ser desconsiderada, uma vez que as importantes fontes apontam à predominância do trabalho feminino na área da saúde. O Observatório de Recursos Humanos em Saúde, que conta com pesquisadores da Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) e do Ministério da Saúde, informa que a participação feminina é de 73 % , incluindo-se aí todas as categorias relacionadas à saúde. Quanto às enfermeiras, a participação feminina, em 1995, era de 88,2% e 89,7%, no ano 2000. A enfermagem, juntamente com outras ocupações como costureiras, professoras do 1º ciclo do ensino fundamental, secretárias, telefonistas e recepcionistas, formam o que se pode chamar gueto ocupacional feminino. Por ele, entendem-se ocupações em que o sexo feminino é predominante.

Essas ocupações têm sido negligenciadas como objeto de estudo no campo da saúde ocupacional, provavelmente por terem sido vistas com bem ajustadas ao feminino, contribuindo para a visão idealizada dessas profissões e permitindo que sejam reforçadas em termos de efeitos do trabalho sobre o trabalhador. Mais especificamente, quanto à representatividade do contingente feminino no trabalho da enfermagem, Daher; Santo e Escudeiro (2002) afirmam que o fato de a sociedade ocidental moderna conectar o cuidado ao feminino, resultado de sua própria trajetória nesse processo, contribui para que essa idéia se mantenha e que o trabalho seja sempre relacionado ao feminino, embora o mercado de trabalho aponte algumas mudanças nessa equação. Entender que o surgimento da atividade de cuidar esteve ligado ao espaço doméstico, ao conhecimento empírico e à transmissão de geração em geração, possibilita perceber como a predominância do gênero feminino pode explicar as condições de trabalho. Originada no espaço doméstico e ganhando timidamente os outros espaços, a enfermagem conservou suas raízes como um trabalho essencialmente feminino.

Pesquisar a questão do gênero e a profissão de enfermagem permite concluir, a partir de Hirata e Kergoat (2003) Daher; Santo e Escudeiro (2002); Fonseca (1996); Waldow (1996) e Kergoat (1996), diferentes matizes em uma mesma abordagem. Inicialmente, o trabalho feminino esteve ligado à esfera doméstica através do cuidado à família, às crianças, aos doentes. Um trabalho abnegado, não remunerado, imposto e involuntário. O trabalho na esfera pública, inicialmente exercido pelos homens, conferiu a essa esfera características masculinas. Assim, associou-se a esfera pública ao universo masculino e a esfera privada ao universo feminino. Segundo Moreira (1999), a saída da mulher para a esfera pública deu-se através de trabalhos como a enfermagem e o magistério, nos quais as funções exercidas pelas mulheres as remetiam ao universo familiar, o trabalho parecia então uma extensão do lar:

Não existe uma valorização das atividades executadas pelas mulheres na esfera privada, pois o cuidado é considerado como fruto da natureza feminina, dificultando a percepção de que há uma sobrecarga de trabalho nessa esfera a cargo das mulheres, que ocorre em qualquer parte do mundo. (MOREIRA, 1999, p. 40).

A enfermagem, que tem como objeto o cuidado, também participa dessa desvalorização por se considerar que o cuidado é apenas um prolongamento da esfera privada, sendo mal remunerada e desvalorizada. A desvalorização desse ofício se dá historicamente, sendo, na atualidade, uma das profissões que fazem parte do gueto ocupacional das mulheres. (MOREIRA, 1999, p. 40).

Aqui se tem uma idéia clara da divisão sexual do trabalho, principalmente como é abordada por Lopes e Leal (2005), ao comparar o trabalho médico e de enfermagem em um ambiente hospitalar: o trabalho masculino (no caso o trabalho médico) é científico, concreto, quantificável e visível; ao passo que o trabalho da (o) enfermeira (o) é massivo, rotineiro, taylorizado, presente 24 horas e por vezes se *invisibiliza*, ou seja, está invisível, existe, mas não é percebido. A expressão “divisão sexual do trabalho”, segundo Kergoat (1996), possui significações que diferem umas das outras. De maneira simplificada, pode expressar apenas uma diferenciação entre os sexos nas atividades sociais, mas, para a autora, “*a divisão sexual do trabalho está no centro (no coração) do poder que os homens exercem sobre as mulheres*” (KERGOAT, 1996, p.20). O poder aqui pode ser traduzido como um poder da hierarquia, um poder que se relaciona à subordinação:

A divisão do trabalho entre os homens e as mulheres é em primeiro lugar a imputação aos homens do trabalho produtivo – e a dispensa do trabalho doméstico – e a atribuição do trabalho doméstico às mulheres, ao passo que são cada vez mais numerosas em nossa sociedade salarial as mulheres a querer entrar e se manter no mercado de trabalho. (HIRATA; KERGOAT, 2003, p.113).

Na análise de Fonseca (1996), o trabalho de cuidar é conjugado no feminino e mostra-se como prática social sexuada. As profissionais necessitam de atributos que não passam pela ordem do conhecimento científico, mas que são, antes de tudo, qualidades intrínsecas à natureza feminina. Falar de enfermeira segundo as pesquisas da autora, é falar, de moralidade e vocação. Para isso certos atributos devem ser indispensáveis, podendo-se relacionar, dentre outros: *paciência, obediência, disciplina, organização, docilidade, boa vontade, sobriedade, pureza e honestidade*. O que se verifica de fato é que ser mulher-enfermeira é antes de qualquer coisa adequar-se a um modelo ideológico e consensual. “*O ser enfermeira embute-se, portanto no ser mulher, e mais, no ser mulher com atributos de mãe, pura, honesta, disponível, delicada e abnegada*”. (FONSECA, 1996, p. 65).

Para Sartti (1997) o trabalho feminino remunerado foi condição para a liberação feminina, mas a persistência da divisão sexual do trabalho mantém a desigualdade no mercado e reflete-se no próprio sentido do trabalho.

“*É como se o hospital, para a enfermagem, ganhasse características de uma grande casa cuja demanda de gestão e organização recaísse sobre a enfermeira: misto de mãe e profissional*”. (MOREIRA 1999, p.57). Associam-se a esses fatores, também segundo ao mesmo autor, as tarefas exercidas pela enfermagem em um ambiente hospitalar, tais como cuidados,

higiene e gestão do espaço hospitalar. Muitas vezes, aos olhos dos pacientes, acompanhantes e dos diversos profissionais que trabalham em uma instituição hospitalar, o exercício da enfermagem é menos uma profissão e mais um trabalho, ou seja, inexistente, de forma profissional sistemática, e existe, concretamente, na forma de prestação da assistência.

De acordo com Avedaño; Grau e Yus (1997), existe um consenso literário sobre as características do trabalho das (os) enfermeiras (os), fortemente influenciado pela questão do gênero, capaz de gerar um perfil ocupacional assim identificado pelos autores: baixa remuneração, trabalho em sistema de rodízio (turnos), prolongamento de jornadas através de horas extras ou duplas jornadas, altas cargas físicas (esforço físico e exposição a agentes físicos e químicos), altas cargas psicológicas (responsabilidade pela vida do outro, contato com doença, sofrimento e morte), trabalho rotineiro e fragmentado.

Outros autores também corroboram os apontamentos acima. O trabalho em turnos é uma questão importante, a ser considerada na avaliação das condições de trabalho das (os) enfermeiras (os), uma vez que a atividade hospitalar é caracterizada por ser ininterrupta. O trabalho em turnos assume aqui duas formas importantes de análise, no que se refere às condições de trabalho dos enfermeiros. A primeira delas é como este afeta a ritmo biológico, ou seja, a saúde das (os) enfermeiras (os), e a outra é a possibilidade das (os) enfermeiras (os) terem sua carga de trabalho aumentada, em virtude do trabalho noturno. O que aqui se pretende apontar é que a existência de postos de trabalhos noturnos possibilita aos enfermeiros uma dupla jornada de trabalho, que muitas vezes se estende a uma terceira, relacionada ao cuidado dos filhos e da família:

O trabalho de turnos é frequentemente apontado como possível causador de distúrbios fisiológicos e psicológicos, e desgastes na vida social e familiar, prejudicando o profissional e sua vida, levando ao desgaste físico e mental do trabalhador, repercutindo sobre o seu desempenho produtivo e sua qualidade de vida. (MARTINS, 2002, p. 14).

De acordo com Fisher; Lieber e Brown (1999), Costa; Morita e Martinez (2000) e Martins (2002), o trabalho em turnos afeta o trabalhador através de alterações em seu ritmo biológico, sobrecarga músculo-esquelética, distúrbios cardiovasculares, gastrintestinais, neuropsíquicos, além de exacerbar os sintomas pré-existentes de doenças mentais. Todavia, esses autores também apontam que é sobre a vida familiar e social que o trabalho de turnos exerce seus piores efeitos, interferindo nos relacionamentos, restringindo a vida social e dificultando o planejamento da vida cotidiana. Para Fisher; Lieber; Brown (1999), a questão do gênero,

mais uma vez, importa na questão do trabalho de turnos, pois é o contingente feminino o mais atingido por ele, uma vez que o papel da mulher na família a remete à carga de trabalho fora de casa e dentro dela através dos afazeres domésticos, e do cuidado direto aos familiares incluindo-se aí os filhos, o marido e às vezes os pais.

A sobrecarga psicológica também é apontada como um fator de desgaste no trabalho da (o) enfermeira (o), a ela vincula-se, às vezes, o sofrimento e a insatisfação. Segundo Santos e Trevisan (2002), o trabalho pode ser a fonte de saúde e bem estar, como pode ser causa de adoecimento e sofrimento. A forma como o trabalho está arranjado, se permite ao trabalhador o exercício da autonomia e da criatividade, é fator determinante de prazer e satisfação, quando presente. Para Dejours (1991), quando isso não acontece há então uma sobrecarga psíquica, e o trabalho, que deveria ser fonte de satisfação e realização profissional, torna-se um sofrimento manifestado, às vezes, em adoecimento. A insatisfação no trabalho pode ser manifestada através de absenteísmo, licenças médicas, evasão profissional e diminuição da produtividade. O estudo de Santos e Trevisan (2002) apontou que as (os) enfermeiras (os) referiram, como causa de sofrimento psíquico em seu trabalho, em um ambiente hospitalar, principalmente: o excesso de atividades; a má qualidade das relações interpessoais; a falta de autonomia na condução do trabalho; o fato de estarem submetidos ao saber técnico-médico; as imposições administrativas; o ir e vir constantes, relativos à multiplicidade das tarefas e à carência de recursos humanos, as longas jornadas de trabalho, os plantões de final de semana e feriados; o despreparo da equipe, a falta de recursos materiais, a necessidade de improvisação. *Sentimento como angústia, ansiedade, medo também foram referidos. O trabalhador de enfermagem ao lidar diretamente com a dor e a morte sem nenhum tipo de acompanhamento psicológico, é constantemente tomado de sentimentos como angústia, ansiedade e depressão.* (SANTOS; TREVISAN, 2002, p. 27).

Outra face do trabalho da (o) enfermeira (o) aparece no trabalho de vários autores: Lopes, Meyer e Waldow (1996); Rezende (1994) e Christófaró (1994): o prazer e o sofrimento, no exercício da profissão de enfermeira (o). Aqui, uma nova categoria surge para se analisar a relação entre a (o) enfermeira (o) e seu trabalho. O sofrimento pode ser medido através de fatores objetivos como o adoecimento e o absenteísmo, mas pode também ser expresso de uma outra forma, inclusive como um fator intrínseco ao exercício da profissão. Mas e o prazer? Como medi-lo ou descobri-lo no exercício profissional, uma vez que se trata de uma percepção individual e por isso subjetiva?

De acordo com Lunardi; *et. al.* (2007), as enfermeiras (os) referem como causas de sofrimento no exercício do trabalho o enfrentamento de situações relacionadas ao cliente co-

mo: sofrimento e morte. Também são causas de sofrimento que podem ser mais objetivamente mensuradas: os baixos salários, o duplo emprego com longas jornadas, as condições inadequadas de trabalho, a precariedade das condições de trabalho, a insuficiência de recursos humanos e as relações de trabalho conflituosas. O prazer é, então, relacionado, segundo Lunardi *et. al.* (2007), à necessidade dos trabalhadores de sentirem-se úteis e quererem ajudar. O autor também enfatiza que o fato de “ser útil” e “querer ajudar” podem ser condições necessárias para atuar na enfermagem, embora isso não seja suficiente. Também são referidas como causas de prazer: a valorização profissional, a convivência profissional em um ambiente harmonioso e o relacionamento cordial. Christóforo (1994), ao se referir ao prazer e à dor, no exercício da profissão de enfermagem, estabelece uma interessante relação entre os desejos dos pacientes e o das (os) enfermeiras (os): os pacientes esperam que a (o) enfermeira (o) supra, preveja, provenha e intervenha, para assegurar, manter ou resgatar o seu estado de satisfação e bem estar, ao passo que a enfermagem tende a colocar sua gratificação material, social, moral em segundo plano, por talvez associar esses fatores ao prazer. Na visão do autor, a enfermagem não deve ser “*uma profissão que se instala como um prazer ou um sofrimento em si, mas uma das formas de se entrar no jogo da vida*”. (CHRISTÓFORO, 1994, p.11). Para Rezende (1994), abnegação e o sacrifício no trabalho da enfermagem são mitos dessa profissão. Dos valores impressos nos hinos e poesias da enfermagem (amparar o sofredor, mensageira do amor de Deus, cumprir o dever como uma sacerdotisa, missionária, companheira), ao limite com o sagrado, ritualizado na comunicação com divino através exercício da profissão, verifica-se a marcada influência do sentido de devotamento e desprendimento.

Pensar em sofrimento e prazer no trabalho faz remeter a uma outra questão importante para se entender as condições de trabalho das (os) enfermeiras (os): a vocação para a profissão de enfermeira (o). Rodrigues (2001) realizou uma pesquisa com alunos do primeiro e do último ano do curso de graduação em enfermagem, a fim de analisar de que maneira os diferentes estudantes viam a profissão escolhida. O estudo constatou que a maioria dos estudantes do primeiro ano relacionou enfermagem à doação, à ajuda e à vocação. Também é importante citar que outra parte dos estudantes recém ingressados na escola já via a enfermagem como uma profissão, com um campo de trabalho aberto e fértil. Os estudantes do último ano possuíam uma visão mais clara e profissional da enfermagem, e a idéia da profissão enquanto ajuda quase não transpareceu nas suas falas. Para a autora, isso talvez seja fruto do movimento crítico a respeito da profissão, iniciado nos anos 80, que se refletiu na mudança das práticas docentes. Mesmo que a enfermagem tenha abandonado o modelo religioso da Idade Média e abraçado o modelo vocacional na Idade Moderna, essas características de ajuda, dedicação e

doação ainda persistem e influenciam tanto as condições de trabalho, quanto à motivação para o mesmo:

Contraditoriamente, é possível perceber no momento atual, que essa concepção de enfermagem enquanto vocação e do enfermeiro enquanto pessoa que ajuda que se doa, não é compatível com o modo que vivemos em que o trabalhador enfermeiro precisa vender a sua força de trabalho para garantir a sua existência. (RODRIGUES, 2001, p.78).

A crença de que a enfermagem é a reunião das características apontadas pode também ser a chave para o entendimento das condições de trabalho. Certamente, em uma profissão no âmbito da qual o caráter de doação e abnegação ainda persiste, como traços marcantes de uma visão idealizada da profissão, tanto por parte dos que nela atuam, quanto dos que dela utilizam seus saberes, corre-se o risco de esvaziamento de seus argumentos e discursos, quando da luta por melhores condições laborais e inserção do profissional no trabalho. Concordando com Rodrigues (2001), acredita-se que entender o trabalho do enfermeiro, com seus limites e potencialidades, possa ser uma forma de contribuição para transformar as relações de trabalho dessa profissão. Se o trabalho das (os) enfermeiras (os) foi assim concebido e desenvolvido, é provável que as condições de trabalho a que esses estão submetidos decorram de todo esse processo, seja ele executado fora do hospital ou dentro dele. O ambiente hospitalar, ao acompanhar as mudanças históricas e sociais, modifica também, de maneira direta ou indireta, a vida e o processo de trabalho de seus trabalhadores.

## 2 A CIDADE DE BELO HORIZONTE E A REDE HOSPITALAR

O objetivo deste capítulo é realizar um mapeamento das instituições hospitalares de Belo Horizonte, identificando as públicas e as não públicas, uma vez que a pesquisa privilegiará a escolha das instituições, com base na sua natureza jurídica e na sua localização. Na primeira seção, abordar-se-á a conceituação histórica das instituições hospitalares, buscando imprimir-lhes uma análise mais social. A abordagem teórica, no que se refere aos conceitos “público” e “não-público”, também se fez necessária, e o que se pôde perceber é que a teoria não consegue atingir a questão social imbricada neste debate, que realmente importa na construção conceitual pretendida nesse capítulo. A segunda seção procurou tratar da distribuição espacial das instituições hospitalares na cidade de Belo Horizonte e, para isso, utilizou-se da divisão administrativa adotada pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. As nove regionais foram caracterizadas quanto à população, às áreas de risco e à oferta de rede de assistência à saúde. Também nessa seção, as instituições hospitalares públicas e privadas foram identificadas quanto a sua natureza jurídica e sua distribuição espacial na cidade. Finalmente, na última seção, buscou-se caracterizar a FHEMIG e seus hospitais, uma vez que 11 dos 14 hospitais públicos, com atendimento exclusivo a usuários do Sistema Único de Saúde, pertencem a esta Fundação.

A FHEMIG, conforme será visto posteriormente, é uma Fundação Estadual que tem como missão o atendimento da população de todo o Estado. Por se encontrar, de maneira concentrada, na capital mineira (em relação às suas unidades distribuídas no Estado), norteia e interfere no mercado de trabalho em saúde em Belo Horizonte. Fatores como o porte, a especificidade e a complexidade da assistência prestada por suas instituições apresentam um grande número de postos de trabalho para as (os) enfermeiras (os) na cidade e, por esse motivo, optou-se por caracterizá-la.

### 2.1 Conceituando a Instituição Hospitalar

Inicialmente, parece oportuno fazer um levantamento das diversas conotações atribuídas às instituições hospitalares. Segundo Goffman (2001), um hospital é um estabelecimento social ao qual chamamos ordinariamente de instituição. *“Toda instituição conquista parte do*

*tempo e do interesse de seus participantes e lhes dá algo de um mundo, em resumo toda instituição tem tendências de fechamento”* (GOFFMAN, 2001, p.16). Para Goffman (2001), há 5 tipos de instituições em nossa sociedade:

- instituições destinadas a cuidar de pessoas incapazes e inofensivas (creches, asilos, abrigo para indigentes);
- instituições destinadas a cuidar de pessoas incapazes de cuidarem de si mesmas e que representam um risco não intencional para a sociedade (sanatórios, hospitais para doentes mentais e abrigos de hansenianos);
- instituições destinadas a proteger a sociedade contra perigos intencionais (presídios, campos de concentração, cadeias);
- instituições destinadas a realizar trabalhos e tarefas que se justificam por sua natureza (quartéis, navios, escolas internatos);
- instituições destinadas a servir de refúgio do mundo (abadias, conventos mosteiros e claustros).

As principais características das instituições totais, apresentadas por Goffman (2001), tais como hierarquização, controle, organização burocrática, divisão clara de tarefas e supervisão, podem ser identificadas nas instituições hospitalares. Apesar da evolução administrativa e gerencial de grande parte delas, essas características continuam dando o tom da institucionalização aos hospitais, sejam eles públicos ou não-públicos.

Sob uma perspectiva menos social e mais administrativa, o hospital é visto, por Testa (2002), como uma instituição hipercomplexa. Ao exacerbar o que é intrincado, por encerrar em si uma série de elementos de natureza diversa, o autor confirma a teoria do economista Peter Druker, citado por Beatty (1998), ao classificar as instituições hospitalares como as mais complexas de que se tem notícia. É sobre a complexidade administrativa e técnica que o economista se refere, mas não se pode deixar de mencionar o fato de o hospital cumprir, a um só tempo, a função de escola, hotel, cuidado à saúde, pesquisa e formação de recursos humanos. O caráter de urgência do trabalho hospitalar, a multiplicidade profissional, as particularidades de seus usuários e a inaceitabilidade de erro traduzem o quão complexo é o ambiente e o trabalho hospitalar, e como esta natureza pode vir a interferir nas conseqüências desse tipo de atividade para os seus trabalhadores.

Em uma breve retrospectiva sobre a evolução dos hospitais, Antunes (1991) e Ribeiro (1993) nos conduzem a um passeio histórico, que tem início na Grécia antiga, com o *Asklepieion*, onde templos serviam de abrigo aos pobres, velhos e enfermos. Os hospitais militares de campanha, no império romano, os *Valentudinaira*, e os primeiros hospitais cristãos, *Nosoco-*

*mia e Xenodochia*, também tiveram missão abrigar e hospedar velhos, crianças, doentes e peregrinos. Os hospitais desta época, de característica claramente missionária, já desempenhavam a função de escola e possuíam equipe médica permanente. Através dos cuidados aos doentes, nos mosteiros na Alta Idade Média, dos leprosários e das casas de lázaro, chega-se finalmente aos dispensários da Idade Moderna, e com a introdução de uma medicina profissional, ao hospital contemporâneo.

Para Foucault (2000), o hospital, como instrumento terapêutico e um lugar de cura, surge no final do século XVIII. No século anterior, a finalidade precípua do hospital era assistir aos pobres afastando-os e excluindo-os do convívio com a sociedade. Ao mesmo tempo em que os recolhia, protegia a sociedade dos portadores de doenças e da propagação das mesmas. O hospital, até o século XVIII, não era um lugar de cura, mas de assistência material e espiritual para a morte. Foucault e Machado (2000) vão ainda mais longe: “*Assegurava-se, portanto salvação da alma do pobre no momento da morte e a salvação do pessoal hospitalar que cuidava dos pobres.*” (FOUCAULT; MACHADO, 2000, p.102).

Ribeiro (1993), ao realizar sua construção sobre a história dos hospitais, insere uma análise social: o hospital que emerge do século XX é ainda um hospital de pobres, cuja mudança do perfil de seus usuários se faz em face de novos fenômenos como a urbanização: “*A socialização de seu uso deve, a seguir, ao aumento crescente das patologias de causa externa e violenta e ao adensamento urbano, conseqüência do processo de industrialização.*” (RIBEIRO, 1993, p.27). É somente na segunda metade do século XX, com a produção industrial de quimioterápicos e equipamentos, que o hospital adquire contornos de contemporaneidade:

O hospital contemporâneo não é apenas uma instituição que evoluiu. É muito mais, é uma instituição nova. Suas missões são outras, conquanto resguardadas algumas que precederam. Mudaram suas características, suas finalidades, sua administração, seus sujeitos, seus instrumentos e processos de trabalho. O elemento mais constante dessa trajetória tem sido o homem que sofre e morre. (RIBEIRO, 1993, p.31).

Para Braga (2000), a contemporaneidade do hospital é explicada pela incorporação de novas práticas, como o ensino e a pesquisa, a incorporação de novas tecnologias e de novos profissionais. A modernização do hospital, ao longo de sua história, também contribuiu para

que a saúde se tornasse hospitalocêntrica e a categoria médica passasse, assim, a ser a representação social mais forte do mesmo:

Outro fator que estimula o crescimento do hospital refere-se ao fato de que com as epidemias o saber médico passa a organizar o espaço hospitalar e o espaço urbano-social, estabelecendo suas relações com as grandes questões políticas, econômicas e sociais. A partir de então, os hospitais começam a integrar a administração pública, e com o desenvolvimento da medicina hospitalar, o médico torna-se a figura central do hospital, passando a simbolizá-lo (BRAGA, 2000, p.22).

Ribeiro (1993), referindo-se ao perfil social do hospital, destaca sua missão de recuperação da força de trabalho, para novamente devolvê-la ao mercado. Assim, ao cumprir a missão de preservação da força de trabalho, o hospital contemporâneo reproduz, a seu modo, o capital. Para Cherubin e Santos (1997), o hospital, institucionalizado depois da medicina, anteriormente exercida no domicílio, representava a vitória sobre o egoísmo e um triunfo sobre o altruísmo. A organização de espaços coletivos que abrigassem os doentes foi uma forma de solução de problemas emergentes da sociedade e, nessa fase, o hospital tornou-se um forte representante da *instituição* descrita por Goffman (2001), representados no século XX pelos hospitais psiquiátricos, os hospitais (colônias) para hansenianos e os hospitais para tuberculosos.

A análise do hospital como organização na sociedade moderna, realizada por Lakatos (1997), demonstra que os hospitais podem ser sociologicamente classificados como organizações sociais ou normativas. Nesse tipo de configuração, o objetivo é atuar de forma determinada sobre um grupo de indivíduos admitidos, transitoriamente ou não, em uma organização. Sob uma outra perspectiva, as afirmações de Lakatos (1997) reforçam as observações de Goffman (2001) sobre as instituições totais, onde há sempre dois grupos: um inferior, sobre o qual atua (atuado) e um superior (atuante). No caso das instituições hospitalares, estes grupos se dividem em pacientes (atuados) e equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, nutricionistas, dentre outros), que representam o papel de atuantes. Etzioni, citado por Lakatos (1997), caracteriza as organizações por uma divisão clara do trabalho, do poder e das responsabilidades; por presença de um ou mais centros de poder e por substituição de pessoal, uma vez que seu desempenho não atenda aos objetivos da organização. Estas características reforçam o caráter de modernidade do hospital, deixando para trás o estigma caritativo, marca registrada de sua história. Ao buscar eficiência e efetividade, contro-

le de custos, seleção de recursos humanos, avaliação do desempenho e competição, em um mercado cada vez mais seletivo, o hospital adquire uma configuração contemporânea e imprime sua marca no mundo capitalista do trabalho.

## **2.2 Instituições hospitalares e o Público e o Privado**

A caracterização das instituições hospitalares, de acordo com sua natureza jurídica, compõe um dos objetivos deste capítulo, pois acredita-se que esta natureza exerça influência direta no trabalho das (os) enfermeiras (os). De acordo com Lakatos (1997), as organizações, grosso modo, podem ser classificadas em propriedades públicas e propriedades privadas, mas classificar as instituições hospitalares em públicas e privadas demanda um entendimento mais profundo do que cada um desses termos significa juridicamente, socialmente e do ponto de vista do trabalhador inserido no mercado de trabalho em saúde. Fuhrer (2006), destaca que, do ponto de vista do Direito Administrativo, uma empresa pública é aquela de capital inteiramente público, dedicada às atividades econômicas, possuidora de personalidade jurídica de direito privado. A classificação das instituições hospitalares de acordo com sua natureza jurídica basear-se-á na classificação adotada pelo Direito Administrativo. O direito administrativo disciplina juridicamente a administração pública no Brasil, norteando sua estrutura e funcionamento.

Se a empresa privada busca lucros, sendo o “limite” do que lhe é lícito fazer, na consecução deste objetivo, “determinado” por leis, regulamentos, normas, atuação do governo e inter-relacionamento com os consumidores, trabalhadores, outras empresas e a comunidade, a empresa pública tem outro caráter. A justificativa básica da sua existência é a função social que deve desempenhar. (LAKATOS, 1997, p.37).

Do ponto de vista do Direito Administrativo, os hospitais públicos são entes da Administração Indireta e podem apresentar-se administrativamente, segundo Medauar (1996) e Mello (1998), como:

- autarquias: a autarquia é pessoa jurídica de direito público, criada por lei e com capacidade de auto-administração. Podem também ser conhecidas como paraestatais, muito embora tal terminologia não seja usada pelo direito positivo brasileiro. As autarquias apresentam algumas características peculiares, importantes para esse estudo, a saber: seus bens e rendas são considerados patrimônio público, seu orçamento é idêntico ao das entidades estatais, seus contratos estão sujeitos à licitação, seus agentes públicos são servidores públicos. As autarquias nascem com os privilégios administrativos da entidade que as instituiu. Como exemplo de hospitais, que são autarquias em Belo Horizonte, pode-se citar o Hospital das Clínicas, da Universidade Federal de Minas Gerais e o Hospital Odilon Berhens, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte;

- fundações: as fundações públicas são pessoas jurídicas de direito privado e podem ser definidas como uma universalidade de bens personalizada, em atenção a um fim que lhe dá unidade. De acordo com Medeuar (1996), as fundações públicas possuem autonomia administrativa, “*Ou seja: administram-se a si próprias quanto a pessoal, bens e recursos, sem subordinação hierárquica (do ponto de vista jurídico e legal) a autoridade do órgão da Administração direta.*” (MEDAUAR, 1996, p.89). As fundações possuem patrimônio próprio e devem ser criadas sem fins lucrativos. Em Belo Horizonte, os hospitais da rede FHEMIG enquadram-se nessa categoria;

- entes em situação peculiar: são entidades que mantêm vínculos diversificados com o poder público, mas não são componentes nem da Administração Direta, nem da Administração Indireta. Nessa categoria, situam-se as Fundações Fechadas de Previdência Privada. Em Belo Horizonte, o Hospital Governador Israel Pinheiro, do IPSEMG, é o que mais se assemelha a esse tipo de entidade;

- empresas públicas: são pessoas jurídicas de direito privado, autorizadas por lei, de capital público, que realizam atividade de interesse da Administração. São dotadas de patrimônio próprio, sob sua gestão. Apresentam a característica peculiar de ter seu pessoal regido pela CLT. Apesar da investidura dos empregos dependerem da aprovação prévia em concurso público, não é assegurada ao funcionário a estabilidade. Em Belo Horizonte, o Hospital da Rede Sarah é um exemplo equivalente dessa situação.

Para a presente pesquisa, optou-se por entender como não-públicas as instituições hospitalares cujo financiamento e gerenciamento não estejam ligados à administração direta. Conforme relatado nessa secção, incluem-se nessa categoria as instituições privadas e as filan-

trópicas. Uma empresa privada, geralmente, se dirige a alguns sujeitos individuais e o termo privado encerra em si o caráter de propriedade. Uma instituição hospitalar privada é uma empresa que, como tal, compete no mercado da saúde pela conquista e manutenção de convênios com as agências de saúde suplementar, pelos clientes e pelos profissionais que trazem junto consigo os clientes. Como empresas privadas, apresentam-se de outra forma no mercado, estão em evolução crescente, modernizam-se e sempre procuram um diferencial, a fim de conquistar a sua clientela. Acredita-se que essa forma de inserção e relacionamento no mercado influencie diretamente no trabalho e nas condições de trabalho das (os) enfermeiras (os), uma vez que, ao incorporarem novas tecnologias e atenderem as demandas constantes do mercado, novos postos de trabalho são criados para a categoria profissional da enfermagem. Como exemplo de instituições privadas em Belo Horizonte, pode-se citar o Hospital Mater Dei e o Hospital Madre Tereza.

Com relação às empresas privadas, outra natureza pode ser encontrada: a filantropia. As instituições sem fins lucrativos ou filantrópicas, podem ser uma associação ou uma fundação e, geralmente, são criadas com o propósito de produzir bens, tais como assistência à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice. Como exemplos conhecidos e consolidados na capital mineira, citam-se a Santa Casa de Misericórdia e seu anexo, o Hospital São Lucas e o Hospital da Baleia. É necessário salientar que as organizações podem apresentar outras classificações de ordem administrativa, mas, para este trabalho, acredita-se que o entendimento sobre público, privado e filantrópico esteja mais adequado aos seus objetivos e seja suficiente para que caracterizem os tipos de estabelecimentos hospitalares que hoje, na cidade de Belo Horizonte, dão emprego aos profissionais da equipe de enfermagem. Para Campos (2005), a questão “público e privado” traz outra abordagem, de ordem mais dialética; o autor sustenta que o par oposto de público é o caráter particular:

O público refere-se ao caráter de projetos e programas de uma organização que abrangem interesses coletivos, funcionam de acordo e em consonância ao bem estar coletivo. Por outro lado seu funcionamento seria particular quando se dirige a alguns sujeitos individuais. Agora o privado opõe-se ao estatal, indica o caráter da propriedade e a forma de organização. (CAMPOS, 2005, p.90.)

A análise de Campos (2005) traz uma importante colaboração para esta pesquisa, ao analisar o público e o privado na saúde, sob a perspectiva do SUS. O autor destaca e critica a

solução encontrada pelo poder público para a questão da saúde: a terceirização. Para ele, a terceirização é uma solução simplista, contaminada pelo maniqueísmo, e favorecida pela globalização. Cumpre esclarecer que a terceirização, a que Campos (2005) faz referência, indica uma relação que o público estabelece com o privado, através da *compra* de serviços, uma vez que o Sistema Único de Saúde precisa utilizar-se das instituições privadas para o atendimento hospitalar da população. Tal afirmação permite concluir que as empresas privadas “disputam” a venda de seus serviços para o Sistema Único de Saúde.

### **2.3 O SUS e a rede hospital pública e privada**

Para Ribeiro (1993), o hospital é um dos componentes do organismo assistencial da comunidade e está integrado ao sistema social. No Brasil, observa-se uma grande inserção das organizações privadas de saúde na oferta de serviço ao SUS. Segundo Vasconcelos e Pasche (2006), essa participação deve acontecer sempre em caráter de complementaridade quando houver insuficiência de disponibilidade de serviços públicos:

A legislação estabelece que as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos terão preferência nessa participação que deverá se fazer mediante contrato ou convênio, segundo as diretrizes do sistema e obediência as norma do direito público. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 547).

Neste estudo, trataremos dos hospitais como componentes de uma rede de serviços de atenção à saúde, associados geograficamente, seja por uma organização planejada ou como consequência de uma organização espontânea dos elementos assistenciais existentes. Este conjunto, que abrange a totalidade da oferta de serviços disponíveis em um território, denomina-se “Sistema Local de Saúde”. No contexto de um sistema local de saúde, os hospitais desempenham um papel indispensável valendo-se destacar alguns aspectos:

- oferecer assistência médica continuada;
- oferecer assistência médica integrada;

- concentrar grande capacidade de recursos de diagnóstico e tratamento para, no menor tempo possível, reintegrar o paciente ao seu meio;
- constituir um nível intermediário dentro de uma rede de serviços de complexidade crescente;
- promover a saúde e prevenir as doenças sempre que o estabelecimento pertencer a uma rede que garanta a disponibilidade de todos os recursos para resolver cada caso;
- avaliar os resultados de suas ações sobre a população da área de influência.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE considera hospital o estabelecimento cuja finalidade básica é prestar atendimento assistencial, em regime de internação. As atividades que lhe são pertinentes incluem prevenção, terapêutica, reabilitação, ensino e pesquisa. Os hospitais diferenciam-se quanto o tipo de cuidados prestados. Segundo Castelar (1995), os hospitais são classificados em gerais, especializados, e não especializados. Os hospitais gerais destinam-se ao atendimento nas quatro especialidades básicas (clínica médica, pediatria, cirurgia e ginecologia), os especializados destinam-se a prestação de assistência em uma ou mais especialidades (maternidade, psiquiatria, oncologia) e os não especializados possuem áreas especializadas, mas sem a prioridade que lhe é conferida nos especializados.

No Brasil, segundo os dados do IBGE, 73,5% dos estabelecimentos de saúde com internação são privados e 22,9%, públicos. Em relação ao número de leitos, o quadro é o mesmo, os leitos privados constituem 77,1% dos leitos disponíveis, o que, segundo Buss (1993), dificulta o papel regulador do sistema por parte do Estado. A falta de regulação implica em diferença na qualidade de serviços prestados aos usuários do SUS e, principalmente, na oferta de vagas nas instituições hospitalares, nó crítico do atendimento à saúde no país e na região metropolitana de Belo Horizonte.

#### **2.4 A distribuição espacial dos Hospitais em Belo Horizonte**

Belo Horizonte possui, de acordo com dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde-SCNES (2007), Portaria SAS/MS, de 03/11/2000, noventa e dois (92) estabelecimentos de saúde com internação, sendo 14 públicos e 59 privados. O total de leitos oferecidos à população é de 10.434 leitos com internação, que têm a função de atender à região metropolitana de Belo Horizonte, nos diversos níveis de complexidade e especialidade. Uma observação preliminar da distribuição dos hospitais na cidade de Belo Horizonte já permite perceber o mesmo cenário de exclusão por que passam as metrópoles brasileiras: a con-

centração de oferta de serviços de saúde distante das áreas periféricas, redutos da exclusão e da miséria.

Na cidade, a maioria das principais instituições hospitalares está situada na região centro-sul. Esta região é caracterizada por uma alta concentração de estabelecimentos comerciais, bancários, de lazer e outros serviços. Abrange uma área de 32,60 km e aí residem 266.003 habitantes (IBGE -2000), sendo que 51.402 vivem em áreas de risco. A concentração dos estabelecimentos hospitalares na região centro sul não se relaciona ao grande número de habitantes em área de risco, mas a um outro elemento da história da cidade. De acordo com Teixeira e Souza (2003), o núcleo central e a zona da cidade, justamente a área em questão, é o local da moradia da elite dirigente, da pequena burguesia e da elite intelectual. Grande parte desta elite trabalha nesta área, mas a região centro-sul, também acolhe trabalhadores de algumas outras categorias sócio-ocupacionais. Oliveira (2002) também enfatiza que esta região foi planejada com uma completa assistência educacional, de saúde, transporte e infra-estrutura para ser habitada por funcionários públicos estaduais e por aqueles que pudessem comprar os lotes. Ainda segundo o autor, as políticas sociais, no início da constituição da cidade, foram direcionadas para a população de maior renda, o que pode explicar o contraste entre a região centro sul e as demais regiões da cidade.

Em sua análise sobre a efetivação dos hospitais no século XVIII, como instituições destinadas à recuperação da saúde, Foucault e Machado (2000) ressaltam a preocupação, à época, com a localização dos hospitais no espaço urbano. Apresenta o dilema entre a criação de hospitais de grande porte e hospitais pequenos e a localização centralizada ou afastada da cidade:

Outro problema ligado ao precedente: devem-se colocar hospitais fora da cidade, onde a ventilação é melhor e onde eles não correm riscos de difundir miasmas pela população, solução que combina bem com a disposição dos grandes conjuntos arquitetônicos? Ou deve-se construir uma multiplicidade de pequenos hospitais nos pontos em que eles possam ser o mais facilmente acessíveis à população que deve utilizá-los, solução que implica, freqüentemente, o ajustamento hospital dispensário. (FOUCAULT; MACHADO, 2000, p.205).

A cronologia histórica é uma aliada no entendimento do processo de concentração dos hospitais na região central de Belo Horizonte. De acordo com Alves, Apgaua e Melo (1997), em 1894, teve início a construção de Belo Horizonte, a primeira cidade planejada do Brasil republicano. O plano urbanístico do engenheiro Aarão Reis procurava distribuir a sociedade

no espaço de forma controlada e racional. Segundo Salgueiro (1997), à época da construção de Belo Horizonte, o engenheiro encontrava-se interessado nos problemas da modernização de equipamentos e no progresso do país. Profundamente marcado pelo positivismo de Comte, conseqüência de sua formação, Aarão Reis achava-se imbuído de um progressismo cívico, que o levava a ocupar *postos*, principalmente pelo dever de servir. Belo Horizonte foi planejada e construída em um momento de transição no discurso urbanístico internacional e a engenharia brasileira desejava uma cidade construída com método:

Nessa planta faz-se alusão, ao mesmo tempo, aos princípios utopistas higienistas (que muitas vezes são os mesmos), ao se hierarquizar o espaço em termos de distribuição de equipamentos, da localização racional dos serviços em nome da tríade *salubridade, comodidade, embelezamento*. Reis demonstra conhecer o que é equipar a cidade: prevê dispositivos técnicos indispensáveis, marcando sua colocação na planta: nos subúrbios ficava o cemitério, matadouro, hipódromo, lavanderia municipal e banhos públicos, incinerador de lixo, estação de tratamento de água e até mesmo um forno crematório - tudo isso na parte mais baixa, ao longo do rio, seguindo a lógica higienista -, enquanto os reservatórios de água seriam colocados do lado oposto, a mais de 1000 metros de altitude. (SALGUEIRO, 1997, p.155).

Segundo Salgueiro (1997), a planta de Aarão Reis também marcava o lugar de um vasto hospital e um mercado. A construção da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte tem início em 1899, dois anos após a inauguração da cidade. “Uma comissão formada por médicos e engenheiros propôs e aprovou junto a Prefeitura de Belo Horizonte o local mais adequado para a edificação: o quarteirão onde hoje se encontra o Complexo Hospitalar José Maria Alckimin”. A primeira instituição hospitalar de Belo Horizonte surgiu inicialmente improvisada sob barracas de lona, recebendo a curiosa denominação de Hospital Barraca e contando com a abnegação de muitos para assistência aos pobres da cidade. A Santa Casa de Misericórdia “nasceu” com o nome com o qual é conhecida em 1900, e teve sua construção entre os anos de 1903 e 1911.

Próximo à Santa Casa, e contribuindo para consolidar o cenário de concentração hospitalar, também foi lançada, em 1911, a pedra fundamental para a construção da Escola de Medicina, que já existia na cidade, funcionando no centro, no Palacete Thibau. Um terreno do Parque Municipal foi cedido pela prefeitura, na antiga Avenida Mantiqueira, que mais tarde teve seu nome modificado para Avenida Professor Alfredo Balena, em homenagem a esse

farmacêutico e médico. Hoje, ela é conhecida como avenida dos hospitais por cortar a região hospitalar<sup>3</sup>.

É interessante perceber que outras importantes instituições hospitalares foram surgindo nesse entorno a medida do tempo. Observa-se também que são em sua quase totalidade públicas. O quarteirão da Escola de Medicina da UFMG abriga hoje, além disso, a Escola de Enfermagem da UFMG, a Faculdade Ciências Médicas e seu ambulatório, o Hospital Governador Israel Pinheiro, o Centro Geral de Pediatria, a Fundação Hemominas, o Hospital de Pronto Socorro João XXIII, o Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais e seus anexos, a Escola de Técnicos de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira, e o Hospital Semper, única instituição privada desse espaço. Um número significativo de serviços de apoio à saúde tais como as empresas de comércio de material e equipamento médico hospitalar, livrarias universitárias e farmácias contribuem para delinear a especificidade da região hospitalar. Essa concentração pode também ser explicada por outra via: a do ensino e do trabalho, por serem a medicina e a enfermagem profissões onde a prática, o fazer em si, estão incorporados diretamente ao seu exercício; logo, os hospitais escolas precisavam estar próximos dos alunos e professores. O professor médico, além da docência, mantém seu vínculo com os clientes particulares, mas necessita de flexibilidade para a conciliação das duas tarefas, e isso é facilitado pela lógica espacial da locomoção.

## **2.5 A divisão administrativa de Belo Horizonte e a assistência à saúde**

A cidade de Belo Horizonte encontra-se dividida administrativamente em nove regionais: Barreiro, Centro-Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Trata-se de uma divisão geográfica que busca descentralizar o governo da cidade e, ao mesmo tempo, aproximar os problemas e locais. Cada área administrativa possui uma administração regional, responsável por atividades gerais como as relacionadas a obras e outras necessidades da comunidade local, e todas possuem um distrito sanitário responsável pelo gerenciamento dos aparelhos locais de saúde, tais como os Centros de Saúde, os Centros de Referência, as Clínicas de Especialidades e os programas de saúde desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. De acordo com dados a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, cada distrito sanitário possui cerca de 15 a 20 unidades de saúde ambulatoriais sob sua res-

---

<sup>3</sup> Informações retiradas do site: [www.medicina.ufmg.br/conheca-fm](http://www.medicina.ufmg.br/conheca-fm)

ponsabilidade. As unidades de saúde ambulatoriais são definidas, de acordo com o MINISTÉRIO DA SAÚDE, como o local onde se presta assistência a pacientes sem regime de internação. Os Distritos Sanitários podem ser sumariamente caracterizados conforme segue, com vistas a delinear o perfil sócio econômico de cada uma destas regiões:

Distrito Sanitário Barreiro: localizado na região sudoeste da cidade; segundo os dados do IBGE 2000, apresenta uma população de 266.194 habitantes, sendo que parte dela ocupa áreas de risco sócio-econômico-sanitário. A rede de assistência à saúde está composta por 17 Centros de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento, 2 hospitais da Rede FHEMIG e 2 hospitais privados, contratados dos SUS;

Distrito Sanitário Centro Sul: localizado na região central da cidade, segundo os dados do IBGE 2000, apresenta uma população de 266.003 habitantes, sendo que parte dela (20%) ocupa áreas de risco sócio-econômico-sanitário, e 12% com mais de 59 anos de idade. A rede de assistência à saúde está composta por 11 Centros de Saúde, uma de Policlínica Central onde são atendidas as diversas especialidades médicas, 22 clínicas com internação, 31 hospitais públicos, privados e contratados dos SUS;

Distrito Sanitário Leste: apresenta uma população de 249.094 habitantes. Possui 15 Centros de Saúde e 2 Centros de Especialidades;

Distrito Sanitário Nordeste: de acordo com o Censo do IBGE de 2000, apresenta uma população de 274.060 habitantes. Esse Distrito Sanitário caracteriza-se pelas grandes diferenças sócio-econômicas e sanitárias. De acordo com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2006), os “*bolsões de miséria*”<sup>4</sup> são encontrados em todos os bairros. Há áreas com esgoto a céu aberto, lixo acumulado, aglomerados residenciais do tipo favela, vilas e invasão dos “sem casa”. Apresenta risco elevado e muito elevado. Possui 21 Centros de Saúde e 1 Unidade de Pronto Atendimento;

Distrito Sanitário Noroeste: compreende uma população de 337.351 habitantes (IBGE 2000). Possui 19 Centros de Saúde e 2 hospitais públicos da Rede FHEMIG.

Distrito Sanitário Norte: possui uma população de 193.764 habitantes (IBGE 2000). Em sua composição evidenciam-se contrastes entre bairros de relativa infra-estrutura urbanística e outros de extrema precariedade. O atendimento é feito através de 14 Centros de Saúde;

Distrito Sanitário Oeste: apresenta uma população de 268.698 (IBGE 2000) e atende através de 14 Centros de Saúde. Possui também uma Unidade de Urgência;

---

<sup>4</sup> Informação retirada do site [http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id\\_conteudo=4349&id\\_nivel1=-1](http://portal1.pbh.gov.br/pbh/index.html?id_conteudo=4349&id_nivel1=-1)

Distrito Sanitário Pampulha: possui uma população de 142.602 habitantes (IBGE 2000), é também um distrito sanitário marcado pelo contraste entre as mansões da orla da Lagoa da Pampulha e algumas áreas nobres e um grande número de áreas de risco. O atendimento é feito através de 9 Centros de Saúde;

Distrito Sanitário Venda Nova: apresenta uma população de 244.566 habitantes (IBGE 2000), com predominância população jovem. Há significativas áreas de precariedade na infraestrutura urbana e a maioria das famílias tem renda média inferior a 3 salários mínimos, sendo que uma parcela significativa da população recebe menos do que 1 salário mínimo. Possui 12 Centros de Saúde, uma unidade de pronto atendimento e um Hospital de Pronto Socorro.



**Mapa 1: Divisão Administrativa de Belo Horizonte, segundo a PBH, 1996**

**Fonte: Anuário Estatístico da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte , 2003**

A distribuição da população em cada uma das áreas encontra-se representada na tabela que se segue:

**Tabela 4**  
**População residente em Belo Horizonte por regiões e unidades de saúde em 2000**

<i>REGIÃO ADMINISTRATIVA</i>	<i>POPULAÇÃO</i>	<i>CENTROS DE SAÚDE</i>	<i>HOSPITAIS</i>	<i>U-PAS</i>
BARREIRO	266.194	17	4	1
CENTRO SUL	66.003	11	31	0
LESTE	249.094	15		
NORDESTE	274.060	21		1
NOROESTE	337.351	19	2	
NORTE	193.764	14		
OESTE	268.698	14		1
PAMPULHA	142.602	9		
VENDA NOVA	244.566	12		1
Belo Horizonte	2.042.602			

**Fonte: IBGE 2000**

De acordo com Oliveira (2002), a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, utiliza dois indicadores para evidenciar as características de sua população e, assim, dimensionar o investimento necessário para responder às demandas existentes:

- a) dependência da População de Belo Horizonte em relação ao SUS;
- b) sinais que demonstram o risco de adoecer e morrer.

Ainda segundo Oliveira (2002), a pesquisa realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, em 1998<sup>5</sup> conclui que, em relação a dependência da população em relação ao SUS, 48% da população da cidade utilizava o Sistema Único de Saúde.

<sup>5</sup> Os Anuário Estatístico de 2000 e 2003 da Prefeitura de Belo Horizonte, não trazem estes dados atualizados. Os dados utilizados foram extraídos do Relatório de Gestão da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, Agosto 1999.

**Tabela 5:**  
**Dependência da população de Belo Horizonte em relação ao Sistema Único de Saúde em 2000.**

<i>REGIÃO ADMINISTRATIVA</i>	<i>% da POPULAÇÃO DEPENDENTE DO SUS</i>	<i>% POPULAÇÃO COM RISCO DE ADOECER E MORRER</i>
BARREIRO	50	41,96
CENTRO SUL	39	20,88
LESTE	52	23,36
NORDESTE	55	26,56
NOROESTE	43	20,78
NORTE	58	41,99
OESTE	34	33,18
PAMPULHA	48	12,41
VENDA NOVA	58	36,08
BELO HORIZONTE	48	28,57

**Fonte: IBGE e Pesquisa realizada pela Prefeitura de Belo Horizonte em 1998**

A tabela 5 permite verificar que os Distritos Sanitários que mais dependem do Sistema Único de Saúde são os Distritos Sanitários de Venda Nova e o Distrito Sanitário Norte. A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte também identificou que os Distritos Sanitários que apresentam população com maior risco de adoecer e morrer são o Distrito Sanitário Norte (41,99%), o Distrito Sanitário Barreiro (41,96%) e o Distrito Sanitário Venda Nova. O Distrito Sanitário Pampulha (12,41%) e o Distrito Sanitário Noroeste (20,78%) apresentam áreas de menor risco de a população adoecer e morrer.

De acordo com Nahas (2002), dois indicadores, o índice de qualidade de vida urbana (IQUV) e o índice de vulnerabilidade social (IVS) são capazes de mapear as áreas mais vulneráveis da cidade de Belo Horizonte. Se por um lado o IQVU enfoca o lugar urbano, do ponto de vista físico, enfatizando o ambiente construído através de dados sobre a oferta de serviços; o IVS aponta o acesso social a esses bens. A relação saúde versus IQUV traduz-se através da oferta de leitos hospitalares, clínicas e postos de saúde, mas Nahas (2002) ainda enfatiza que a existência destes equipamentos não indica necessariamente o acesso da população a eles. Ainda segundo Nahas (2002), ao realizar a classificação das Unidades de Planejamento de Belo Horizonte, de acordo com o Índice de Vulnerabilidade Social (1996), constata-se que 48% da população da cidade se encontra em situação de vulnerabilidade e que miséria e a pobreza

estão disseminadas por toda a cidade. Percebe-se, no entanto que, à medida que se disseminam pela cidade, tendem a se concentrarem em seu próprio meio. Para Katzman e Retamoso (2005), as variações nos índices de pobreza estão relacionadas às mudanças no mercado de trabalho, o que gera uma concentração desses trabalhadores e suas famílias em bairros de alta densidade de pobreza. Para os autores, a polarização na distribuição espacial da relação ricos e pobres é um mecanismo de retroalimentação do isolamento social e da reprodução ampliada das desigualdades:

Toda estrategia de intervención dirigida a promover la integración sobre la base de la equidad, la construcción de ciudadanía y el fortalecimiento del tejido social deberá desactivar esos procesos y, por ende, necesitará contar con diagnósticos que ayuden a entender mejor la naturaleza de esta relación perversa entre territorio e trabajo. (KAZTMAN; RETAMOSO, 2005, p.146).

## **2.6 Hospitais públicos e não públicos de Belo Horizonte**

Utilizando-se o Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde, do Ministério da Saúde (2007), foi possível delinear o cenário de distribuição das diversas instituições hospitalares da cidade de Belo Horizonte e, desta forma, mapear as instituições hospitalares conforme a proposta deste capítulo. Foram estabelecidos dois eixos de classificação destas instituições:

Hospitais não Públicos de Belo Horizonte: estão enquadrados nesta categoria de análise os hospitais privados, os hospitais filantrópicos, entidades de serviço social autônomo, autarquias e administrações diretas;

Hospitais Públicos de Belo Horizonte: nesta categoria, estão enquadradas todas as instituições hospitalares cujo financiamento provém de cofres públicos sejam elas municipais, estaduais ou federais.

Ao buscar a identificação dos hospitais, segundo as categorias supra citadas encontrou-se os seguintes quadros:

<b>Nº</b>	<b>HOSPITAL</b>	<b>ATENDIMENTO</b>	<b>NATUREZA</b>	<b>LOCALIZAÇÃO</b>
1	Biocor	Doenças Vasculares Geral	Privado	Centro sul
2	Clinica Santa Maria	Psiquiatria	Privado	Centro Sul
3	Clínica Pinel	Psiquiatria	Privado	Pampulha
4	Hospital da Baleia	Geral /infantil	Filantrópico	Centro Sul
5	Hospital Arapiara	Ortopedia /Reabilitação	Privado	Centro Sul
6	Hospital Belo Horizonte	Geral	Privado	Nordeste
7	Hospital da Criança	Infantil	Privado	Centro Sul
8	Hospital Dom Bosco	Geral	Privado	Venda Nova
9	Hospital André Luiz	Psiquiatria	Filantrópico	Oeste
10	Hospital Felício Rocha	Geral	Filantrópico	Centro Sul
11	Hospital Frau Center	Geral	Privado	Centro Sul
12	Hospital Sofia Feldman	Maternidade	Filantropia	Nordeste
13	Hospital Padre Anchieta	Infantil	Privado	Noroeste
14	Hospital São Domingos Sávio	Infantil	Privado	Centro Sul
15	Hospital São Camilo	Infantil	Privado	Leste
16	Hospital Santa Terezinha	Infantil	Privado	Oeste
17	Hospital São Paulo	Infantil	Privado	Barreiro
18	Hospital Luxemburgo	Geral	Filantrópico	Oeste
19	Hospital Madre Teresa	Geral	Filantrópico	Centro Sul
20	Hospital Mater Dei	Geral	Privado	Centro Sul
21	Hospital Mater Méd	Maternidade	Privado	Centro Sul
22	Hospital BH Mater	Maternidade e Geral	Privado	Noroeste
23	Hospital RG	Maternidade	Privado	Padre Eustáquio
24	Hospital Miguel Couto	Geral	Privado	Noroeste
25	Hospital N. Sra. Aparecida	Geral	Filantrópico	Noroeste
26	Hospital Ortopédico	Ortopedia	Privado	Centro Sul
27	Cardiocentro	Cardiologia	Privado	Pampulha
28	Paulo de Tarso	Geriatrics/Reabilitação	Filantrópico	Pampulha
29	Hospital Prontocor	Cardiologia	Privado	Centro Sul
30	Hospital Santa Lúcia	Geral	Privado	Barreiro
31	Hospital Santana	Geral	Privado	Oeste
32	Hospital Santo Inácio	Geral	Privado	Norte
33	Hospital Santo Ivo	Geral	Privado	Centro Sul
34	Hospital São Bento	Geral	Privado	Centro Sul
35	Hospital S Francisco	Geral	Filantrópico	Leste

Cont.

36	Hospital São Paulo	Reabilitação	Privado	Pampulha
37	Hospital Semper	Geral	Privado	Centro Sul
38	Hospital Socor	Cardiologia	Privado	Centro Sul
39	Hospital SOS	Ortopedia	Privado	Centro Sul
40	Hospital Vera Cruz	Geral /Cardiologia	Privado	Centro Sul
41	Instituto Hilton Rocha	Oftalmologia	Filantrópico	Centro Sul
42	Hospital Life Center	Geral	Privado	Centro Sul
43	Med Mig	UTI Adulto	Privado	Centro Sul
44	Neo Center	Neonatologia	Privado	Centro Sul
45	PHD Pace Hospital Dia	Geral	Privado	Centro Sul
46	Santa Casa de Misericórdia	Geral	Filantrópico	Centro Sul
47	Hospital São Lucas	Geral		Centro Sul
48	Hospital MárioPena	Oncologia	Filantrópico	Oeste
49	Maternidade Santa Fé	Maternidade	Privado	Leste
50	Maternidade Otaviano Neves	Maternidade	Privado	Centro Sul
51	Promater	Maternidade		Centro Sul
52	AMH	Geral	Privado	
53	Centro Ofatamológico	Oftalmologia	Privado	Centro Sul
54	Hospital Evangélico	Geral	Filantrópico	Centro Sul
55	Hospital N.Sra Lourdes	Psiquiatria	Privado	Centro Sul
56	Psicominas	Psiquiatria	Privado	Venda Nova
57	Clínica Pinel	Psiquiatria	Privado	Pampulha
58	Clínica Serra Verde	Psiquiatria	Privado	
59	Clínica Belvedere	Geral	Privado	Centro Sul
60	Hospital e Maternidade Unimed	Maternidade e Cirurgia	Privado	Leste
61	Hospital da Baleia	Geral	Filantrópico	Leste
62	Hospital Lourdes	Cirurgia Plástica	Privado	Centro Sul
63	Hospital Sarah	Ortopédico /Reabilitação	Serviço Social Autônomo	Oeste
64	Hospital Universitário S. José	Geral	Privado	Centro Sul

**Quadro 1 : Hospitais não públicos de Belo Horizonte, maio de 2006**

**Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2006**

Nº	NOME DO HOSPITAL	TIPO DE ATENDIMENTO	LOCALIZAÇÃO
1	Hospital Júlia Kubstchek	Geral	Barreiro
2	Centro Geral de Pediatria	Infantil	Centro Sul
3	Hospital João XXIII	Trauma	Centro Sul
4	Instituto Raul Soares	Psiquiatria	Centro Sul
5	Hospital Galba Veloso	Psiquiatria e Ortopedia	Oeste
6	Hospital Eduardo de Menezes	Doenças Infecto Contagiosas	Barreiro
7	Hospital Alberto Cavalcanti	Geral	Noroeste
8	Hospital Amélia Lins	Cirurgia geral	Centro Sul
9	Maternidade Odete Valadares	Maternidade	Centro Sul
10	Hospital das Clínicas	Geral	Centro Sul
11	Pronto Socorro Venda Nova	Trauma	Venda Nova
12	Hospital Odilon Berhens	Trauma	Nordeste
13	Hospital Militar <sup>6</sup>	Geral	Centro Sul
14	Hospital IPSEMG <sup>7</sup>	Geral	Centro Sul

**Quadro 2: Hospitais públicos de Belo Horizonte, maio de 2006**

**Fonte: Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde 2006**

A distribuição regional dos hospitais de Belo Horizonte, segundo sua natureza jurídica, possibilita a análise e a conclusão de uma configuração excludente da oferta de serviços. Curiosamente, as áreas com maior risco de se adoecer e morrer estão desprovidas de atendimento hospitalar.

<sup>6</sup> Estes estabelecimentos são administrados com verba pública, mas não possuem porta aberta para o atendimento de pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

<sup>7</sup> Estes estabelecimentos são administrados com verba pública, mas não possuem porta aberta para o atendimento de pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

**Tabela 6**  
**Localização dos hospitais públicos e não públicos, por regionais, em Belo Horizonte, maio de 2006.**

<i>DISTRITO SANITÁRIO</i>	<i>HOSPITAL NÃO PÚBLICO</i>	<i>HOSPITAL PÚBLICO</i>	<i>TOTAL</i>	<i>%</i>
BARREIRO	2	2	4	5,47
CENTRO SUL	32	8	40	54,79
LESTE	5	0	5	6,84
NORDESTE	2	0	2	2,73
NOROESTE	5	3	8	10,95
NORTE	1	0	1	1,36
OESTE	5	0	5	6,84
PAMPULHA	4	0	4	5,47
VENDA NOVA	3	1	4	5,47
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>	<b>14</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

**Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2006**

Em relação ao número de leitos encontra-se a seguinte situação:

**Tabela 7**  
**Leitos hospitalares públicos e não públicos em Belo Horizonte, maio de 2006**

<i>HOSPITAIS</i>	<i>Nº LEITOS GERAL</i>	<i>Nº LEITOS SUS</i>
PÚBLICOS	3148	3148
NÃO PÚBLICOS	7079	3612
OUTROS	433	0
<b>TOTAL</b>	<b>10434</b>	<b>6760</b>

**Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde 2006**

Observar o cenário apresentado possibilita a percepção da situação privilegiada da Região Centro Sul, em relação ao número de estabelecimentos de saúde. Se, à primeira vista, justifica-se esta concentração, pelos dados históricos da cidade, por outro lado, é necessário questionar: como as políticas públicas ainda não alcançaram os mais desfavorecidos embora existam justamente para isso? Os hospitais não-públicos de Belo Horizonte oferecem à população dependente do SUS, 3612 leitos de internação, o que corresponde a 34,61% do total de leitos disponíveis na cidade. Destes 3612 leitos, 44% , ou seja, 1614, encontram-se na região Centro Sul. Os hospitais públicos oferecem à população 1547 leitos de internação, na região Centro Sul, o que representa 49,14% do total de leitos públicos. A principal análise feita a partir destes dados é que os Distritos Sanitários Norte e Barreiro são os que apresentam maior

parcela da população SUS dependente e com maior risco de adoecer, precisando de grandes deslocamentos para realizar seus atendimentos hospitalares.

## **2.7 A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais-FHEMIG**

No presente estudo, é importante destacar a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, uma vez que ela administra e mantém 11 dos 14 hospitais públicos de Belo Horizonte. A FHEMIG é um órgão estadual, criado pela Lei Estadual nº 7088 (BRASIL, 1977), resultante do agrupamento da Fundação Estadual de Assistência Leprocromial (FEAL), da Fundação de Assistência Psiquiátrica (FEAP), e da Fundação de Assistência Médica de Urgência (FE-AMUR). Atualmente, a FHEMIG mantém uma rede de 23 unidades assistenciais que prestam atendimento médico-hospitalar à população de todo o Estado, através da oferta de serviços especializados e de referência, em consonância com a Política Estadual de Saúde.

A Rede FHEMIG – Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais – é considerada a administradora da maior rede de hospitais públicos da América do Sul. A magnitude dessa instituição pública reflete-se não só no número de atendimentos que é capaz de prestar, mas no número de empregos que é capaz de gerar. Segundo Murofuse e Marzialle (2005), em 2002, a Rede FHEMIG, possuía, em suas 23 unidades, 4037 trabalhadores de enfermagem, sendo 469 enfermeiras (os), 97 técnicos de enfermagem, 3045 auxiliares de enfermagem e 336 atendentes de enfermagem. Apresentar os hospitais da Rede FHEMIG em Belo Horizonte é também uma forma de se delinear a distribuição de oferta de serviços hospitalares de saúde na capital mineira.

A Missão Institucional da Fundação é servir ao usuário do SUS, em todas as áreas-chave do atendimento e da assistência médico-hospitalar, tais como: hospitais gerais e de urgência para adultos e crianças, hospitais psiquiátricos, maternidade, centros de reabilitação física e toxicomania, e no atendimento a portadores de AIDS e outras doenças infecto-contagiosas. São 15 hospitais em Belo Horizonte e oito no interior do Estado. A Fundação é a

referência hospitalar pública de Minas Gerais, além de ser o maior centro formador de pós-graduação de profissionais de saúde da América Latina, tanto para médicos, quanto enfermeiros e auxiliares de enfermagem. A Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais tem por finalidade prestar serviços de saúde e de assistência médico-hospitalar, em consonância com as diretrizes estabelecidas pela Política Estadual de Saúde, competindo-lhe:

- participar, em nível de integração e cooperação, das diretrizes estabelecidas pela política estadual de saúde;
- prestar, em caráter suplementar, assistência ambulatorial especializada e de apoio a sua atividade hospitalar;
- incentivar e promover o desenvolvimento de atividades relacionadas ao ensino e pesquisa em saúde;
- formular, executar, acompanhar e avaliar, em caráter suplementar, a política de insumos e equipamentos para a saúde, no âmbito de suas unidades assistenciais;
- incentivar e participar de ações intersetoriais, no âmbito do Município, do Estado e da União, visando a reabilitação e a reinserção social dos moradores dos sanatórios de hanseníase e hospitais psiquiátricos;
- prestar outras atividades compatíveis com a política do Sistema Único de Saúde que lhe forem atribuídas.

A relação das unidades da Rede FHEMIG, e suas principais características, têm por objetivo demonstrar a multiplicidade e a amplitude do tipo de atendimento prestado aos usuários do sistema único de saúde em Belo Horizonte. Também é importante relatar que esses usuários são atendidos nesses serviços pela procura direta e por encaminhamento de outros municípios do estado.



**Mapa 2: Distribuição Espacial das Unidades da Rede FHEMIG**

**Fonte:** [www.fhemig.mg.gov.br/final/templates/index.html](http://www.fhemig.mg.gov.br/final/templates/index.html) 2008

A seguir, relacionar-se-ão os hospitais e suas principais características no atendimento, e sua localização no espaço urbano da cidade:

Hospital João XXIII: o Pronto Socorro João XXIII localiza-se na região Centro Sul de Belo Horizonte, é um hospital geral, especializado em trauma atendendo às seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Clínica Médica, Pediatria, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Cirurgia Plástica Reparadora, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais, Otorrinolaringologia, Medicina Intensiva, Anestesiologia, Cirurgia Cardiovascular, Oftalmologia, CTI e UTI. É referência no atendimento ao politrauma, grandes queimados, intoxicações graves e situações clínicas ou cirúrgicas que envolvam risco iminente de vida. Apesar da localização no hipercentro de Belo Horizonte, a característica do Hospital de Pronto Socorro faz com que ele seja uma vitrine das mazelas da cidade grande: a violência urbana, a violência doméstica, a criminalidade, a violência de gênero fazem parte do dia-a-dia de seus usuários e trabalhadores. Ao

recolher as grandes urgências da região metropolitana, principalmente aquelas que lhes são entregues via Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), o Pronto Socorro torna-se um espaço que, apesar de ser público, no sentido de atendimento direcionado ao Sistema Único de Saúde, é capaz de receber simultaneamente as diversas classes sociais. Ricos, pobres, marginalizados e excluídos, por força de algo alheio a sua vontade e fora de sua governabilidade são forçados à convivência mesmo que efêmera;

Hospital Alberto Cavalcanti: localiza-se na região Noroeste de Belo Horizonte, é um hospital geral e possui também um pronto atendimento a pequenas urgências, dia e noite, em Clínica Médica, Pequenas Cirurgias, Pediatria, Ambulatório e Internação. Atende às seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia geral, urologia, ginecologia cirúrgica, oncologia, mastologia, quimioterapia, cardiologia, cirurgia torácica, proctologia e angiologia. A maior vocação desse hospital é o atendimento a pacientes oncológicos do SUS. Apesar de sua localização, o hospital recebe pacientes de todas as partes da região metropolitana via a central de leitos;

Hospital Eduardo de Menezes: localiza-se na região do Barreiro e é referência estadual em infectologia e dermatologia sanitária; possui ambulatório, hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica. Oferece assistência, em nível secundário e terciário, para adultos portadores de doenças infecto-contagiosas, especialmente AIDS e tuberculose. Também possui um CTI de infectologia, para pacientes adultos. Disponibiliza um centro de orientação e apoio sorológico e um centro de testagem anônima para AIDS;

Hospital Júlia Kubistchek: localiza-se na região do Barreiro e atende às seguintes especialidades: clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, ginecologia, pediatria, cardiologia, reumatologia, odontologia, cirurgia torácica, tisiopneumologia, clínica de atendimento ao adolescente e ortopedia. Herança do governo Kubistchek, este hospital, de excelente padrão arquitetônico, ampla área construída e entorno, foi construído em época de avassaladora propagação da tuberculose no país, quando o Estado de Minas Gerais era considerado referência no tratamento desta enfermidade, por reunir condições climáticas, terapêuticas e científicas ideais. Atualmente, oferece internação de pacientes adultos nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Cirurgia Geral, Tisiopneumologia, Cirurgia Torácica, Cirurgia Plástica Reparadora, Urologia, Ginecologia e Obstetrícia, Neonatologia, e Unidade de Tratamento Intensivo para Adultos. O atendimento ambulatorial é feito nas especialidades de: Clínica Médica, Pediatria, Clínica Cirúrgica, Cardiologia, Reumatologia, Dermatologia, Cirurgia Vascular, Nefrologia, Neurologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Tisiologia, Urologia, Ginecologia, Obstetrícia e Odontologia e Clínica de Atendimento ao Adolescente (Hebeatría). Tanto o Hospital Eduardo de Menezes, como o Hospital Júlia Kubistchek, localizam-se na região do Barreiro, não pela

carência de sua população, mas sim por um passado histórico de segregação dos portadores de doenças infecto-contagiosas, quando o avanço da cidade em direção as regiões periféricas ainda não tinha se processado;

Hospital Maria Amélia Lins: localiza-se na região Centro Sul e atende às seguintes especialidades: referência em Ortopedia ambulatorial e internação, Ortopedia clínica e cirúrgica em suas diversas sub-especialidades: pediátrica, membros superiores, mão, coluna, quadril, joelho, fixador externo e pé. Cirurgia de mão, Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Faciais com atendimento ambulatorial e internação. Oferece também especialidades de suporte como: angiologia, cirurgia geral, cirurgia plástica, clínica médica / pré e pós-operatória, coloproctologia, fisioterapia, infectologia, neurologia, oftalmologia, psiquiatria, radiologia, urologia. Marco histórico da capital mineira foi o primeiro Pronto Socorro Policial da cidade;

Centro Geral de Pediatria: localiza-se na região Centro Sul e presta assistência em clínica geral e urgência e emergência, doenças infecto parasitárias (Sarampo, Tuberculose, Meningite, AIDS, Cólera, Coqueluche, Varicela, Difteria e Hepatite), terapia de reidratação oral, doenças hematológicas e Centro de Tratamento intensivo para crianças de zero a 12 anos de idade. É o único hospital infantil público da região metropolitana. A maioria dos atendimentos pediátricos aos usuários do SUS é feita através da rede conveniada;

Hospital Raul Soares: localiza-se na região Centro Sul e realiza atendimento psiquiátrico de urgência dia e noite. Realiza também atendimento ambulatorial e possui o atendimento do tipo hospital dia, oferecendo internação para pacientes adultos de ambos os sexos;

Hospital Galba Veloso: localiza-se na região Oeste e realiza atendimento psiquiátrico de urgência dia e noite. Realiza também atendimento ambulatorial, possui o atendimento do tipo hospital dia, oferecendo internação psiquiátrica para pacientes adultos de ambos os sexos;

Centro Psico-Pedagógico: localiza-se na região centro-sul e é o único hospital de referência para psiquiatria infantil no Estado de Minas Gerais, recebendo pacientes oriundos dos mais diversos setores da sociedade como FEBEM. Atende crianças e jovens até 17 anos de ambos os sexos;

Maternidade Odete Valadares: localiza-se na região centro sul e oferece atendimento em Ginecologia/Obstetrícia, Neonatologia, Mastologia, Pré Natal de Alto Risco, Propedêutica de patologias do colo uterino, Sexologia, Oncologia, Planejamento Familiar, Climatério, Fertilidade, Terapia Ocupacional, Fisioterapia pediátrica, Fonoaudiologia pediátrica (apoio aos recém-nascidos que recebem alta da Maternidade Odete Valadares), Neurologia Pediátrica, Cirurgia Pediátrica, Pediatria Oftalmológica, Uroginecologia, Oncologia, Endocrinologia (apoio ao pré-natal), Psicologia, Cardiologia Pediátrica (apoio aos recém-nascidos que recebem alta

da Maternidade Odete Valadares), Serviço Social, Pré-Natal, Laparoscopia, Nutricionista, Pronto Atendimento, Bloco Obstétrico/Admissão, Alojamento P. Atendimento, Alto Risco, Bloco Cirúrgico, Vídeo Laparoscopia, Berçário. Também oferece como atendimento ambulatorial: atendimento do pré-natal normal e de alto risco, mastologia, ginecologia, propedêutica do câncer de colo de útero. É o único hospital público especializado na saúde da mulher e em maternidade;

Hospital Ortopédico Galba Velloso: localiza-se na região oeste de Belo Horizonte e realiza internações na área ortopédica para fins cirúrgicos, atende pacientes referenciados do Pronto Socorro João XXIII e do Pronto Socorro de Venda Nova;

Hospital de Pronto Socorro Risoleta Tolentino Neves: conhecido também como Pronto Socorro de Venda Nova, localiza-se na região de Venda Nova e realiza atendimento de urgência nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, pediatria, cirurgia plástica, neurologia e ortopedia. Esta unidade foi construída, com a finalidade de atender as demandas de saúde da área de venda nova e desta forma reduzir o número de atendimentos do Hospital de Pronto Socorro João XXIII.

É necessário esclarecer que o atendimento de saúde de uma população não se faz apenas com o atendimento hospitalar, a saúde é a soma dos determinantes epidemiológicos, sócio-econômicos, espaciais e ecológicos e a que uma população ou comunidade está exposta. A rede de saúde do município de Belo Horizonte apresenta-se bastante complexa privilegiando a descentralização através dos Centros de Saúde e Serviços de Urgência distribuídos nos distritos sanitários, mas ainda não é capaz atender à população mais vulnerável, no que se refere ao acesso físico e geográfico das unidades de tratamento hospitalar. Os dados apresentados nesse segundo capítulo corroboram a evidência da magnitude das questões sociais urbanas. A observação do cenário composto pelos primeiros resultados confirma que saúde e nível de vida são produtos da forma de organização da produção social e da inserção concreta do indivíduo no sistema produtivo e na sociedade. O profissional da saúde, quer atue na saúde coletiva, através dos centros de saúde ou unidades de atendimento imediato, quer atue em nível hospitalar, público ou privado, não pode perder de vista que várias questões sociais e espaciais encontram-se correlacionadas no delineamento do quadro de saúde da cidade de Belo Horizonte.

O acolhimento, atendimento ou socorro ao indivíduo (paciente/cliente) precisa incorporar também a questão espacial da cidade que, como pôde ser visto nesse capítulo, traz consigo a questão social. Ao analisar a distribuição dos equipamentos de saúde, através dos hospitais, dos centros de especialidade, dos centros de referência e dos centros de saúde, foi possível perceber também onde está uma grande parte dos postos de trabalho para os enfermeiros

em Belo Horizonte, mas foi igualmente importante perceber o quadro desigual de distribuição de oportunidades de atendimento para a grande parte da população que se utiliza, exclusivamente, do Sistema Único de Saúde para o cuidado da saúde.

### **3 O OLHAR DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO SOBRE AS CONDIÇÕES E O PROCESSO DE TRABALHO**

Este capítulo tem como objetivo principal apresentar os resultados da pesquisa de campo realizada com as (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos e privados da cidade de Belo Horizonte. Para a consecução deste objetivo apresentar-se-á, em primeiro lugar, a caracterização geral dos profissionais entrevistados e, em seguida, a percepção dos mesmos em relação ao temas abordados nas entrevistas, nas quais se buscou caracterizar o trabalho e as condições de trabalho nos hospitais públicos e privados da cidade de Belo Horizonte. Por condições de trabalho entende-se aqui, desde a jornada de trabalho, até a questão salarial, coletando-se também a percepção dos mesmos em relação à estrutura física e administrativa das instituições hospitalares onde os entrevistados exercem sua atividade profissional.

#### **3 1 O Método**

Para realização dessa pesquisa optou-se pelo método qualitativo, por considerá-lo capaz de atender aos propósitos da mesma. Minayo (2007) e Rojas Soriano (2004) concordam ao apontar que pesquisa qualitativa é capaz de responder a questões que não podem ser quantificadas e é, por esse motivo, um método geralmente escolhido para realização de pesquisas na área das ciências sociais, antropologia e enfermagem:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. ... (MINAYO; *et. al.* 2007, p.21-22).

A coleta de dados foi realizada na cidade de Belo Horizonte, no período de Março a Junho de 2007. Os sujeitos dessa pesquisa foram as (os) enfermeiras (os) que trabalham em hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, dentro e fora da região central da cidade. As (os) enfermeiras (os) foram convidados à pesquisa e aceitaram voluntariamente participar da mesma, após garantia da pesquisadora de que as informações prestadas seriam tratadas confi-

dencialmente, impedindo a identificação do entrevistado. O critério adotado para escolha dos sujeitos convidados foi o fato de trabalharem em instituições públicas ou privadas dentro ou fora da região central da cidade. Participaram da pesquisa 16 enfermeiras (os), sendo 6 ligadas a hospitais privados e 10 a hospitais públicos.

Para a coleta de dados utilizaram-se entrevistas dirigidas que, de acordo com Rojas Soriano (2004), devem ser usadas quando não se dispõe de informação suficiente sobre certos aspectos, ou quando não é possível obter-se informações mediante outras técnicas. Para isso, confeccionou-se um Guia de Entrevistas (Apêndice B), mas vale ressaltar que, durante as entrevistas, os respondentes foram estimulados a falar livremente do tema abordado. Na confecção do guia de entrevistas, buscou-se realizar um roteiro a partir do qual as informações necessárias para o alcance dos objetivos gerais da pesquisa não deixassem de ser contempladas durante a realização das mesmas. As entrevistas foram gravadas em fitas K-7 e, posteriormente, transcritas literalmente. Os nomes dos entrevistados foram substituídos por nome de pedras preciosas, garantindo o sigilo da autoria das informações colhidas.

Após a transcrição, os relatos foram lidos repetidas vezes, para finalmente serem categorizados para análise. Buscou-se, nas análises, extrair as informações que pudessem dar subsídios aos objetivos e hipóteses da pesquisa. Dessa forma, as três fases sugeridas por Minayo (2007) foram seguidas: pré-análise, exploração do material, inferência e interpretação. A sustentabilidade teórico-temática das análises ancora-se em livros, artigos, dissertações e teses que se relacionam ao tema trabalho e condições de trabalho dos enfermeiros.

### **3.2 Os sujeitos da pesquisa**

Inicialmente, pretende-se caracterizar as (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os), embora o “Apêndice A” os relacione. Considera-se relevante o entendimento da situação social e de formação profissional dos sujeitos, uma vez que esses dados, aos poucos, compõem as características dos entrevistados e subsidiam a compreensão das análises. Importa saber sobre os sujeitos da pesquisa, qual a sua idade, onde moram, se são casados, se têm filhos, com quem moram, como vão para o trabalho, pois acredita-se que todas essas informações sejam relevantes na análise das condições de trabalho, por influenciá-las diretamente. Foram ouvidos 16 enfermeiras (os), sendo 10 enfermeiras (os) trabalhadoras de hospitais públicos e 6 trabalhadoras de hospital privados. A seguir, optou-se por caracterizar separadamente as (os) enfer-

meiras (os) dos hospitais públicos e as (os) dos hospitais privados, como forma de facilitar a exposição e a análise.

Quanto aos entrevistados dos hospitais públicos, 7 eram do sexo feminino e 3 do sexo masculino. Todos os homens entrevistados referiram serem casados; entre as mulheres entrevistadas, duas eram casadas e tinham filhos e 5 eram solteiras, sem filhos. A idade das (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos variou entre 27 e 52 anos. Dentre os respondentes, a exceção de uma, todos informaram morarem em casa própria. Apenas uma das entrevistadas mora com os pais. Apenas uma entrevistada referiu não morar em Belo Horizonte, os demais são moradores da região central da cidade. Dos entrevistados, seis referiram ter carro próprio, sendo este o meio de locomoção utilizado para irem para o trabalho; outros 3 referiram utilizam ônibus e metrô. O tempo de graduação variou de 2 a 29 anos, sendo que a metade deles informou possuir pós-graduação.

Em relação às enfermeiras dos hospitais privados, todas as entrevistadas eram do sexo feminino e solteiras. Duas entrevistadas referiram terem um filho. A idade das entrevistas variou de 25 a 44 anos. Somente uma enfermeira referiu morar em casa alugada, uma delas vive só em casa própria, as demais moram com os pais. Uma enfermeira informou possuir carro próprio, 4 informaram que, como forma de locomoção para o trabalho, utilizam ônibus, e uma delas não precisa de utilizar transporte para ir para o trabalho. O tempo de graduação variou de 6 meses a 14 anos e 2 enfermeiras informaram possuírem pós-graduação.

As (os) entrevistadas (os), dos dois grupos, se caracterizam pela diversidade de faixa etária, o que também gera uma variedade no grupo quando analisamos quantos anos os entrevistados já têm de formado. As enfermeiras da rede privada são mais jovens, todas solteiras e quatro delas, com idade entre 35 e 25 anos, ainda moram com os pais. Os enfermeiros dos hospitais públicos apresentaram 10 anos a mais de diferença na idade.

Em relação ao tempo decorrido entre a graduação e o momento atual, observou-se grande disparidade, uma vez que se encontram no campo enfermeiros que têm de 6 meses a 29 anos de formados. Acredita-se que essa diferença seja positiva para os objetivos da pesquisa, uma vez que podem ser colhidas expectativas tanto dos que ora ingressam na profissão, como daqueles que já percorreram um longo caminho. É importante destacar que, dentre as (os) 16 entrevistadas (os), apenas 7 possuem pós-graduação; 5 deles atuam em hospital público e os outros 2 atuam em hospitais privados. Em relação à pós-graduação, observa-se que enfermeiros com mais de 14 anos de formação ainda não são pós-graduados.

### **3.3 Categorias de análise**

Os relatos das (os) enfermeiras (os) foram condensados em 10 categorias de análise que importam para essa pesquisa. Objetivou-se com isso, no contexto do trabalho das (os) enfermeiras (os) nos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte, caracterizar de maneira mais objetiva as condições de trabalho a que esses profissionais estão expostos e também como esses profissionais se colocam dentro da profissão da enfermagem. Na apresentação dos resultados, adotou-se, para garantir o anonimato, nomes de pedras preciosas em substituição aos nomes próprios. O perfil dos entrevistados, relacionado aos pseudônimos adotados, pode ser encontrado no “Apêndice A”. As categorias de análise que foram extraídas das entrevistas estão relacionadas abaixo:

- 1- Inserção Contratual (contrato, salário e jornada)
- 2- História e a Trajetória no trabalho
- 3 - Escolha Profissional
- 4 - Satisfação e a Realização no emprego
- 5 - Expectativas quanto ao futuro no trabalho
- 6 - Gênero e Trabalho
- 7 - Sobrecarga de trabalho e adoecimento.
- 8 - Infra-estrutura
- 9 - Estrutura Administrativa
- 10 - Emprego Ideal

### **3.4 Apresentação e análise dos resultados encontrados**

Nessa secção, pretende-se apresentar os resultados encontrados nas entrevistas, conforme mencionado na descrição metodológica feita anteriormente. Em primeiro lugar, as categorias de análise foram destacadas e, em seguida, os resultados foram apresentados e analisados.

### **3.4.1 Inserção contratual (contrato, salário e jornada)**

A intenção dessa categoria é verificar as condições de trabalho das (os) enfermeiras (os) entrevistadas (os), do ponto de vista do número de vínculos dos entrevistados de ambas as categorias, perpassando a questão salarial para verificar finalmente, de que forma estão inseridas (os) no mercado de trabalho. O que se verifica, à primeira vista, é o fato de 3, das (os) 16 entrevistadas (os), possuírem somente um vínculo empregatício, sendo que os demais têm 2 vínculos (11 respondentes) e 3 vínculos (2 respondentes). A forma como as (os) enfermeiras (os) estabelecem o outro vínculo empregatício também interessa a essa pesquisa, uma vez que pode também refletir outras formas de trabalho para o enfermeiro, para além do trabalho em hospitais.

Verificou-se, inicialmente que as (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos, que referem um segundo vínculo, o referem como: enfermeiras docentes (2), enfermeiros do setor privado, não exercendo trabalho em hospitais (2), enfermeira em pronto atendimento público (1) e enfermeiras (os) de outro hospital público (3). Em relação aos enfermeiros dos hospitais privados, outro quadro se delineou. Apenas uma enfermeira possui um único vínculo, mas importa referir que esse é o seu primeiro emprego e a carga horária está em torno de 44 horas semanais. Três enfermeiras referiram possuírem 2 vínculos empregatícios, sendo estes em hospitais públicos. Duas enfermeiras, no entanto, relataram possuírem 3 vínculos, sendo, no caso de uma delas, em dois outros hospitais (um público e um privado); no caso da outra, 2 vínculos em instituições de ensino diferentes. Aqui se verifica um fato apontado por Medeiros e Rocha (2004) e Lopes, Meyer e Waldow (1996): a realidade do multi-emprego, no exercício profissional das (os) enfermeiras (os), que pode, às vezes, se traduzir em uma cascata de eventos nocivos à saúde dos trabalhadores.

O que se pode perceber, ao final da análise dessa categoria, é a possibilidade de se estabelecer outras categorias (ou subcategorias) para análise, como por exemplo, enfermeiras (os) que trabalham em dois hospitais públicos ou enfermeiras que trabalham em um hospital público e um hospital privado. No entanto, acredita-se que a divisão em enfermeiros dos hospitais públicos e enfermeiros dos hospitais privados seja suficiente, uma vez que ela possibilita a verificação das condições de trabalho que as instituições públicas e privadas da cidade de Belo Horizonte, podem oferecer aos enfermeiros.

Em relação ao vínculo empregatício, sete das (os) entrevistadas (os) informaram que eram efetivas (os) no emprego, ou seja, passaram por um processo seletivo público formal e adquiriram por esse motivo alguns direitos como: a estabilidade no emprego, as férias prêmio, o plano de carreira, uma carga horária menor (em torno de 20 horas semanais) e outras vanta-

gens particulares a cada um dos tipos de instituição. Três enfermeiros, apesar de trabalharem em instituições hospitalares públicas, possuem com as mesmas um contrato de trabalho mais precário, a partir dos quais não usufruem os mesmos direitos dos enfermeiros concursados, embora não haja diferença no tipo de trabalho realizado. Os enfermeiros contratados trabalham em média 30 horas semanais, ao passo que a maioria dos enfermeiros concursados trabalha em torno de 20 horas semanais. Percebe-se então que, em um mesmo ambiente institucional, trabalham profissionais que têm as mesmas atribuições e responsabilidades, mas não usufruem os mesmos direitos. Tal fato novamente alude à questão da reestruturação produtiva haver alcançado também os ambientes públicos, precarizando as relações de trabalho.

Uma diferença que cumpre ser ressaltada é a que aponta para as vantagens oferecidas aos funcionários em cada instituição. Observou-se que, mesmo sendo instituições públicas, os enfermeiros recebem vantagens diferenciadas. Entre os enfermeiros concursados, três têm direito a um plano de saúde, seis enfermeiros recebem o adicional de insalubridade, e dois recebem vale refeição. Os três enfermeiros contratados só têm direito ao vale transporte, não percebendo vantagens como estabilidade, insalubridade, plano de saúde e vale refeição. A jornada de trabalho das enfermeiras também apresentou grande variação, quando comparada com a jornada dos enfermeiros dos hospitais públicos. No caso dos hospitais privados, a jornada variou de 30 a 44 horas semanais. A jornada semanal total, considerando-se todos os empregos, também apresentou diferenciação, uma vez que foi possível identificar que as enfermeiras que têm três empregos trabalham de 70 a 90 horas semanais. Nenhuma enfermeira informou trabalhar menos do que 44 horas semanais.

A elevada jornada de trabalho, verificada através das entrevistas, é capaz de mostrar a real situação de trabalho dos enfermeiros, que pode ser avaliada de duas maneiras diferentes sob o mesmo prisma: o da jornada de trabalho. Uma delas é que, confirmando Martins (2002) e Silva; *et. al.* (2006), as (os) enfermeiras (os) têm mais de um vínculo e estão, conseqüentemente, expostas (os) às longas jornadas de trabalho, o que pode pressupor sobrecarga de trabalho e reflexo direto na qualidade de vida e qualidade no trabalho oferecido. Das seis enfermeiras entrevistadas, quatro trabalham em sistema de plantão noturno, e todas recebem adicional noturno. Três enfermeiras informaram haver um local específico para o descanso da plantonista. Uma enfermeira, no entanto, informou não haver local para descanso, nem ser possível realizá-lo, devido ao grande volume de trabalho. Um outro fator que apresentou diversidade relaciona-se às vantagens oferecidas pelos hospitais privados. Todas as enfermeiras recebem vale transporte e adicional de insalubridade. Vantagens como plano de saúde, plano odontológico, vale alimentação e ajuda para compra de medicamentos, foram também referi-

dos pelas enfermeiras. O vínculo de trabalho das enfermeiras com a instituição é o Contrato de Trabalho, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), e esse fato apresentou-se de forma homogênea em todas as instituições privadas.

Das condições de trabalho delineadas nesse item, a que mais chama a atenção é o fato da contratação temporária, dentro das instituições públicas. A existência de postos de trabalho, dentro de uma mesma instituição, onde as pessoas exercem a mesma função, mas estão submetidas a condições de trabalho diferenciadas é, de acordo com Pires (2000a), uma marca importante da reestruturação produtiva no setor saúde, uma vez que parte das atividades da instituição passa a ser exercida por outra empresa ou por trabalhadores autônomos. O relato a seguir parece traduzir a realidade vivenciada pelos que trabalham nesse tipo de vínculo: “*A empresa não quer pagar treinamento para os contratados. Sinto-me descartável*”. Hematita

A questão salarial, no caso das (os) entrevistadas (os), se apresentou de maneira diversificada em relação às (aos) enfermeiras (os) dos hospitais públicos e dos hospitais privados. Dentre as (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos, os valores salariais variaram de 3 a 8 salários mínimos. O ganho total, considerando-se a renda no outro emprego referido, variou de 5 a 16 salários mínimos. Esse achado equivale a dizer que, dentre os enfermeiros que possuem 2 vínculos empregatícios, houve uma variação superior a 10 salários mínimos, o que reflete a variabilidade nas oportunidades de emprego dentro da cidade de Belo Horizonte.

No que diz respeito às enfermeiras dos hospitais privados, a variação salarial foi de 4 a 6 salários mínimos, sendo evidente uma diferença bem menor em relação aos salários referidos nos hospitais públicos. Em relação às enfermeiras com dois e três vínculos, a renda esteve entre 14 (no caso das enfermeiras com 3 vínculos) e 8 salários mínimos, o que novamente revela diferença menor em relação aos salários dos hospitais públicos. A análise da questão salarial permite perceber que os enfermeiros dos hospitais privados recebem em média um pouco mais do que os enfermeiros dos hospitais públicos, se considerada a renda em um único emprego, mas se somadas as rendas de todos os empregos os enfermeiros dos hospitais públicos apresentam em média uma renda total maior.

O tempo no emprego dos dez enfermeiros da rede pública variou de menos de 1 ano (2 entrevistados), de 2 a 3 anos (2 entrevistados) a mais de dez anos (seis entrevistados), nesse caso, foi verificado que há enfermeiras que trabalham a 21, 29 e 30 anos na mesma instituição. Em relação aos enfermeiros dos hospitais privados, o tempo no emprego oscilou de 6 meses a 11 anos.

Em relação à jornada de trabalho, metade das (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos informou jornada de 20 horas no emprego em que estavam sendo entrevistados e os

demais informaram trabalhar uma jornada de 30 horas. A jornada de trabalho total dos enfermeiros dos hospitais públicos variou de 30 horas a mais de 60 horas, sendo que a metade dos entrevistados informou jornada semanal total superior a 60 horas.

Quanto ao turno de trabalho, dois enfermeiros eram plantonistas e trabalhavam em sistema de plantão noturno, os outros enfermeiros (oito), trabalhavam como diaristas nos hospitais. Os enfermeiros plantonistas noturnos informaram possuir em seus empregos um local determinado para o descanso, informaram também terem direito a uma média de descanso de três horas, em seus plantões noturnos. O fato de haver uma regulamentação interna em relação aos plantões noturnos revela um fator positivo nas condições de trabalho, tanto para o enfermeiro quanto para a equipe, uma vez que a pausa e o repouso durante a atividade profissional noturna, na maioria das vezes, resulta em qualidade também da assistência prestada, e qualidade de vida para o profissional.

### ***3.4.2 História e a Trajetória no trabalho***

Abordar a história profissional dos enfermeiros entrevistados teve com objetivo buscar entender o caminho percorrido por eles para que chegassem a enfermagem e, nessa trajetória, encontrar diferenças e semelhanças nas escolhas e oportunidades. Assim, observou-se que sete dos enfermeiros inseridos no setor público relataram ter trabalhado durante o curso de graduação. As atividades em que trabalharam mais tempo variaram de bancário (2), recepcionista (2), auxiliar de enfermagem (2), auxiliar de farmácia (1) e agente de saúde (1). Três enfermeiras relataram que não trabalharam durante a graduação e que, antes da enfermagem, não exerceram nenhuma atividade profissional. As seis respondentes do setor privado também referiram trabalharem anteriormente à graduação em enfermagem, três relataram terem sido acadêmicas de enfermagem e dentre as outras verificou-se uma auxiliar de enfermagem, uma secretária e uma trabalhadora do comércio. “*Fui acadêmica aqui, fui acadêmica no CTI Cardiovascular, então me sobressaí e fui para o CTI Geral. Depois que me formei fui contratada para o Pronto Socorro*”. (Depoimento Verbal)<sup>8</sup>. “*Eu fui acadêmica nesse hospital por um ano e quando me formei me contrataram, é o meu primeiro emprego*”. (Depoimento Verbal)<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Entrevista concedida por Ágata, em 16/04/2007.

<sup>9</sup> Entrevista concedida por Turquesa em 19/04/2007.

Estas informações confirmam os achados de Cardoso e Sampaio (1994), de que pelo menos 50% dos estudantes universitários brasileiros trabalham durante a graduação, independente da situação financeira familiar. Três das seis enfermeiras dos hospitais privados estão no seu primeiro emprego como enfermeiras. Mas a história profissional dos enfermeiros entrevistados, tanto no setor público, como no setor privado, vai muito além do que está descrito acima. Os relatos dos enfermeiros demonstraram que eles já passaram por muitas experiências profissionais, que diversificaram as suas experiências, como se verifica a seguir:

Trabalhei num Hospital Privado por 5 anos, eu gostava de lá . Trabalhava no CTI à noite. Não descansava nem um minuto. Na mesma época trabalhei em uma cidade do interior, na hemodiálise por 2 anos. Sai de lá para trabalhar e vim para um hospital privado em Belo Horizonte, onde fiquei por 2 anos. Deixei tudo e fui trabalhar no interior, no Programa de Saúde da Família , coordenar o programa. Voltei para Belo Horizonte e fui trabalhar na hemodiálise de outro hospital . Na mesma época dava aulas , depois fui trabalhar em um Pronto Atendimento da Prefeitura de Belo Horizonte. Depois vim para esse hospital onde trabalho atualmente. (Depoimento Verbal)<sup>10</sup>.

Fui agente de saúde na minha terra e tive um convite para o Pronto Socorro. Trabalhei em uma farmácia e ia às casas da família, curava umbigo. Fiz segundo grau, magistério e cursinho. Fiz curso de auxiliar de enfermagem e trabalhei no hospital privado em Belo Horizonte. Fiz concurso para dois hospitais públicos e passei, fiquei trabalhando nos 2 . Fiz vestibular e passei. Fazia faculdade e trabalhava todo o final de semana nos 2 empregos. Formei com a proposta de ser enfermeira no hospital privado em que trabalhei. Fiz concurso para todos os hospitais públicos e passei em todos... (Depoimento Verbal)<sup>11</sup>.

Fui acadêmica em um hospital privado. Vim para cá há 29 anos. A cultura da instituição era medicocêntrica. Junto com outros enfermeiros tentei mudar a cultura. Uma vez o médico rabiscou a minha anotação no prontuário e quase fui mandada embora. Alguns colegas eram enraizados nessa cultura. Fomos tentando nos posicionarmos no campo. Acabamos nos lascando de tanto trabalho. Sempre participei de tudo, tudo o que era para aglutinar eu tava dentro. (Depoimento Verbal)<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Entrevista concedida por Rubi em 02/05/2007.

<sup>11</sup> Entrevista concedida por Turmalina em 31/03/2007.

<sup>12</sup> Entrevista concedida por Água Marinha em 31/05/2007.

### 3.4.3 Escolha Profissional

A motivação quanto à escolha profissional foi um tema abordado nas entrevistas com intuito de perceber o quanto os relatos trariam em si conteúdos dos modelos de enfermagem referidos no primeiro capítulo. A análise dos relatos permitiu encontrar diferentes motivações para a escolha profissional. Os relatos puderam então ser divididos nos tópicos a seguir. É importante ressaltar que não houve diferenciação quanto à motivação para a escolha profissional entre os enfermeiros dos hospitais públicos e os enfermeiros dos hospitais privados, por isso, nessa categoria, não houve uma separação dos relatos em relação ao tipo de instituição:

Escolha Racional: dois enfermeiros informaram que a escolha profissional ocorreu de forma racional: “*Eu tinha facilidade em biologia e tinha interesse em ler as patologias, e por ser uma profissão liga à área de saúde, resolvi fazer*”. (Depoimento Verbal)<sup>13</sup>.

Quando eu vim para Belo Horizonte, meu pai queria que eu fizesse um curso superior, de qualquer jeito. Aquele negócio do interior, você sabe como é que é. Eu vim cheia de ilusão, mas odiava Belo Horizonte. Aí eu falava, eu quero o vestibular que seja o mais fácil de passar. Eu quero ficar pouco tempo aqui e quero voltar para a minha cidade. Aí eu fiz enfermagem e passei. (Depoimento Verbal)<sup>14</sup>.

Escolha Emocional: três enfermeiras informaram que a escolha teve uma motivação emocional:

Na verdade foi mais o coração, mas sem saber. Vim para Belo Horizonte, meus irmãos eram médicos e um deles me falou da enfermagem e me bateu forte. Meu pai foi que não gostou, mas quando passei no vestibular em segundo lugar, ele ficou feliz... (Depoimento Verbal)<sup>15</sup>.

Escolha aleatória: uma enfermeira informou que a escolha profissional foi *por acaso*;

Escolha pelo desejo de ter contato com pessoas: duas enfermeiras referiram que a escolha profissional partiu do desejo de ter contato com as pessoas:

<sup>13</sup> Entrevista concedida por Jade em 30/04/2007.

<sup>14</sup> Entrevista concedida por Ametista em 07/05/2007.

<sup>15</sup> Entrevista concedida por Água Marinha em 31/05/2007.

Eu sempre gostei da área da saúde, mas eu tinha a definição que medicina eu não queria. Eu não queria ser médica. Eu queria o contato de perto com as pessoas. Eu achei que o curso que me levaria a ter esse contato com as pessoas seria a enfermagem. (Depoimento Verbal)<sup>16</sup>.

Escolha por não ter passado no vestibular para medicina: seis entrevistadas responderam que escolheram a enfermagem por não terem passado no vestibular para medicina: “...*medicina eu não tava conseguindo passar, eu cansei de fazer cursinho e pensei quero procurar uma outra coisa, na mesma área e que eu possa cuidar das pessoas*”. (Depoimento Verbal)<sup>17</sup>:

Na verdade eu tentei medicina, como muitos enfermeiros. No final do ano eu fiz vestibular para enfermagem, pois, eu não tinha estudado. Então passei. No primeiro semestre eu era muito frustrada, porque encontrava com os meus colegas de cursinho fazendo medicina. Eu fui tentar enfermagem, mas nunca tinha visto um enfermeiro atuando. (Depoimento Verbal)<sup>18</sup>.

Escolha por incentivo dos amigos: dois enfermeiros informaram que a escolha profissional foi incentivada pelos amigos e pela convivência com enfermeiros: “*Ela me mostrou as apostilas, os livros de anatomia e me disse: porque você não faz enfermagem, é legal. Aí eu achei interessante.*”(Depoimento Informal)<sup>19</sup>.

Eu tinha muito contato com o hospital, fisicamente o hospital era perto de onde eu trabalhava, eu tinha muito contato lá, comecei a ficar amigo dos profissionais e fiquei muito amigo de uma enfermeira que me incentivou. Foi mais por isso que eu comecei a fazer enfermagem. (Depoimento Verbal)<sup>20</sup>.

De acordo com Ribeiro; *et. al.* (2006), uma escolha profissional pode ser inspirada em imagens e estereótipos construídos sobre uma profissão e nas representações existentes no imaginário do candidato sobre as mesmas. As entrevistas também comprovam as afirmações da autora sobre a pluralidade dos fatores para a escolha do exercício da profissão de enfermagem. Segundo Takahashi (2001), ao se pensar sobre uma escolha profissional, reflete-se também em um sentido para vida, em uma forma de inserção na realidade ocupacional. No entanto, a escolha da enfermagem pelo mito de bondade e desejo de servir parece contribuir para

<sup>16</sup> Entrevista concedida por Diamante em 27/03/2007.

<sup>17</sup> Entrevista concedida por Turquesa em 19/04/2007.

<sup>18</sup> Entrevista concedida por Ágata em 16/04/2007.

<sup>19</sup> Entrevista concedida por Ônix em 25/05/2007

<sup>20</sup> Entrevista concedida por Opala em 18/05/2007.

manter a profissão no senso comum do idealismo, impedindo seu desenvolvimento social. Esta afirmação tem amparo em uma das maiores teóricas da enfermagem brasileira, Germano, que afirma:

A ideologia da enfermagem desde sua origem, e, em particular, a de Ana Neri, para os brasileiros, significa: abnegação, obediência, dedicação. Isso marcou profundamente a profissão de enfermagem – o enfermeiro tem que ser alguém disciplinado e obediente. Alguém que não exerça a crítica social, porém console e socorra as vítimas da sociedade. Por essa razão, os enfermeiros enfrentam sérias dificuldades de ordem profissional, desde as longas jornadas de trabalho, baixos salários comparados aos de outros profissionais do mesmo nível, enfim, sua organização política é frágil e quase sem autonomia. (GERMANO, 1993, p.27).

#### ***3.4.4 Satisfação e a realização no emprego***

Sobre a satisfação profissional dos entrevistados, foram abordadas as questões relativas à satisfação em relação à instituição e a satisfação em relação à profissão. Nos hospitais públicos, observou-se que a maioria dos enfermeiros se declarou satisfeita com a instituição. Em relação à satisfação com a profissão, dois enfermeiros declararam não estarem completamente satisfeitos. Em relação aos hospitais privados, duas entrevistadas disseram estarem insatisfeitas com a instituição em que trabalham e quatro se declararam satisfeitas. Quanto à satisfação em relação à profissão e a escolha profissional, duas disseram que não estão satisfeitas com a escolha profissional e com a profissão.

A apresentação dos resultados da análise desse item traz uma observação interessante, que se relaciona diretamente com a análise do item anterior. Uma conclusão precipitada faria supor que os enfermeiros que tiveram a enfermagem como uma segunda opção, pudessem se apresentar menos satisfeitos com a profissão. No entanto, independente do local de trabalho, a grande maioria dos respondentes está muito satisfeita com a profissão: *“Eu não nasci para ser médica e hoje eu vejo, eu nasci para ser enfermeira. Eu estou muito realizada na enfermagem, tenho conseguido bons frutos e muito rápido. Minha carreira está muito bem estabilizada.”* (Depoimento Informal)<sup>21</sup>. *“Tentei medicina, mas hoje não troco a profissão por outra. Cada dia que passa gosto mais, apesar das adversidades da profissão.”* (Depoimento Informal)<sup>22</sup>. *“Comecei a gostar do curso de enfermagem, no final do ano fiz vestibular para medi-*

<sup>21</sup> Entrevista concedida por Ágata em 16/04/2007.

<sup>22</sup> Entrevista concedida por Turquesa em 19/04/2007.

*cina só para tentar, sem estudar nada e continuei no curso de enfermagem. Sou enfermeira hoje por opção, e gosto do que eu faço.” (Depoimento Informal)<sup>23</sup>.*

Eu achava que eu ia ser uma enfermeira frustrada por não ter feito medicina. Hoje eu falo que tenho loucura, paixão pelo meu trabalho. Não penso em fazer medicina, penso em fazer a minha pós-graduação, fazer meu mestrado e meu doutorado, tudo na enfermagem. Eu adoro trabalhar. O meu trabalho é muito gratificante. (Depoimento Verbal)<sup>24</sup>.

Os fatores referidos pelos enfermeiros dos hospitais públicos, como geradores de satisfação no trabalho, foram a autonomia e o fato poderem fazer o que gostam: *“Eu acho que enquanto profissão eu vivo o meu melhor momento profissional. Eu tenho muita autonomia. Aqui eu faço um trabalho muito completo.”(Depoimento Informal)<sup>25</sup>. “A minha profissão me dá prazer. Com todas as dificuldades, eu não desisto, eu não me frustro com as coisas, eu tento resolver. “Eu acho que só para morte não há solução, o resto nós podemos dar um jeito.” (Depoimento Informal)<sup>26</sup>.*

Foi referido como causa de insatisfação no trabalho a questão salarial:

Profissionalmente, como enfermeira eu me sinto realizada porque eu estou contribuindo muito para a recuperação do paciente, que era uma coisa que eu tinha muito em foco: ser instrumento de alguma forma contribuir para a assistência desse paciente, fazer alguma coisa pra ele, ver ele reabilitado. Quando algum paciente vai a óbito eu chego a ficar triste eu penso: Ô meu Deus , o que faltou da minha parte? O que eu poderia ter contribuído mais para esse paciente não ir à óbito? O que eu poderia ter investido?.Eu acho que falta muito diálogo, eu gosto de conversar com o paciente, eu canto para ele.Mas em termos salariais eu não estou satisfeita não. (Depoimento Verbal)<sup>27</sup>.

Os enfermeiros dos hospitais privados referiam, como fatores de satisfação a qualidade da equipe, a qualidade dos recursos materiais, e o fato de gostarem do que fazem. A desvalorização profissional, a falta de autonomia, a vigilância sobre o trabalho do enfermeiro, a falta de possibilidade de crescimento profissional e a questão salarial foram referidos como causa de insatisfação: *“Não estou satisfeita, é uma empresa pequena sem possibilidade de cresci-*

<sup>23</sup> Entrevista concedida por Esmeralda em 27/02/2007.

<sup>24</sup> Entrevista concedida por Hematita em 11/05/2007.

<sup>25</sup> Entrevista concedida por Quartzo em 29/05/2007.

<sup>26</sup> Entrevista concedida por Ônix em 25/05/2007.

<sup>27</sup> Entrevista concedida por Hematita em 11/05/2007.

*mento. Não tem CTI e o salário não é bom.”(Depoimento Verbal)<sup>28</sup>. Esses achados confirmam o estudo de Batista; *et. al.* (2005); de Del Cura e Rodrigues (1999), sobre os fatores de satisfação dos enfermeiros. O estudo apontou que o fato de gostarem do que fazem é a principal causa de satisfação no trabalho do enfermeiro. No mesmo estudo, a insatisfação salarial também foi um item apontado como negativo em relação à satisfação profissional, não sendo, no entanto, o mais importante.*

### ***3.4.5 Expectativa quanto o futuro no trabalho***

Para saber o qual a expectativa dos entrevistados quanto ao futuro da enfermagem como profissão, foi perguntado aos mesmos o que eles gostariam que melhorasse em relação à profissão de enfermeiro. As (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos responderam que têm esperança no futuro da profissão (1), que gostariam de que, no futuro, houvesse uma melhoria do salário (2), temem que o grande número de escolas leve a uma queda no número de empregos e no salário (1) e que gostariam de que houvesse mais autonomia na profissão (1). Três enfermeiros relataram que desejariam fazer mais do que sua atribuição exclusiva e uma enfermeira relatou que gostaria de que as pessoas escolhessem a profissão por vocação. Os enfermeiros dos hospitais privados responderam que gostariam de que houvesse melhoria no salário (2), mais valorização profissional e autonomia (2) e mais postos de trabalho para os enfermeiros (1). Pode-se observar, a partir dos relatos, que ambas as categorias diversificaram suas respostas. Expectativas e temores quanto ao futuro profissional surgiram, nas respostas, mas a questão salarial foi enfatizada por ambas as categorias:

Gostaria que melhorasse o salário, a valorização do profissional. Acho que é fundamental valorizar o profissional, é muita responsabilidade. Eu preferia trabalhar numa instituição 8 horas por dia e ter um salário fixo de R\$ 5.000,00. Você trabalhar tranquilo, receber os benefícios, isso é a valorização do profissional. (Depoimento Verbal)<sup>29</sup>.

---

<sup>28</sup> Entrevista concedida por Calcedônia em 06/03/2007.

<sup>29</sup> Entrevista concedida por Ônix em 25/05/2007.

A análise das entrevistas permite que se concorde com o trabalho de Vietta, Uehara e Silva Neto (1998), que coletaram opiniões dos enfermeiros que, nos anos 80, exerciam a profissão. Semelhantemente à pesquisa desses autores, fatores como falta de autonomia, falta de reconhecimento, sentimentos de desvalorização profissional e a necessidade de idealismo para o exercício da profissão foram apontados. Comparando-se a realidade pesquisada nos anos 80, pelos autores citados acima, e a realidade dos enfermeiros dos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte se pôde perceber que houve pouca mudança nos sentimentos dos enfermeiros, uma vez que as questões apontadas surgiram também nessa pesquisa do ano de 2007:

O desgaste físico e emocional, a baixa remuneração e o desprestígio social são fatores associados às condições de trabalho do enfermeiro, que vem refletindo negativamente na qualidade da assistência prestada ao cliente, levando ao abandono da profissão e conseqüentemente a escassez de profissionais no mercado de trabalho. (MARZIALE, 2001, p.1).

#### **3.4.6 Trabalho e Gênero**

A questão do gênero constitui-se um dos objetivos dessa pesquisa, uma vez que as referências indicam poder residir aí, a maioria das questões relativas às condições de trabalho dos enfermeiros. Pretendeu-se com a pesquisa colher a percepção dos enfermeiros entrevistados em relação à questão do feminino no exercício profissional. Sobre a presença feminina na enfermagem as respostas não diferiram entre os enfermeiros dos hospitais públicos e dos hospitais privados. Perguntou-se aos enfermeiros porque eles achavam que na enfermagem a presença feminina na enfermagem era hegemônica. Os principais motivos apontados puderam então ser divididos em duas principais seguintes categorias:

Pela história da enfermagem: arte das (os) entrevistadas (os) respondeu que a presença feminina estava ligada à história da profissão, tendo sido encontrado nos relatos referências que remetem a Geovanini (2005). É possível interpretar que a presença feminina na profissão, pela visão das (os) entrevistadas, é uma trajetória e uma consequência da história: *“Acho que é pelo histórico, A profissão em si lembra a figura feminina do cuidar, da mãe, a mãe é que cuida.”* (Depoimento Informal)<sup>30</sup>. *“Acho que é pela própria história da enfermagem, que surgiu com as cuidadoras religiosas. O preconceito existe até hoje. O homem que está na enfermagem em geral ele é visto com preconceito, porque é uma profissão essencialmente femini-*

<sup>30</sup> Entrevista concedida por Rubi em 02/05/2007.

na em sua história.”(Depoimento Informal)<sup>31</sup>. “Acho que é cultural. Educaram que o cuidar deve ser mais da mulher, mas deve ser de todos. Acho que deveria ser do homem também.”(Depoimento Informal)<sup>32</sup>. A reconstituição histórica de Geovanini (2005) aponta para o fato da presença da mulher em todas as fases da profissão, inclusive antes de sua profissionalização.

Pelo cuidado relacionado ao feminino: outra parte das (os) entrevistadas (os) referiu que a presença da mulher na enfermagem relaciona-se diretamente à questão do “cuidar”. Os relatos a seguir permitem perceber que, para os respondentes, o cuidado da enfermagem está diretamente relacionado ao feminino, à mulher e as suas características. “Acho que o cuidado é sinônimo da palavra mulher. A mulher é mais sensível, ela se doa mais para o paciente, porque a enfermagem é uma doação constante, você se doa todo o tempo.” (Depoimento Informal)<sup>33</sup>. “Pelo cuidado mesmo. Somos mais detalhistas, mais cuidadosas, mais vaidosas. Nascemos para cuidar.” (Depoimento Informal)<sup>34</sup>. “Eu acho que é pela própria característica da mulher de cuidar. A gente é muito mãe, esse instinto de cuidar.” (Depoimento Informal)<sup>35</sup>:

Eu acho que desde pequena a mulher desenvolve aquela questão de brincar com a boneca, de cuidar, de amparar, de estar fazendo o bem. Eu acho que vem do seio materno a característica de cuidar, de dar papinha. Acho que é da natureza feminina o cuidado. (Depoimento Verbal)<sup>36</sup>.

Eu acho que é uma questão cultural, do cuidado. Eu acho que o homem, o sexo masculino hoje ta conseguindo espaço. Eu conheço enfermeiros fantásticos, que têm comprometimento. Na verdade existem algumas coisas que favorecem a mulher e algumas coisas que favorecem o homem na profissão de enfermagem. (Depoimento Verbal)<sup>37</sup>.

Os relatos confirmam, em profundidade, a discussão feita por Fonseca (1996), na qual a autora aborda a questão do cuidado ligado à mulher e à profissão de enfermeira (o): “*Tornar-se enfermeira implica, portanto, antes, mulher, sendo que a adequação verificada entre o ser mulher e o ser enfermeira parece se constituir em questão de indiscutível importância ...*” (FONSECA,1996, p.65). Mas Waldow (1996) aborda o cuidado de uma outra maneira, menos determinista e mais filosófico-humanista. Para esta autora, as pessoas são movidas

<sup>31</sup> Entrevista concedida por Diamante em 27/03/2007.

<sup>32</sup> Entrevista concedida por Água Marinha em 31/05/2007

<sup>33</sup> Entrevista concedida por Turqueza em 19/04/2007.

<sup>34</sup> Entrevista concedida por Água Marinha em 31/5/2007.

<sup>35</sup> Entrevista concedida por Ametista em 07/05/2007.

<sup>36</sup> Entrevista concedida por Água Marinha em 31/05/2007.

<sup>37</sup> Entrevista concedida por Ônix em 25/05/2007.

para o cuidado não só por uma questão cultural, mas pelo fato de serem seres humanos. Cuidar, segundo a autora, é uma característica inerente à condição humana.

As respostas apresentadas fizeram referência à questão feminina associada também à cultura, sendo possível destacar palavras que se relacionam às questões de gênero, abordadas no primeiro capítulo, tais como: dedicação, doação, sensibilidade, cuidadosas, amparar, cuidar e inclusive a submissão, conforme o relato a seguir: “*Acho que é pela submissão da profissão, acho que a submissão tem a ver com o feminino. O homem só aceita a submissão quanto não tem jeito. Se ele tem oportunidade e autonomia ele parte para a autonomia.*” (Depoimento Informal)<sup>38</sup>. O relato anterior pode, também, ser verificado através de Almeida Filho (2007). Este autor, ao abordar o cuidado ligado ao feminino e os atributos freqüentemente verificados para o exercício da profissão, também verifica que, na enfermagem, os postos mais elevados estão sob o controle masculino, apesar do contingente majoritariamente feminino. Conforme Padilha; *et. al.* (1997), a ideologia presente nos papéis femininos e o cuidar dos enfermos relacionam-se ao espírito de servir e, geralmente, acha-se relacionada a determinantes relativos à escolha profissional de enfermeiras e religiosas.

Também se perguntou a algumas enfermeiras se a escolha quanto à profissão de enfermagem relacionava-se ao fato de serem mulheres. Dentre as nove enfermeiras que responderam a essa questão, duas disseram nunca terem pensado sobre o assunto; três disseram que escolheram a profissão por serem mulheres; e duas responderam que fariam enfermagem mesmo que fossem homens. Duas, no entanto, responderam que se fossem homens não teriam optado pela enfermagem: “*Eu acho que se eu fosse homem talvez eu tivesse feito uma profissão mais atrevida. Eu sou muito corajosa e muito independente, eu não sei o que eu faria se fosse homem, mas enfermagem eu não faria.*” (Depoimento Informal)<sup>39</sup>. Para Padilha, Brodersen e Vagheti (2006), a questão do gênero na enfermagem pode ser explicada pela construção dos papéis sexuais estabelecidos pela sociedade, que acabam por direcionar para as mulheres a escolha de uma carreira condizente com a sua *natureza feminina*.

---

<sup>38</sup> Entrevista concedida por Jade em 30/04/2007.

<sup>39</sup> Entrevista concedida por Ágata em 16/04/2007.

### 3.4.7 Sobrecarga de trabalho e adoecimento.

Tendo sido identificado, no início das análises, o fato da grande maioria dos entrevistados possuírem dois ou mais empregos, colheu-se também a percepção dos enfermeiros em relação à sobrecarga do trabalho e de que forma ela poder-se-ia manifestar. Perguntou-se às (aos) entrevistadas (os) como se sentiam ao final da jornada de trabalho. Sete enfermeiras (os) dos hospitais públicos responderam que terminam a jornada de trabalho muito cansadas (os). O cansaço ao final da jornada foi bastante enfatizado:

No final da jornada eu me sinto impotente. Eu sei que eu faço o máximo que eu dou conta, mas infelizmente, nem tudo está no meu alcance e em minhas mãos, então a gente precisa fazer a nossa parte e conscientizar da importância do nosso trabalho. Fisicamente eu ando muito, eu corro muito para dar conta do meu serviço. Então no fim do dia eu estou um caco (rs). (Depoimento Verbal)<sup>40</sup>.

Dentre estes, três informaram que, ao final da jornada, sentem dores nas costas. O fato de se sentirem sobrecarregados foi citado em dois casos:

Muiiiiiiiiiiiiiito cansada. Sinto dor lombar, de ficar debruçada fazendo curativos, os pacientes são pesados, muitos são obesos. Tudo isso acaba com a sua coluna. O meu trabalho é cansativo e desgastante, é muito esforço físico. Não sei se vou dar conta. (Depoimento Verbal)<sup>41</sup>.

Dois enfermeiros referiram se sentirem bem ao final da jornada, não tendo referido cansaço ou qualquer desconforto: “*Eu saio do trabalho bem, saio tranqüila. Lá tem uma energia boa, lá me renova...*” (Depoimento Informal)<sup>42</sup>. As enfermeiras dos hospitais privados apresentaram um padrão de resposta um pouco diferenciado: uma enfermeira relatou cansaço ao final da jornada, devido à sobrecarga de atividades no hospital: “*Sinto-me estressada. Emocionalmente a gente fica desgastada. Eu faço tudo, desde fazer a ficha até a medicação dos pacientes que chegam ao pronto socorro.*” (Depoimento Informal)<sup>43</sup>. Uma enfermeira relacionou o cansaço à sobrecarga de atividades na sua vida pessoal e profissional e não exatamente ao trabalho. Duas enfermeiras relataram sentirem-se bem ao final da jornada. No rela-

<sup>40</sup> Entrevista concedida por Esmeralda em 27/02/2007.

<sup>41</sup> Entrevista concedida por Hematita em 11/05/2007.

<sup>42</sup> Entrevista concedida por Ametista em 07/05/2007

<sup>43</sup> Entrevista concedida por Citrino em 26/02/2007

to das enfermeiras dos hospitais privados, nenhuma situação específica de dor localizada foi referida.

Também foi perguntado aos entrevistados sobre situações de adoecimento apresentadas no decorrer de seu tempo de trabalho na instituição. Procurou-se verificar se o exercício da atividade profissional, de alguma forma, se relacionava às situações de adoecimento. Em relação aos hospitais públicos, 6 enfermeiros declararam nunca terem apresentado um atestado médico, embora duas enfermeiras dissessem ter se afastado do trabalho somente em situações de Licença Maternidade. É importante relatar que duas das enfermeiras, que nunca se afastaram do trabalho por motivo de doença, têm 27 e 21 anos de trabalho na instituição. Outros quatro enfermeiros informaram que já apresentaram atestado. Outros quatro enfermeiros informaram que já apresentaram atestado médico, mas não houve coincidência de motivos. Os atestados foram apresentados em casos de cirurgias corretivas por trauma, conjuntivite, herpes, labirintite e enxaqueca. No caso das enfermeiras dos hospitais privados, quatro enfermeiras informaram nunca terem apresentado atestados médicos e as causas de afastamento das duas enfermeiras foram cirurgia e sinusite virótica.

Os relatos dos entrevistados sobre adoecimento diferem dos achados bibliográficos. De acordo com Gurgueira, Alexandre e Correira Filho (2003), os hospitais são responsáveis pela ocorrência de uma série de riscos à saúde daqueles que ali trabalham. Compõem a lista das principais queixas, as situações de adoecimento e afastamento, aqueles relacionados aos problemas músculo-esqueléticos e osteoarticulares. Segundo esses autores, a enfermagem vem sendo apontada como o grupo mais vulnerável para esse tipo de lesão. É importante mencionar-se o curioso fato de que nenhum enfermeiro referiu a ocorrência de acidentes com perfuro-cortantes que tenha levado a situação de afastamento.

#### **3.4.8 *Infra-estrutura***

O trabalho da (o) enfermeira (o), no ambiente hospitalar, à frente de uma equipe de enfermagem e orientado para o cuidado ao paciente, pressupõe a utilização de tecnologias e ferramentas. Utilizando-se o esquema adotado por Mehry (1998), pode-se citar que, para o exercício da função de enfermeiro em um ambiente hospitalar, utilizam-se tecnologias duras (equipamentos, materiais, medicamentos), tecnologias leve-duras (conhecimentos estruturados) e tecnologias leves (relacionais: enfermeiro-equipe; enfermeiro-paciente-família). A qualida-

de da infra-estrutura oferecida pelas instituições também pode se constituir em fator de insatisfação e estresse para o enfermeiro conforme relata Medeiros; *et. al.* (2006). Portanto, a estrutura das instituições pode refletir nas condições de trabalho dos enfermeiros, sendo fatores que favorecem ou não o exercício da profissão.

Nas entrevistas, os enfermeiros foram estimulados a falar sobre a qualidade e a quantidade dos artigos hospitalares de uso único, os chamados descartáveis, o mobiliário (cama, poltronas, cadeiras, etc) e a estrutura física em geral. Todos os entrevistados dos hospitais públicos informaram que os artigos hospitalares de uso único têm estado disponíveis em quantidade suficiente, e que a qualidade apresentada também tem sido adequada para o atendimento aos clientes. Em relação aos equipamentos e mobiliários, seis enfermeiros informaram que o mobiliário precisa de melhoras, dois entrevistados informaram que o mobiliário está muito ruim e que oferece risco para os clientes. Apenas uma enfermeira relatou que o mobiliário está novo e em condições adequadas de uso.

Quanto à planta física, três enfermeiros relataram que a mesma tem condições de atender as necessidades da clientela e da equipe de enfermagem, os demais referiram que a planta física interfere no trabalho da equipe de enfermagem. Seis enfermeiros também informaram que a planta física requer grandes deslocamentos por parte deles o que ocasiona ao final da jornada desgaste e cansaço.

Os enfermeiros dos hospitais privados apresentaram respostas um pouco diversas. A totalidade das entrevistadas referiu que o material hospitalar de uso único está sempre disponível e apresenta qualidade adequada. A metade das entrevistadas referiu que o mobiliário está novo e em boas condições, ao passo que a outra metade relatou que o mesmo precisa ser reparado. Cinco enfermeiras informaram que a planta física oferece conforto e segurança para a equipe, sendo que, em apenas um relato, a planta física não oferece conforto, tendo informado que o barulho é o principal fator de desconforto para a equipe e para os clientes. Em relação aos deslocamentos, a metade as enfermeiras relatou que a planta física requer grande movimentação para a realização das atividades.

### ***3.4.9 Estrutura Administrativa***

Um outro tema que faz parte da avaliação das condições de trabalho de uma instituição é a situação organizacional do Serviço de Enfermagem dentro da instituição hospitalar. Avali-

ar administrativamente o hospital possibilita também avaliar a situação da enfermagem em alguns dos hospitais da cidade de Belo Horizonte, quando se leva em consideração a autonomia na condução do grupo de trabalhadores de enfermagem. De acordo com Massarollo (1991), a posição ocupada na escala hierárquica pelo Serviço de Enfermagem, dentro de uma instituição hospitalar, evidencia a importância que lhe é dada:

... muitos dos problemas existentes nos serviços de enfermagem estão relacionados com suas estruturas organizacionais e com a posição ocupada na estrutura geral da organização, uma vez que interferem na atuação do enfermeiro, na dinâmica do Serviço de Enfermagem, conseqüentemente, na assistência de enfermagem prestada à clientela. (MASSAROLLO, 1991, p.39).

Os achados dessa pesquisa revelaram que, oito dos enfermeiros entrevistados nos hospitais públicos, referiram que o Serviço de Enfermagem se encontra subordinado à diretoria do hospital, embora dois enfermeiros tenham revelado desconhecerem o grau de subordinação do Serviço de Enfermagem dentro da instituição. Todos os enfermeiros relataram que as instituições adotam o cuidado integral como modelo assistencial, embora nenhum entrevistado tenha informado que a instituição tenha implantado, até a data das entrevistas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem. A Sistematização da Assistência de Enfermagem, conhecida como SAE, é uma atividade privativa da (o) enfermeira (o) que utiliza o método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde/doença, subsidiando a prescrição e implementação de ações de Assistência de Enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade. Em relação às instituições privadas a situação foi exatamente a mesma, o serviço de enfermagem encontra-se subordinado à Diretoria Hospitalar e o modelo assistencial adotado é o cuidado integral.

Todos os entrevistados, tanto dos hospitais públicos, quanto dos hospitais privados, declaram ter autonomia na condução do seu trabalho. Quanto à participação no planejamento e nas deliberações relacionadas aos problemas relativos à enfermagem, observou-se que, nos hospitais públicos, três enfermeiros relataram que não participam das decisões, quatro informaram que são chamados a participar e três disseram que, em algumas situações, são consultados quando das mudanças e intervenções relativas à enfermagem. Nos hospitais privados, a metade das entrevistadas respondeu que participa das decisões, em relação às questões da enfermagem. A autonomia profissional tem sido, ao longo do tempo e da evolução da enfermagem, segundo Gomes e Oliveira (2005), um tema importante para a compreensão da pro-

fissão, tanto na definição de seus desafios e objetivos, como na forma como os enfermeiros se relacionam e se apresentam para a equipe de saúde e para a sociedade em geral.

A totalidade dos enfermeiros dos hospitais públicos respondeu que os hospitais possuem um setor específico de educação continuada e que é freqüente a ocorrência de treinamentos. As enfermeiras dos hospitais privados também informaram que os hospitais dispõem de um setor específico para treinamento, embora duas delas tenham informado que a educação em serviço não as tem alcançado. Para Leite e Pereira (1991), a Educação Continuada é uma estratégia que oferece à equipe de enfermagem a possibilidade de interpretar e utilizar a realidade que o cerca, na mesma medida em que mantém os profissionais motivados e atualizados. É também a medida do investimento na qualidade da assistência, uma vez que novas tecnologias têm sido constantemente introduzidas nos hospitais.

#### ***3.4.10 Emprego ideal.***

Finalmente, ao término das entrevistas, foi solicitado aos entrevistados que descrevessem o emprego ideal. Novamente, as respostas variaram, mas há que se destacar que houve 3 eixos principais para a construção de um emprego ideal. Para essa análise considerou-se o número de vezes que a mesma resposta apareceu, uma vez que, nessa categoria, vários fatores foram citados para compor o emprego ideal. Dez entrevistados responderam que o salário deveria ser melhorado. Os entrevistados atribuíram valores aos salários, hipoteticamente pretendidos. Os valores sugeridos foram: 8 salários mínimos; 9,2 salários mínimos; 13 salários mínimos e 18,5 salários mínimos. Alguns dos entrevistados demonstraram grande dificuldade em falar da questão salarial. Foi apontado, por 7 entrevistados, que a questão estrutural é importante na composição de um emprego ideal. Por estrutura, entende-se a questão dos recursos humanos (equipe preparada e em número suficiente), materiais (material de boa qualidade e em quantidade adequada), físicos (planta física adequada ao exercício do trabalho):

Um emprego que tenha uma carga horária justa, que não me sobrecarregue, que eu tenha material, e pessoas acessíveis para trabalhar. Que tenha um bom salário, que seja condizente com a importância da minha profissão. Acho que o meu trabalho a-

qui hoje vale R\$ 5.000,00, pelo menos, aqui eu tenho que dar a minha cara a tapa. (Depoimento Verbal)<sup>44</sup>.

O emprego ideal é você poder chegar à sua unidade e ter todo o serviço de apoio funcionando, a farmácia, rouparia, limpeza, serviço social atendendo os seus clientes, e você poder prestar assistência ao seu paciente. Chegar ao leito, saber o que está acontecendo com o paciente, fazer uma prescrição de enfermagem. Acompanhar a patologia, fazer as orientações relacionadas ao cuidado. A gente deixa de cuidar do cliente para fazer outras coisas e a nossa ciência mesmo que é o cuidado fica a ver navios. (Depoimento Verbal)<sup>45</sup>.

Acho que o meu emprego hoje está próximo do ideal, exceto pela questão salarial. Acho que o emprego ideal deveria ter mais treinamento. Eu não consigo pensar em um valor para o meu salário, há tanto tempo que eu estou ganhando tão mal lá. Acho que uns R\$3000,00. (Depoimento Verbal)<sup>46</sup>.

Outra questão apontada foi a jornada de trabalho. Quatro entrevistados relacionaram a carga horária como um fator importante a ser considerado. Foram apontadas, como ideais, as jornadas de 20, 25 e 30 horas semanais, como pode ser visto em um depoimento destacado a seguir: *“O emprego ideal é cumprir uma carga horária ideal de 20 horas, acho que deveria haver flexibilidade de horário. E receber melhor. Eu acho que o meu trabalho hoje vale R\$ 3.000,00 em cada emprego.”* (Depoimento Informal)<sup>47</sup>. Outras ocorrências relacionaram o emprego ideal à possibilidade de treinamentos, implantação da sistematização da assistência de enfermagem, escolha profissional adequada, acompanhamento psicológico e autonomia:

Eu acho que seria um local que oferecesse condições físicas, que a planta física colaborasse que não faltasse material hora nenhuma, que tudo o que a gente precisasse estivesse à disposição e de boa qualidade, que a atenção fosse realmente multidisciplinar, que a gente tivesse ligado ali, todas as profissões que estão cuidando do paciente, e que o salário não fosse tão baixo como está. (Depoimento Verbal)<sup>48</sup>.

Esses relatos confirmam a percepção de Gelbcke e Leopardi (2004), ao afirmarem que a satisfação e o prazer no exercício da profissão de enfermeira (o) em um ambiente hospitalar relacionam-se diretamente a fatores organizacionais tais como a área física e recursos materiais; a fatores relacionais como, por exemplo, a equipe de trabalho, e a aspectos estruturais definidos pela conjuntura política e econômica tais como salário e jornada. Acredita-se que,

<sup>44</sup> Entrevista concedida por Ágata em 16/04/2007

<sup>45</sup> Entrevista concedida por Citrino em 26/02/2007

<sup>46</sup> Entrevista concedida por Ametista em 07/05/2007

<sup>47</sup> Entrevista concedida por Hematita em 11/05/2007.

<sup>48</sup> Entrevista concedida por Diamante em 27/03/2007

ao término da análise das entrevistas, tenha sido possível caracterizar, do ponto de vista dos sujeitos ouvidos, as condições gerais de trabalho das (os) enfermeiras (os) dos hospitais públicos e privados da cidade de Belo Horizonte e o seu olhar sobre o trabalho, tanto na perspectiva do presente, quanto nas expectativas quanto ao futuro:

Uma melhor compreensão da trajetória da nossa profissão, necessária à formação de uma consciência crítica, além do conhecimento da história da enfermagem brasileira, que faz parte da cultura profissional de cada qual, depende também do interesse e da consciência que nós, mulheres e homens de algum modo envolvidos, tivermos das relações passado/presente, o que faz com que valorizemos nossos papéis históricos, como observadores atentos dos sinais de nossa época, como pessoas que nos empenhamos em formar uma opinião esclarecida, como atores que participam do movimento da história e como estudiosos que pretendem contribuir para a compreensão do que nos ocorreu e do que nos ocorre, posto que (parafraseando Hobsbawm), somos parte dessa história e ela é parte de nós. (BARREIRA, 1999, p.92).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste trabalho permitiu à autora identificar que as (os) enfermeiras (os), ao longo da sua trajetória de trabalho, têm incorporado novas formas de inserção no mercado e, por mais que diversifiquem suas atividades e se insiram em novos projetos, sua presença no trabalho hospitalar ainda é a maior marca da profissão. Construída ao longo dos anos a profissão de enfermagem avançou em muitos aspectos, ampliou sua participação política, organizou-se em vários espaços, buscou a cientificidade para tratar do cuidado evoluindo, dos cursos de graduação para a pós-graduação, especialidades, mestrados, doutorados e pós-doutorados. Mostrou, com isso, que *a arte do cuidado*, desenvolvida por ela e cada vez mais atual, atraindo sempre candidatos para seus cursos, poderia ganhar novas nuances e ser tratada de maneira tão científica quanto qualquer outra área do saber. A profissão tem superado os desafios do mundo atual, mudando para ser sempre a mesma: é preciso transformar-se para não perder a sua essência, e assim têm sido. Uma reconstrução histórica do trabalho da enfermeira possibilita encontrar denominadores comuns a todas as fases de sua trajetória: maioria de contingente de trabalho do sexo feminino, assalariamento, pouca visibilidade, divisão social do trabalho, dicotomia entre pensar e fazer, voluntariedade, abnegação, amparo, presença nos hospitais desde sua instituição como profissão, dentre outras. No Brasil, sua trajetória procurou acompanhar as mudanças sociais e econômicas sem, contudo, se afastar do que lhe é essencial; mas foi a Lei n. 7498/86 que definitivamente mudou os rumos da enfermagem no país, ao regulamentar o exercício profissional. Rapidamente, a profissão avançou e hoje, além do aumento

do número de instituições de ensino, observa-se que a produção científica, tem se desenvolvido.

A construção do segundo capítulo trouxe a experiência de conhecer a cidade de Belo Horizonte sobre um outro prisma. Ao dimensionar a distribuição dos equipamentos de saúde na cidade e, nesse caso particular, as instituições hospitalares, uma nova cidade emergiu, uma cidade de contrastes certamente, mas também uma cidade que busca se organizar para garantir acesso dos moradores às ofertas dos serviços de saúde do município, embora se perceba que as políticas públicas ainda precisem alcançar a população mais vulnerável. Utilizando-se a divisão administrativa adotada pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, os hospitais públicos e não-públicos foram distribuídos, o que possibilitou perceber um cenário onde a região Centro Sul, historicamente moradia da elite dirigente, concentra a maioria das instituições hospitalares e algumas instituições de ensino de saúde.

Em contraste a essa situação, também foi possível perceber que a população dos Distritos Sanitários Norte e Barreiro, que representa a maior parcela da população SUS dependente e com maior risco de adoecer e morrer precisa de grandes deslocamentos para realizar seus atendimentos hospitalares. A discriminação por natureza administrativa das instituições hospitalares públicas e não públicas também possibilitou perceber a diferença no número de instituições públicas (14) em contraste com as privadas (60). A Rede FHEMIG foi tratada de forma muito especial, no presente trabalho, por ser considerada uma âncora na oferta ampliada de serviços à população do estado de Minas Gerais e por uma questão espacial, à população da cidade de Belo Horizonte. A Rede FHEMIG também pode ser apontada como importante fonte geradora de oferta de emprego em saúde, principalmente para a enfermagem, uma vez que fazem parte do seu quadro cerca de 500 enfermeiras (os).

A partir destas ponderações e ensaios, buscou-se responder à indagação principal deste estudo, qual seja, refletir sobre o trabalho e as condições de trabalho dos enfermeiros dos hospitais públicos e privados de Belo Horizonte: *de que maneira esses sujeitos, particulares enquanto seres únicos e individuais, mas certamente representantes de uma coletividade, percebiam o seu trabalho?* Assim, realizar o trabalho de campo desta pesquisa foi também uma forma de olhar para dentro da profissão, pensar como se sentem aqueles que cuidam e que condições são oferecidas a eles para que exercitem o seu ofício de cuidar e refletir sobre os determinantes da situação encontrada.

Com base na análise dos depoimentos, tomada a partir das 10 categorias de análise anteriormente delineadas, foi possível perceber como esses sujeitos vêem o trabalho e como o mesmo tem afetado as suas vidas, seja pelo fato de conferir-lhes algum sofrimento ou propor-

cionar-lhes prazer. De uma maneira geral, pode-se dizer dos sujeitos da pesquisa que eram, em sua maioria, mulheres, solteiras, sem filhos, embora homens também tenham sido entrevistados e tenham contribuído para análise dos relatos. A idade variou de 25 a 52 anos, e o tempo de formatura de 6 meses a 29 anos, fato positivo que amplia a possibilidade de percepção em relação ao trabalho. A forma como as (os) entrevistadas (os) se vinculam ao trabalho foi fator de reflexão, uma vez que se acredita residir aí o maior discrepância encontrada em relação as condições de trabalho. É justamente nesse ponto que o trabalho da (o) enfermeira (o) se torna vulnerável, uma vez que encontra a marca contundente da reestruturação produtiva. O contrato de trabalho precarizado referido é também conhecido como contrato de trabalho temporário e foi evidenciado ao se entrevistar enfermeiras (os) trabalhadores de hospitais públicos. A análise dos relatos permitiu perceber os seguintes fatores de precarização do trabalho no caso das (os) enfermeiras (os) contratadas (os) dos hospitais públicos: jornada maior, salário menor, exclusão com relação aos treinamentos e instabilidade. O sentimento de ser descartável, mencionado por uma entrevistada, deixa clara a situação de menor importância dentro da instituição e remete à necessidade de aprofundar outras reflexões das quais essa pesquisa não pôde dar conta, por exemplo: *qual o reflexo desta situação este no interesse do trabalhador em buscar novos conhecimentos e de se aperfeiçoar para atender as exigências da instituição?*

Outra questão evidente, em relação ao trabalho, foi o duplo e o triplo vínculo mencionados pelas (os) entrevistadas (os), em sua maioria absoluta. O outro vínculo relacionou-se, na maioria dos casos, a outro trabalho em hospitais, embora trabalho como professores também tenha sido mencionado. Ter mais de um emprego remete à questão da sobrecarga de trabalho e da diminuição da qualidade de vida. Certamente, ao falar de duplo e triplo vínculos, a primeira questão que se evidencia é a da necessidade de se trabalhar para sobreviver, para se reproduzir. Para algumas entrevistadas (os), o desejo de poder trabalhar em um único emprego foi manifestado de maneira bem clara, um único emprego onde pudessem receber o mesmo salário que recebem em dois ou mais vínculos. O desejo de ter um único vínculo também foi associado ao fato de poder se dedicarem mais a uma única instituição. Precarizado ou não, o trabalho existe, poder escolher um outro vínculo pode passar também pela ordem do desejo ou até pelo desejo do consumo, não cabendo aqui qualquer juízo de valor. Entretanto, mencionar o fato da realidade do duplo vínculo, na vida das (os) enfermeiras (os), para além da problemática da sobrecarga, sem dúvida crucial na vida de qualquer trabalhador e profundamente combatida, pode trazer à tona outra questão: a da oferta de postos de trabalho para as (os) enfermeiras (os) na cidade de Belo Horizonte.

A questão salarial também permite ver a situação do mercado de trabalho na cidade de Belo Horizonte, uma vez que, nesse quesito, encontrou-se importante variação ao se relacionar jornada e salário. Interessante perceber que, para composição do resultado dessa equação, vários itens têm que ser analisados, pois o salário, nesse caso, compõe-se de elementos como o tempo na instituição e as vantagens particulares a cada uma. A jornada de trabalho, diurna ou noturna, não parece influenciar negativamente a vida das (os) entrevistadas (os), uma vez que queixas em relação ao trabalho em turnos não foi voluntariamente expressa por nenhum deles. O que se percebe é que esse fato contradiz os achados bibliográficos que se assemelham ao referirem os efeitos nocivos no trabalho em sistema de rodízios na vida dos profissionais de enfermagem.

Outro tema deste estudo foi o da motivação quanto à escolha profissional das (os) entrevistadas (os). Algumas queriam ser médicas e, como uma segunda opção, fizeram enfermagem. Outras (os) queriam ter contato com as pessoas e acreditaram que a enfermagem pudesse ser o caminho e outras (os) ainda escolheram a enfermagem por sugestão de amigos. Contudo, o que de mais interessante se apreende das falas é o fato de que a maioria, e principalmente todos que tiveram a medicina como sua primeira opção, manifestou-se muito satisfeita por ser enfermeira (o). Acredita-se ser possível, em relação a esse ponto, relacionar trabalho e prazer. De uma maneira geral, as (os) entrevistadas (os) referiram como causa de satisfação no trabalho autonomia, qualidade da equipe de trabalho e qualidade dos recursos materiais. Como causas de insatisfação foram apontadas a desvalorização profissional, a falta de autonomia, a vigilância sobre o trabalho do enfermeiro, a falta de possibilidade de crescimento profissional e a questão salarial. Quanto à expectativa em relação ao futuro do trabalho, as (os) entrevistadas (os) responderam que temem a saturação do mercado, a queda da qualidade da assistência, a perda salarial e a diminuição do emprego. Esperam que haja mais autonomia e que o salário melhore.

A questão do gênero também foi evidenciada nas entrevistas. Na opinião das (os) entrevistadas (os), a maciça presença feminina na profissão é uma consequência histórica. Para outras (os), como seu exercício sempre esteve, desde o alvorecer da profissão, ligado à mulher, a presença feminina está assim justificada. Todavia, o traço mais marcante da percepção das (os) enfermeiros em relação à presença feminina foram os atributos referidos como próprios das mulheres e que os mesmos relacionaram ao trabalho da enfermagem: “*doação constante*”, “*sensibilidade*”, “*submissão*”, “*cuidadosas*”, “*vaidosas*”, “*nascemos para cuidar, amparar, fazer o bem*”, “*mãe*”... Outro fato que merece ser mencionado é que algumas en-

fermeiras referiram que, se não fossem mulheres, teriam optado por outra carreira, demonstrando, finalmente, como a escolha e a ideologia da profissão estão conectadas ao feminino.

Sobrecarga de trabalho e adoecimento também fizeram parte das categorias analisadas sobre o trabalho das (os) enfermeiras (os) e os achados, em parte, contradisseram e, em parte, concordaram com os autores consultados. As (os) enfermeiras (os) relataram cansaço ao final da jornada de trabalho: *dores nas costas, dor na coluna, esgotamento e estresse* foram termos citados. Porém, o que realmente chamou a atenção foi o baixo índice de absenteísmo informado pelos respondentes. Poucas situações de adoecimento foram referidas e nenhuma licença médica prolongada ou ocorrência de eventos nocivos relacionados ao trabalho foi informada. Também não se pode deixar de mencionar aqui a possibilidade do baixo índice de situações de adoecimento relacionar-se ao prazer no exercício profissional, uma vez que é justamente o oposto a causa de adoecimento e ausência ao trabalho.

A infra-estrutura oferecida pelas instituições para o exercício do trabalho foi um outro tema abordado. Acredita-se que a infra-estrutura oferecida pelas instituições afeta diretamente o exercício profissional, influenciando-o e favorecendo-o, sendo causa de estresse e sofrimento ou tornando tudo mais ameno. Todos os entrevistados referiram que, em seu ambiente de trabalho, têm encontrado condições adequadas de recursos materiais. Um fato que também aparece de maneira unânime, em todas as entrevistas, é que nenhuma instituição implantou, até a data das entrevistas, a Sistematização da Assistência de Enfermagem, embora essa seja uma realidade nas instituições de ensino e uma recomendação do Conselho Federal de Enfermagem.

Por fim, no trabalho de campo, solicitou-se aos entrevistados *sonhar* com o emprego ideal. Para composição deste imaginário, os enfermeiros referiram atributos como a existência de uma equipe de trabalho preparada e em número suficiente, recursos materiais de qualidade e quantidade adequadas e uma planta física que proporcione conforto às (aos) enfermeiras (os), à equipe e aos pacientes. Algumas ocorrências relacionaram o emprego ideal à possibilidade de treinamentos, implantação da sistematização da assistência de enfermagem, escolha profissional adequada e autonomia. A questão salarial foi apontada pelas (os) enfermeiros dos hospitais públicos e privados como item de grande importância para a composição do emprego ideal e a jornada considerada ideal esteve em torno de 30 horas semanais. Em síntese, a situação de emprego ideal, do ponto de vista desses entrevistados é aquela em que a (o) enfermeira (o) trabalhe 30 horas semanais, em um ambiente onde os recursos humanos são preparados, os recursos materiais disponíveis e de qualidade adequada, a sistematização da assistência de enfermagem esteja implantada, o salário esteja em torno de 13 salários mínimos, a

autonomia profissional possa ser exercida e haja treinamento em serviço. Nesse ponto, há necessidade de se destacar o que de fato chamou a atenção em relação a esse trabalho: certamente a forma como os sujeitos, enfermeiros desta pesquisa, olham para o trabalho sugere uma homogeneidade que não depende do tempo em que se está na instituição ou na profissão.

A maioria dos relatos encontra-se impregnados de satisfação, de um olhar positivo em relação ao futuro da profissão, apesar das expectativas quanto aos rumos da mesma. Neste trabalho, pôde-se perceber a identidade e implicação com o trabalho executado como os principais fatores de motivação para o exercício profissional, tanto na fala dos que estão chegando, quanto dos que daqui a pouco vão se despedir do exercício formal da profissão. Confirmar este pressuposto sugere novas pesquisas a respeito do desenvolvimento da profissão, relacionada à satisfação no trabalho, ao trabalho em si mesmo e das condições para seu exercício sejam realizadas.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, Antônio Jose de. Universidade com mais mulheres, mas não em todos os cursos. **Olhar Virtual - Jornal virtual e semanal**. Rio de Janeiro: Comunicação da Uerj, Edição 150, 15 /03/2007. Disponível em [www.olharvirtual.ufrj.br](http://www.olharvirtual.ufrj.br)

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Juan Stuardo Yazlle. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 127p.

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de; ROCHA, Semiramis Melani Melo. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296p.

ALVES, Cláudia Vanessa; APGAUA, Eliana; MELO, Vanusa Barbosa de Figueiredo; Belo Horizonte (MG). **Belo Horizonte conta sua história ambiental**. Belo Horizonte: Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Secretaria Municipal de Meio Ambiente, 1997. 73p.

ALVES, Delvair de Brito. **Mercado e condições de trabalho da enfermagem**. Salvador: [s.n.], 1987 (Gráfica Central). 108p

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história social**. São Paulo: Letras & Letras, 1991. 168p.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e negação do trabalho**. 3 ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000. 258p.

ARGENTA, Inez Maritê; PIRES, Denise. Refletindo o processo de trabalho de enfermagem em um hospital público. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v.9, n.2, p.288-297, maio/ago.2000.

AVEDAÑO, Cecília; GRAU, Patrícia; YUS, Pámela. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In: OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de (Org.). **Saúde e Gênero na era da Globalização**. Goiânia: AB,1997, 152p.

BARREIRA, Ieda de Alencar. Memória e história para uma nova visão da enfermagem no Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v. 7 - n. 3 - p. 87-93 – jul.1999

BATISTA, A. A. V. ; VIEIRA, M. J. ; CARDOSO, Normaclei Cisneiros dos Santos ; CARVALHO, G. R. P. . Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 85-91, 2005.

BEATTY, JACK; NOTA ASSESSORIA. **O mundo segundo Peter Drucker: as idéias e teorias de um gigante da administração**. 2. ed. São Paulo: Futura, c1998. 226p.

BENERI, Regina Ledo; SANTOS, Letícia Rosa; LUNARDI, Valéria Lerch. O trabalho da enfermagem hospitalar: o cuidado de si e o cuidado do outro. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.54, n.1, p.108-118, jan./mar.2001.

BRAGA, Daphne. **Acidente de trabalho com material biológico em trabalhadores da equipe de enfermagem do centro de pesquisas Hospital Evandro Chagas – um olhar da**

saúde do trabalhador. 75 fls. 2000. Dissertação (Mestrado em Ciências). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro.

BRASIL Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 350p. (Série G. Estatística e informação em saúde).

BRASIL. Lei 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 26.06.86, Brasília, Seção I - fls. 9.273 a 9.275.

BRASIL. Decreto n. 94.406 de 08 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União** de 09.06.87, Brasília. fls. 8.853 a 8.855.

BRASIL. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. 20p

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 161p. (Progestores. Para entender a gestão do SUS ;3 )

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 174p. (Progestores. Para entender a gestão do SUS ;10

BRASIL. Lei Estadual 7088, de 4 de outubro de 1977, que autoriza o Poder Executivo a unificar as Fundações assistenciais e hospitalares que menciona, sob a denominação de Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais - FHEMIG, e dá outras providências.

BUSS, Paulo Marchiori **Assistência Hospitalar no Brasil (1984-1981 ): uma análise preliminar baseada no sistema de informação do SUS**, in *Informe Epidemiológico do SUS Centro Nacional de Epidemiologia –CENEPIF.F.N.S.-M.S.* Brasília ,ano 2, n. 2,1993

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. O público , o estatal , o privado e e o particular nas políticas públicas de saúde. In: HEIMANN, LS; IBANHES, LC; BARBOZA, R. (Org.). **O público e o privado na saúde, organizadores**. São Paulo: Hucitec, 2005. 239 p.

CARDOSO, Ruth C. L.; SAMPAIO, Helena. Estudantes universitários e o trabalho. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.9, n.26, p.30-50, out. 1994.

CARVALHO, Gilson de. **Gasto com a saúde no Brasil em 2006**. Disponível em [www.ensp.fiocruz.br/radis/55/pdf/gasto.com.saude.2006.pdf](http://www.ensp.fiocruz.br/radis/55/pdf/gasto.com.saude.2006.pdf)

CASTELAR, Rosa Maria; MORDELET, Patrick; GRABOIS, Victor. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. Rennes: ENSP, 1995. 235p (broch.)

CHERUBIN, N.A. SANTOS N.A. **Administração Hospitalar: fundamentos**. São Paulo: CEDAS, 1997. 387 p.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (BRASIL). **Código de ética dos profissionais de enfermagem**. Rio de Janeiro: COFEN, 2007. 20p

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **O financiamento da saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 161p. (Progestores.Para entender a gestão do SUS ;3 )

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (BRASIL). **Regulação em saúde**. Brasília: CONASS, 2007. 174p. (Progestores.Para entender a gestão do SUS ;10 )

CHRISTÓFARO, Córdova Maria Auxiliadora. Associação Brasileira de Enfermagem. O trabalho na enfermagem sofrimento ou prazer? Jornada Mineira de Enfermagem. **Anais da XIII Jornada Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte: ABEN, 1994, 151p.

COSTA, E. S. ; MORITA, I. ; MARTINEZ, M. A. R. . Percepção dos efeitos do trabalho em turno sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo.. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 553-555, 2000.

DAHER, Donizete Vago; SANTO, Fátima Helena do Espírito; ESCUDEIRO, Cristina Lavo- yer. Cuidar e pesquisar: práticas complementares ou excludentes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v.10, n.2, p.145-150, mar./abr.2002.

DEL CURA, Maria Leonor Araújo; RODRIGUES, Antonia Regina Furegato. Satisfação Profissional do Enfermeiro. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 7, n. 4, 1999.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 4.ed. São Paulo: Cortez 1991. 158p.

FISCHER, F.M.; LIEBER, R.R.; BROWN, F.M. Trabalho em turnos e as relações com a saúde-doença. In: MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1999.

FONSECA, T. M. G De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 156p. (Enfermagem).

FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto. **Microfísica do poder**. 15. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000. 296p.

FÜHRER, Maximilianus Cláudio Américo. **Resumo de direito administrativo**. São Paulo: Malheiros, 2006. 138p.

GELBCKE, F. L.; LEOPARDI, M. T. Perspectivas para um novo modelo de organização do trabalho da enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 57, n. 2, p. 193-197, 2004.

GEOVANINI, Telma; *et. al.* **Historia da enfermagem**: versões e interpretações. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 338p.

GERMANO, Raimunda Medeiros. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1993. 118p.

GOFFMAN, Erving. **Manicômios, prisões e conventos**. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2001. 312p.

GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, Denize Cristina de. Estudo da Estrutura da Representação Social da Autonomia Profissional em Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem**. São Paulo: USP, v. 39, n. 2, p. 145-153, 2005.

GURGUEIRA, Giovana Pimentel; ALEXANDRE, Neusa Maria Costa; FILHO, Heleno Rodrigues Corrêa. Prevalência de Sintomas músculo esqueléticos em trabalhadoras de enfermagem. **Revista Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, 2003. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692003000500007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500007&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 03 Feb 2008. doi: 10.1590/S0104-11692003000500007

HEIMAN S.L. IBANHES L.C. BARBOSA R. **O público e o privado na saúde**. São Paulo: Hucitec, 2005. 242p.

HIRATA, Helena; KERGOAT, Daniele. A divisão sexual do trabalho revisitada. In: HIRATA Helena; MARUANI Margaret. **As novas fronteiras da desigualdade**: homens e mulheres no mercado de trabalho. São Paulo: Senac. 2003.

IBGE. **Censo demográfico 2000**: características da população e dos domicílios: resultados do universo. Rio de Janeiro, 2001. 519 p.

JORNADA MINEIRA DE ENFERMAGEM. Associação Brasileira de Enfermagem. **Anais da XIII Jornada Mineira de Enfermagem**. O trabalho na enfermagem: sofrimento ou prazer? Belo Horizonte: ABEN, 1994. 151p.

KAITZMAN, Ruben; RETAMOSO, Alejandro. Segregación espacial, empleo y pobreza en Montevideo. **Revista de la CEPAL**, p.131-148, abr.2005.

KERGOAT, D. Relações sociais de sexo e divisão sexual do trabalho. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 156p. (Enfermagem ).

KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237p.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia da administração**. São Paulo: Atlas, 1997. 220p.

LEITE M.M.J.; PEREIRA L.L. Educação Continuada em Enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237p.

LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 156p. (Enfermagem ).

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maria Cezar. The persistent feminization in Brazil's professional nursing education. **Cadernos Pagu**, n.24. 2005.

LOURO, Guaracira Lopes. Nas redes do conceito de gênero In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina. **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 156p.

- LUNARDI, Valéria Lerch; *et. al.* A ética na enfermagem e sua relação com o poder e a organização do trabalho . **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.15, n. 3, 2007.
- MACHADO, W.C.A. Reflexão sobre a prática profissional do enfermeiro. In: GEOVANINI, Telma; *et. al.* **Historia da enfermagem: versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 338p
- MARTINS, Marilú Mattéi. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem no trabalho em turnos**. 2002. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós –Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Florianópolis.
- MARX, Lore Cecilia; MORITA, Luiza Chitose. **Manual de gerenciamento de enfermagem**. 2. ed., São Paulo: EPUB, 2003. 108p.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci; ROZESTRATEN, Reinier Johanes Antonius. Turnos alternantes: fadiga mental de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.3, n.1, p.59-78. Jan. 1995.
- MARZIALE, Maria Helena Palucci. Enfermeiros apontam as inadequadas condições de trabalho como responsáveis pela deterioração da qualidade da assistência de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 3, 2001 .
- MASSAROLLO M.C. K. B. Estrutura organizacional e os serviços de enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991. 237p.
- MAURO. M. Y. C.; *et. al.* Pesquisa em Enfermagem: fadiga e aspectos ergonômicos no trabalho de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.29, n.4, p.7-24, 1997.
- MEDAUAR, Odete. Direito administrativo moderno. São Paulo: **Revista dos Tribunais**, 1996. 456p.
- MEDEIROS S.M.; RIBEIRO, L. M. FERNANDES, S.M.B.A. VERAS, V.S.D. Condições de trabalho da enfermagem: a transversalidade do sofrimento no cotidiano. **Revista Eletrônica de Enfermagem**,v.08, n.02, p.233-240,2006. Disponível em [http://www.fen.ufg.br/revista/revista\\_8-2/v8n2a08.htm](http://www.fen.ufg.br/revista/revista_8-2/v8n2a08.htm)
- MEDEIROS, S. M. de; ROCHA, S. M. de M. Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 399-409, 2004.
- MELLO, Celso Antônio Bandeira de. **Curso de direito administrativo**. 10 ed. São Paulo: Malheiros, 1998. 665p.
- MERHY, E.E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde - Uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** - reescrevendo o público. Belo Horizonte: Xamã VM, 1998.
- MINAYO, Maria Hematita de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 108 p.

MOREIRA, A. Desmistificando a origem da enfermagem brasileira. In: GEOVANINI, Telma; *et. al.* **Historia da enfermagem: versões e interpretações**. 2.ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2005. 338p.

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. **Revista Latino-America de Enfermagem**, Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, v. 7, n. 1, p. 55-65, jan. 1999.

MUROFUSE, Neide T; MARZIALE Maria Helena P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. N.13. V.3. p.364-73, maio-jun. 2005.

MUROFUSE, Neide Tieme. **Adoecimento de enfermagem na Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais: reflexo das mudanças no mundo do trabalho**. 298 fl. 2004. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental). Universidade de Ribeirão Preto

NAHAS, Maria Inês Pedrosa; Universidade Federal de São Carlos. **Bases teóricas, metodologia de elaboração e aplicabilidade de indicadores intra-urbanos na gestão municipal da qualidade de vida urbana em grandes cidades: o caso de Belo Horizonte**. 373 fl. 2002. Tese (Doutorado em Ecologia e Recursos Naturais) - Universidade Federal de São Carlos, Programa de Pós-Graduação em Ecologia e Recursos Naturais. São Carlos.

OLIVEIRA, Cristina Maria Ribeiro de. **Gênero, trabalho e saúde: um estudo da (in) visibilidade das auxiliares de enfermagem no Centro de Saúde São Cristóvão da Prefeitura de Belo Horizonte**. 2002. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais. Belo Horizonte.

PADILHA, M. I. C. S. ; BRODERSEN, G. ; VAGHETTI, H. H. . Gênero e Enfermagem: uma análise reflexiva. **Revista Enfermagem**. Rio de Janeiro:UERJ, v. 14, p. 292-300, 2006.

PADILHA, M.I.C.S.; *et.al.* Enfermeira – a construção de um modelo de comportamento a partir dos discursos médicos do início do século. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n. 4, p. 25-33, out. 1997.

PAIM, Ligia. Doutores em enfermagem qualificam a assistência de enfermagem no SUS. **Jornal da Associação Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 48, n.4 out/dez 2006

PIERANTONI, Celia Regina ; FRANÇA, Tania ; VARELLA, Thereza Christina . Evolução da oferta de profissionais médicos e enfermeiros no Brasil: disponibilidade do sistema educacional para a formação. In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. (Org.). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. 1 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, v. 1, p. 279-292.

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v.13, n.1/2, p.83-92, abr./out. 2000a.

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.53, n.2, p.251-263, abr./jun.2000b.

PITTA, Ana. **Hospital: dor e morte como ofício**. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. 198p.

PORTELA, Margareth C. RIBEIRO, Augusta Barbosa de Carvalho. **Administração de pessoal nos hospitais**. 2. ed. São Paulo: LTR, 1977. 702p.

REZENDE, Magela Ana Lucia. Associação Brasileira de Enfermagem. O mito da abnegação e do sofrimento no trabalho da enfermagem. Jornada Mineira de Enfermagem. **Anais da XIII Jornada Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte: ABEN, 1994, 151p.

RIBEIRO, Anesilda Alves de Almeida; FALCON, Gladys Santos; BORENSTEIN, Míriam Süsskind. A escolha profissional no imaginário social: enfermeiras brasileiras e peruanas. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 241-250, ago. 2006.

RIBEIRO, Herval Pina. **O hospital: historia e crise**. São Paulo: Cortez, 1993. 135p

RIBEIRO, J. A.; PIOLA S.F. SERVO, L.M. Financiamento e gasto das políticas sociais: o caso do Ministério da Saúde, 1995 a 2005. **Bahia, Análise & Dados**, Salvador, v.16, n.2, p.289-301, set 2006.

RODRIGUES, Francisco Carlos Pinto; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. A multiplicidade de atividades realizadas pelo enfermeiro em unidades de internação. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.25, n.3, p. 314-322, dez.2004.

RODRIGUES, Rosa Maria. Enfermagem compreendida como vocação e sua relação com as atitudes dos enfermeiros frente às condições de trabalho. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v.9, n.6, p.76-82, nov./dez.2001.

ROJAS SORIANO, Raúl. **Manual de pesquisa social**. Petrópolis: Vozes, 2004. 343p.

SALGUEIRO, Heliana Angotti. **Engenheiro Aarão Reis: o progresso como missão**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 1997. 288p.

SANTOS, Marcílio Sampaio dos; TREVIZAN, Maria Auxiliadora. Sofrimento psíquico no trabalho do enfermeiro. **Nursing: Revista Técnica de Enfermagem**, São Paulo, v.5, n.52, p.23-28, set.2002.

SANTOS, Geralda Fortina dos. **Escola de Enfermagem Carlos Chagas (1933-1950): a Deus -pela humanidade - para o Brasil**. 2006. 308 fls Tese (Doutorado em Educação), Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação. Belo Horizonte.

SARTI, C.A. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In: OLIVEIRA, E.M.; SCAVONE, L. (Org). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

SCHOELLER Soraia Dornelles. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GEOVANINI, Telma. **História da enfermagem: versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 338p.

SIQUEIRA, Maria Juracy Toneli e FERREIRA, Edirê S. **Saúde das professoras das séries iniciais: o que o gênero tem a ver com isso?**. *Psicol. cienc. prof.*, set. 2003, vol.23, no.3, p.76-83.

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

SPÍNDOLA, T. Mulher, mãe e trabalhadora de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.34, n.4, p. 354-61, dez. 2000.

TAJRA Sanmya Feitosa; SANTOS Samanda. **Tecnologias organizacionais na saúde**. São Paulo: Iátria, 2003.140p.

TAKAHASHI, R. T. A opção profissional do aluno de enfermagem: um estudo na Escola de Enfermagem da USP. **Revista Nursing Brasileira**, São Paulo, n. 36, p. 30-34, 2001.

TEIXEIRA João Gabriel; SOUZA José Moreira: Espaço e sociedade na grande BH. In: MENDONÇA, Jupira Gomes de; GODINHO, Maria Helena Lacerda. **População, espaço e gestão na metrópole: novas configurações, velhas desigualdades**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2003. 336p.

TESTA, Mario; MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 385p.

VASCONCELOS, Cipriano Maia; PASCHE Dário Frederico. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS Gastão Wagner de Souza; *et. al.* **Tratado de Saúde Coletiva** São Paulo : Hucitec, 2006.

VIEIRA, Ana Luiza Stiebler; OLIVEIRA, Eliane dos Santos. Mercado de trabalho em saúde no Brasil : empregos para os enfermeiros nas três última décadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília , v.54, n.4 , p.623-629, out./dez.2001.

VIETTA, Edna Paciência; UEHARA, Marlene; SILVA NETTO, Kelly Ap. da. Declarations of registered nurses from the 1980s: elements to comprehend nursing today. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 3, 1998. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010411691998000300013&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411691998000300013&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 22 Jan 2008. doi: 10.1590/S0104-11691998000300013

WALDOW, Vera Regina; A opressão na enfermagem: um estudo exploratório. In: LOPES, Marta Julia Marques; MEYER, Dagmar Elisabeth Estermann; WALDOW, Vera Regina. (Org). **Gênero e saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1996. 156p. (Enfermagem)

WALDOW, Vera Regina. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem**. Petrópolis: Vozes, 2006. 190p.

## APÊNDICE A- PERFIL DOS ENTREVISTADOS

**1-Pseudônimo:** Rubi

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 35 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 11 anos

**Tempo na Instituição:** 2 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**2-Pseudônimo:** Turquesa

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 25 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado (Filantrópico)

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 1 ano

**Tempo na Instituição:** 6 meses

**Data da Entrevista:** Abril /2007

**3-Pseudônimo:** Ágata

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 25 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 2 anos

**Tempo na Instituição:** 1 ano

**Data da Entrevista:** Abril 2007

**4-Pseudônimo:** Citrino

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 44 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 14 anos

**Tempo na Instituição:** 11 anos

**Data da Entrevista:** Fevereiro/2007

**5-Pseudônimo:** Calcedônia

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 27 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado

**Localização:** Fora da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 2 anos

**Tempo na Instituição:** 10 meses

**Data da Entrevista:** Março/ 2007

**6-Pseudônimo:** Azurita

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 35 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Privado

**Localização:** Fora da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 4 anos

**Tempo na Instituição:** 3 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**7-Pseudônimo:** Opala

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 32 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 2 anos

**Tempo na Instituição:** 2 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**8-Pseudônimo: Ônix**

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 40 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Fora de Região central da cidade

**Tempo de Graduação:** 7 anos

**Tempo na Instituição:** 3 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**9-Pseudônimo: Jade**

**Sexo:** Masculino

**Idade:** 43 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Fora de Região central da cidade

**Tempo de Graduação:** 16 anos

**Tempo na Instituição:** 2 anos e meio

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**10-Pseudônimo: Quartzo**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 46 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 22 anos

**Tempo na Instituição:** 27 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**11-Pseudônimo: Diamante**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 27 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 4anos

**Tempo na Instituição:** 7 meses

**Data da Entrevista:** Fevereiro/ 2007

**12-Pseudônimo: Turmalina**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 48 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Fora da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 14 anos

**Tempo na Instituição:** 12 anos

**Data da Entrevista:** Março /2007

**13-Pseudônimo: Esmeralda**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 43 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 22 anos

**Tempo na Instituição:** 21 anos

**Data da Entrevista:** Fevereiro /2007

**14-Pseudônimo: Água Marinha**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 52 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Fora da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 30 anos

**Tempo na Instituição:** 29 anos

**Data da Entrevista:** Maio/ 2007

**15-Pseudônimo: Hematita**

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 30 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Fora da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 2 anos

**Tempo na Instituição:** 1 ano

**Data da Entrevista:** /Abril 2007

**16-Pseudônimo:** Ametista

**Sexo:** Feminino

**Idade:** 43 anos

**Tipo de Instituição:** Hospital Público

**Localização:** Dentro da Região Central da Cidade

**Tempo de Graduação:** 21 anos

**Tempo na Instituição:** 17 anos

**Data da Entrevista:** Maio /2007

**APÊNDICE B - PROPOSTA DE ROTEIRO PARA ENTREVISTAS COM OS EN-  
FERMEIROS**

Entrevistado: \_\_\_\_\_

Instituição : \_\_\_\_\_

**Dados Pessoais:**

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo : F ( ) M ( )

Estado civil: \_\_\_\_\_

Filhos: Não ( ) Sim ( ) Quantos ? \_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_

Renda :

No emprego em que está sendo entrevistado: \_\_\_\_\_

Renda Total ( somada a de outro emprego) : \_\_\_\_\_

Os seus rendimento são os principais na sua família? \_\_\_\_\_

A casa em que você mora é própria? \_\_\_\_\_

Como você vai para o trabalho? \_\_\_\_\_

**Formação Universitária:**

Instituição onde se graduou: \_\_\_\_\_

Ano de graduação: \_\_\_\_\_

Possui pós-graduação? S ( ) N ( )

Qual (is)? \_\_\_\_\_

Em curso ( ) Ano de Conclusão \_\_\_\_\_

Outro curso universitário? \_\_\_\_\_

Qual é a sua história profissional?

Você teve outros empregos antes de ser enfermeiro (a)?

Como você começou a trabalhar?

E na enfermagem? Como começou?

O que motivou a sua escolha profissional?

Dados Profissionais:

Instituição: \_\_\_\_\_

Pública ( ) Privada ( )

Tempo em que trabalha na instituição \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

Trabalha em outro emprego?

Sim ( ) Não ( )

Local \_\_\_\_\_

Tipo de vínculo: \_\_\_\_\_

Você está satisfeito nessa instituição?

Condições gerais do trabalho relacionadas à instituição :

1)-Jornada de trabalho no emprego em questão:

2)-Jornada de trabalho considerando-se todas as atividades profissionais:

3)-Distribuição do trabalho:

4)-No seu emprego você recebe:

Insalubridade ( ) Periculosidade ( ) Adicional noturno ( ) Produtividade ( )

Vale transporte ( ) Vale refeição ( ) Vale alimentação ( ) Cesta básica ( )

Plano de saúde ( ) Férias prêmio ( ) Ajuda para estudo ( ) Algum convênio ( )

Qual? \_\_\_\_\_

5)- Em caso de plantão noturno , há um local específico para o repouso do enfermeiro ?

Sim ( ) Onde ? \_\_\_\_\_

Não ( ) Então onde você descansa? \_\_\_\_\_

6)- Em caso de plantão diurno, você se alimenta com o que é fornecido pela instituição ?

Sim ( ) Não ( ) Porque ? \_\_\_\_\_

Há pausas durante o seu trabalho?

Sim ( ) de que tipo ? \_\_\_\_\_ Não ( )

### **Condições de Trabalho relacionadas ao desempenho da função de enfermeiro :**

1)-Qual é subordinação do Serviço de Enfermagem, em relação ao organograma da sua instituição?

2)-A quantas chefias você está subordinado?

3)-Qual é o modelo assistencial adotado na instituição?

4)-Em geral qual é o número de pacientes sob a sua responsabilidade?

5)-Qual o número de técnicos de enfermagem sob a sua responsabilidade, durante a sua jornada de trabalho ?

6)-Como a instituição em que você trabalha investe em treinamento para os enfermeiros ?

7)-A instituição em que você trabalha possui um setor específico para Educação Continuada ?

8)- Você considera ter autonomia na condução do seu trabalho ?

9)- Você participa do planejamento das atividades e deliberações da instituição a respeito das atividades de enfermagem?

Em relação aos recursos materiais utilizados na instituição

1) Como você avalia os artigos médicos hospitalares de uso único (descartáveis) em relação à qualidade e em relação à quantidade

2) Como você avalia o mobiliário hospitalar no que se refere ao estado de conservação dos mesmos e a oferta de segurança e conforto para os pacientes e funcionários?

3) Como você avalia os recursos físicos dessa instituição

4)-Em relação às situações de adoecimento profissional:

-Você já apresentou algum atestado médico à instituição?

Sim ( ) Não ( ) Quantas vezes ?

5)Houve necessidade de afastamento por mais de um dia ?

Sim ( ) Não ( ) Quantos \_\_\_\_\_

Qual o motivo do seu afastamento / atestado ?

6)Como você se sente ao final da sua jornada de trabalho ?

7)O que você diria sobre sua satisfação profissional atualmente?

8)Você considera ter feito a melhor opção profissional?

9)O que você deseja em relação a instituição em que você trabalha?

10) O que você gostaria que melhorasse em relação a profissão de enfermeiro ( a)?

11) Descreva o emprego ideal

12) Porque você acha que a profissão de enfermagem tem uma presença feminina tão forte?

13)Você acha que fez enfermagem porque é mulher?

# ANEXO A - LEI DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DO ENFERMEIRO

LEI FEDERAL N ° 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986

DOU \_\_\_\_\_ 26/06/1986

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte lei:

Art. 1º - É livre o exercício da Enfermagem em todo o Território Nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único. A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5º - (Vetado).

§ 1º - (Vetado).

§ 2º - (Vetado).

Art. 6º - São Enfermeiros:

I - o titular do diploma de Enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;

II - o titular do diploma ou certificado de Obstetriz ou de Enfermeira Obstétrica, conferido nos termos da lei;

III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetriz;

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea "d", do art. 3º, do Decreto nº 50.387 (BRASIL, 1961).

Art. 7º - São Técnicos de Enfermagem:

I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;

II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

I - o titular de Certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da lei e registrado no órgão competente;

II - o titular de diploma a que refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;

III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III, do art. 2º, da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;

IV - o titular de Certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto- Lei nº 23.774(BRASIL, 1934), do Decreto-Lei nº 8.778 (BRASIL, 1946), e da Lei nº 3.640 (BRASIL, 1959);

V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-Lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;

VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-Lei nº 8.778 (BRASIL,1946), observado o disposto na Lei nº 3.640 (BRASIL, 1959);

II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - (Vetado).

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de enfermagem cabendo-lhe:

I - privativamente:

a) direção do órgão de enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública e privada, e chefia de serviço e de unidade de enfermagem;

b) organização e direção dos serviços de enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;

c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem;

- d) (Vetado);
- e) (Vetado);
- f) (Vetado);
- g) (Vetado);
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;
- i) consulta de enfermagem;
- j) prescrição da assistência de enfermagem;
- l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;
- g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população.

Parágrafo único. Às profissionais referidas no inciso II, do art. 6º, desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único, do art. 11, desta Lei;

- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (Vetado).

Art. 15 - As atividades referidas nos artigos 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (Vetado).

Art. 17 - (Vetado).

Art. 18 - (Vetado).

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 19 - (Vetado).

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da Administração Pública Direta e Indireta, Federal, Estadual, Municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único. Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - (Vetado).

Art. 22 - (Vetado).

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nessa área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de enfermagem, observado o disposto no art. 15 desta Lei.

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta Lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu art. 15.

Art. 24 - (Vetado).

Parágrafo único. (Vetado).

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, 25 de junho de 1986;  
165º da Independência e 98º da República.

*JOSÉ SARNEY*

**Almir Pazzianotto Pinto**

Nota:

\* Regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87