

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

ANA MARIA ZANOTTI DE AGUIAR

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA NA
PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

VITÓRIA-ES

2015

ANA MARIA ZANOTTI DE AGUIAR

**O PROCESSO DE TRABALHO EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA NA
PERCEPÇÃO DOS TÉCNICOS DE ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito para obtenção de título de Mestre em Enfermagem.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Leila Massaroni.

VITÓRIA-ES

2015

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca Setorial do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

Aguiar, Ana Maria Zanotti de, 1987-

A282p O processo de trabalho em um ambulatório de oncologia: percepções dos técnicos de enfermagem/Ana Maria Zanotti de Aguiar– 2015.

64f. : il.

Orientador: Leila Massaroni.

Dissertação (Mestrado Profissional em Enfermagem) –
Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. Trabalho. 2. Enfermagem. I. Massaroni, Leila.
II. Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU: 61

A Deus, por sempre olhar por mim e me guiar
pelo caminho da sabedoria e persistência.
A minha família, pelo amor incondicional e
incentivo de sempre.

AGRADECIMENTOS

À Profª. Drª Leila Massaroni, pela oportunidade e apoio prestado em todo esse período. Pela paciência em me ajudar a entender um tema que não era do meu domínio. Pelo carinho e amizade que me ajudaram a tomar decisões importantes durante esse ano de 2015.

À Profª. Drª. Eliane de Fátima Almeida Lima, Profª. Drª. Maria Carlota de Rezende Coelho, Profª. Drª. Luzimar dos Santos Luciano e Profª. Drª. Scheila Diniz Silveira Bicudo por terem aceitado o convite de compor a banca, pelas contribuições e conhecimentos transmitidos.

À professora Drª. Maria Helena Costa Amorim, coordenadora do Mestrado, pela oportunidade que me possibilitou terminar a pesquisa diante de uma carga horária de trabalho extensa.

Aos colegas de turma, principalmente à Araceli, pela troca de experiências, convívio e ajuda nos momentos de dúvidas que surgiram ao longo dessa jornada.

Aos meus colegas do Ambulatório Ylza Bianco que aceitaram participar da pesquisa com respeito e dedicação.

Em especial ao gerente Cristiano e à diretora Weslene que possibilitaram a realização da pesquisa no Hospital Santa Rita de Cássia e autorizaram a minha ausência quando possível e necessário.

Aos meus pais, Carla e Milton, pelo amor e paciência, pelo incentivo de sempre e por tudo o que já fizeram pela nossa família. Aos meus irmãos, Mariana e Rodolpho, por acreditarem em mim, pela sintonia indiscutível e alegria contagiante de ambos.

A toda minha família, que mesmo longe, sempre esteve muito presente, me apoiando, desejando minha felicidade, em especial minhas avós Linor e Maria, pelos ensinamentos e sabedoria.

A minha tia Sandra, minha segunda mãe, a melhor professora de todas, com o maior coração que pode existir. Muito obrigada por ser minha tia, por ser essa pessoa espetacular, única e especial! Meu carinho e orgulho por você não cabe em mim!!! Amo você!

A professora Regina, que sempre foi um espelho para mim, mesmo distante, possui um lugar especial nas minhas orações. Obrigada pela ajuda quando precisei e por estar perto da minha família sempre trazendo boas energias.

De uma forma muito especial, ao meu marido Tiago, pela compreensão e paciência. Obrigada por ser esse companheiro presente, carinhoso e dedicado!

“Deus não perguntará quantas coisas boas você fez na vida e sim quanto amor
você colocou naquilo que fez”

Madre Teresa de Calcutá

RESUMO

A necessidade de reflexão sobre o processo de trabalho pelos profissionais em saúde deve ser constante e permanente visto ser esse amplo, complexo, dinâmico e com características específicas. A equipe de técnicos de enfermagem inserida nesse contexto detém um conhecimento sobre o trabalho em saúde por se apresentarem presentes em tempo integral nesse processo. Assim, esse estudo objetiva descrever a percepção dos técnicos de enfermagem sobre o processo de trabalho em um Ambulatório de Oncologia. O quadro teórico está sustentado nos conceitos do processo de trabalho em Saúde e nas redes de micropolíticas existentes no seu interior, compreendendo as tecnologias ali inseridas. Utilizamos a abordagem qualitativa, sendo que a produção dos dados foi alcançada através de grupo focal. O exame do material empírico foi feito de acordo com a análise de conteúdo de Bardin, trazendo os depoimentos dos sujeitos para uma reflexão dialogada com os autores que fundamentam o tema. Seguindo essa análise, emergiu-se a categoria: (re) organização do trabalho. Foram evidenciadas subcategorias que ajudaram a organizar e sequenciar a discussão: Entraves na Rede de Atenção à Saúde; Organização do trabalho centrado no profissional; Assistência fornecida ao paciente como personagem central; Dificuldade na articulação entre os microprocessos realizada no Ambulatório. Concluímos que a enfermagem, pelas próprias características da profissão, percebe o trabalho na Saúde como um processo dinâmico e articulado, mas apesar dos avanços nas políticas públicas que favorecem o cuidado integral, a força do capitalismo e a herança do modelo taylorista fazem com que o trabalho seja fragmentado e a assistência ainda centrada nos profissionais. Concluímos também que existem entraves na rede de atenção à saúde que transcendem a discussão sobre processo de trabalho nessa área, evidenciado pela dificuldade de acesso à saúde.

Palavras-chave: Processo de Trabalho em Saúde. Trabalho em Enfermagem. Trabalho.

ABSTRACT

The need for reflection on the process of work by health professionals must be constant and permanent since it is this broad, complex, dynamic and with specific characteristics. The team inserted nursing technicians in this context has knowledge about health work in that they are present in full-time in the process. Thus, this study aims to describe the perception of nursing technicians about the work process in an Oncology Clinic. The theoretical framework is supported on the concepts of work process in Health Care and existing networks of micropolitics inside, comprising the embedded technologies there. We used a qualitative approach, and the production of data was achieved through focus group. The examination of the empirical material was made according to Bardin content analysis, bringing the testimonies of the subjects for a dialogued reflection with the authors that support the theme. Following this analysis, emerged to category: (re) organization of work. Subcategories were highlighted that helped organize and sequence the discussion: Barriers in Health Care Network; Work organization focused on professional; Assistance provided to the patient as the central character; Difficulty in linking the micro processes carried out at the Clinic. We conclude that nursing, by the very characteristics of the profession, realizes the work on Health as a dynamic and articulated process, but despite advances in public policies that favor integral care, capitalism's strength and heritage of the Taylor model make the work is fragmented and assistance also focused on professionals. We also conclude that there are barriers in the health care network that transcend the discussion about work process in this area, as evidenced by the difficulty of access to health.

Key words: Work Process in Health. Nursing Work. Work.

LISTA DE ABREVIATURA

AFECC: Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer

CACON: Centro de Alta Complexidade em Oncologia

GF: Grupo Focal

HSRC: Hospital Santa Rita de Cássia

PE: Processo de Enfermagem

SAE: Sistematização da Assistência em Enfermagem

SUS: Sistema Único de Saúde

UFES: Universidade Federal do Espírito Santo

LISTA DE FIGURA

Cenário do Estudo

Figura 1: Número de pacientes com diagnóstico de câncer e diagnósticos ainda não finalizados do ano de 2014 no HSRC.

38

LISTA DE TABELA

Descrevendo os sujeitos da pesquisa

Tabela 1: Tempo de atividade dos atores sociais no Ambulatório Ylza Bianco. 49

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 O COMEÇO DE TUDO	13
1.2 O ESTUDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES	16
1.3 ESTRUTURA DO ESTUDO	17
2 OBJETIVOS	19
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	20
3.1 VISÃO GERAL DO TRABALHO	20
3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE	25
4 DESCRIVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	33
4.1 OPÇÃO METODOLÓGICA	33
4.2 CENÁRIO DO ESTUDO	33
4.3 DESCRIVENDO OS PARTICIPANTES	35
4.4 CONTATOS PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO DOS DADOS	36
4.5 PRODUÇÃO DOS DADOS	37
4.6 TRATAMENTO, CLASSIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS	39
4.7 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO	40
5 PRODUTO 1: PROPOSTA DE ARTIGO	43
6 PRODUTO 2: PROPOSTA DE CARTILHA	56

REFERÊNCIAS GERAIS	57
APÊNDICES	61
APÊNDICE A	61
APÊNDICE B	62
ANEXOS	63
ANEXO A	63
ANEXO B	64

1 INTRODUÇÃO

1.1 O COMEÇO DE TUDO

Ao terminar a graduação em março de 2008, fui contratada pelo Hospital Santa Rita de Cássia para atuar no Setor de Quimioterapia, onde havia sido estagiária de nível superior em Enfermagem durante um ano.

Atuei nesse setor por um período de 04 (quatro anos) anos e desempenhava atribuições vinculadas à assistência aos pacientes oncológicos. Como essa é uma área específica de conhecimento, senti a necessidade de aprofundar os estudos na temática e concluí um curso de especialização em Oncologia.

Após alguns anos, fui convidada pela direção do Hospital a exercer a função de Analista Ambulatorial, onde as atividades a serem desenvolvidas são de cunho administrativo e abarcava não somente o setor de Quimioterapia, mas o Ambulatório como um todo. Exerci funções vinculadas à administração hospitalar, por um ano, elaborando diagnóstico dos problemas das áreas, tal qual um auditor do processo de trabalho.

Foi um tempo de transição e pude ampliar meu olhar sobre o ambulatório, pois passei a enxergá-lo não somente como um local onde aconteciam consultas médicas, mas o cotidiano do trabalho estava muito além disso. É um local onde o paciente obtém informações iniciais referentes ao seu tratamento, realizam-se consultas médicas e/ou multidisciplinares, curativos, grupos de apoio e liberação de medicamentos para o tratamento. É a principal porta de entrada para os usuários do Sistema Único de Saúde ao Hospital, sendo que o acolhimento oferecido pode interferir na aderência e no acompanhamento do tratamento.

Esse período foi de extrema importância para a ampliação de minha visão dos processos de trabalho que ocorriam no hospital, pois observei as interligações entre os vários setores, principalmente aqueles vinculados à Diretoria Ambulatorial.

Posteriormente, fui promovida à coordenação do Ambulatório de Oncologia e percebi a necessidade de maior aprimoramento teórico para o desenvolvimento do trabalho.

Simultaneamente fui aprovada no Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e considerei um momento primordial para aprimorar meus conhecimentos e assim subsidiar essa nova etapa profissional, o que culminou com a escolha de estudar a temática - processo de trabalho em Saúde.

Inicialmente, busquei a definição do que é trabalho. De acordo com a teoria marxista (Marx, 1994) é a transformação da matéria pela mão do ser humano, num *continuum* dinâmico onde o trabalhador e a matéria sofrem alterações. O trabalho é decorrente das necessidades do ser humano, em questão, o trabalhador da saúde.

Com essa definição avancei para o processo de trabalho, que de acordo com Sanna (2007, p. 221), é a *transformação de um determinado objeto em um determinado produto, por meio da intervenção do ser humano que, para realizá-lo, emprega instrumentos.*

A autora acima complementa afirmando que para o entendimento do processo de trabalho, devemos considerar os seus componentes, quais sejam: objeto, agentes, instrumentos, finalidades, métodos e produtos.

Assim, ao assumir o cargo de gerente, precisei reconhecer e compreender os componentes acima citados. Conhecer mais profundamente instrumentos e métodos utilizados no setor, suas peculiaridades, suas dificuldades, como a equipe era estruturada, o perfil dessa equipe, propor e desenvolver o diagnóstico situacional e, o mais importante, legitimar-me como uma gestora diante da equipe de saúde que ali está inserida.

A ampliação do meu olhar sobre como o trabalho é desenvolvido nesse ambulatório me fez entender que, para assumir a função de gestor, precisaria compreender detalhadamente como os componentes se organizavam, iniciando pelas variadas possibilidades de encaminhamento do usuário ao serviço até alcançar o atendimento às necessidades do mesmo. Precisava enxergar para além do espaço físico e entender como o serviço estava vinculado a uma rede de assistência à saúde. Por fim, compreender os objetivos, meios, ferramentas e as tecnologias que estruturam o trabalho em Saúde.

Com o passar das semanas, os problemas foram sendo identificados e várias tentativas de buscar soluções analisadas, mas o que ficou mais fortemente marcado foi a percepção de que todos os agentes que fazem parte do processo de trabalho do Ambulatório são personagens imprescindíveis na constituição do mesmo.

Um grupo em particular de trabalhadores desse cenário me chamou a atenção, pois observei que tinham uma visão geral do processo por estarem intimamente ligados a todas as etapas do mesmo: os integrantes da equipe de Enfermagem. Esse foi o motivo que me levou a estudar a percepção da enfermagem sobre o processo de trabalho.

Outro componente que evidencio é o objeto do processo de trabalho. De acordo com Sanna (2007), o objeto é aquilo sobre o qual se trabalha, ou seja, aquilo que será modificado pelo agente (ser humano) na busca de determinada finalidade ou produto com o uso de instrumentos.

No processo de trabalho em Saúde, o objeto pode ser representado pelo usuário/cliente/paciente. No ambulatório em estudo, são pessoas provenientes de vários locais da rede pública de saúde que, com diagnóstico comprovado ou a ser comprovado de neoplasias, acessam o ambulatório para obterem essa confirmação e se já confirmados terem seu tratamento definido. Chegam ao serviço muitas vezes sem qualquer esclarecimento sobre sua doença, assustados com o prognóstico e em alguns momentos sem condições de tratamento.

No que se refere aos instrumentos e métodos de produção, é um local onde há equipe multidisciplinar para atendimento, estrutura física adequada e em ampliação, com farmácia para distribuição de medicamentos aos usuários e preparo de quimioterápicos, salas de pequenos procedimentos, espaços para sessões de quimioterapia, entre outros. Essa pluralidade de situações envolvidas em um só local torna o dinamismo do trabalho complexo, muitas vezes, desconhecidos pelos próprios trabalhadores.

Diante da exposição feita acima, por ser Enfermeira e exercendo o papel de gerente do Ambulatório, por ser a equipe de enfermagem o maior grupo de trabalhadores e que permanecem mais tempo no local de trabalho e com a inferência de que detêm o conhecimento sobre a temática, chegamos a seguinte questão norteadora: Como

a equipe de técnicos de enfermagem percebe e descreve o processo de trabalho no ambulatório de Oncologia?

Abro um parêntese para esclarecer o porquê da utilização do termo percepção. De acordo com o dicionário da Língua Portuguesa, Michaelis (2009) a definição é “Ato, efeito ou faculdade de perceber; recepção, pelos centros nervosos, de impressões colhidas pelos sentidos”. Quando desenvolvemos nossas atividades no trabalho o ser humano utiliza-se de todos os sentidos para apreender suas nuances, significados, dar sentido a suas atitudes, mesmo em pequenas ou em grandes proporções. Sendo a equipe de enfermagem a categoria profissional que permanece maior período diário no setor e em maior número exercendo seu trabalho terá condições de responder a questão levantada anteriormente.

1.2 O ESTUDO E SUAS CONTRIBUIÇÕES

Foi a partir de, aproximadamente, 1991, que vários estudiosos como Puntel (1991), Ricardo Antunes (1999), Gastão Wagner (2000), Emerson Merhy (2000), Luiz Cecílio (2000), entre outros, passaram a estudar e descrever sobre o trabalho em Saúde.

No que se refere especificamente a esse trabalho, podemos afirmar que a reprodução destes estudos nos mais diversos serviços de Saúde se torna de extrema necessidade para desvelar suas nuances, sua micropolítica, objetivando desenvolver a prestação do cuidado centrado no paciente, fragilizar o modelo biomédico vigente.

As políticas de saúde como Rede de atenção, política de humanização, educação permanente entre outras têm estimulado a reflexão sobre o pensar/discutir os processos de trabalho nos remetendo a pensar nos modelos vigentes de gestão e atenção na Saúde e os propostos pelo SUS.

Acrescenta-se também que, com a possibilidade de discussão do processo de trabalho, haja reflexo para a construção de um conjunto de ações que visem a (re) construir “estratégias de solidariedade”(LAIGNIER, 2005) no ambiente do ambulatório de Oncologia vinculado ao SUS, no sentido de estabelecer “novos” olhares sobre a produção de relações humanizadas.

Para a Enfermagem, as contribuições desse estudo estão na possibilidade de reforçar a forte inserção dessa categoria profissional na reflexão sobre a estruturação, organização e gerenciamento do processo de trabalho em saúde, garantindo a qualidade da assistência prestada, bem como a realização profissional dos mesmos.

1.3 ESTRUTURA DO ESTUDO

Optamos por desenvolver o texto em capítulos nos quais discutimos desde a definição de trabalho, as peculiaridades do processo de trabalho em Saúde e na Enfermagem.

No primeiro capítulo, a introdução justificou a aproximação com a temática, já iniciando a reflexão com alguns estudiosos da área e registrando a relevância da constante e permanente necessidade de se discutir o processo de trabalho em Saúde tendo em vista sua complexidade, dinamicidade e amplitude.

A fundamentação teórica, Capítulo 2, foi desenvolvida após uma revisão bibliográfica da literatura, contextualizando, brevemente, as modificações em curso no mundo do trabalho de forma histórica, social e cultural. Em seguida, abordamos o tema trabalho em Saúde procurando evidenciar as características específicas do mesmo. Fechando esse capítulo, buscamos contextualizar o trabalho da Enfermagem e suas nuances.

No capítulo seguinte, capítulo 3, descrevemos as etapas da metodologia utilizada, esclarecendo a escolha do tipo de pesquisa para a temática selecionada, descrevendo o cenário de estudo, bem como os métodos para se obter os dados, sem esquecer de caracterizar os participantes. Detalhamos também os procedimentos éticos adotados na pesquisa com seres humanos e, por fim, a estratégia para a análise dos dados.

No próximo capítulo, apresentamos os resultados dos dados coletados obtidos a partir das oficinas realizadas, utilizando a base de grupos focais, organizados em categorias e posteriormente discutidos com os autores que desenvolvem estudos semelhantes.

Por fim, de acordo com as normas do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, será apresentado como produto: o artigo que deverá ser submetido a periódico científico e uma proposta de cartilha de orientação aos usuários equipe de trabalhadores e à comunidade, onde estará descrita a sequência do trabalho realizado no ambulatório de Oncologia em estudo.

2 OBJETIVOS

- Descrever a percepção dos Técnicos de Enfermagem sobre o processo de trabalho desenvolvido no Ambulatório de Oncologia.
- Propor uma tecnologia de informação que facilite o fluxo do usuário dentro do Ambulatório de Oncologia.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 VISÃO GERAL DO TRABALHO

A origem da palavra trabalho é latina, *tripalium*, que era tido como instrumento de tortura e sofrimento. O trabalho significava submissão entre os homens e o sentido, que antes era oriundo de atividade natural do homem, passou a ser servidão (BONZATTO, 1998).

Já o intelectual Karl Heinrich Marx (1982) afirma, também, que o trabalho é a interação do homem com a natureza visando a produzir e suprir suas necessidades. Essa ação é uma ação ativa do homem, pois consiste em um:

[...] processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma das suas forças. Põem em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhe forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza humana externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 1982, p. 202).

Observa-se, portanto, nessas considerações, que por meio do trabalho, simultaneamente existe a transformação da natureza e do próprio ser que trabalha (ANTUNES, 2015).

Franco e Mehry (2013, p.30) contribuem com a discussão descrevendo que o trabalho para Marx *vai além da dimensão operativa, mas antes de tudo, é visto como uma práxis que expõe a relação homem/mundo em um processo de mútua produção.*

Ainda de acordo com Marx (1982), Franco e Mehry (2013) o trabalho humano apresenta como características fundamentais a intencionalidade e a subjetividade.

A intencionalidade, de acordo com os autores acima, é declarada como a concepção que o homem tem daquilo que vai produzir, ou seja, quando realiza um trabalho, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente planejado e, para tanto, é necessário, além do esforço físico, a vontade que se manifesta pela atenção ao trabalho (FRANCO e MERHY, 2013).

Todo homem que exerce um trabalho planeja previamente cada movimento, avaliando e conferindo suas ações e questionando, mesmo que conscientemente, seu resultado, buscando êxito (ANTUNES, 2015).

Assim, o trabalho não transforma somente a natureza, mas os próprios seres humanos que aplicam suas possibilidades e desenvolvem sua cultura (FRANCO E MERHY, 2013; ANTUNES, 2015).

Como segunda característica, a subjetividade do sujeito pode interferir no desenvolvimento do seu trabalho, independente do modelo econômico adotado pelas empresas. Segundo Vieira et al (2007) a subjetividade explica as diferentes formas individuais e singulares de pensar, agir e decidir frente a questões culturais, políticas, econômicas e sociais.

Ampliando a explanação sobre o trabalho, é importante analisar o surgimento e a evolução do capitalismo no mundo. Vamos nos deter à corrente histórica representada por Karl Marx (1818-1883) por entendermos ser a mais pertinente ao nosso objeto de estudo e por ela embasar todos os estudiosos que discutem o processo de trabalho em saúde.

O processo de gênese e consolidação do capitalismo compreendeu inovações tecnológicas, qualificação do trabalhador, competitividade entre as empresas, sendo que essas etapas que perpassaram o capitalismo fazem parte de um fenômeno reconhecido como Revolução Industrial (MERLO; LAPIS, 2007).

Na primeira fase do capitalismo, o autoritarismo predominava e o trabalhador sofria punições severas, agressões físicas, demissões e multas. Era época do trabalho exaustivo, jornadas longas de 12 a 15 horas por dia, com salários desprezíveis (MERLO; LAPIS, 2007).

Durante o início dos anos 70, com o apogeu do modelo taylorista/fordista, o capitalismo começou a dar indícios de crise, destacando principalmente um quadro mais complexo pela taxa decrescente de lucro, ocasionada pelo aumento do preço da força de trabalho e ao desemprego estrutural que se iniciava pelo esgotamento dos modelos taylorista/fordista (CAMPOS, 2013; ANTUNES, 2015).

O modelo taylorista se fundamentou na produção em série, homogeneizada e rigorosamente verticalizada, vigorando basicamente em todo o século XX, sendo adotado ainda na atualidade (ANTUNES, 2015).

Taylor constatou que a baixa produção das empresas estava intimamente associada aos diversos métodos de se chegar a um mesmo objetivo. Entretanto, essa época foi lembrada pela formulação de protocolos dentro das empresas, definições rigorosas de métodos, organização minuciosa e fragmentação do trabalho (MERLO; LAPIS, 2007)

O cenário da reestruturação da crise foi marcado pela subproletarização, desencadeada pela expansão do trabalho parcial e temporário dando início à precarização do trabalho, à terceirização de serviços e à heterogeneização do trabalho, caracterizada pela inserção feminina no mundo operário (ANTUNES, 2015).

Segundo CAMPOS (2005):

Houve, portanto, radical reorganização do processo de trabalho: flexibilidade, interdisciplina, criatividade, terceirização, parceria, gestão de conhecimento, entre outras, são diretrizes da moda. Ainda quando, na realidade, a maioria continue presa a tarefas repetitivas e desconectada do sentido geral do processo produtivo. Polivalência em lugar de ênfase na especialização, ainda quando paradoxalmente, essa continue existindo e mesmo se aprofundando.(...) (CAMPOS, 2008, pag.22)

Nessa época, com a crise capitalista em ascensão, as tecnologias avançaram, assim como a concorrência entre novos mercados aumentaram e a organização do trabalho permitiu que as empresas oferecessem produtos cada vez mais semelhantes entre si. Portanto, a criatividade passou a ser uma característica essencial e incorporada no mundo do trabalho, onde o mercado solicita trabalhadores inteligentes, criativos, com alternativas inovadoras a fim de manter as empresas competitivas (BORGES, 2004).

O capitalismo também explora a subjetividade de cada trabalhador nos dias atuais, porém essa forma de subjetivação pode ser incompatível com sua própria manutenção, pois essa característica permite que o trabalhador crie, reinvente,

inove, podendo acarretar a possibilidade dos trabalhadores questionarem e reinventarem todo o sistema (BORGES, 2004).

O desconhecimento da subjetividade do trabalho em seu sentido genérico desencadeia uma série de modelos de gestão fracassados, onde o trabalhador segue normas e rotinas pressupostas por pessoas que reservam o trabalho a possibilidade de ser somente um local onde se faz algo e excluem a possibilidade de situações vivenciadas pelos principais sujeitos em sua atividade laboral (VIEIRA et al, 2007).

O trabalho efetuado não corresponde ao trabalho pensado, pois ao executar as atribuições existem obstáculos não determinados previamente que modificam o fazer. Contribuem também para essa afirmação as fontes de variabilidade do sujeito como a experiência, o ritmo do trabalho, a idade, o disfuncionamento, dentre outros (BORGES, 2004).

É fato que o trabalho é uma atividade dinâmica, onde ocorrem alterações rotineiramente, portanto esses manuais passam por atualizações de acordo com o prazo estipulado por cada empresa. Porém, mesmo com o rigor de disponibilizar todos os procedimentos dentro do manuscrito, é certo que existem rotinas que não são descritas, seja pelo desconhecimento do gestor de microprocessos de trabalho que somente os executantes deste sabem relatar ou pelas dificuldades, pois a atualização dos processos de trabalho é quase diária (MERHY e FRANCO, 2003).

Diante de um cenário de precariedade de informações sobre os procedimentos juntamente à subjetividade do trabalho, os trabalhadores passam a realizar sua atividade laboral de forma parcialmente singular, ou seja, a sua maneira (VIEIRA et al, 2007).

Ao analisar os problemas decorrentes da execução do trabalho, o gestor, como de costume, avalia o cenário dos acontecimentos julgando o erro sempre oriundo das dificuldades pessoais e interpessoais do trabalhador, tendo como consequência a culpabilização do trabalhador e a não discussão sobre os métodos organizacionais do trabalho (VIEIRA et al, 2007).

Portanto, é imprescindível que a discussão sobre o processo de trabalho e suas dificuldades de execução transcenda o pessoal e ocorra de maneira sistemática,

observando e conhecendo todo o micro processo existente no interior escondido do trabalho. A justificativa do erro não pode estar relacionada somente ao modo de fazer do trabalhador, mas sim à análise das situações reais do trabalho juntamente com a racionalidade do trabalhador (MERHY e FRANCO, 2003).

O desenvolvimento do trabalho realizado deve ser avaliado rotineiramente, de perto, junto àqueles que operam os procedimentos, pois somente eles contribuirão com informações de situações que podem desenrolar certos problemas instalados e, a princípio, sem soluções (VIEIRA et al, 2007).

O diálogo para a resolução de problemas não é concebido na gestão taylorista, visto que a padronização de tarefas já está feita, portanto é esse o manual a ser seguido, sem espaços para que o funcionário expresse sua própria opinião. É importante ressaltar que a abordagem da organização do trabalho ultrapassa barreiras individuais e possibilita aumentar reflexões nessa área tendo em vista o trabalho como um fator determinante de questões sociais, onde as condições de trabalho são providas de acordo com as relações de valores da sociedade (VIEIRA, et al, 2007).

A organização do trabalho e o processo de subjetivação podem afetar diretamente a psicodinâmica do trabalho, uma vez que as manifestações de autoconfiança, prazer, impotência e ações estratégicas mediadoras de contradições nas organizações de trabalho são exemplos concretos da influência da subjetividade no trabalho (MENDES, 2007).

É necessário pesquisar quais os objetivos esperados pela organização do trabalho em prol do trabalhador, pois somente compreendendo esse cenário é possível conhecer as exigências impostas e a subjetivação é, portanto, incorporada e explorada pela organização do trabalho como uma ferramenta útil de produtividade (MENDES, 2007).

Porém, essa análise e utilização conturbada da subjetividade podem afetar o trabalhador em seu campo psicológico, ocasionando sentimentos de sofrimento, servidão, ingratidão, insatisfação e até violência (MENDES, 2007).

Os gestores devem estar atentos quanto às manifestações desse sentimento de sofrimento, analisando a fala e escutando os trabalhadores, pois é nesse espaço coletivo de discussão que os trabalhadores terão a possibilidade de reconstruir e

replanejar os processos de subjetivação, resultando na mobilização em grupo para criação de novas estratégias transformadoras na organização do trabalho (MENDES, 2007).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho na Saúde possui características particulares que se distinguem de outros processos de trabalho, pois o consumo do produto gerado ocorre simultaneamente à produção da ação. Diante disso, o trabalho na saúde se torna um componente de produção não material, pois além de ser essencial para a vida humana, também faz parte do setor de serviços e seu produto final é indispensável no processo que o produz (MERHY, 2004).

O processo de trabalho em Saúde se define como um trabalho coletivo e profissionalizado. Porém também possui com uma das bases a lógica taylorista, definida pelo aumento das normas administrativas e padronizações técnicas, tanto na gestão quanto na organização de trabalho (RIBEIRO et.al, 2004).

Sendo assim, ele está inserido na esfera não material, pois é produzido à medida que é utilizado, podendo ser demonstrado de várias maneiras, como um ato cirúrgico, cuidados clínicos, tratamentos e orientações (RIBEIRO e SAMPAIO, 2009).

Com essa divisão do processo de trabalho em etapas, muitas vezes, o trabalhador perde o conhecimento do processo de trabalho como um todo. A camada operacional de trabalhadores fica submetida à intensa supervisão e os gestores, assim chamados nos dias de hoje, são a minoria dentro das empresas e instituições que possuem o privilégio do conhecimento da totalidade do processo de trabalho (RIBEIRO et.al, 2004).

A produção em Saúde coloca em cena diversos atores que possuem governabilidade de certos espaços e mesmo que a interação entre estes não seja caracterizada por uma decisão de senso comum, o produto final ainda é a organização da assistência da Saúde (MERHY, 2003).

Para que o processo de trabalho transcorra com êxito, deve-se atentar para os personagens intra e interinstitucionais, onde serão incluídos todos os que participam

das relações firmadas na micropolítica existente no interior desse processo. Dessa forma, é possível chegar até a causa-raiz dos problemas que impactam nos processos microdecisórios do cotidiano dos serviços de saúde (MERHY e CHAKKOUR, 2008).

O trabalhador da Saúde possui certo nível de autogoverno, onde ele determina a característica do seu processo de trabalho dentro de seu local de atuação. Assim, esses espaços de trabalho, compostos pelos protagonistas do processo atuando diretamente com os sujeitos, são denominados como locais de micropolítica. Devido ao trabalho complexo e dinâmico da Saúde, esse local não é único e sim múltiplo dentro do processo geral do trabalho de uma instituição de Saúde. Portanto, a micropolítica é a arte de governar que cada trabalhador possui dentro do seu devido espaço, sendo então necessária a compreensão desses microprocessos gerados para que seja efetuada uma possível intervenção (MERHY e CHAKKOUR, 2008).

O trabalho na área da Saúde é disciplinadamente organizado, onde os trabalhadores respeitam o seu ambiente físico e o devido produto gerado em cada ambiente. Na recepção, são geradas informações sobre os dados dos usuários, na sala de curativo, as orientações e os curativos para as lesões aparentes, nos consultórios médicos, as consultas para definição do prognóstico e seus tratamentos. Portanto, esse tipo de organização de trabalho somente alcançará um produto final de qualidade se cada uma das etapas estiverem interligadas, pois, assim, o trabalhador conseguirá identificar os entraves existentes nas rotinas e o impacto dos problemas nos outros setores (MERHY, 2003).

Com a busca por certificações e qualidade, a prática dos serviços de saúde começou a ser considerada produto, sendo devidamente avaliada com medidas que exigem qualidade. Esta busca pela qualidade nos serviços de Saúde é notória, integrando-se como direito social e crescente de ambos os serviços, seja este público ou privado (PAIVA et al, 2010).

O trabalho na Saúde pode se dividir também em trabalho vivo e trabalho morto. O trabalho vivo é decorrente das ações propriamente ditas dos trabalhadores com os usuários, onde estes exercem sua capacidade de autogoverno. O trabalho morto é tudo o que foi feito anteriormente à ação, utilizando os saberes específicos da área, somados ao modo de atuação desses trabalhadores (OLIVEIRA, 2013).

Entretanto, é importante ressaltar que esse modelo da saúde se difere substancialmente das indústrias, uma vez que estas trabalham basicamente com o trabalho morto, ou seja, matéria prima e a Saúde possui como objeto de trabalho quase rotineiramente o trabalho vivo, consumido no ato de sua produção (PAIVA et al, 2010).

Diante das definições de trabalho vivo e trabalho morto presentes no campo da Saúde, destacam-se também três tipos de tecnologias, sendo que o conhecimento já faz parte do conteúdo dessas tecnologias. A tecnologia dura diz respeito às adotadas nas máquinas, ou seja, que já possuem uma programação pré-definida para sua execução. A tecnologia leve-dura liga dois eixos opostos, sendo a técnica adotada para execução de procedimentos e o modo como o profissional irá executá-la, sendo, portanto subjetiva e a tecnologia leve, vinculada a relações entre produtores e consumidores (OLIVEIRA, 2013).

No trabalho em Saúde, as três tecnologias apresentam-se em diferentes momentos, porém, a tecnologia relacional se destaca, uma vez que o trabalhador que faz a assistência é o produtor do trabalho e o consumidor é o usuário, porém o produto final é a queixa desse usuário que é atendida no momento dos procedimentos realizados pelos produtores do cuidado (OLIVEIRA, 2013).

O trabalho em equipe na Saúde proporciona adesão ao projeto institucional, ou seja, ao compartilhar os objetivos do serviço, a finalidade do processo de trabalho, a equipe se compromete e se envolve com os gestores de forma dialogada e também com os usuários do serviço (PEDUZZI et al, 2011).

O papel da gerência nos serviços de Saúde é de extrema importância, visto que há possibilidade da desarticulação de todo o processo que já está instituído, buscando redes de compartilhamento do poder e autonomia aos usuários do serviço (NEIVA E DOMINGOS, 2014).

Através da comunicação, os trabalhadores podem interagir, buscando um consenso entre as opiniões. A tomada de decisão concebida aos sujeitos do processo de trabalho na área da Saúde é conceituada como autonomia técnica, sendo esta predominante em situações onde não é possível definir um projeto assistencial único antes da sua implementação (PEDUZZI, 2001).

Assim, considerou-se que o trabalho em equipe multiprofissional consiste uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, dá-se a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação. (PEDUZZI, 2001, pag 108)

O modelo de governo, a política de trabalho, a estrutura organizacional, as relações entre as equipes e as relações de poder são características que influenciam diretamente o trabalho dentro das instituições de Saúde (PEDUZZI et al, 2011).

Segundo esse autor, a ordem tradicional dos serviços de Saúde reforça o individualismo profissional, onde dentro das empresas, os trabalhadores realizam seu trabalho, somando uns aos outros os produtos e acreditando que a qualidade do trabalho está garantida, pois cada um cumpre o seu papel.

Dentro do contexto profissional e do papel desenvolvido nos serviços de Saúde, destacamos o processo de trabalho na Enfermagem. A profissão de Enfermagem é reconhecida desde a segunda metade do século XIX, quando Florence Nightingale acrescentou ao exercício do cuidado, a produção de conhecimento para o seu agir profissional, sendo realizado por pessoas com diferentes qualificações e não era reconhecido até então com um campo de atividade especializada imprescindível para a vida da sociedade (PIRES, 2009).

Ainda segundo a consolidação da Enfermagem como profissão, Pires (2009) afirma:

Enfermagem é uma profissão desenvolvida por um grupo de trabalhadores qualificados e especializados para a realização de atividades socialmente necessárias. A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho representam no conjunto da sociedade e que formulam regras para o exercício profissional, além de dispor de um código de ética que orienta o comportamento de seus agentes em bases moralmente aceitáveis, seja na relação com os sujeitos cuidados, seja na relação com os pares (pag. 740).

O processo de trabalho na enfermagem envolve o homem e a natureza, transformando-se simultaneamente na medida em que o trabalho acontece. Portanto, voltando o trabalho para os seres humanos, é tido como objeto de trabalho da enfermagem o cuidado terapêutico, sendo este exercido com uma ação preventiva e terapêutica, que exige competência técnica e ética, além de certa

coerência entre a ação e o conhecimento do ato em si. O conhecimento se insere como elemento indispensável na prática profissional da enfermagem, além dos métodos e técnicas utilizadas (THOFEHRN et al., 2011).

Porém, de acordo com o cenário vivido nos dias de hoje, os valores e os direitos sociais que englobam o cuidado não são prioridade diante da sociedade fortemente dependente de tecnologias materiais influenciada pelo capitalismo e centrada no consumo, dificultando a valorização de práticas como a da Enfermagem (PIRES, 2009).

A Enfermagem, por estar em contato com o cuidado majoritariamente, tem uma maior aproximação do objeto de trabalho na Saúde, sendo extremamente necessária a intimidade com as disciplinas do campo das Humanidades, porém a formação profissional ainda é muito influenciada pelas ciências positivistas, sendo que no interior das organizações não se consegue distinguir do modelo hegemônico presente no trabalho coletivo das instituições de Saúde (PIRES, 2009).

Entende-se que o cuidado é o objeto de trabalho da enfermagem, sendo abordado em duas vertentes: através do raciocínio clínico baseado nas práticas da Enfermagem e no cuidado ampliado, onde se agrupam os procedimentos clínicos e a interação com o cliente (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

Como metodologia própria da enfermagem, o Processo de Enfermagem (PE) direciona os profissionais a tomarem as decisões sobre agir no cuidado, prevendo e avaliando os resultados de suas ações, sendo estas abordadas de maneira sistemática e ordenada. Porém, a realidade ainda não corresponde a esse cenário, visto que em diversas instituições ainda não é incorporado no trabalho do enfermeiro o processo de enfermagem sob denominação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) (TRIGUEIRO, 2014).

Existem dificuldades para a implantação do PE, como deficiência de recursos, conhecimento dos enfermeiros acerca do PE e o déficit da valorização das instituições sobre o método de assistência e o profissional enfermeiro (TRIGUEIRO, 2014).

A força de trabalho da Enfermagem dentro das Instituições é dividida tecnicamente e socialmente, sendo que o enfermeiro fica responsável pelo gerenciamento de todo o

trabalho e os técnicos assumem o papel executor. Diante dessa realidade, a organização do trabalho na Enfermagem é caracterizada pela hierarquia e autoritarismo (RIBEIRO e SAMPAIO, 2009).

Segundo Thofehrnet al. (2011):

Apesar de levar em consideração que a enfermagem não pode desvencilhar-se de sua determinação social que produziu, historicamente, a divisão sexual, social e técnica do trabalho humano, é possível minimizar essa questão com pressupostos de simetria e complementaridade, bem como com a adoção de práticas gerenciais democráticas no interior da equipe. Sabe-se que essa postura não poderá promover igualdade legal no exercício profissional, no salário, na competência técnica (por conta do ensino diferenciado) e na responsabilização social do exercício da enfermagem, mas acredita-se na sua potencialidade para incitar o espírito crítico, no qual as situações de conflitos tornem-se visíveis a ponto de um agir resolutivo dos problemas de forma compartilhada com todo o grupo de trabalho, visando promover a cordialidade, o prazer e a alegria no ambiente de trabalho. Desta forma será possível propiciar um clima favorável à promoção do cuidado (THOFEHRN et al., 2011, pag. 193).

O processo de trabalho da Enfermagem é caracterizado pela divisão técnica do trabalho, exemplificada nas categorias: Enfermeiro, Técnico de Enfermagem e Auxiliar de Enfermagem (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

Essa forma de organização de trabalho reflete a teoria de Taylor, que propõe a limitação da autonomia e iniciativa do trabalhador, uma vez que o conhecimento fica restrito ao superior, mantendo os trabalhadores alienados do processo global, reproduzindo a fragmentação do trabalho (PAIVA et al, 2010).

Esse método funcional tinha como objetivo o cumprimento das tarefas por meio de manuais de procedimentos, que acabou resultando como influência para a organização dos serviços de Saúde, principalmente o trabalho da Enfermagem (PAIVA et al, 2010).

O processo de trabalho do enfermeiro é composto por duas categorias: assistencial e gerencial. Na dimensão assistencial, o enfermeiro realiza cuidados integrais ao paciente mediante as intervenções. Já no âmbito gerencial, o profissional organiza todo o cenário no qual os pacientes necessitam de cuidados, desde a estrutura física até os recursos humanos disponíveis para o trabalho (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

As duas dimensões do processo de trabalho do enfermeiro são complementares e interdependentes e à medida que se consolida a articulação dessas duas categorias, a prática integradora dos processos de trabalho da enfermagem se reestrutura (HAUSMANN e PEDUZZI, 2009).

Nas instituições de Saúde, as normas presentes distinguem os papéis de cada grupo profissional e o do trabalho coletivo. A autonomia técnica encontrada na prática dos profissionais de Saúde se confronta com as diferenças técnicas especializadas e com a desigualdade explícita de valor relacionado a cada trabalho. Essa competição pela importância do saber, caracterizada pela hierarquia dos trabalhos, se manifesta em conflitos nas relações de trabalho (PIRES, 2009).

A ciência da administração está sempre à procura de método que oriente os modelos de gestão. A Teoria das Relações Humanas e a Teoria Comportamental foram em direção oposta à concepção taylorista do homem econômico, valorizando a subjetividade no funcionamento das empresas, incorporando o trabalho em equipe, buscando a compreensão das necessidades humanas (PAIVA et al, 2010).

É importante salientar que no trabalho em Saúde, a racionalidade estratégica interage com os espaços reservados à ação comunicativa, considerando, portanto, a circularidade entre o modelo das organizações e a distribuição e consumo dos serviços (PEDUZZI et al, 2011).

A partir da segunda metade dos anos 1990, as concepções sobre o processo de trabalho na Saúde sofreram incorporações da dimensão intersubjetiva do trabalho. Nesse cenário, observou-se a articulação entre as categorias marxianas e habersianas, sendo predominante o agir comunicativo. Segundo Habermas, a linguagem, o trabalho e a interação fazem parte das relações entre trabalho e sujeito, sendo estas heterogêneas e mutuamente complementares, ou seja, a comunicação linguística é imprescindível para a interação no trabalho (PEDUZZI et al, 2011).

No que diz respeito à Enfermagem, o SUS propõe a para atuação dos enfermeiros saberes no âmbito administrativo, assistencial, educativo e político. O objetivo da atuação de parte dessas categorias é o compartilhamento de informações sobre a

gestão e avaliação dos resultados, visando à qualidade da integralidade dos serviços na assistência à saúde (PAIVA et al, 2010).

Finalizo concordando com Moura et al (2001, p.482) que descreve a enfermagem com os adjetivos "gigante silencioso".

Gigante por ser referir ao grande contingente de pessoal que integra o serviço, abrangendo de 45 a 70% de todos os trabalhadores de um hospital. Além disso ter equipes distribuídas em vários locais da instituição e estabelece interações com, praticamente, todos os serviços. **Silencioso**... pois ainda atualmente os clientes de saúde recebem ações de enfermagem e, na maioria das vezes, desconhecem como se desenvolve esse processo de trabalho e quem são os profissionais que compõem a equipe de enfermagem."

Apesar de estar inserido no modelo capitalista influenciado pelo modelo taylorista/fordista, ter seu trabalho fragmentado em equipe, a enfermagem possui como essência da profissão o cuidado desenvolvido nos diversos serviços de saúde, o que lhe permite uma visão mais ampliada do processo de trabalho na saúde.

4 DESCRREVENDO A TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

4.1 OPÇÃO METODOLÓGICA

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. A pesquisa qualitativa se ocupa das Ciências Sociais, trabalhando os significados, as crenças, os valores, as atitudes, portanto é a melhor opção para estudar um tema subjetivo, permitindo interpretar as experiências do senso comum, incorporando a subjetividade social, aproximando os resultados da pesquisa aos fenômenos reais que a abarcam (MINAYO,2010).

No que tange à natureza descritiva do estudo, esta permite detalhar acontecimentos, situações e depoimentos que enriquecem a análise das situações, o que propicia ao pesquisador o aumento do seu conhecimento em torno de um determinado problema (MINAYO, 2010). Reforçamos essa definição citando Rudio (2012, p. 69) que afirma que na pesquisa descritiva o *pesquisador procura conhecer e interpretar a realidade, sem nela interferir para modificá-la.*

Já a pesquisa exploratória foi utilizada para obtenção de material teórico, através da revisão de literatura científica, permitindo ao investigador que acrescente sua experiência em prol do tema. Gil (2007) acrescenta que através desse método pode-se obter maior familiaridade com o problema com vistas a torná-lo mais explícito ou oportunizar a construção de hipóteses.

Nesse momento optamos por utilizar os termos “palavras chaves” trabalho, processo de trabalho em Saúde, trabalho em Enfermagem por termos tido acesso à temática estudada.

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado no Ambulatório de Oncologia Ylza Bianco que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado na cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo.

A Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC) /Hospital Santa Rita de Cássia é uma entidade filantrópica, reconhecida em todo o Estado do Espírito Santo como referência no tratamento de câncer, sendo considerado portando um Centro de Alta Complexidade em Oncologia (CACON).

A escolha pelo Ambulatório se deu pela complexidade de serviços existentes no local que dificulta o entendimento do processo de trabalho e pela experiência profissional que tenho na área por ser meu local de atuação.

O prédio do Ambulatório Ylza Bianco possui cinco andares, onde estão distribuídos nos três primeiros andares, quinze consultórios para atendimento multiprofissional, salas de curativo, farmácia e consultório específico para atendimento com a equipe de Psicologia, além de todo o Arquivo de Prontuário Médico-Hospitalar. No quarto andar está localizado o Hospital Dia, com sala de pequenas cirurgias e consultórios. Já no quinto andar fica o setor de Quimioterapia. Portanto, é um prédio com múltiplos serviços e com fluxo de pessoas intenso.

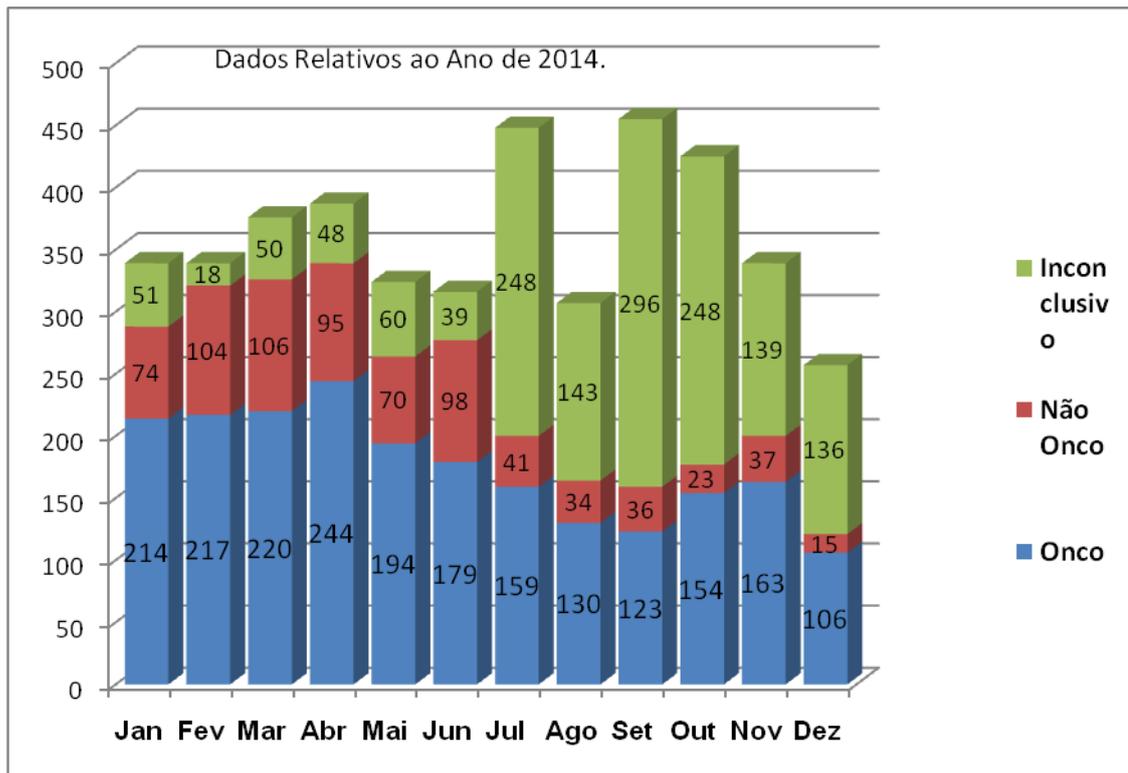
O Ambulatório é o primeiro contato do usuário com o Hospital, ou seja, é nessa unidade que ele se apresenta com diagnóstico a ser confirmado ou já com o diagnóstico definido. De acordo com a provável localização do tumor maligno, o paciente é encaminhado à especialidade médica que avaliará o caso.

O Ambulatório dispõe de várias especialidades, clínicas e cirúrgicas, fundamentais para o tratamento oncológico em sua integralidade, dentre elas: Oncologia Clínica e Cirúrgica, Ortopedia, Equipe de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Urologia, Mastologia, Ginecologia e Cardiologia. Além disso, conta também com uma Equipe Multidisciplinar composta por Psicólogos, Assistentes Sociais, Farmacêuticos, Enfermeiros, Nutricionistas, Fonoaudiólogos, Fisioterapeutas, Dentistas, um Anestesiologista destinado ao atendimento específico da dor do paciente na chamada Clínica da Dor, que atua em consonância com o Serviço de Acupuntura disponível no Ambulatório.

A Figura 1 abaixo exemplifica o número de pacientes com diagnóstico de câncer e diagnósticos ainda não finalizados do ano de 2014 no HSRC. Esse trabalho é feito

por um dos setores que compõem o complexo Ambulatorial, chamado de Registro Hospitalar de Câncer.

Figura 1- Número de pacientes com diagnóstico de câncer e diagnósticos ainda não finalizados do ano de 2014 no HSRC.



4.3 DESCREVENDO OS PARTICIPANTES

A equipe de Enfermagem do Ambulatório Ylza Bianco conta com um total de 18 trabalhadores, sendo 15 técnicos de enfermagem e 03 enfermeiros, que se distribuem nas diversas atribuições do serviço, com carga horária diferenciada. Toda a equipe é diarista, trabalhando de segunda à sexta-feira, no período de 07h00 até às 18h00.

Aceitaram participar do grupo focal 10 trabalhadores, sendo todos técnicos de enfermagem.

Quanto ao critério de inclusão, foram convidados todos os trabalhadores técnicos de enfermagem atuantes no Ambulatório presentes na data programada, que não estavam afastados por licença médica e que aceitaram participar da pesquisa.

Todos os participantes são mulheres, pois a equipe não possui trabalhadores de enfermagem do sexo masculino.

O tempo de atuação no cenário de estudo é considerado critério importante para descrever como o trabalho é desenvolvido, pois retrata o conhecimento que os participantes possuem sobre ele. Os profissionais de enfermagem atuantes no Ambulatório que aceitaram participar da pesquisa se distribuem da seguinte forma, conforme apresentado na Tabela 1.

Participantes	Sexo	Tempo de atuação no Serviço		
		03 anos	05 anos	01
10	Feminino	03 anos	05 anos	01
100%	10 - 100%	04	05	29 anos

Tabela 1: Tempo de atividade dos atores sociais no Ambulatório Ylza Bianco

Com o objetivo de preservar a identidade dos participantes, os depoimentos foram identificados com a letra P seguido, da numeração (1, 2, 3...) para diferenciar os trabalhadores.

4.4 CONTATOS PRELIMINARES PARA O DESENVOLVIMENTO DA PRODUÇÃO DOS DADOS

O início dos contatos para a realização da pesquisa aconteceu com o envio do projeto a Diretora das Unidades Ambulatoriais do Hospital Santa Rita de Cássia, com a finalidade de dar ciência de seu conteúdo e solicitar a autorização para sua realização. A resposta da Instituição autorizando, por escrito, a realização da pesquisa (ANEXO I) foi assinada pela diretora.

O projeto de pesquisa também foi encaminhado para a aprovação ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde e foi aprovado com o número CAAE 33283814/8.0000.5060, sem exigências adicionais (ANEXO II)

A estratégia de aproximação dos participantes iniciou quando expus meu interesse em fazer o curso de mestrado, tendo como população de estudo os integrantes da equipe de técnicos de enfermagem do Ambulatório. Depois, conversei com os membros da equipe com o objetivo de explicar o projeto de pesquisa. Explanei sobre o assunto a ser investigado, os objetivos do estudo, a importância de sua participação, a metodologia a ser usada e esclareci todas as dúvidas que surgiram.

Solicitei sugestões sobre as datas para a realização das sessões do grupo focal, de acordo com a disponibilidade dos participantes. Assim, ficaram agendadas duas datas, em horários de redução das atividades do ambulatório em que eles poderiam estar disponíveis para a participação.

Não houve necessidade de agendar a realização de novas sessões tendo em vista o critério de saturação de informações (Minayo, 2012). Os depoimentos de suas produções ocorreram de uma maneira espontânea. A exposição foi feita de forma individual e, posteriormente, os demais participantes interferiram, completando, discutindo as colocações uns dos outros. A função do pesquisador restringiu-se a ser um facilitador e incentivador das discussões.

Os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, onde se encontram descritos os objetivos e métodos de coletas de dados como também a autorização para publicação dos dados obtidos pela pesquisadora com a garantia de manter anonimato de suas identidades (APÊNDICE B).

4.5 PRODUÇÃO DOS DADOS

Para a produção de dados optamos por utilizar a técnica de Grupos Focais que tem sido utilizada frequentemente nas áreas de Antropologia, Ciências Sociais, Mercadologia e Educação em Saúde. É apropriada nas pesquisas qualitativas, que

objetivam explorar um foco, ou seja, um ponto em especial e podem ser associadas a outras técnicas de coleta de dados, concomitantemente. (RESSEL et al, 2008)

A opção de utilização da técnica de grupo focal (GF) também se baseia em Minayo (2012) que a define como derivada das entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais.

Ressel et al (2008) acrescentam que os GF são grupos de discussão que dialogam sobre determinado tema após receberem estímulos apropriados para o debate e têm como características próprias o processo de interação grupal, que é uma resultante da procura de dados.

Ainda na compreensão dos autores acima citados, a técnica de GF permite ao pesquisador examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema, como também, "possibilita explorar como os fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal." (RESSEL et al, p. 780).

Esses grupos consistem em reuniões com pequeno número de integrantes, onde é exposto um tema para o grupo ou é feita uma pergunta norteadora, sendo de extrema importância que se mantenha a discussão acesa, focando sempre na questão, sempre com a cautela minuciosa do registro de todo o processo, privilegiando as falas dos sujeitos (MINAYO, 2012). Utilizamos como pergunta reflexiva sobre a temática: "Como ocorre o processo de trabalho vivenciado no seu cotidiano"?

Essa proposta permite utilizar diretamente as falas do grupo no momento do relato de suas experiências em prol de um tema de interesse coletivo (GOMES et.al, 2009).

É uma importante técnica para o conhecimento de percepções, reações e permite compreender os fenômenos de construção de uma determinada realidade, sendo, portanto, uma ferramenta imprescindível para discussão do processo de trabalho (GOMES et.al, 2009).

Na formação do GF é necessário que haja um ponto de semelhança entre os participantes (RESSEL et al, 2008), e nesse estudo optamos pelo critério de

compartilhamento do mesmo local de trabalho. Assim, foram favorecidos os relatos de experiências, necessidades e características do tema estudado.

Outra característica de um GF é o quantitativo de participantes, que pode variar de 06 a 15 pessoas. O grupo contou com a participação de 10 técnicos de enfermagem, o que facilitou o aprofundamento da temática.

Foram realizadas duas sessões de GF com o grupo estruturado, com a duração de uma hora e trinta minutos, que ocorreram semanalmente, em dia e hora combinados com os integrantes do grupo (RESSEL et al, 2008).

As reuniões contaram com uma preparação especial: a sala foi previamente agendada, com conforto e espaço para a realização da técnica de produção, manutenção de gravador, seleção e preparo antecipado do material específico para cada encontro e organização do ambiente (APÊNDICE A). (RESSEL et al, 2008)

Os participantes tinham um momento para o desenvolvimento da temática através de produções (desenhos de fluxograma) e depois eram convidados a fazer seu depoimento explicando suas construções.

Segundo Minayo (2012), o registro fidedigno das falas dos autores quando a modalidade escolhida são entrevistas ou grupos, torna-se essencial para um bom estudo, sendo que o instrumento que garante essa fidedignidade é a gravação de voz de toda a discussão.

As gravações de voz dos participantes foram posteriormente transcritas, interpretadas e analisadas. Os erros gramaticais mais grosseiros encontrados que possam interferir na mensagem transmitida foram cuidadosamente corrigidos.

4.6 TRATAMENTO, CLASSIFICAÇÃO E CATEGORIZAÇÃO DOS DADOS PRODUZIDOS.

O objetivo desta etapa é descrever a dinâmica utilizada para o tratamento dos dados deste estudo. Baseei-me nas etapas da análise de conteúdo preconizada por Bardin (1977, 2006, 2011)

Para essa autora (2011, p.42) a análise de conteúdo é um:

[...] um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens”.

A concepção inicial desse conjunto de técnicas ocorreu, predominantemente, em função de abordagens quantitativas de pesquisa, embora a autora previsse abordagens mais fortemente qualitativas. Na presente investigação, adotei uma análise de conteúdo com temática direcionada para uma análise de dados qualitativos.

Os critérios de sistematização e objetividade foram sendo ampliados e sofrendo alterações, devido à necessidade de rigor na análise de dados na pesquisa qualitativa.

Ainda, de acordo com a autora, a análise de conteúdo é uma técnica que está voltada para o estudo das ideias e não das palavras isoladamente.

4.7 ETAPAS DE DESENVOLVIMENTO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO.

Segundo Minayo (2010, p. 316-17) a operacionalização da análise de conteúdo ocorre em três etapas:

Primeira etapa: Ordenação dos dados que inclui:

a) transcrição das gravações: os depoimentos foram documentados pela transcrição das gravações. Dessa forma preservei a fidelidade da fala dos atores desta pesquisa. Esse material transcrito constituiu parte do "*corpus*" do estudo.

Nessa primeira etapa, transcrevi as fitas das duas sessões. Essa transcrição durou, em média, 42 horas, pois, nos depoimentos, em certos momentos, mais de um ator falava ao mesmo tempo. Foi necessário um cuidado extremo para que não houvesse erro no entendimento dos depoimentos.

Para o tratamento dos textos transcritos, foi realizada uma revisão de Língua Portuguesa com a retirada do excesso das expressões coloquiais. Esse tratamento adotado pautou-se no interesse analítico dos textos dos depoimentos que esteve voltado para seus conteúdos temáticos e não para os linguísticos.

Outros cuidados com os textos transcritos dos depoimentos foram desenvolvidos durante sua digitação. À direita do texto foi feita uma margem, de aproximadamente cinco centímetros, com a finalidade de preenchê-la com a denominação dos temas encontrados nos conteúdos. Ao fazer a digitação dos textos, foram iniciados os recortes temáticos, o que resultou na sua separação em parágrafos distintos.

A leitura e releitura do material transcrito foram realizadas para alcançar a segunda etapa da análise de conteúdo. Leituras repetidas e cuidadosas dos depoimentos permitiram elaborar um esquema de interpretação e de perspectivas dos fenômenos estudados. Esse exercício, denominado por alguns autores como "leitura flutuante", permitiu apreender as estruturas de relevância dos atores sociais, as idéias centrais, nas quais tentam transmitir os momentos-chave de sua existência sobre o tema em foco. Essa atividade ajudou a estabelecer as categorias empíricas, confrontando-as com as categorias analíticas teoricamente estabelecidas como baliza da investigação, para a busca das relações dialéticas entre ambas.

Segunda etapa: Exploração do material

Teve como objetivo "alcançar o núcleo de compreensão do texto...e o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado" (MINAYO, 2010, p.317). A decomposição do "corpus" pode ser feita de diversas maneiras. São os objetivos que determinam sua sistemática e natureza. Neste estudo em particular, adotei a análise de conteúdo temática direcionada para uma análise de dados qualitativos, em que se utiliza o tema como unidade de significação.

Submeti o material transcrito a um processo de classificação e categorização realizado por outros dois analistas (juízes), como forma de aumentar a validade.

Do material analisado, emergiu uma categoria, que denominamos de (Re) organização do processo de trabalho onde estão inseridas unidades de significação,

subcategorias, que refletem sobre como o processo de trabalho ocorre dentro do cenário de estudo. Entre elas podemos citar: Entraves na Rede de Atenção à Saúde; Dificuldade na articulação entre os microprocessos realizados no Ambulatório; Assistência fornecida ao paciente como personagem central; 4.Organização do trabalho centrado no profissional.

Terceira Etapa: tratamento dos resultados inferência e interpretação.

Nessa etapa, as informações retiradas pelas análises são destacadas e representadas através de figuras, gráficos, diagramas, dentre outros (OLIVEIRA, 2008).

Após colocar em relevo as informações obtidas pela análise, são feitas as interpretações e inferências, cruzando os dados com a leitura da temática e o quadro teórico no qual se baseia a realidade estudada (MINAYO, 2011).

5 PRODUTO 1: PROPOSTA DE ARTIGO

O PROCESSO DE TRABALHO EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA NA PERCEPÇÃO DA EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM

THE PROCESS OF WORK IN A ONCOLOGY OF OUTPATIENT IN PERCEPTION OF NURSING TEAM

Ana Maria Zanotti de Aguiar¹, Leila Massaroni².

1. Enfermeira, mestranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, Enfermeira do Ambulatório de Oncologia do Hospital Santa Rita de Cássia, Vitória (ES), Brasil, ana.zanotti31@gmail.com

2. Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UFRJ, Professora Associada IV do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, leilamassaroni23@gmail.com

Autor correspondente:

Ana Maria Zanotti de Aguiar

Rua Alfredo Alcure, 79 – Jardim Camburi

Vitória, ES, Brasil

Ana.zanotti31@gmail.com

*Artigo baseado na dissertação “O Processo De Trabalho Em Um Ambulatório De Oncologia Na Percepção Dos Técnicos De Enfermagem” do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), 2015.

RESUMO

Este estudo teve por objetivo descrever como a equipe técnica de Enfermagem percebe o processo de trabalho no Ambulatório de Oncologia. O quadro teórico está sustentado nos conceitos do processo de trabalho em Saúde e nas redes de micropolíticas existentes no seu interior, compreendendo suas tecnologias. Trata-se de um estudo qualitativo e a produção dos dados foi alcançada através da utilização de grupo focal. Baseado em Bardin, realizamos a análise dos dados produzidos, de onde emergiu a categoria: (re) organização do trabalho em equipe. Foram estabelecidas as unidades de análise para organizar e sequenciar as discussões: Entraves na Rede de Atenção à Saúde; Organização do trabalho centrado no profissional; Assistência fornecida ao paciente como personagem central; Dificuldade na articulação entre os microprocessos realizada no Ambulatório. Conclui-se que o trabalho é exercido de forma fragmentada e que o processo de trabalho se reorganiza, alterando seus componentes, porém mantendo o mesmo produto.

Palavras-chave: Processo de Trabalho em Saúde. Trabalho em Enfermagem. Trabalho.

ABSTRACT

This study aimed to investigate the process of working on the perception of active nursing staff at a technical Oncology Clinic. The theoretical framework is supported on the concepts of work process in Health Care and existing networks of micropolitics in its interior, including its technologies. This is a qualitative study and production of the data was achieved through use of focus groups. Based on Bardin, we performed the analysis of the data produced, from which emerged the category: (re) organization of work in a team. The units of analysis were established to organize and sequence discussions: Barriers in Health Care Network; Work organization focused on professional; Assistance provided to the patient as the central character; Difficulty in linking the micro processes carried out at the Clinic. We conclude that the work is carried out in a piecemeal fashion and that the work process is reorganized by changing its components, while maintaining the same product.

Keywords: Work Process in Health. Work Nursing. Work.

INTRODUÇÃO

No mundo capitalista, o trabalho característico do modelo taylorista, fordista, isto é, qualificado, fragmentado, repetitivo, rotineiro e prescrito é substituído pelo padrão de acumulação capitalista flexível ou toyotista que se traduz pela competitividade, produtividade, agilidade, racionalização de custos, caracterizado por um trabalho polivalente, integrado, em equipe, com mais flexibilidade e autonomia¹

Essas características foram absorvidas pela gestão na área da Saúde levando a um cenário de insatisfação dos usuários, principalmente aqueles que utilizam o SUS. Essa insatisfação

ocorre devido aos impasses vividos diariamente na realidade da gestão, caracterizados por falta de recursos financeiros, flexibilização dos vínculos, ações de saúde com baixo impacto sobre os reais problemas de saúde da população, desumanização e a mídia presente, desmoralizando ainda mais a gestão nessa área e informando a todas as classes sociais².

O trabalho na Saúde possui características que se distinguem de outros processos de trabalho, pois o consumo do produto gerado ocorre simultaneamente à produção da ação. Diante disso, o trabalho na Saúde se torna um componente de produção não material, pois além de ser essencial para a vida humana, também faz parte do setor de serviços e seu produto final é indispensável no processo que o produz³.

O trabalho na área da Saúde é disciplinadamente organizado, onde os trabalhadores respeitam o seu ambiente físico e o devido produto gerado em cada ambiente. Portanto, esse tipo de organização de trabalho somente alcançará um produto final de qualidade se cada uma das etapas estiverem interligadas, pois, assim, o trabalhador conseguirá identificar os entraves existentes nas rotinas e o impacto dos problemas nos outros setores⁴.

O trabalhador da Saúde possui certo nível de autogoverno, onde ele determina a característica de seu processo de trabalho dentro do seu local de atuação. Assim, esses espaços de trabalho, compostos pelos protagonistas do processo atuando diretamente com os sujeitos, são denominados como locais de micropolítica. Devido ao trabalho complexo e dinâmico da Saúde, esse local não é único e sim múltiplo dentro do processo geral do trabalho de uma Instituição de Saúde. Portanto, a micropolítica é a arte de governar que cada trabalhador possui dentro do seu devido espaço, sendo então necessária a compreensão desses micros processos gerados para que seja efetuada uma possível intervenção⁵.

O desvelamento dos microprocessos existentes no interior das Instituições de Saúde são fundamentais para a elaboração das propostas de intervenção².

Para que o processo de trabalho transcorra com êxito, deve-se atentar para os personagens intra e interinstitucionais, onde serão incluídos todos os que participam das relações firmadas na micropolítica existente no interior desse processo. Dessa forma, é possível chegar até a causa raiz dos problemas que impactam nos processos microdecisórios do cotidiano dos serviços de Saúde⁵.

Diante de um cenário de precariedade de informações sobre os procedimentos juntamente à subjetividade do trabalho, os trabalhadores passam a realizar sua atividade laboral de forma parcialmente singular, ou seja, a sua maneira⁶.

Portanto, é imprescindível que a discussão sobre o processo de trabalho e suas dificuldades de execução transcenda o pessoal e ocorra de maneira sistemática, observando e conhecendo todos os microprocessos existentes no interior escondido do trabalho. A justificativa do erro não pode estar relacionada somente ao modo de fazer do trabalhador, mas sim à análise das situações reais do trabalho juntamente com a racionalidade do trabalhador⁴.

Dentro do cenário de estudo e das Instituições de Saúde, a equipe de Enfermagem se destaca pelo grande contingente de pessoal que a integra e por estar em vários locais da instituição e estabelecer interações com praticamente todos os serviços⁰⁷. Dessa forma, detêm amplo conhecimento sobre como o processo de trabalho se realiza, estando apta a descrevê-lo e analisá-lo.

Considerando os pressupostos acima descritos, o presente estudo aponta como objetivo descrever como a equipe de técnicos de enfermagem percebe o processo de trabalho no Ambulatório de Oncologia.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de natureza qualitativa. Foi realizado no Ambulatório de Oncologia Ylza Bianco que pertence ao Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), localizado na cidade de Vitória, no estado do Espírito Santo. Participaram da pesquisa 10 trabalhadores da equipe de enfermagem do Ambulatório, sendo todos Técnicos de Enfermagem. Foram excluídos da pesquisa os trabalhadores que não estavam presentes na data programada para a reunião e os que não fazem parte do quadro de pessoal da equipe de Técnicos de Enfermagem do cenário do estudo, o Ambulatório Ylza Bianco. Para a coleta de dados optou-se pela utilização da técnica de grupo focal (GF) com as orientações de Resselet al (2008) e Minayo (2012), por ser essa uma modalidade de pesquisa que é derivada de entrevistas grupais, que coleta informações por meio das interações grupais⁸. Essa proposta permite utilizar diretamente as falas do grupo no momento do relato de suas experiências em prol de um tema de interesse coletivo⁹. Utilizamos como pergunta reflexiva sobre a temática:

“Como os profissionais Técnicos de Enfermagem percebem o trabalho dentro do Ambulatório Ylza Bianco”.

A duração das sessões do GF foi de aproximadamente 1 hora e 30 minutos, sendo devidamente preparada para o acolhimento dos participantes, com local adequado e utilização de técnicas grupais que permitissem a exposição ampla de ideias sobre a temática discutida.

Para manter o anonimato dos participantes, foi utilizada na identificação a abreviação da seguinte forma: P1, P2... Todas as falas durante as sessões do grupo focal foram gravadas com o gravador de voz digital Sony ICD-PX240 – 4GB, memória expansível.

Para a análise dos dados coletados utilizamos a análise de conteúdo pautada nos princípios e conceitos fundamentais da técnica de Laurence Bardin¹⁰.

Essa análise possibilita o entendimento do conteúdo, permitindo a inferência do conhecimento relativo acerca da recepção da mensagem¹⁰.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Centro Biomédico da Universidade Federal do Espírito Santo, número CAAE 33283814/8.0000.5060.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Depois de realizada a transcrição das falas obtidas através do grupo focal, fizemos a leitura flutuante desse material, onde emergiram unidades de sentido (temas) que conduziram à estruturação da categoria denominada (re) organização do trabalho.

As falas dos participantes transitaram desde a maneira como o processo de trabalho do Ambulatório é realizado até se este é centrado no profissional ou voltado para o paciente. Descreveram também as facilidades e dificuldades de acesso existentes na entrada e na pós entrada do paciente no serviço.

Na tentativa de seqüenciar a discussão, organizamos as falas dos pacientes de acordo com as unidades de análise referente ao assunto, porém em várias situações, a discussão perpassa por mais de uma unidade.

Entraves na rede de atenção à Saúde:

A discussão se iniciou com P2 e P3 descrevendo sobre a dificuldade existente no trânsito do paciente com suspeita de câncer ou diagnóstico confirmado, dentro da rede pública de Saúde até o encaminhamento correto para o serviço de referência para essa demanda.

(...) infelizmente é a dificuldade que o SUS em si tem, pois quando chega pra ele o resultado do exame, às vezes a demora é do posto de saúde. Só que o governo vai querer o que, quando sair o resultado dele aqui, não vai querer saber o tempo que passou lá traz, o tempo que corre né, aí entra a necessidade da triagem de agilizar isso, entra a questão de que é muita gente pra atender, pra operar, aí as agendas ficam gigantescas, porque esse tempo corre e o SUS vai cobrar do Hospital (P2).

A lei que impõe o prazo determinado para o tratamento oncológico é de número 12.732, de novembro de 2012, que afirma: “O paciente com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no Sistema Único de Saúde (SUS), no prazo de até 60 (sessenta) dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso registrada em prontuário único”¹¹. A participante P3 faz uma crítica à lei, sugerindo que o prazo para o início do tratamento deveria ser contado a partir da data em que o paciente é matriculado nas Instituições, já que a responsabilidade é do serviço de referência.

Deveriam ser contados 60 dias do dia que ele chegou aqui (P3).

Essa dificuldade é notória no nosso cenário de estudo, o Ambulatório Ylza Bianco, visto que muitas vezes os pacientes acessam o serviço já com o prazo estabelecido em lei expirado. A busca pelo tratamento torna-se emergencial e a oferta passa a não atender essa demanda represada, resultando na sobrecarga da atenção assistencial à saúde nos níveis secundário e terciário que são penalizados pela cobrança sem critérios da legislação e pela falha do modelo assistencial da Saúde.

Barbiani (2014) afirma que o acesso à rede pública de saúde que compõe o SUS ainda não conseguiu se consolidar de maneira organizada e ativa, respeitando as legislações impostas para a regulação dos serviços prestados¹².

O acesso humanizado à Saúde é um desafio ético-político da constituição de redes de atenção tanto no âmbito macro quanto micro, devido ao cenário de fragmentação dos serviços, falta de qualidade na assistência oferecida e a incoerência entre a oferta do sistema e a demanda do contingente ¹².

Essa demanda está estritamente vinculada às situações crônicas que agudizam no decorrer da busca pelo acesso à Saúde. O autor reforça a importância do acompanhamento da atenção básica, visto que quando ocorre a agudização, o sistema se torna reativo a essas situações, resultando no esgotamento do sistema vigente ¹³.

Segundo o estudo feito por Azevedo e Costa (2010), a dificuldade de agendamento de consultas é um obstáculo relevante na entrada para a atenção básica e a demanda reprimida das situações emergenciais que aparecem buscando atendimento na atenção básica desemboca nos prontos atendimentos sobrecarregando esses locais com situações consideradas simples que poderiam ser solucionadas na atenção primária¹⁴. Este aspecto é destacado à medida que P3 fala sobre as diversas vias de acesso que o paciente procura para conseguir o tratamento em um serviço de referência, sendo pela Atenção Básica, via Regulação Estadual de Consultas, consultas particulares e até diretamente na Instituição.

Geralmente é via CRE ou Posto de Saúde ou pode ser encaminhado pelo consultório particular por alguma consulta particular que encaminha direto para cá. Nós sabemos que existem pacientes que chega encaminhado errado, às vezes não é caso para aqui (...) (P3).

Organização do trabalho centrado no profissional:

O relato abaixo de P1 ressalta a organização do trabalho voltada para o profissional, pois fala sobre a quantidade de pacientes atendidos dependendo da parametrização da agenda médica.

A quantidade de pacientes de primeira vez depende da agenda médica (P1).

Essa afirmação acende novamente a discussão sobre os entraves da rede pública de saúde e a responsabilidade dos órgãos de governo quanto à instituição dessa organização, pois mesmo com o serviço, por vezes, elaborando seu plano de trabalho centrado no profissional, é

definitivamente impossível atender e resolver toda a demanda que procura diretamente um centro de referência.

De acordo com o estudo de Assis e Jesus (2012), que abordou os conceitos e entraves do acesso à saúde, concluiu que, para os serviços de saúde conseguir responder aos problemas demandados pelos usuários é necessário consolidar a “porta de entrada” no nível básico de atenção. A regulação de consultas é responsável por garantir esse fluxo de acordo com as demandas, sociais, epidemiológicas e sanitárias, independente do nível de complexidade. Essa rede de referência e contrarreferência deve buscar facilitar para o usuário o acesso, levando em consideração os limites geográficos das demandas¹⁵.

No Ambulatório, trata-se de uma demanda que busca atendimento com encaminhamentos médicos ilegíveis, sem informações prioritárias, porém o critério de urgência descrito em praticamente todos eles. Esses usuários chegam desesperados por tratamento e por estarem “perdidos” na rede, não aceitam um prazo para o agendamento da consulta.

Assistência fornecida ao paciente como personagem central:

A descrição do processo de trabalho no ambulatório voltada ao usuário se inicia e é analisado por P5 que o apresenta como personagem central:

Nós pensamos que tudo se inicia com o paciente, pois ele chega aqui com o diagnóstico ou com alguma suspeita (...) (P5)

Merhy tem reforçado os estudos do processo de trabalho em Saúde voltado para o paciente, ou seja, centrado no usuário, buscando a satisfação e resolutividade dos entraves existentes baseando-se no caminhar do usuário pelo processo saúde-doença³.

O processo de trabalho na Saúde está além das ferramentas presentes na tecnologia dura e no saber simultâneo a protocolos e normatização, caracterizado na tecnologia leve dura. A tecnologia leve presente nas relações dos usuários e trabalhadores é tida como trabalho vivo e culmina em espaços de falas, escutas e interpretações com os usuários, expectativa sobre o problema que será enfrentado, relação de cumplicidade e confiança, enfim aproximação do trabalhador da Saúde com o paciente³.

Ao trabalhar com processos e procedimentos descritos, tecnologia presente para a resolução da maioria dos problemas, muitas vezes, o usuário não é percebido pelos trabalhadores como o principal foco de atenção. É fato que os serviços de saúde precisam estar munidos dos três tipos de tecnologias para a completude da qualidade da assistência, porém a tecnologia relacional precisa ocupar um lugar de destaque nos processos existentes¹⁶.

Dificuldade na articulação entre os microprocessos realizada no Ambulatório:

De acordo com as falas abaixo, a discussão novamente se remete para a unidade de análise organização do trabalho voltado para o profissional e pela dificuldade na articulação entre os microprocessos realizada no Ambulatório.

A enfermeira vai até ao consultório e mostra o caso antes de abrir prontuário de primeira vez e aí o médico autoriza se pode abrir ou não (P4).

Mas na informação deveria ter alguém da enfermagem, pra ver qual é a questão da Triagem, é o curativo, pois talvez você sobrecarrega a Triagem pra autorizar um curativo, sendo que não precisaria ir lá na Triagem (P2)

A participante P7 fala objetivamente sobre essa (re) organização do fluxo que é feita pelo profissional à medida que o trabalho acontece.

É muito relativo, tem médico que faz a própria ordem, você pode colocar de acordo com a agenda e ele diz que vai atender fulano e fulano primeiro. (P7)

Essa (re) organização pode acontecer, alterando os componentes de trabalho, desde que não modifique o produto final.

O fluxo de atendimento ao paciente já está padronizado pela Instituição, sendo que frequentemente é revisado e reorganizado pelos gestores e supervisores na medida em que novas rotinas são implementadas no setor. Em relação à fala do P7, é evidenciada a organização do trabalho mediante o profissional médico, ou seja, as consultas dos pacientes são organizadas de acordo com a parametrização da agenda de cada médico, estabelecido pela Instituição.

Já P3 discorre sobre a rotina adotada pela Instituição de horário pré-estabelecido para o funcionamento de alguns locais dentro do cenário do estudo, porém voltando-se para a insatisfação do paciente.

Teria que ser um horário de atendimento no Ambulatório, porque eu acho triste o paciente que vem aqui pela primeira vez, ele não sabe o horário de triagem, às vezes vem lá de longe, aí falam “Ah, a triagem acabou, agora só 14h00” (P3).

Nos processos relacionados às mudanças dentro de empresas, vários fatores organizacionais podem interferir positiva ou negativamente para que estas ocorram. A política adotada pela empresa, o fluxo de informação e comunicação existente no interior da empresa, a autonomia e o trabalho dos grupos, a burocracia e a atuação gerencial são alguns dos fatores que podem interferir diretamente na implantação de processos de mudanças em prol de melhorias¹⁷.

O método taylorizado ainda prevalece nos processos de trabalho da Saúde e não permite espaços de diálogos entre os trabalhadores a fim de uma possível reformulação nas práticas estabelecidas pelas normas, visto que o trabalho é tido como um cumprimento rigoroso aos padrões e regras estabelecidas¹⁸.

Os gestores que enfrentam processos de mudança dentro de Instituições de Saúde precisam estar atentos aos fatores que podem influenciar e modificar diretamente esse processo, principalmente nas pessoas envolvidas antes, durante e após a implantação¹⁶.

De acordo com estudo realizado, a rigidez de regras existentes nas empresas mediadas por protocolos e excessiva burocracia faz com que os trabalhadores não percebam a ocorrência e eficácia de mudanças no ambiente organizacional¹⁷.

A participante a seguir relata sobre como as consequências que o fluxo do atendimento burocratizado estabelecido pode afetar o paciente, caracterizando a dificuldade na articulação entre os microprocessos realizados dentro do Ambulatório.

Se o paciente passa por estresse na recepção, ele já chega estressado, a pessoa chega pela primeira vez aí pega a senha da Triagem, depois pega a senha para abrir o prontuário, aí já chega aqui e já quer entrar na sala do médico, aí nós falamos “senhor, tem que aguardar um pouco” aí pronto aí ele já está estressado (P6).

A rede de micropolítica nos processos de trabalho em saúde contribui para um ambiente de conexão, com capacidade de operar com alto grau de criatividade, desde que haja uma hegemonia do trabalho vivo, ou seja, o alto grau de governança da produção do cuidado. O trabalho vivo sofre com a Essas etapas pelos quais o paciente caminha no Ambulatório, muitas vezes são necessárias e de extrema importância para a segurança das informações produzidas em consulta, como por exemplo, a abertura de um prontuário. Porém, para

minimizar todos os problemas que possam ocorrer no atendimento ao paciente, é necessário que todas as etapas do seu atendimento estejam muito bem interligadas, que os entraves sejam desvendados com soluções concretas e principalmente com o objetivo de facilitar o acesso e o fluxo do paciente dentro dessa rede de serviços, chamada de rede de micropolítica.

normatização e padronização prevalente nos serviços de Saúde, mas, ao mesmo tempo, possui uma capacidade de criar linhas de fuga, trabalhando à sua maneira, de acordo com o ambiente de produção, inovando todo o processo pré-existente¹⁹.

CONCLUSÃO

Percebeu-se no estudo a influência do taylorismo nos processos ligados à Saúde, caracterizados pela falha na comunicação entre as equipes, rigidez de normas e protocolos, falta de espaços para escuta dos trabalhadores, sendo o trabalho definido pelos gestores e executado de maneira verticalizada pelos trabalhadores.

A pesquisa ainda revela a rede de micropolítica existente dentro das Instituições de Saúde, na qual sem o seu desvelamento fica praticamente impossível a resolução de problemas rotineiros. O trabalhador é colocado como principal meio para o conhecimento dessa rede que existe no interior dos processos de trabalho.

Também ficou explícita na discussão a dificuldade que os serviços de Saúde possuem para manter a satisfação dos usuários e a qualidade da assistência em sua amplitude, visto que existem falhas na rede de atenção à Saúde, a qual o presente estudo não analisou em sua plenitude, sendo necessária uma melhor abordagem para essa temática.

Contudo, a pesquisa aponta para uma categoria de (re) organização do trabalho, que identifica os componentes de trabalho se alterando, porém não modificando o produto final. Portanto a adequação do trabalho com protocolos se faz necessário à medida que os trabalhadores, como componentes do processo de trabalho, possam reformulá-los em prol de um objetivo em comum com a instituição, a Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: HUCITEC; 2013
2. Oliveira AJ. A Gestão Hospitalar Sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo.[Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas; 2002
3. Merhy EE. O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).
4. Merhy EE.; Franco TB. Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.
5. Merhy, E.E.; Chakkour, M. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. Agir em Saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2008.
6. Vieira CEC.; Barros VA.; Lima, FPA. Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho. *Psicol. rev.* 2007; 13(1).
7. Moura, GMSS.; Magalhães, AMM.; Chaves, EHB.; O serviço de enfermagem hospitalar - apresentando esse gigante silencioso. *R. Bras. Enferm.* Brasília, v.54, n.3, p.482-493, jul./set. 2001.
8. Ressel, LB.; Bede, CLC.; Rosa, MR. O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto Contexto Enferm*, Florianópolis, 2008, Out-Dez; 17(4); 779-86.
9. Gomes VLO.; Telles KS.; Roballo EC. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. *Esc. Anna Nery* 2009;13(4).
10. Bardin, L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo; Edição 70, 2011.
11. Brasil, Lei nº 12.732, 22 de novembro de 2012.

12. Barbiani, R et al . A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. Saude soc., São Paulo , v. 23, n. 3, p. 855-868, Sept. 2014.
13. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília, DF: OPAS, 2011.
14. Azevedo ALM.; Costa, AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dec. 2010.
15. Assis, MMA.; Jesus, WLA. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. Feira de Santana BA. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.
16. Oliveira, JAS. Telessaúde e os médicos da atenção básica: Uma análise a luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.
17. Domingos, SG.; Neiva, ER. Percepção dos Funcionários sobre Mudanças Transacionais e Transformacionais em uma Organização Pública ,RAC, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, art. 1, pp. 118-138, Mar./Abr. 2014.
18. Shimizu, HE.; Carvalho Junior, DA. O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 17, n. 9, p. 2405-2414, Sept. 2012.
19. Franco, TB.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

6 PRODUTO 2 : PROPOSTA DE CARTILHA

REFERÊNCIAS GERAIS

- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, S.M.N. (org.) **O trabalho de enfermagem**. 1.ed. São Paulo:Cortez, 1997.
- ANTUNES, R.L.C. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2013
- ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A. **Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise**. Feira de Santana BA. Ciência & Saúde Coletiva, 17(11):2865-2875, 2012.
- AZEVEDO, A.L.M; COSTA, A.M. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 35, p. 797-810, Dec. 2010 .
- BARBIANI, R. et al . A produção científica sobre acesso no âmbito do Sistema Único de Saúde do Brasil: avanços, limites e desafios. **Saude soc.**, São Paulo , v. 23, n. 3, p. 855-868, Sept. 2014.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. São Paulo; Edição 70, 2011.
- BORGES, M.E.S. **Trabalho e gestão de si: para além dos “recursos humanos”**. Cad. psicol. soc. trab. São Paulo , v. 7, dez. 2004 .
- BONZATTO, E.A. **TRIPALIUM: O trabalho como maldição, como crime e como punição**. Letras, p. 270, 1998.
- CAMPOS, G.V.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. 2ed, - São Paulo, SP: Hucitec, 2005.
- DOMINGOS, S.G.; NEIVA, E.R. **Percepção dos Funcionários sobre Mudanças Transacionais e Transformacionais em uma Organização Pública** , RAC, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, art. 1, pp. 118-138, Mar./Abr. 2014.
- FARIA, H.P. et al. **Processo de trabalho em saúde / Horácio Faria, Marcos Werneck e Max André dos Santos**. - 2a ed. -Belo Horizonte: Nescon/ UFMG, Coopmed, 2009. 68p.

FRANCO, T.B. **As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde**, in Pinheiro R. e Mattos R.A. (Orgs.) , **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2006.

FRANCO, TB.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde**. São Paulo:HUCITEC, 2013.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, V.L.O.; TELLES, K.S.; ROBALLO, E.C. **Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, Dec. 2009.

HAUSMANN, M.; PEDUZZI, M. **Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro**. Texto contexto - enferm., Florianópolis , v. 18, n. 2, p. 258-265, Junho, 2009.

MENDES, A.M. **Psicodinâmica do trabalho: Teoria, Método. Casa do Psicólogo**, 2007.

MARX, K. **O Capital** - crítica da economia política: o processo de produção do capital. 7.ed., São Paulo: Difusão Editorial S.A, 1982.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília, DF: OPAS, 2011.

MERHY, E.E. **O Ato de Cuidar: a Alma dos Serviços de Saúde**. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Ver – SUS Brasil: cadernos de textos. Brasília: Ministério da Saúde, 2004, p.108-137. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

MERHY, E.E.; CHAKKOUR, M. **Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação eo dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde**.São Paulo: Ed.Hucitec, 2008.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional in Saúde em Debate**, Ano XXVII, v.27, N. 65, Rio de Janeiro, Set/Dez de 2003.

MERLO, A.R.C.; LAPIS, N.L. **A saúde e os processos de trabalho no capitalismo: reflexões na interface da psicodinâmica do trabalho e da sociologia do trabalho**. Psicol. Soc. PortoAlegre , v. 19, n. 1, p. 61-68, Apr. 2007 .

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MINAYO, M.C.S.; GOMES, S.F.D.R. **Pesquisa Social: Teria, método e criatividade**.31.ed.Petrópolis, RJ:Vozes, 2012.

MOURA, G.M.S.S.; MAGALHAES, A.M.M.; CHAVES, E.H.B.; **O serviço de enfermagem hospitalar - apresentando esse gigante silencioso**. R. Bras. Enferm. Brasília, v.54, n.3, p.482-493, jul./set. 2001.

MOURA, G.M de. **O conceito marxiano de trabalho**. Monografia (Monografia em Filosofia) Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal da Bahia, Bahia, 2012.

OLIVEIRA, A.J. **A Gestão Hospitalar Sob a Perspectiva da Micropolítica do Trabalho Vivo**, 2002, 241f. Tese. (Doutorado em Saúde Coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2002.

OLIVEIRA, J.A.S. **Telessaúde e os médicos da atenção básica: Uma análise a luz da micropolítica do trabalho e da produção do cuidado em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade Estadual de Feira de Santana, Feira de Santana, 2013.

PAIVA, S.M.A.P.et al. **Teorias Administrativas na Saúde**. Rev. Enfermagem (UERJ), Rio de Janeiro, abril/junho, 2010.

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

PEDUZZI, M.et al. **Trabalho em equipe na perspectiva da gerência de serviços de saúde: instrumentos para a construção da prática interprofissional.** Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2011.

PIRES, D. **A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho.** Rev. bras. enferm., Brasília , v. 62, n. 5, p. 739-744, Oct. 2009.

RESSEL, L.B.; BEDE, C.L.C.; ROSA, M.R. **O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa.** Texto Contexto Enferm, Florianópolis, 2008, Out-Dez; 17(4); 779-86.

RIBEIRO, B.O.S.; SAMPAIO, S.F. **O processo de trabalho em enfermagem: Revisão de literatura e percepção de seus profissionais.** Anais do XIX Encontro de Iniciação Científica da PUCC-Campinas – 29 e 30 de setembro de 2009.

RIBEIRO, E.M.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G.**A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro v. 20, n. 2, Apr. 2004 .

RUDIO, F. V. **Introdução ao projeto de pesquisa científica.** 40 ed. – Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

SANNA, M.C. **Os processos de trabalho em Enfermagem.** Rev Bras Enferm, Brasília, 2007, mar-abr, 60(2):221-4.

SHIMIZU, H.E.; CARVALHO JUNIOR, D.A. **O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e suas repercussões no processo saúde-doença.** Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2405-2414, Sept. 2012.

VIEIRA, C.E.C.; BARROS, V.A.; LIMA, F.P.A. **Uma abordagem da psicologia do trabalho, na presença do trabalho.**Psicol. rev. (Belo Horizonte), Belo Horizonte , v. 13, n. 1, jun. 2007.

THOFEHRN, M.B. et al.**A dimensão da subjetividade no processo de trabalho da enfermagem.**Rev. enferm. saúde, Pelotas (RS) 2011 jan-mar;1(1):190-198.

TRIGUEIRO, E.V.et al . **Perfil e posicionamento do enfermeiro gerente quanto ao processo de enfermagem.** Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 343-349, June 2014 .

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM

Roteiro para organização do Grupo Focal

PREPARAÇÃO

- 1- Convite aos participantes com explicação do estudo, metodologia e seus objetivos
- 2- Organização do local(cadeiras, ar condicionado, acústica do ambiente)
- 3- Rever o material utilizado (gravador de voz, papel, caneta, material digital)

EXECUÇÃO

- 1- Abertura do grupo
- 2- Recepção dos participantes - 05 minutos
- 3- Explicação do estudo, metodologia e seus objetivos - 05 minutos
- 4- Assinatura do Termo de Consentimento Informado - 05 minutos
- 5- Apresentação de cada participante - dinâmica do fóforo - 10 minutos
- 6- Apresentação da pergunta reflexiva
- 7- Elaboração da produção material gráfico- 20 minutos
- 8- Discussão do material produzido - 50 minutos

Fechamento com café da tarde.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Resolução nº 196/96 – Conselho Nacional de Saúde

Sr(a) foi selecionado (a) e está sendo convidado(a) para participar da pesquisa intitulada: **O Processo de Trabalho em um Ambulatório de Oncologia**, que possui como **objetivo**: analisar o processo de trabalho do Ambulatório de Oncologia Ylza Bianco. Este é um estudo baseado em uma abordagem qualitativa, utilizando o grupo de conversas, denominado Grupo Focal e análise do Fluxograma Descritor, uma representação gráfica das etapas do processo de trabalho.

Suas respostas serão tratadas de forma **anônima e confidencial**, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído de forma aleatória. Os **dados produzidos** serão utilizados apenas **NESTA** pesquisa e os resultados divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Sua participação é **voluntária**, isto é, a qualquer momento você pode se **recusar** ou **desistir** de participar e **retirar o seu consentimento**. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição na qual trabalha.

Sua **participação** nesta pesquisa consistirá em participar de grupos de conversas. Os grupos serão gravados, apenas, para posterior transcrição – que será guardado por cinco (05) anos e após esse período serão destruídas as gravações.

O(a) Sr(a) não terá nenhum **custo ou quaisquer compensações financeiras**. **Não haverá riscos** de qualquer natureza relacionada a sua participação. O **benefício** relacionado à sua participação será de aumentar o conhecimento científico para a área de enfermagem.

O(a) Sr(a) receberá cópia deste termo onde consta o celular/e-mail do pesquisador responsável, e demais membros da equipe, podendo tirar as suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou qualquer momento.

Esse projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) UFES.

Desde já agradecemos!

Vitória, _____ de _____ de 20____

Declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

Sujeito da Pesquisa:

(assinatura)

ANEXO I



DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que o projeto de pesquisa intitulado: "**O processo de trabalho em um ambulatório de oncologia**", da mestranda Ana Maria Zanotti de Aguiar, sob a orientação da Profª. Drª. Leila Massaroni do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo foi autorizado para ser desenvolvido nesta instituição, no período de Junho 2014 a Setembro 2014, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Vitória/ES, 17 de Junho de 2014.

Weslene Vargas Moura
Diretora das Unidades Ambulatoriais – AFEC/HSRC

Av. Marechal Campos 1579, Santa Cecília, Vitória - ES
Cep.: 29043-260 • Tel.: 3334-8000



ANEXO II

CENTRO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE/UFES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O PROCESSO DE TRABALHO EM UM AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA

Pesquisador: Ana Maria Zanotti de Aguiar

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 33283814.8.0000.5060

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 764.713

Data da Relatoria: 27/08/2014

Apresentação do Projeto:

Projeto apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo

Autora: Ana Maria Zanotti de Aguiar

Orientadora: Leila Massaroni

O processo trabalho em saúde é relacional e denominado em ato vivo. O presente estudo objetiva avaliar o processo de trabalho em saúde de um ambulatório utilizando o método do Grupo Focal e o instrumento Fluxograma Descritor, ferramenta que auxilia na compreensão dos fenômenos não alcançados na análise diária do processo do trabalho pelo próprio trabalhador. Propomos para a análise dos dados o Discurso do Sujeito Coletivo

(DSC), uma estratégia metodológica que organiza os discursos, tornando-os mais claros e explicitando as idéias e suas representações sociais na primeira pessoa do singular.

Endereço: Av. Marechal Campos 1468

Bairro: S/N

CEP: 29.040-091

UF: ES

Município: VITORIA

Telefone: (27)3335-7211

E-mail: cep@ccs.ufes.br

