

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANGÉLICA TERESA NASCIMENTO DE MEDEIROS

**ATIVIDADES PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO
HOSPITALAR: influências nas relações de trabalho**

NATAL/RN

2010

ANGÉLICA TERESA NASCIMENTO DE MEDEIROS

**ATIVIDADES PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM NO CONTEXTO
HOSPITALAR: influências nas relações de trabalho**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes

NATAL/RN

2010

Catálogo da Publicação na Fonte
Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Biblioteca Setorial de Enfermagem Prof.^a Bertha Cruz Enders

M488 Medeiros, Angélica Teresa Nascimento de.

Atividades profissionais da enfermagem no contexto hospitalar: influências nas relações de trabalho / Angélica Teresa Nascimento de Medeiros. – Natal, 2010.

128 f. : il.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Natal, 2010.

Orientadora: Prof.^a Dra. Rejane Maria Paiva de Menezes.

1. Enfermagem. 2. Equipe de enfermagem. 3. Relações interprofissionais. 4. História da enfermagem. I. Menezes, Rejane Maria Paiva de. II. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. III. Título.

RN/BSE-ENFERMAGEM

CDU 616-083

BANCA EXAMINADORA

A dissertação “**Atividades profissionais da enfermagem no contexto hospitalar: influências nas relações de trabalho**”, apresentada por Angélica Teresa Nascimento de Medeiros ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, foi aprovada e aceita como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em ____/____/2010

Prof^a Dr^a Rejane Maria Paiva de Menezes (Orientadora/ Titular)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRN

Prof^a Dr^a Abigail de Moura Rodrigues (Titular)
Universidade Federal Fluminense

Prof^a Dr^a Raimunda Medeiros Germano (Titular)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – UFRN

Prof^a Dr^a Bertha Cruz Enders (Titular)
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - UFRN

Aos meus pais,

*Terezinha de Jesus do Nascimento de Medeiros e
Cícero Pereira de Medeiros Filho,*

*“Tens o dom de ver estradas, onde vejo o fim
Me convences quando falas: não é bem assim!
Se me esqueço, me recordas
Se não sei, me ensinas.
E se perco a direção, vens me encontrar”*

(Pe. Fábio de Melo)

*Obrigada por tornarem possível minha existência,
enquanto ser e enquanto gente!*

Às minhas amigas,

*Aline Cristiane,
Rafaela Costa e
Weruska Alcoforado,*

*“Quando vosso amigo expressa o pensamento,
não temais o "não" de vossa própria opinião,
nem prendais o "sim".
E quando ele se cala, que vosso coração
continue a ouvir o coração dele,
porque na amizade, todos os desejos,
ideais, esperanças, nascem e são partilhados
sem palavras, numa alegria silenciosa.”*

(Khalil Gibran)

À professora,

Rejane Millions,

Não poderia deixar de dedicar este trabalho à pessoa que iniciou comigo esta jornada e acreditou que a escolha do meu tema seria relevante. Infelizmente, devido aos contratempos da vida, não pudemos terminar esta obra juntas, contudo não a esqueço. Trago-a sempre em meu coração e orações.

Meus sinceros Agradecimentos.

MENÇÃO HONROSA

*Creio que palavras seriam poucas pra expressar minha gratidão pela pessoa de **Rejane Maria Paiva de Menezes**, pois através de sua sabedoria e competência pude transformar esse sonho em realidade. Obrigada pelo esforço, pela força e por ter me conduzido brilhantemente nesses últimos e decisivos passos.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, por me conceder força e luz durante essa caminhada, sem Ele, nada disso seria possível. Por isso que cada dia acredito mais na expressão: “Tudo posso Naquele que me fortalece.”

À minha mãe, que sempre está ao meu lado, servindo de exemplo e me incentivando. Sem seu apoio e compreensão não seria metade do que sou hoje.

*À minha querida irmã **Acássia**, eterna amiga e companheira. És porto seguro em minha vida.*

*À tia **Margô**, pela dedicação e carinho dedicados desde que nasci. És fundamental em minha vida, verdadeiro presente de Deus.*

*À **Rejane Maria Paiva de Meneses**, minha orientadora, que assim, com muito orgulho e gratidão a considero. Acredito que Deus soube escolher direitinho o anjo de competência que iria enfrentar comigo essa reta final.*

*Às professoras, que fizeram parte da minha qualificação, as quais vieram enriquecer, estruturar e dar vida ao meu projeto, através de riquíssimas contribuições. Serei eternamente grata pelo apoio e humildade de vocês. Obrigada Prof^{as}. Dr^{as}. **Bertha**, **Soraya** e **Raimundinha**.*

*Às minhas insubstituíveis amigas, irmãs, enfim, anjos de luz em minha vida. Acredito que nossa união fez amenizar e tornar sublime aquilo que poderia ter sido muito difícil. Obrigada por tudo **Alínizinha**, **Rafa** e **Wê**.*

À minha querida **Prof^a. Bertha**, pelo exemplo de pessoa, profissional competente e ética que é. Agradeço a Deus por ter possibilitado o encontro de nossas histórias.

Aos colegas de mestrado, pela convivência bastante enriquecedora. Dentre uma imensa diversidade de pessoas, Deus permitiu que surgisse um convívio permeado de carinho, admiração, consideração e força. Forte Abraço a todos, em especial a **Neyse, Fabiane, Fátima, Neyrian, Luciana e Raionara**.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFRN, obrigada pelos conhecimentos compartilhados, os quais levarei como base em minha vida profissional.

A todos os meus familiares, que sempre torceram por mim e acreditaram que meus sonhos pudessem ser realizados. Vocês formam o lindo alicerce que me sustenta. Obrigada, **Luck's, Símom, Sarita** e priminhos do meu coração (**João Arthur, Davi, Pedrinho, Daniel e Maria Lídia**).

Às eternas amigas, **Lili, Milquinha e Mary**, pela constante presença e torcida de vocês em minha vida. É em vocês que encontro sossego em momentos de turbulência.

Aos demais amigos, em especial a **Sandroka, Deyse, Daíse, Beth, Jonas e Claudinha**, que sempre estiveram junto a mim, estendendo a mão e oferecendo apoio sincero. Beijo no coração de vocês.

Aos exemplos de profissionais, que me marcaram e me fizeram acreditar que a Enfermagem pode ser exercida em sua plenitude e que valia a pena continuar nessa jornada. Obrigada, **Edilma Costa (Lindinha), Nilba Lima e Rejane Lima**.

Às pessoas que sempre me incentivaram durante essa trajetória difícil e conturbada. Por meio de vocês a chama da esperança permaneceu

sempre acesa em minha vida profissional. Obrigada, em especial, à Jaciléide, Lygia, Juliana e Izaura.

Aos funcionários do Departamento de Enfermagem, os quais sempre se mostram solícitos e cordiais nos momentos em que precisamos. Em especial agradeço a D. Gracinha, pessoa humilde e de fé, a qual sempre me apoiou e que tenho enorme carinho.

Aos colegas e queridos alunos da Escola de Enfermagem de Natal, pelo incentivo, estímulo e carinho dedicados durante o período que estive por lá.

À Eliane Trigueiro, pela revisão e correção do texto, mas acima de tudo, pelo exemplo de pessoa esforçada e competente que é.

Aos profissionais entrevistados, pela disponibilidade em colaborar com a pesquisa.

À Direção Geral e de Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes e do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes, pela autorização e disponibilidade para a realização da pesquisa e do pré-teste do instrumento, respectivamente.

À todas as pessoas, que direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

MEDEIROS, Angélica Teresa Nascimento de. **Atividades profissionais da enfermagem no contexto hospitalar: influências nas relações de trabalho**. Natal, 2010. 128f. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

RESUMO

O presente estudo faz uma análise das relações de trabalho na equipe de enfermagem a partir das atribuições/competências de seus membros, como contribuição para o entendimento do processo de trabalho em enfermagem. Teve como objetivos identificar as competências dos membros da equipe de enfermagem através da visão de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, além de tentar detectar estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente. Trata-se de um estudo descritivo e analítico com abordagem qualitativa, fundamentado em princípios teórico-metodológicos do Interacionismo Simbólico. Teve como cenário o local de trabalho dos participantes, sendo este um Hospital Público de Referência para o SUS, localizado no Distrito Sanitário Leste do Município de Natal/RN. Participaram do estudo 19 profissionais de enfermagem, dos quais, 07 eram enfermeiros e 12 eram técnicos de enfermagem. Como procedimento de coleta, utilizou-se uma entrevista não-estruturada acompanhada de formulário, cuja foi gravada e posteriormente transcrita. Para a análise dos resultados, utilizou-se a análise de conteúdo, a qual fez emergir categorias temáticas relevantes, que foram analisadas tendo por base os referenciais teóricos desse estudo, bem como a teoria interacionista. O estudo obedeceu aos preceitos éticos da Resolução nº. 196/96, com parecer favorável do Comitê de Ética e Pesquisa da UFRN. Os resultados obtidos indicam que para os profissionais a Enfermagem é uma profissão fortemente atrelada ao processo de cuidar e recentemente vem adquirindo status de ciência. No que se refere às funções do enfermeiro, no processo de trabalho em enfermagem, tais profissionais relacionaram as categorias gerenciar/administrar como sendo as principais atividades desenvolvidas por eles, além da categoria de ensino e da prestação de assistência em cuidados de enfermagem complexos. Com relação às funções dos auxiliares e técnicos de enfermagem, notou-se que na opinião dos profissionais, não existe mais uma distinção entre as atribuições dessas categorias. Os entrevistados foram unânimes em relatar que a esses profissionais está atribuído o cuidado direto ao paciente, através da realização de cuidados de enfermagem mais simples. E, por fim, no que tange às relações de trabalho entre os membros da equipe de enfermagem, para a maioria dos entrevistados tais relações são conflituosas, desarmônicas e, geralmente, não existe união entre as categorias que compõem o processo de trabalho em enfermagem. Diante desses achados, considera-se que a importância de se conhecer o significado de enfermagem atribuído por estes profissionais, bem como as suas competências pode servir de base para a identificação dos problemas, cuja origem pode se localizar nas relações de poder, desvios de funções, distanciamento entre concepção (saber) e execução (fazer) do trabalho, além da perda da globalidade das atividades realizadas no processo de trabalho em enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Equipe de enfermagem; Relações interprofissionais; História da enfermagem.

MEDEIROS, Angélica Teresa Nascimento de. **Professional activities of nursing in the hospital context: influences on work relations.** Natal, 2010. 128f. Dissertation (Master). Graduate Program in Nursing. Federal University of Rio Grande do Norte.

ABSTRACT

The present study is based on an analysis of professional work relationships in the nursing team from the task/skills of its members as a contribution to understanding the work process in nursing. It is aimed to identify the skills of the nursing team members through the vision of nurses, technicians and nursing assistants, thus it attempts to find strategies to improve the health assistance to patients. It is a descriptive and analytical study with a qualitative approach grounded in theoretical and methodological framework of Symbolic Interactionism. The research was carried out in the participant work place, a Public Hospital of Reference for the SUS, located in the eastern health district of Natal/RN. Nineteen nursing professionals participated in the study, which seven was nurse and twelve nursing technician. As procedure to collect data we used an unstructured interview accompanied by a standard topic guide which was recorded and later transcribed. The content analysis was chosen as the main methodology to analyze the discussion, which gave rise to thematic categories that were considered relevant based on the theoretical framework of this study, and the interactionist theory. This study was in accordance with the ethical principles of the Resolution nº. 196/96, it has obtained an appropriate consent of the UFRN Research Ethics Committee. The results indicate that the professionals seen the nursing as a profession strongly attached to the health care process and as a profession that acquired a scientific status very recently. Regarding to the nursing functions in the work process in nursing, the professionals they identified the manage/administer category as the main activities developed by these professionals, thus the education and complex care in nursing categories. Concerning to the technicians and nursing assistants functions, it was figured out in the professional's opinion that there is not distinction among the attribution of these categories. The interviewed were unanimous in report that these professionals are more involved in direct patient health care through performance of basic duties in nursing care. Finally, with regard to the work relationship among nursing team members, the majority of those interviewed see this relationship as disharmony and quarrelsome and in general, there is not bond between categories that comprise the process of work in nursing. On the basis of our results we consider the importance of knowing the meaning of nursing given by these professionals; also their skills could be useful as basis to identify problems, which source could be detected in the power relationship, deviations of functions, gap between design (knowledge) and performance (doing) work, besides the loss of the global activities view in the process of nursing work.

KEYWORDS: Nursing; Nursing team; Interprofessional relations; History of nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição dos profissionais de enfermagem inscritos no COREn/RN.....	66
Quadro 1 - Caracterização sócio-demográfica e profissional dos sujeitos da pesquisa..	69
Figura 2 - Categorias dos significados de enfermagem atribuídos pelos profissionais.	80

LISTA DE SIGLAS

- ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem
- CC - Centro Cirúrgico
- CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
- EAN - Escola de Enfermagem Anna Nery
- FUNPEC - Fundação Norte RioGrandense de Ensino e Cultura
- HUOL - Hospital Universitário Onofre Lopes
- IS - Interacionismo Simbólico
- SADT - Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia
- SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem
- SUS - Sistema Único de Saúde
- UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte
- UTI - Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	19
2	OBJETIVOS	28
3	REVISÃO DE LITERATURA	30
3.1	EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO.....	30
3.2	PROCESSO DE TRABALHO E SUAS DIMENSÕES.....	32
3.2.1	O Processo de Trabalho em Saúde no Hospital	33
3.2.2	O trabalho em equipe e sua importância para melhoria da assistência em saúde	37
3.2.3	A Enfermagem e o seu Processo de Trabalho	40
3.2.4	O trabalho em equipe na enfermagem	44
3.3	O USO DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO PARA COMPREENSÃO DA EQUIPE E DO TRABALHO DE ENFERMAGEM.....	49
4	CAMINHO METODOLÓGICO	56
4.1	TIPO DE PESQUISA.....	56
4.2	CONTEXTO DA PESQUISA.....	56
4.3	PARTICIPANTES DA PESQUISA.....	57
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA.....	58
4.5	PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS.....	59
4.6	PROCEDIMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES.....	60
4.7	TRATAMENTO E ANÁLISE TEMÁTICA DAS INFORMAÇÕES.....	61
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	65
5.1	DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS.....	65
5.2	AO ENCONTRO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS.....	69
5.2.1	Eixo Temático: a enfermagem e seu significado para os profissionais	69
5.2.2	Eixo Temático: atribuições do enfermeiro na perspectiva dos profissionais de enfermagem	80

5.2.3	Eixo Temático: atribuições do técnico e do auxiliar de enfermagem na perspectiva dos profissionais de enfermagem.....	88
5.2.4	Eixo Temático: relações de trabalho da enfermagem.....	94
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS.....	106
	APÊNDICES.....	113
	ANEXOS.....	119

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO

*"Não sabendo que era impossível, ele foi lá e fez"
(Jean Cocteau)*

1 INTRODUÇÃO

O ser humano compartilha com as demais espécies a capacidade de transformar a natureza para melhor satisfazer suas necessidades. Daí surgiu o trabalho, atividade que altera o estado natural das coisas, melhorando assim sua utilidade. A palavra trabalho originou-se do latim *tripalium*, que caracterizava um instrumento de tortura ou uma canga que pesava sobre os animais (MARTINS, 2008; NICOLAU 2005; BRAVERMAN, 1987).

O trabalho humano é consciente e proposital, sendo orientado pela inteligência, contrapondo-se, portanto, ao trabalho dos outros animais, o qual é instintivo. Sendo assim, o homem, mentaliza sua criação antes de transformá-la em realidade. Dessa forma, o trabalho possibilita ao homem meios de se expressar, ou seja, ele se cria e se objetiva, torna-se ser social, humanizado, diferenciando-se de todas as formas não-humanas de existir (NICOLAU 2005; BRAVERMAN, 1987).

Segundo Morin, o trabalho humano, mesmo quando realizado de forma aleatória, é baseado em função de propriedades organizacionais. Assim, ações com caráter organizacional define *práxis*, a qual se caracteriza por um “conjunto de atividades que efetuam transformações, produções, performances a partir de uma competência” (MORIN, 2005, p. 199). Logo, trabalho é uma *práxis* que transforma e produz a partir de uma organização ativa.

Nessa perspectiva, o trabalho se torna imprescindível para a criação da identidade humana, tendo em vista que por meio dele o homem inscreve sua face na natureza, reconhece-se e cria sua identidade social e, ao criar algo novo, através da *práxis*, o homem se diferencia de outros homens e se firma enquanto ser histórico e social. Além disso, o indivíduo ultrapassa o tempo e o espaço, pois consolida no mundo material os conhecimentos acumulados ao longo do tempo, tornando-se produtor de sua própria história (KANTORSKI, 1997).

Com a Revolução Industrial, ocorrida no século XVIII, o mundo do trabalho sofreu significativas transformações políticas e sociais; há o aparecimento de classes sociais antagônicas, representadas pela burguesia e pelo proletariado, bem como a passagem da sociedade agrária para a sociedade industrial. Nesse período, o processo de trabalho se modificou e ganhou força, apresentando como características a introdução de uma base técnica e o surgimento do trabalho assalariado.

Ao se pensar em um conceito sobre o processo de trabalho, verifica-se ser o mesmo constituído pela existência de um agente, que através do uso de instrumentos, transforma um

objeto determinado em produto com alguma finalidade. Com isso, têm-se os meios de produção, os quais se constituem do objeto de trabalho e instrumentos, além da capacidade operária de produção, a qual se reflete na força de trabalho (PIRES,1998; KANTORSKI, 1997). Tal processo adquiriu forma a partir da teoria marxista, que define o processo de trabalho, em seus elementos simples e abstratos como:

uma atividade dirigida com o fim de criar valores-de-uso, de apropriar os elementos naturais às necessidades humanas; é condição necessária do intercâmbio material entre o homem e a natureza; é condição natural eterna da vida humana, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais (MARX, 1987, p. 208).

Segundo Pires (1998), para Marx, o trabalho e o trabalhador são considerados produtivos quando produzem a mais-valia, que sob a óptica capitalista, caracteriza-se pelo produto, sendo este um excedente que fica sob posse do proprietário dos meios de produção, ou seja, é o trabalho não remunerado. Logo, o agente real do processo de trabalho não é exclusivamente o trabalhador, mas sim a sua capacidade de trabalho socialmente combinada, as quais formarão a máquina produtiva, fazendo uso do trabalho manual ou intelectual.

Nessa perspectiva, para alguns autores, o trabalho na esfera dos serviços pode se caracterizar como não produtivo, dependendo do tipo de relação econômica estabelecida, tendo em vista o caráter não-material de seus produtos. Assim, em determinados serviços o produto não se separa do ato de produção, bem como de seus trabalhadores (PIRES, 1998).

Portanto, a partir da compreensão sobre a forma de como se processa o trabalho, destaca-se o trabalho em saúde, o qual se insere na esfera dos serviços, fazendo parte do setor terciário da economia. Abrange o domínio de produção não-material e se completa no ato de sua produção, na medida em que não possui como produto algo independente do processo de produção e suscetível à comercialização. Merece destaque, pois, atualmente, a maior parte da atenção à saúde dispensada a população, desenvolve-se em instituições que prestam serviços de saúde. (PIRES, 1998; BRAVERMAN, 1987).

Dessa maneira, o trabalho que se desenvolve no setor de serviços de saúde possui um produto que é a própria realização da atividade, indissociável do processo que o produz. É uma atividade coletiva, cuja finalidade é comum a todos os profissionais envolvidos no processo de trabalho, podendo abranger atividades de caráter investigativo, preventivo, curativo ou de reabilitação (BRAVERMAN, 1987; MATOS; PIRES, 2006).

De outra parte, na medida em que a organização do trabalho em saúde segue a lógica do sistema capitalista, faz-se necessário pensar no processo de trabalho de enfermagem, na

mesma perspectiva, tendo em vista que este é parte do trabalho em saúde e, considerando ser a enfermagem uma profissão em evolução, uma disciplina e uma ciência, que possui vários processos de trabalhos específicos, os quais podem ser executados concomitantemente ou não (SANNA, 2007; MCEWEN; WILLS, 2009).

As várias formas de se exercer o trabalho da enfermagem ocorrem no âmbito do assistir, administrar/gerenciar, ensinar e pesquisar. Cada dimensão desses processos pode englobar vários tipos de agentes, tais como o enfermeiro, o técnico de enfermagem, o auxiliar de enfermagem e/ou a parteira, constituindo assim a equipe de enfermagem. Ressalta-se que cada profissional citado tem funções específicas dentro da equipe de enfermagem baseadas em instrumentos e métodos próprios, os quais respaldam o trabalho de enfermagem com um caráter científico, fundamentado em diversos conhecimentos (SANNA, 2007).

Entende-se que no contexto do trabalho em saúde, a enfermagem, de acordo com Lima (2005, p. 71), “é uma ciência humana, de pessoas e de experiências com campo de conhecimento, fundamentações e práticas do cuidar dos seres humanos que abrangem do estado de saúde aos estados de doença, mediada por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas”. Desde o seu processo de organização enquanto profissão, no período capitalista, a enfermagem profissional ou moderna surgiu trazendo em seu cerne uma divisão interna do trabalho que, segundo Silva (1986), em seu interior reproduzia uma divisão entre trabalho intelectual e trabalho manual. Divisão essa, observada até hoje, na qual as funções relacionadas com o trabalho intelectual ficam a cargo dos enfermeiros e aquelas concernentes ao trabalho manual, basicamente, sob responsabilidade dos auxiliares e técnicos de enfermagem. Logo, essa forma de organização de trabalho pode gerar conflitos, visto que quem detém o trabalho intelectual se coloca em um patamar de superioridade, infligindo assim um caráter de subalternidade a quem detém o trabalho manual.

Essa concepção veio sendo construída ao longo do tempo, tendo em vista que o trabalho manual sempre foi relacionado à escravidão e a níveis de escolaridade mais baixos, sendo, portanto, considerado socialmente inferior. Por outro lado, o trabalho intelectual sempre esteve atrelado a um maior prestígio social e, conseqüentemente, a um maior grau de instrução, sendo exercido por parcelas nobres da sociedade (SILVA, 1986).

Na forma de organização do trabalho atual, das sociedades capitalistas, Harnecker (1983) explica que o processo de trabalho ocorre a partir de condições históricas concretas, na qual, de alguma forma, os homens estabelecem relações entre si, sejam elas de colaboração ou de exploração. Logo, as relações existentes entre os trabalhadores são denominadas de relações de produção, as quais irão determinar historicamente o caráter que a produção

assume num dado período. Assim, os tipos de relações estabelecidas durante o processo de trabalho influenciam o modo de agir do homem frente à natureza.

Nesse sentido, observa-se que o fazer da enfermagem implica no envolvimento de várias categorias de trabalhadores, as quais ocupam posições específicas dentro do processo de trabalho em saúde, bem como de enfermagem. Sendo o objeto de trabalho da enfermagem essencialmente o cuidado à saúde, não cabe a lógica de execução de um maior número de procedimentos em um menor tempo possível, que é (pode-se dizer), o que mais tem caracterizado a natureza do trabalho em sociedades de economia capitalista. Portanto, faz-se necessário reaproximar os trabalhadores da enfermagem dos resultados de seu trabalho e valorizar todo o grupo profissional (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Isso posto, ao observar durante a graduação e atualmente como enfermeira, as relações de trabalho da equipe de enfermagem, envolvendo os enfermeiros e técnicos de enfermagem, no ambiente hospitalar, percebi que apesar de ser um trabalho coletivo, o mesmo parece não ser realizado em equipe. Geralmente, o trabalho é baseado em ações fragmentadas, nas quais os diversos profissionais executam suas atividades de maneira isolada, sem muita discussão e diálogo acerca do plano de cuidado (quando esse existe) que está sendo prestado ao paciente.

Vê-se que, rotineiramente, nos mais diferentes setores, como enfermarias, pronto-socorro, unidade de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico (CC), os enfermeiros estão envolvidos, principalmente, com as atividades de gerência, enquanto a realização dos cuidados de enfermagem que envolvem atividades como: passagem de sondas (gástrica e vesical), troca de curativos complexos de acesso central, tratamento de feridas mais complexas, realização de gasometrias, dentre outras, são delegadas aos técnicos de enfermagem. Estes, muitas vezes, não se sentem preparados para assumir tais atividades. Além disso, na maioria das vezes, tais procedimentos são praticados sem supervisão, refletindo assim em uma prática isolada e desarticulada, sem avaliação crítica das consequências que essas ações podem ocasionar ao paciente.

Em vista disso, muitas vezes, percebe-se que os cuidados de enfermagem realizados por sua equipe não são desempenhados de forma adequada, seja pela falta de qualificação profissional, seja pela sobrecarga de trabalho consequente da delegação indiscriminada de funções entre os membros das equipes de saúde e, principalmente, entre os profissionais da equipe de enfermagem (enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem).

Dessa forma, a assistência de saúde prestada ao paciente pode ser prejudicada em função de ser realizada por profissionais que se perderam dentro do processo de trabalho, haja vista o desrespeito e até mesmo a falta de conhecimento, por parte de alguns, ante a definição

de suas competências e atribuições. Além disso, nota-se o enfermeiro distanciado, cada vez mais, das funções de assistência de enfermagem e, conseqüentemente, da realização do cuidado direto ao paciente.

Apesar disso, as atividades que cada componente da equipe de enfermagem deve exercer estão dispostas na Lei 7.489/86 (ANEXO A), a qual regulamenta o exercício da enfermagem. No entanto, em nossa realidade, parece existir um conflito no entendimento dessas atividades por parte dos profissionais de enfermagem, que por vezes tem demonstrado um desconhecimento a respeito do que lhes competem no processo de cuidar da enfermagem. Além disso, as relações de trabalho entre categorias com níveis de formação diferentes também é um fator complicador para a realização do trabalho de enfermagem, pois tem ocorrido, algumas vezes, enfermeiros que procuram se beneficiar da arbitrariedade do mandar e delegar, tendo em contrapartida os técnicos de enfermagem que fazem uso de atitudes de negação frente às “ordens” impostas pelos enfermeiros.

Desse modo, percebe-se que pode existir um conflito de funções, visto que os profissionais não assumem devidamente suas atribuições. Assim, cria-se entraves dentro da equipe e as dificuldades, geralmente não são enfrentadas e discutidas através de diálogos abertos, facilitando a existência de uma atmosfera negativa, tornando as relações cada vez mais tensas e conflituosas.

Frente a essas dificuldades, a Enfermagem brasileira pode contar com o apoio de entidades de classes, as quais representam a profissão, no sentido de somar esforços para que haja uma qualificação dos profissionais de enfermagem, no intuito de contribuir para melhoria da qualidade da assistência prestada, bem como oferecer a esses profissionais a possibilidade de crescimento profissional e acesso a salários dignos.

Nesse sentido, destaca-se a atuação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), a qual se caracteriza por ser a primeira organização profissional da enfermagem brasileira. Essa entidade tem como funções reunir as diferentes categorias que compõem a enfermagem; possibilitar o desenvolvimento técnico-científico, cultural e político; proporcionar a articulação com organizações nacionais ou internacionais, além de divulgar as atividades de enfermagem (OGUISSO, 2007).

Dentre algumas conquistas da ABEn, pode-se citar a luta para que fosse possível a classificação do enfermeiro no nível técnico-científico e com isso possibilitar a equiparação salarial do enfermeiro ao nível universitário. Além disso, destaca-se também algumas contribuições tanto na esfera nacional como internacional, em que se pode citar a publicação da Revista Brasileira de Enfermagem e sua participação na criação de outras entidades de

enfermagem nacional, como o Conselho Federal de Enfermagem e seus respectivos conselhos regionais (OGUISSO, 2007).

Dessa maneira, nota-se que a participação dos trabalhadores de enfermagem em entidades de classe é de fundamental importância para o desenvolvimento da profissão, assim como também para valorização e reconhecimento desses profissionais por parte da sociedade (OGUISSO, 2007).

Isso posto, recentemente, foi criado o Projeto de Lei nº 005 de 2002 (ANEXO B), o qual altera os artigos 2º e 23º da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, estabelecendo um prazo, a partir do qual não seriam concedidos novos registros de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras. Além disso, visa assegurar aos profissionais existentes o acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem e dá outras providências.

Diante disso, compartilha-se com as ideias de Silva (1986, p. 117), quando ressalta que

os conflitos entre enfermeiras e atendentes, raramente referidos, são explicados de forma simplificada pelo “despreparo dos últimos”. Ora, trata-se aí na verdade, da contraposição de saberes específicos diferencialmente valorizados pela ideologia dominante e não da ausência de saber dentre aqueles ocupacionais. Aliás, funções tidas como específicas de enfermagem – as ligadas ao cuidado direto do paciente – são comumente executadas pelos ocupacionais, o que os torna mais habilitados a exercê-las. Portanto, esse fato contradiz o postulado de que as enfermeiras, por terem um maior preparo formal, estão mais aptas, conseqüentemente, a dar cuidado direto ao paciente.

De acordo com a autora citada, os conflitos existentes entre as categorias de enfermagem, “não se trata de uma indefinição de papéis, uma vez que estes estão definidos legalmente e de fato, mas, sobretudo, da postura ambivalente das enfermeiras brasileiras em relação ao seu objeto de trabalho” (SILVA, 1986, p. 122). E acrescenta que “uma assistência de enfermagem de qualidade dependeria, por sua vez, do processo de qualificação de enfermeiro e ocupacionais, implicando, a médio e longo prazo, a diminuição do leque das categorias dos ocupacionais” (SILVA, 1986, p. 125).

Nessa perspectiva, torna-se fundamental a presença de profissionais qualificados, para que a assistência oferecida seja efetiva, tendo em vista que o cuidar, na enfermagem, pode ser realizado diretamente ao indivíduo, através da assistência direta (realização de procedimentos) ou pode ocorrer de maneira indireta, a partir da manutenção de adequadas condições para que a pessoa possa se restabelecer.

Partindo dessas inquietações, definiu-se o seguinte questionamento: como se encontram as relações de trabalho, na equipe de enfermagem, a partir das atividades profissionais de seus membros?

Nessa perspectiva, a relevância desse estudo se justifica pela possibilidade da prestação de uma melhor assistência de enfermagem ao paciente, baseada em relações de trabalho mais harmoniosas entre os componentes da equipe de enfermagem.

Somando a isso, a compreensão dos profissionais sobre o seu processo de trabalho, objeto, meios e finalidade de suas ações na equipe de enfermagem poderá contribuir para que o processo de trabalho possa se realizar de maneira mais harmônica, com cada profissional desenvolvendo suas competências específicas, sem causar prejuízos ao trabalho do outro e, conseqüentemente, de sua equipe. Logo, cada trabalhador poderá ver sentido na prática em que realiza e isso pode refletir no modo como a profissão é vista pela sociedade. Por fim, o cliente/paciente, alvo da assistência, receberá cuidados adequados, refletindo, assim, no atendimento seguro de suas necessidades.

Diante do exposto, a compreensão do significado para os profissionais de enfermagem acerca de sua profissão, bem como de suas competências e atribuições pode vir a ser o ponto de partida para o estabelecimento de melhorias das relações de trabalho na equipe de enfermagem.

A postura de cada profissional dentro do processo de trabalho em enfermagem irá depender do significado que cada um detém sobre sua profissão. Com relação aos enfermeiros, suas atitudes profissionais também irão depender do conceito prévio que os mesmos tinham da profissão antes de entrarem na faculdade e, principalmente, da própria formação profissional.

Nesse sentido, as impressões e significados sobre a profissão certamente começaram a tomar forma a partir de Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna, tendo em vista atributos como disciplina, obediência e subserviência estarem diretamente atrelados ao exercício diário da profissão, seja no âmbito das ações assistenciais como das relações entre a Enfermagem e a Medicina e entre a enfermagem e a administração hospitalar (ANDRADE, 2007).

Desse modo, o ato de cuidar terá para cada profissional um significado diferente, o qual irá guiar sua prática, bem como suas relações com outros profissionais. Assim, a eficácia da assistência prestada dependerá da interação harmoniosa entre a formação profissional e a formação moral, a qual poderá ser carregada de valores, estigmas e determinações.

Dessa maneira, fez-se a opção, neste estudo, por utilizar o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico-metodológico, tendo em vista que o mesmo tem no significado, seu ponto central na teoria, sendo as ações (individuais ou coletivas) construídas a partir da interação entre as pessoas. Assim, busca-se compreender o outro a partir dos significados que ele atribui às suas experiências (LOPES; JORGE, 2005; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Na perspectiva do IS o homem interpreta ou define as ações uns dos outros, não apenas reagindo frente a elas. Suas respostas são dadas com base nos significados atribuídos (pelo homem) a tais ações, ou seja, o indivíduo emprega um significado ao objeto. Logo, o objeto não possui caráter próprio que age sobre ele (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; MENDONÇA, 2002). “O significado que a pessoa atribui a uma situação vivenciada surge da interação e da interpretação que se faz daquela situação” (LOPES; JORGE, 2005, p. 104).

Portanto, ao ser identificado o modo como os profissionais de enfermagem visualizam as atividades que lhes competem dentro da equipe, pode-se captar o significado atribuído por eles ao seu trabalho e assim compreender como ocorrem as relações dentro da equipe para posteriormente se trabalhar os pontos negativos e, conseqüentemente, fazer essa conduta refletir na melhoria da assistência prestada ao paciente.

CAPÍTULO 2

OBJETIVOS

*"Onde há vontade, há caminho"
(Bernard Shaw)*

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar as relações de trabalho da equipe de enfermagem a partir das atividades profissionais de seus membros.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Verificar o significado de Enfermagem para os membros da equipe;
- Identificar as atividades profissionais dos membros da equipe de enfermagem na perspectiva dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem;
- Detectar estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente a partir das relações de trabalho da equipe de enfermagem.

CAPÍTULO 3

REVISÃO DE LITERATURA

*“Foi o tempo que dedicastes a tua rosa que fez tua rosa tão importante”
(Antoine de Saint-Exupéry)*

3 REVISÃO DE LITERATURA

Este capítulo se constitui, em seu conjunto, no referencial teórico acerca do objeto de estudo deste trabalho, trazendo seus principais conceitos e análises sobre os temas: trabalho e a sua evolução histórica, processo de trabalho e suas dimensões, bem como as especificidades do trabalho em saúde e enfermagem. Por fim, abordou-se a importância da utilização da teoria interacionista para auxiliar na compreensão dos significados que permeiam o trabalho em enfermagem.

3.1 EVOLUÇÃO HISTÓRICA DO TRABALHO

Na Antiguidade Clássica, tanto na Grécia quanto em Roma existiam, as seguintes formas de trabalho: a escravidão, geralmente exercida pelos dominados de guerras e o trabalho livre, realizado pelos homens livres. No regime escravista, o trabalhador escravo era considerado coisa, não possuindo qualquer tipo de direito, pois não existiam direitos trabalhistas. Tal forma de trabalho era considerada subalterna e de natureza rústica e penosa, conforme o trabalho a ser executado. Por exemplo, o trabalho no campo e nas minas eram dessa natureza, já o trabalho do escriba no senado, não. Como trabalho livre estavam o intelectual, artístico e o especulativo praticado pelos que não eram nobres. Em ambas as sociedades as condições de trabalho eram bastante semelhantes, haja vista a influência grega em vários aspectos da vida romana. Com relação ao cuidado dos doentes, na Roma Antiga, ele era considerado um modo de trabalho indigno para os cidadãos romanos, sendo por isso, exercido por estrangeiros ou escravos (MARTINS, 2008; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

Com o advento do Cristianismo, ainda existia alguma forma de trabalho escravo. Não obstante, vale ressaltar que o trabalho sob a perspectiva do cuidado deixou de ser uma prática exclusiva dos escravos, visto que o cuidar passou a ser relacionado à caridade, sendo esta considerada o amor de Deus em ação. Portanto, poderia também ser exercida por homens e mulheres cristãos. Assim, as mulheres tiveram a oportunidade de exercer um trabalho social ativo (PADILHA; MANCIA, 2005).

Posteriormente, na Idade Média, época do Feudalismo, tinha-se como forma de trabalho a servidão. O trabalho era considerado um castigo e os nobres não trabalhavam. Os

servos entregavam parte da produção rural em troca da concessão de proteção militar e política por parte dos senhores feudais (MARTINS, 2008).

Mais tarde, apareceram as corporações de ofício compostas pelos mestres e aprendizes, surgindo, posteriormente, um grau intermediário, constituído pelos companheiros. Nessa época os trabalhadores tinham um pouco mais de liberdade. Tal forma de trabalho desapareceu com a Revolução Francesa, em 1789, pois foi considerada incompatível com o ideal de liberdade do homem (MARTINS, 2008).

Em 1791, ainda na França, iniciou-se a liberdade contratual, suprimindo de vez as corporações de ofício, permitindo assim a liberdade de trabalho. Finalmente, em 1848, a Revolução Francesa e sua Constituição reconheceram o direito ao trabalho, sendo dever do Estado a obrigação de dar meios ao desempregado para ganhar sua subsistência (MARTINS, 2008).

Mais adiante, no século XVIII, com os avanços oriundos da área tecnológica e consequente organização do sistema fabril, têm-se o surgimento da Revolução Industrial. Logo, o trabalho foi transformado em emprego e os trabalhadores passaram a trabalhar por salários. Assim, nascia um novo modo de produção econômica: o Capitalismo, cujas características foram o trabalho coletivo, a compra e venda da força de trabalho, a concentração do capital em poder de um número reduzido de pessoas, a falta de motivação dos operários, o crescimento desordenado das cidades, dentre outras (MARTINS, 2008; MATOS; PIRES, 2006; ORNELLAS; MONTEIRO, 2006).

É então nesse contexto, de modo de produção capitalista, que o trabalho se torna subordinado ao capital e os meios de produção se transformam em propriedade privada. Em vista disso, percebe-se que é através do trabalho, o qual vai se alterando ao longo da história, que ocorre, na sociedade, a produção de riqueza sob suas diversas formas (BRASIL, 1994; ALMEIDA, 1987).

3.2 PROCESSO DE TRABALHO E SUAS DIMENSÕES

Com o advento do modo de produção capitalista, o trabalho passa a ser visto enquanto processo de produção e, através dele, são criados produtos (valores de uso) destinados ao atendimento de necessidades. Dessa forma, tem-se o processo de trabalho, o qual se caracteriza pela presença do homem, dotado com sua força física e intelecto, capaz de agir sobre um mundo passivo que pode ser transformado mediante sua prática (HARNECKER, 1983; NICOLAU, 2005).

De acordo com Marx (1987, p. 202), o trabalho é definido como “um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”. Com isso, o homem produz e reproduz sua existência, estabelecendo relações sociais e concretizando sua subjetividade através da produção de bens e serviços (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Ademais, o processo de trabalho se verifica por meio de relações de produção determinadas historicamente. Assim, todo processo produtivo engloba dois elementos indissociáveis: o processo de trabalho e as relações de produção. Esses elementos compõem a estrutura conceitual do materialismo histórico. Desse modo, o materialismo se configura como um pressuposto filosófico básico, que oferece explicações às relações sociais pautadas em condições materiais. Além disso, ele é histórico, visto que seus condicionantes ocorrem em um dado tempo, espaço e movimento. (HARNECKER, 1983; LOMBARDI, 2000).

Entendendo assim o processo de trabalho, certifica-se que ele se constitui pelos seguintes componentes: objeto, meios de trabalho, força de trabalho e produto. É sobre o objeto (matéria-bruta e matéria-prima) que a ação/trabalho humano se desenvolve. A compreensão do objeto ocorre, basicamente, por meio da identificação de suas características, o que possibilita a visualização do produto final, o qual foi previsto a partir das finalidades do trabalho (HARNECKER, 1983; GONÇALVES, 1994; NICOLAU, 2005).

Além disso, têm-se os meios de trabalho, os quais podem se dar em sentido estrito, caracterizando-se pelas coisas utilizadas diretamente pelo homem para transformar o objeto; ou em sentido amplo, que englobam os meios anteriormente citados, além das condições materiais necessárias para ocorrência da transformação do objeto. Como exemplo desses meios, citam-se: as estradas, fábricas, dentre outros (HARNECKER, 1983; NICOLAU, 2005).

Ainda no conjunto dos elementos constituintes do processo de trabalho, apresenta-se a força de trabalho (condição subjetiva da produção), que se caracteriza pela energia do trabalhador dispensada durante a realização do trabalho. O capitalista, ou seja, o proprietário, utiliza a força pertencente ao trabalhador como mercadoria adquirida. Nesse sentido, o processo de trabalho antes visto por Marx como humanizante, agora adquire um caráter desumano, alienante, considerando que a força humana de trabalho passa a ser comercializada, tornando-se uma mercadoria. (NICOLAU 2005; PIRES, 1998; BRAVERMAN, 1987; HARNECKER, 1983).

Nessa direção, Harnecker (1983) afirma que, ao final do processo de trabalho, espera-se que surja o produto final, configurado através do valor de uso, tendo em vista que irá atender a determinada necessidade humana. Sendo assim, o produto é resultado de interações entre a força de trabalho e os meios de produção (objeto e meios de trabalho). Cabe ressaltar que esses elementos fazem parte de um mesmo processo, não podendo ser considerados separadamente. Dessa maneira, compreende-se que o trabalho humano está sujeito a uma diversidade de atividades produtivas, sendo os processos de trabalhos dependentes do tipo, modo de desempenho, dentre outros (MATOS; PIRES, 2006; BRAVERMAN, 1987; ALMEIDA, 1987; HARNECKER, 1983).

3.2.1 O Processo de Trabalho em Saúde no Hospital

O surgimento do mercado globalizado e a transformação da atividade humana em mercadoria, reflexos do capitalismo, influenciaram diretamente o crescimento do setor de serviços. Esse fato ocorreu quando o capitalista percebeu que era interessante lucrar através do pagamento de pessoas para prestarem serviços. Assim, o resultado do trabalho realizado na forma de serviço pode ser uma mercadoria comercializável, como é o caso dos produtos de um supermercado, ou a produção e o consumo concomitante de determinada coisa, como é o caso da prestação de serviços em saúde (PIRES, 1998).

Nesse contexto, a prestação de serviços em saúde pode ocorrer por meio de realização de consultas, cirurgia, exames, administração de medicamentos, orientação nutricional e psicológica, além de várias outras. Esses serviços, em grande parte, acontecem em espaços institucionalizados, os quais organizam o seu processo de funcionamento e de produção sob diversas influências político-sociais e econômicas (PIRES, 1998).

Nessas circunstâncias, com as necessidades sociais de controlar a doença, bem como controlar a escassez da força de trabalho e garantir a produção e conseqüente lucratividade do mercado capitalista, ocorreu a transformação do hospital enquanto instrumento de cura e, com isso, o nascimento da clínica atrelada a centros de estudos e pesquisas, influenciando até hoje, profundamente, a maneira como a sociedade percebe e age perante os problemas do processo de saúde-doença (PIRES, 1998; ALMEIDA; ROCHA, 1997; SILVA, 1986).

As atividades médicas passaram a se centralizar na medicalização do corpo e, além disso, por meio de influências disciplinares, os espaços internos do hospital foram divididos em enfermarias. Os enfermos eram dispostos em leitos e a prescrição era individualizada. A enfermagem, por sua vez, passa a elaborar manuais de técnicas, normas e rotinas, regulando, assim, o cuidado assistencial, bem como as rotinas hospitalares (DAHER, 2000; ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Por sua vez, o trabalho em saúde passa a concentrar suas atividades assistenciais em um mesmo local e a ser coletivo, tendo em vista ser exercido por vários profissionais. Ao destacar, nesse contexto, a enfermagem, esta se profissionaliza sob as influências do capitalismo e passa a desenvolver sua prática no novo ambiente hospitalar institucionalizado e, posteriormente, no espaço ambulatorial, compondo o trabalho coletivo em saúde (PIRES, 1998).

É importante salientar que anteriormente o hospital se destinava a isolar os enfermos do convívio social, protegendo, dessa forma, as famílias mais abastadas. Nesse caso, a presença médica nesses locais era muito rara. As pessoas que ali exerciam suas atividades (religiosos, leigos, dentre outras) não se preocupavam com a cura, mas sim com a salvação da própria alma, já que estavam prestando assistência de caráter caritativo (FOUCAULT, 2007; DAHER, 2000; ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Assim, de acordo com Pires (1998, p. 87),

a lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional. A assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

Nesse contexto, o hospital se torna um espaço terapêutico e de ensino, o qual se consolida na medida em que faz uso intenso de tecnologias voltadas para a assistência. Esse espaço agrega duas maneiras distintas de se organizar a prática assistencial: o trabalho profissional independente, que apresenta certo controle do processo de trabalho; e o trabalho

coletivo. Esta última forma de organização tem na figura médica o elemento central da assistência. Desse modo, o trabalho dos outros profissionais, incluindo os da enfermagem, passa a instrumentalizar o processo de trabalho médico, porém, cabe ressaltar que a subordinação é em nível do trabalho médico e não do profissional médico (PIRES, 1998; ALMEIDA; ROCHA, 1997; MELO, 1986).

Acrescente-se, também, que o hospital reproduz em sua política interna as orientações políticas gerais, que refletem, a partir da conformação de sua estrutura de poder, as relações de classe e domínio existentes na esfera social. Dessa maneira, pode-se dizer que esse ambiente institucional se adapta às transformações políticas e econômicas, porém conserva características próprias referentes à tomada de decisões acerca de políticas médicas e hospitalares. Fazendo, dessa forma, emergir a produção e reprodução das relações de poder (CARAPINHEIRO, 1993).

A partir das notas introdutórias supracitadas sobre os aspectos que compõem o processo de trabalho na instituição hospitalar, enquanto local que desenvolve e estabelece relações entre diferentes profissionais da área da saúde, é certo haver necessidade de maior compreensão sobre o processo de trabalho em saúde, o qual tem no hospital, o espaço de construção de suas práticas.

Sobre o processo de trabalho, observa-se que na dinâmica econômica do sistema capitalista de produção, mais especificamente, no processo de trabalho em saúde, observam-se três características importantes: a primeira, fundamenta-se no fato de que tal processo deve compor aspectos comuns a outros existentes na indústria, bem como em outros setores da economia. Entretanto, no âmbito da saúde, o processo de trabalho se caracteriza por ser abstrato, tendo em vista, os diferentes modos de se realizar as ações em saúde (NOGUEIRA, 1991).

A segunda característica diz respeito ao caráter de serviço atribuído ao processo de trabalho em saúde, nesse sentido, o seu desenvolvimento ocorre numa esfera de integração entre aspectos intelectual e manual, além de comportar a fragmentação dos atos. Desse modo, na prestação de serviços em saúde, o profissional, em geral, além de deter a direcionalidade técnica do processo, através da intelectualidade, também participa de forma direta do fazer concreto. Tudo isso em um ambiente em que o usuário percorre diferentes caminhos (diagnósticos e terapêuticos) para que seu problema de saúde seja resolvido (NOGUEIRA, 1991).

Quanto à terceira característica, Nogueira (1991), relata haver uma interrelação pessoal muito intensa, a qual está diretamente relacionada com a eficácia do ato em saúde.

Dessa forma, o serviço em saúde não se concretiza em ações sobre coisas e objetos, mas sim sobre pessoas. O objeto é humano, sendo representado por um único indivíduo, grupos sociais e/ou populações. Estes, por sua vez, possuem a particularidade de fazerem parte do processo de trabalho, sendo assim, co-responsáveis pelo êxito ou não da ação (FELLI; PEDUZZI, 2010; NOGUEIRA, 1991).

Nesse contexto, segundo Lunardi Filho e Leopardi (1999), no processo de trabalho em saúde o produto e o consumo se confundem, tendo em vista que o cliente se torna, ao mesmo tempo, o principal objeto de trabalho e o produto, nos quais se realizam as ações dos profissionais, ocorrendo uma interposição das etapas do trabalho, na medida em que seu principal objeto (ser humano) não é exclusivamente material.

Dessa maneira, o processo de trabalho em saúde apresenta como finalidade a ação terapêutica, a qual se direciona ao objeto de ação, que é o indivíduo ou grupos doentes, por meio da utilização de instrumentos, tais como: equipamentos e condutas técnicas, além de conhecimentos próprios, os quais refletem o saber de saúde. Cabe então frisar que tanto o objeto como os instrumentos de trabalho em saúde não são naturais, ou seja, não são encontrados na natureza em sua forma bruta, o que marca uma especificidade importante de tal processo (FELLI; PEDUZZI, 2010; PIRES, 1998).

Frente a esses elementos, busca-se obter como produto final a assistência a saúde, seja na perspectiva curativa de promoção ou de proteção à saúde; sendo estas consumidas no mesmo instante em que são produzidas. Adicione-se a isso, outras especificidades desse processo, como a ênfase a ser dada à qualidade do serviço, pois o mesmo ao ser consumido no ato da produção, não permite trocas, caso ocorra algum defeito, como no caso da venda de mercadorias. Outra especificidade de relevância reside no fato de o profissional de saúde poder perder seu objeto de trabalho para morte (FELLI; PEDUZZI, 2010; PIRES, 1998).

Assim, considera-se que o processo de trabalho em saúde é comum a vários tipos de profissionais inseridos em áreas diferentes, cada um apresentando suas especificidades de conhecimentos e práticas, bem como com uma diversidade de atores no espaço hospitalar, que surge a partir de exigências quantitativas cada vez maiores nos serviços de saúde.

Percebe-se que essa heterogeneidade é a base de relações de trabalho conflituosas, tendo como causa fatores como relações de dominação e perda do controle do processo de trabalho, o que acaba por gerar sua fragmentação e alienação (PIRES, 1998; PIRES, 1989).

Desse modo, é importante destacar a lógica do trabalho em equipe como ferramenta para amenizar e até mesmo resolver os problemas referentes à diversidade de profissionais que compõem e estabelecem as relações de trabalho no ambiente hospitalar.

3.2.2 O trabalho em equipe e sua importância para a melhoria da assistência em saúde

Mucchielli apud Peduzzi (1998) distingue equipe de grupo, pelo fato de a este último não estar, necessariamente, atrelada a realização do trabalho em si, ou seja, a ação, seja ela intelectual ou manual. Logo, esse conceito grupal se restringe a vínculos afetivos, de convivência ou de trocas informais, entre as pessoas.

Nesse sentido, tem-se no exemplo da família o primeiro grupo ao qual se pertence a partir do nosso nascimento. É nela em que ocorrem as primeiras relações que orientarão as definições de papéis, servindo, posteriormente, como uma base para a atuação em outros grupos secundários, tais como o trabalho (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Em um grupo de trabalho o que existe é a soma das contribuições de cada componente, sendo, portanto, individualizada a responsabilidade. A interação existe no sentido de trocar informações e tomar decisões que ajudem cada membro a exercer seu papel de modo individual. A equipe, contudo, através de um esforço coordenado, gera sinergia positiva, tendo em vista o desempenho coletivo, sendo o resultado maior do que a soma das partes individuais (ABREU et al., 2005).

Logo, as equipes possuem todas as vantagens dos grupos de trabalhos, além do estabelecimento de objetivos únicos para o trabalho coletivo, portanto, são formas mais aprimoradas de grupos de trabalho. A responsabilidade é individual, bem como coletiva, e as habilidades dos seus membros se complementam (ABREU et al., 2005). Assim, de acordo com Peduzzi (1998, p.11), “a noção de equipe, etimologicamente, está associada à realização de uma tarefa ou de um trabalho compartilhado entre vários indivíduos, que tem nessa tarefa ou trabalho um objetivo comum a alcançar”.

Amaru (1993) aponta algumas vantagens do trabalho em equipe, tais como: sinergia - aspecto que se relaciona com a potencialização das capacidades individuais; eficiência e economia - as quais se dão por meio do compartilhamento de recursos; eficácia - aspecto medido através da grande probabilidade de se alcançar os objetivos e, por fim, o clima saudável de trabalho.

Por essa razão, a compreensão do real significado de equipe se torna imprescindível, pois o envolvimento coletivo dos profissionais é fundamental para um atendimento em saúde com qualidade e eficiência. Nessa perspectiva, no âmbito da saúde, o trabalho em equipe ganhou destaque no Brasil na década de 70, tendo em vista as necessidades de expansão da

cobertura dos serviços, bem como a possibilidade de racionalização dos mesmos (ABREU et al., 2005; PEDUZZI, 1998).

Dessa maneira, as políticas de saúde, incorporaram as propostas de trabalho em equipe e de integralidade das ações de saúde da Reforma Sanitária, já que tais condutas refletiriam na melhoria da qualidade dos serviços prestados no setor saúde. Isso se deve ao fato das organizações de saúde (hospitalares ou unidades básicas) possuírem divisões de funções, com diversos profissionais de áreas diferentes. Ocorre, assim, distribuição de trabalho e responsabilidades de acordo com a especialidade e o grau de conhecimento de cada profissional (PEDUZZI, 1998; GINDRI et al., 2005).

Desse modo, a perda do sentido existente na dicotomia entre a assistência médica e a saúde pública contribuiu para o surgimento de equipes multiprofissionais, as quais sofreram influências do princípio da integralidade da assistência, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tal princípio implica na prestação de uma atenção integral à saúde, considerando as necessidades específicas dos indivíduos ou grupos através dos mais diferenciados níveis de complexidade (BRASIL, 2000; PEDUZZI; CIAMPONE, 2010).

Diante disso, as ações em saúde não devem ser executadas de forma automática, sendo, portanto, a autonomia profissional, um fator importante no trabalho nessa área. Os profissionais desse campo assumem seu papel mediante uma esfera de autonomia e responsabilidades próprias a cada tipo de profissão. Nessa perspectiva, o trabalho em equipe irá se configurar no momento em que a interdependência das ações, bem como a autonomia profissional do outro forem levadas em consideração (PEDUZZI; CIAMPONE, 2010).

Outro aspecto que se destaca no âmbito do trabalho multiprofissional em saúde é a especialização profissional. Esta ocorre tanto em nível de produção de conhecimento como em nível da atuação prática dos profissionais. Logo, a eficácia do atendimento ao usuário dependerá dessa especialização, tendo em vista a crescente incorporação tecnológica nesse setor, além do aumento e difusão de novos conhecimentos. Daí se faz necessária a articulação entre os diversos trabalhadores do referido setor, no intuito de somar competências, objetivando as necessidades de saúde dos pacientes, as quais não poderão ser supridas por um único profissional (PEDUZZI; CIAMPONE, 2010).

Nesse sentido, Peduzzi (1998; 2001) traz que, “no âmbito da saúde, dois tipos de aspectos podem pautar a ideia de trabalho em equipe: a equipe agrupamento e a equipe integração”. Assim, a equipe como agrupamento de agentes se caracteriza pela fragmentação, justaposição de ações e ênfase na especificidade dos trabalhos. Já a equipe como integração de trabalhos, incorpora a ideia da integralidade das ações, bem como a necessidade de

recomposição dos saberes e ocupações especializadas, dando ênfase à flexibilidade da divisão do trabalho.

Diante do exposto, cabe ressaltar que a eficiência técnica, não é o único modo de um grupo se caracterizar como equipe. Segundo Kreutz apud Peduzzi (1998), tal grupo deverá, também, apresentar boas relações interpessoais. Logo, para construção e desenvolvimento das equipes é necessária a existência de tarefas e relações interpessoais. Por isso, trabalhar em equipe não é simples, exige a cooperação de todos, podendo cada um ter a oportunidade de manifestar e compartilhar os conhecimentos de cada indivíduo (PEDUZZI, 1998; GINDRI et al., 2005).

Segundo Gindri et al. (2005, p. 37) a verdadeira equipe é “dinâmica, criativa, comemora as vitórias, mas consegue conviver e aceitar com tranquilidade os fracassos”. Desse modo existirá sempre uma preocupação em conhecer, reconhecer e considerar o trabalho dos indivíduos, independente de pertencerem ou não a mesma área de atuação. É preciso, todavia, que os conflitos sejam trabalhados a partir de uma atitude dialógica (PEDUZZI, 1998).

Nesse contexto, a comunicação é prática comum no cotidiano dos profissionais que compõem a equipe. Além disso, é através da mediação simbólica da linguagem que os indivíduos articulam as intervenções técnicas (SHIMIZU; CIAMPONE, 2004). Assim é válido destacar que:

a linguagem é inseparável do homem, segue-os em todos os seus atos, sendo o instrumento graças ao qual o homem modela seu pensamento, seus sentimentos, suas emoções, seus esforços, sua vontade e seus atos, o instrumento graças ao qual ele influencia e é influenciado, a base mais profunda da necessidade humana (CHAUÍ, 2000, p. 172).

Baseado nisso, para alguns autores a comunicação precisa ser eficaz, aberta e clara entre os membros da equipe, e é muito importante para o processo de trabalho, pois é a partir dela que se dão as relações entre os profissionais e, conseqüentemente, a obtenção dos objetivos. Do contrário, conflitos e tensões podem ser criados dentro da equipe, prejudicando assim, a assistência prestada ao sujeito, já que a equipe se torna rígida, com comportamento estereotipado, tendendo à burocratização (ABREU et al., 2005; SHIMIZU; CIAMPONE, 2004).

Dessa forma, é válido ressaltar que uma equipe necessita ser compreendida como uma estrutura que se constrói e reconstrói constantemente, não se restringindo, apenas, pela convivência de trabalhadores em um mesmo ambiente. De qualquer maneira, o trabalho em

saúde será dividido, já que cada profissional terá um papel específico a desempenhar. Logo, o trabalho em equipe ocorrerá através da interação e troca de conhecimentos entre os profissionais, tendo em vista a importância da articulação dentro de um campo profissional comum a todos (FORTUNA et al., 2005; ARAÚJO; ROCHA, 2007).

3.2.3 A Enfermagem e o seu Processo de Trabalho

A enfermagem, enquanto prática profissional institucionalizada, surge na Inglaterra em meados do século XIX, tendo o trabalho de Florence Nightingale forte influência para essa organização. Através das intervenções de Florence, a enfermagem passa a abranger não só o cuidado direto ao enfermo, mas também a ampliar as funções para o meio ambiente, controlando-o através de observações e supervisão. Para atender esses objetivos, o trabalho em enfermagem é disposto sob os preceitos de hierarquia e rigor disciplinar (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

Até então, durante o período pré-profissional, a prática da enfermagem encontrava-se bastante vinculada às atividades domésticas, as quais se fundamentavam em saberes do senso comum, não possuindo também qualquer tipo de conhecimento próprio ou especializado. A referida prática era de caráter manual, sendo praticada por mulheres, escravos e religiosos, não apresentando, dessa forma, poder e prestígio perante a sociedade (SILVA, 1986).

Com isso, até o período em que o hospital se transforma em local de cura, a prática médica e de enfermagem ocorrem de maneira independente. Ao existir, contudo, um local em que as intervenções sobre o doente e a doença passam a ser praticadas por diversos profissionais, no intuito de atender às necessidades sociopolíticas vigentes, as duas práticas passam a coexistir, estabelecendo relações comuns dentro do processo de trabalho em saúde (ALMEIDA; ROCHA, 1997).

No Brasil, a enfermagem surgiu em um contexto, onde o cuidado à saúde, antes realizado pelos povos indígenas, na figura dos feiticeiros, pajés e curandeiros, passou, após o período de colonização, a ser também desenvolvido pelos jesuítas, voluntários leigos e escravos. Esses elementos vieram suprir uma nova necessidade de cuidado, emergida com a introdução de novos hábitos e costumes, os quais contribuíram para a degradação da raça e da cultura indígena, através do surgimento de novas enfermidades, disseminação de epidemias e aumento da mortalidade (GERMANO, 2007; MELO, 1986).

Dessa maneira, percebe-se uma enfermagem com finalidade mais curativa que preventiva, sendo exercida predominantemente por homens. Data dessa época colonial, o surgimento das primeiras Santas Casas de Misericórdia, local de recolhimento de pobres e órfãos. A enfermagem desenvolvida nesses espaços possuía um cunho prático, não necessitando de qualquer tipo de escolarização para se exercer tal função. Assim, até o início do século XX, a enfermagem era praticada em bases meramente empíricas, detentora de um saber de senso comum, sem qualquer conhecimento próprio (GERMANO, 2007; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

Nesse contexto, à medida que as ordens religiosas chegavam ao Brasil, iam-se-lhes sendo entregues a administração das santas casas. Logo, ideologicamente, o sentimento de religiosidade foi marcando o espírito de quem exercia a referida profissão. Até hoje, os profissionais dessa área são imbuídos de qualidades, tais como: obediência, respeito à hierarquia, humildade, espírito de servir, dedicação e abnegação (GERMANO, 2007).

A profissionalização da enfermagem no Brasil, contudo, teve início através da sistematização do ensino da prática do cuidar, já que antes o trabalho em enfermagem era exercido por pessoas sem o devido preparo técnico. Em 1890, como resultado de um processo político e para atender uma crise de pessoal sem treinamento foi criada, no Rio de Janeiro, a primeira escola de enfermagem, denominada Escola Alfredo Pinto, marcando assim, o período profissional da enfermagem brasileira (GERMANO, 2007; MOREIRA; OGUISSO, 2005).

A referida escola nasceu no Hospital Nacional de Alienados e tinha seus objetivos direcionados, principalmente, para a psiquiatria, possuindo um corpo docente formado somente por médicos. Foi apenas em 1923, que surgiu uma escola de enfermagem (Escola Anna Nery - EAN), cuja orientação e organização eram feitas por enfermeiras (GERMANO, 2007; PIRES, 1998; MELO, 1986). Segundo Barreira (2005, p. 485), “A EAN redimensionou o modelo da enfermagem profissional no Brasil, constituindo-se por muitos anos o mais importante fórum de decisões políticas e intelectuais da profissão”.

Denominada na época, Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública, objetivou atender, principalmente, os interesses político-econômicos, tendo em vista que no Brasil, ao contrário de outros países, a Enfermagem profissional foi direcionada para atender necessidades no âmbito da Saúde Pública, já que naquele período o país estava vulnerável a epidemias, o que poderia comprometer os preceitos econômicos agroexportadores da época (GERMANO, 2007; MELO, 1986).

Em 1931, foi aprovado o Decreto nº 20.109, o qual regulou o ensino de enfermagem, nele, mencionava-se que para o exercício da Enfermagem exigia-se um preparo técnico cada vez mais estruturado e para isso o profissional só poderia fazer uso de sua titulação, caso a mesma tivesse sido obtida em escola oficial, ou seja, em padrões de formação da EAN. Com isso, acredita-se ter havido uma inibição da proliferação desordenada de vários tipos de escolas de enfermagem no Brasil (OGUISSO; SCHMIDTI; FREITAS, 2010; OGUISSO, 2007)

Posteriormente, em 1936, em Belo Horizonte, foi criado o primeiro curso de auxiliares de enfermagem, o que instituiu definitivamente a formação dessa categoria em caráter permanente. Contudo, foi apenas em 1949 que, de fato, foi regulamentado o ensino da enfermagem no país, através da Lei nº 775/49, por meio desta, evidenciou-se a ampliação do ensino em dois níveis de formação, o enfermeiro e o auxiliar de enfermagem (GERMANO, 2010; PIRES, 1989; SILVA, 1986).

Outro momento marcante, nessa trajetória do ensino da enfermagem, foi o surgimento da primeira lei que regulou o exercício da enfermagem profissional (Lei 2.604/55). Esta, veio definir as categorias que poderiam exercer a enfermagem no país, assim, tinha-se: enfermeiros, auxiliares de enfermagem, enfermeiros práticos ou práticos de enfermagem, dentre outras denominações. É válido ressaltar que por meio dessa lei, tornou-se oficializada a divisão do trabalho em enfermagem, cabendo lembrar que muitas dessas categorias já foram extintas, mas existiram por muito tempo como grupos residuais da enfermagem (OGUISSO; SCHMIDTI; FREITAS, 2010; MELO, 1986).

Com o passar dos anos, em 1962, teve-se a passagem da Enfermagem profissional brasileira para o nível de formação universitária, pois até então, a referida profissão era caracterizada como técnica de nível médio. Além disso, em 1966, criou-se o curso técnico em enfermagem, sendo este uma proposta do governo para priorizar o ensino profissionalizante de nível médio, no intuito de atender interesses próprios, tendo em vista que estaria formando mão-de-obra barata para servir aos interesses do capital (MELO, 1986; SILVA, 1986).

Finalmente, em 1986, foi criada a Lei 7.498/86, a qual foi regulamentada pelo Decreto nº 94.406. Esta veio substituir a Lei 2.604/55 e, juntamente com o Decreto citado, constituem os atuais dispositivos legais do exercício profissional de enfermagem (OGUISSO; SCHMIDTI; FREITAS, 2010). Nesse sentido, por considerar bastante atual a citação de Melo (1986, p. 70) referente a primeira lei do exercício profissional da enfermagem, é que se traz sua fala para o contexto presente, por considerar que a citação que segue se enquadra em nossa realidade. Assim é interessante repetir:

tal lei, que continua vigente até hoje, foi desde o começo defasada da realidade, não conseguindo disciplinar o crescimento e o exercício desordenados da profissão.

Dessa forma, Moreira e Oguisso (2005, p. 31), definem a enfermagem profissional como sendo,

aquela atividade exercida por pessoas que passaram por um processo formal de aprendizado, com base em um ensino sistematizado, com um currículo definido e estabelecido por um ato normativo da autoridade oficial, e que, ao término do curso, receberam um diploma documentando a titulação específica referente aos conhecimentos adquiridos.

É válido ressaltar que o processo de profissionalização da enfermagem, tanto em nível nacional como internacional, ocorreu basicamente através de diferentes categorias sociais (enfermeiras com formação em nível superior e médio). Tal divisão interna merece destaque, visto que influencia a prática cotidiana do trabalho, a relação com os demais profissionais da saúde, bem como a qualidade da assistência prestada ao paciente (GÖTTEMS; ALVES; SENA, 2007).

É dessa maneira que o trabalho em enfermagem passa a ser instrumento do processo de trabalho em saúde. No entanto, irá apresentar também características próprias de sua profissão, as quais irão estruturar o processo de trabalho em enfermagem. Assim, corroborando com Almeida (1989, p. 23) compreende-se que:

O trabalho de enfermagem não pode ser entendido e analisado só do ponto de vista interno da sua prática, ele é parte integrante do trabalho na saúde que por sua vez, apesar de serem considerados serviços não produtivos, são permeados pelas relações capitalistas de produção. E o trabalho na saúde é coletivo, associado, realizado por vários profissionais e ainda em uma mesma atividade, como no caso da enfermagem é complementado por várias categorias.

Portanto, quando se destaca o processo de trabalho em enfermagem, observa-se que a Enfermagem se insere no processo de trabalho em saúde e não tem finalidade específica para o seu trabalho. Assim, ela é equivalente à finalidade do trabalho em saúde, a qual consiste no cuidar e/ou prevenir doenças, sendo hoje, também, considerada como finalidade a preparação do ambiente e de condições para que o paciente tenha uma morte digna (GEOVANINI et al., 2002).

Outra característica importante a se destacar no processo de trabalho de enfermagem é que tais finalidades podem ocorrer através da relação direta entre profissional de enfermagem

e cliente, ou por meio da criação das condições ideais para que as atividades dos diversos profissionais de saúde se desenvolvam adequadamente (GEOVANINI et al., 2002).

Os trabalhadores de enfermagem fazem uso dos instrumentos/meios de trabalho inerentes ao processo de trabalho em saúde, os quais são: hospital, centro de saúde, equipamentos médicos, medicamentos, padrões de conhecimentos acerca do processo saúde/doença, além de disciplinas específicas que embasam cientificamente a atuação profissional. Os primeiros instrumentos utilizados pela enfermagem para manipular seu objeto de trabalho foram as técnicas e/ou procedimentos de enfermagem, que por meio de uma sistematização, possibilitaram a instrumentalização do cuidado de enfermagem e, juntamente com a organização dessas técnicas, teve-se também a administração em enfermagem, sendo esta voltada para organização do ambiente terapêutico em que o cuidado se realizava (GEOVANINI et al., 2002; ALMEIDA; ROCHA, 1997; ALMEIDA; ROCHA, 1986).

No que tange ao objeto de trabalho, este não será único, visto que a enfermagem pode atuar tanto de forma direta com o cliente (relação interpessoal) como indireta, através da promoção de condições favoráveis para concepção do trabalho em saúde. Com isso, o objeto de trabalho em enfermagem possui caráter múltiplo, tendo em vista que se fundamenta na administração, no cuidado, na educação em saúde, dentre outros (GEOVANINI et al., 2002, ALMEIDA, 1987).

Nessa perspectiva, e através desse processo e dos vários elementos que o constitui, é que se constrói a prática da enfermagem. Além disso, segundo Almeida (1987), o trabalho na enfermagem antes de ser uma prática de características próprias é meio de subsistência para a satisfação das necessidades (materiais ou não) dos seus agentes, os quais poderão produzir e reproduzir sua existência histórica.

3.2.4 O trabalho em equipe na enfermagem

Desde o seu surgimento, a enfermagem profissional foi criada apresentando uma divisão técnica do trabalho, onde as *ladies-nurses* (provenientes de uma classe social mais elevada) se encarregavam, após preparo técnico-científico específico, da administração da enfermagem e ocupavam posições de chefia em enfermarias e superintendência. Já as *nurses* (de origem socioeconômica menos favorecida) se responsabilizavam pelo cuidado de enfermagem direto ao paciente, depois de receberem um preparo mais simples. Dessa forma,

se estruturava, em sua prática, uma hierarquia institucional e interna, evidenciando, desde o início, a dicotomia entre as atividades de cunho intelectual e científico, ligadas ao conhecimento (saber) e as atividades de cunho manual ligadas ao fazer (DAHER, 2000; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Torna-se patente, então, uma estrutura social ocupada pelo trabalhador que é reflexo do cumprimento de determinadas tarefas, sejam elas econômicas, ideológicas ou políticas. Logo, o papel desempenhado pelo indivíduo na sociedade caracteriza a divisão social do trabalho. Esta é historicamente configurada através da divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Portanto, a enfermagem moderna surge reproduzindo a divisão social do trabalho (HARNECKER, 1983).

Sendo assim, segundo Ferraz (1990 apud BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997, p. 78):

[...], a grande divisão do trabalho faz-se entre os que pensam e, portanto, administram e concebem e os que executam, os administrados. Essa é a forma como está organizada a divisão do trabalho em enfermagem, cabendo primordialmente à enfermeira as ações administrativas e de educação, atividades essas consideradas intelectuais. Às demais categorias, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, competem ações assistenciais.

Dessa forma, o enfermeiro, que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo de trabalho em enfermagem, delegando assim atividades aos profissionais de nível médio. Com isso, percebe-se um processo de trabalho composto por agentes, ou seja, força de trabalho heterogênea, no que se refere à formação profissional (PIRES, 1998; ALMEIDA, 1987).

Nesse sentido, cabe lembrar que a existência de profissões, consideradas hegemônicas e subalternas está relacionada com o acúmulo de conhecimento ou grau de formação/especialização de cada profissional. Logo, o trabalho em saúde, assim como em enfermagem envolve diversos trabalhadores, os quais estão sujeitos à troca de relações conflitantes (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Baseado nisso e considerando que a instituição de saúde se caracteriza como uma empresa prestadora de serviços, trazendo consigo o conceito de produtividade, faz-se necessário que haja uma divisão técnica do trabalho, fundamentada numa forma de organização pautada nos objetivos de valorização do capital (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Entretanto, a divisão técnica do trabalho, no setor saúde, busca não a economia de tempo ou custos, mas a produção de uma política de poder, a qual é reflexo do aparecimento de uma rede hierárquica comunicacional do poder/saber, culminando assim na prescrição, ordenamento e regulação das condutas de cada trabalhador (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Dessa forma, o cuidado de enfermagem passa a ser uma prática denominada funcional, visando a economia de tempo e maior agilidade na execução do serviço. Com isso, ter-se-á uma divisão do trabalho tanto em nível horizontal - em tarefas, quanto vertical - em categorias (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Nesse sistema do processo de trabalho da enfermagem, distribui-se o trabalho entre os membros da equipe de enfermagem, na qual as categorias profissionais subordinadas à enfermeira se distanciam do todo desse processo, ficando com uma atuação profissional limitada a um fazer rotineiro e desmotivador. Por sua vez, a enfermeira, vivencia uma discrepância no que tange a sua formação profissional e a expectativa de ação atribuída pelo mercado de trabalho, o qual incentiva atividades burocráticas em detrimento da prestação de uma assistência mais qualificada e direta ao indivíduo (BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Nesse sentido, cabe ressaltar que a enfermagem possui uma linha de mando vertical, baseada nos moldes taylorista-fordista, já que a referida profissão é exercida por profissionais com diferentes formações em diferentes tempos de preparação e graus de complexidade. O trabalho realizado sob esses moldes passa a ser controlado por meio da determinação do modo e ritmo de como as tarefas devem ser executadas, assim, têm-se nitidamente estabelecida a divisão entre a concepção e execução do trabalho (MATOS; PIRES, 2006; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

Ao se destacar a Teoria de Taylor, observa-se que sua proposta consiste basicamente no aumento da produção pela eficiência do nível operacional, sendo, portanto, ressaltado aspectos como: divisão do trabalho, especialização dos operários e padronização das atividades e tarefas desenvolvidas pelos trabalhadores. Com isso, o processo de trabalho, dentro desses moldes, reduz a autonomia do trabalhador em seus postos, uma vez que o mesmo perde a noção do todo de seu trabalho (MATOS; PIRES, 2006; LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001; BELLATO; PASTI; TAKEDA, 1997).

O fordismo, por outro lado, ao originar as linhas de montagem, enfatiza o trabalho coletivo, bem como a redução dos tempos de produção, com isso os objetivos do capital são atendidos, visto que reflete num aumento de produtividade e lucratividade. Sendo assim, os trabalhadores se tornam alienados, já que sua iniciativa, responsabilidade e liberdade são

limitadas e o significado político e social de seu trabalho desconsiderado (LUNARDI FILHO; LUNARDI; SPRICIGO, 2001).

Ressalte-se, contudo, que o saber profissional nunca foi totalmente superado por essas características de trabalho próprias do modo de produção dominante. O saber está presente quando surgem problemas e imprevistos e, apesar do parcelamento das ações, a percepção acerca da globalidade do processo de trabalho ainda não foi totalmente perdida (PIRES, 1998). É frente a todas essas características que se estruturam as práticas de enfermagem, principalmente em nível institucional. Logo, é importante destacar que o processo de trabalho em enfermagem pode ocorrer de vários modos, com variados elementos e agentes compondo cada tipo de prática, seja ela assistencial, administrativa, educativa ou de pesquisa. Assim, de diferentes maneiras, os profissionais de enfermagem podem atingir a essência de seu objeto de trabalho, o qual se configura na pessoa humana (FELLI; PEDUZZI, 2010).

O processo de trabalho assistir tem no cuidar o produto de trabalho da enfermagem, o qual compreende o atendimento direto das necessidades de cada paciente, família e/ou comunidade. Desse modo, é necessária a utilização de instrumentos, tais como conhecimentos, habilidades e atitudes, além das condições materiais necessárias, como equipamentos e espaço físico para a prestação de uma assistência de qualidade, a qual deverá englobar todos os aspectos (físico, psicológico, social e espiritual) do ser humano (SMELTZER; BARE, 2002; SANNA, 2007).

Administrar/gerenciar na enfermagem é outro tipo de processo de trabalho, tendo como objeto os membros que compõem a equipe de enfermagem, a organização do trabalho, bem como os recursos utilizados no cuidar. A finalidade desse processo reside na coordenação do processo de trabalho assistir, tendo na figura do enfermeiro o único agente que domina os métodos e instrumentos específicos da gerência, tais como: planejamento, tomada de decisão, supervisão e auditoria (FELLI; PEDUZZI, 2010; SANNA, 2007).

Nesse sentido, segundo Smeltzer e Bare (2002, p. 10) o papel de gerência da enfermeira “envolve as ações que ela executa quando assume a responsabilidade pelas ações dos outros, que são dirigidas pela determinação e alcance das metas do cuidado ao paciente”. O cumprimento desse processo é baseado na comunicação eficaz, tornando o enfermeiro capaz de proporcionar condições para que o cuidado se realize de maneira que dê bons resultados e seja eficiente (SMELTZER; BARE, 2002; SANNA, 2007).

O ensinar se caracteriza por um processo de trabalho, o qual engloba dois agentes, sendo eles: o aluno e o professor de enfermagem. O objeto desse processo são os indivíduos que querem se tornar profissionais de enfermagem, bem como os trabalhadores que desejam

se qualificar. Assim, o ensinar tem por finalidade formar, capacitar e treinar os recursos humanos da enfermagem, gerando como produtos: auxiliares e técnicos de enfermagem, enfermeiros, especialistas, mestres e doutores (SANNA, 2007).

Outra modalidade de processo de trabalho em enfermagem é o pesquisar. Este, encontra no saber já existente da enfermagem, seu objeto de trabalho, e tem por finalidade descobrir novos caminhos para exercer uma assistência, ensino, administração e pesquisa de melhor qualidade. Tal atitude contribui para o enriquecimento da prática clínica da enfermagem (SANNA, 2007; SMELTZER; BARE, 2002).

Isso posto, é imprescindível que todo profissional de enfermagem, em qualquer âmbito da prática que esteja, seja capaz de observar e pensar criticamente acerca do seu fazer, para que assim possa identificar questões de fragilidades e de pouca consistência, mas pesquisáveis, podendo contribuir para seu processo de trabalho e, posteriormente, utilizar os achados das pesquisas em seu labor cotidiano (SMELTZER; BARE, 2002).

Para finalizar, Sanna (2007) traz um processo de trabalho mais geral, o qual inclui a participação política. Tal processo permeia todos os outros e tem como agente os diversos atores envolvidos no trabalho em saúde. Sua finalidade busca transformar a realidade por meio da conquista de melhores condições para se exercer um trabalho efetivo.

Diante disso, deve-se destacar que cada membro que compõe a equipe de enfermagem possui atribuições específicas. Tendo-as, portanto, definidas, baseadas em conhecimentos técnico-científicos adquiridos durante a sua formação.

Sendo assim, de acordo com o a Lei Nº 7.498/86, algumas atribuições próprias dos enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem estão assim definidas:

- Enfermeiro - exerce todas as atividades de enfermagem, sendo privativo desta categoria, as seguintes funções:
 - organização de direção dos serviços de enfermagem;
 - consultoria, planejamento e auditoria;
 - consulta de enfermagem;
 - prescrição de medicamentos estabelecida em programas de saúde pública e/ou normatizada pela instituição;
 - assistência à parturiente e ao parto normal;
 - participação em programas de saúde pública.

- Técnico em enfermagem - caracteriza-se por ser um profissional de formação em nível médio, o qual “colabora com o enfermeiro no planejamento da assistência de

enfermagem, na prestação de cuidados a pacientes graves, na prevenção e controle da infecção hospitalar e como integrante da equipe de saúde”.

- Auxiliar de enfermagem - “exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento”.

Observa-se que essas atribuições estão presentes na enfermagem profissional brasileira desde sua institucionalização, por meio do ensino formal e da legislação que regula a formação e o exercício da profissão, tendo em vista que a partir de sua formação o enfermeiro é instruído a administrar a assistência, ensinar e produzir conhecimentos de enfermagem. Entretanto, as demais categorias ficam responsáveis por grande parte da prestação de assistência direta ao paciente, sendo estas delegadas e supervisionadas pelos enfermeiros (PIRES, 1989).

Nesse sentido, faz-se necessário que a equipe de enfermagem esteja integrada para alcançar seu objetivo principal, ou seja, a prestação de um cuidar de qualidade. Todavia, esse processo não está livre de dificuldades, tendo em vista que a equipe é formada por agentes possuidores de técnicas, hábitos, relações sociais e capacidades psicológicas distintas (BERSUSA; RICCIO, 2005).

Logo, se uma equipe de enfermagem deseja ser eficaz, é necessário que seus integrantes estejam respaldados por uma filosofia, a qual irá suscitar neles o desejo de permanecerem unidos almejando um mesmo fim (BERSUSA; RICCIO, 2005).

3.3 O USO DO INTERACIONISMO SIMBÓLICO PARA COMPREENSÃO DA EQUIPE E DO TRABALHO DE ENFERMAGEM

Um trabalho em equipe requer, em sua essência, interação entre os membros que a compõe. A partir dessa interação, as ações dos profissionais vão sendo dirigidas a um objetivo comum, que no caso da enfermagem seria a oferta de uma assistência de enfermagem de qualidade para que o indivíduo/comunidade restabelecesse o equilíbrio em seu processo saúde-doença.

Partindo do contexto teórico deste estudo, fez-se opção pela utilização de conceitos introdutórios do Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico-metodológico, principalmente, para a análise dos seus resultados. Tal escolha baseou-se no caráter interacionista dessa perspectiva, a qual aborda o comportamento humano aliado a interação social. Além disso, conforme afirma Lopes e Jorge (2005), sob a luz desse referencial é possível se compreender os significados que as pessoas conferem as coisas através da interação e interpretação que fazem de alguma situação vivida.

O IS é uma teoria que se originou no final do século XIX, cuja perspectiva foi derivada da Psicologia Social e teve George Herbert Mead como fundador mais influente. Mead não possui uma obra completa acerca da referida teoria, as publicações existentes são baseadas em suas palestras, aulas, notas e manuscritos, no entanto, foram organizadas por alunos e sociólogos após sua morte (CHARON, 2007; HAGUETTE, 2007).

Mead se referia a sua teoria como “behaviorismo social”, no qual o comportamento humano tem como elemento principal o ato social, que se verifica por meio do comportamento externo observável, assim como através da atividade encoberta do ato. Dessa maneira, a dimensão social não é vista simplesmente como uma influência externa sobre o indivíduo (HAGUETTE, 2007).

Os pressupostos de Mead se baseavam na interação entre indivíduo e sociedade por meio da comunicação. A ação do ser humano em relação ao mundo é retratada e a natureza da interação, bem como a dinâmica social entre as pessoas, é focalizada. Assim, essa teoria enfoca a comunicação como uma das formas de retratar a relação do ser humano com o mundo (CHARON, 2007; LOPES; JORGE, 2005).

Diante disso, o IS objetiva compreender comportamentos, sentimentos e expectativas da comunicação simbólica, ou seja, o significado da fala, do silêncio, das imagens construídas em desenhos, dos comportamentos apresentados, tendo em vista que reside na vida grupal a condição principal para a consciência, mundo de objetos e construção de atitudes (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2007; LOPES; JORGE, 2005).

A obra de Mead foi a que mais contribuiu para a construção dos conceitos interacionistas. Foi, contudo, seu discípulo e sociólogo Herbert Blumer quem criou o termo “interacionismo simbólico”, apresentando de forma sistematizada os pressupostos básicos dessa abordagem (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; MENDONÇA, 2002).

De acordo com Blumer apud Mendonça (2002) o IS se constitui em três premissas:

- I) os seres humanos agem em relação às coisas com base nos significados que as coisas têm para eles;
- II) o significado de tais coisas é derivado de, ou se origina da interação social que alguém tem com um companheiro;
- III) os significados são manejados, e modificados através de um processo interpretativo usado pelas pessoas ao lidar com as coisas que elas encontram.

Partindo dessas premissas, faz-se necessário que elas sejam compreendidas, motivo pelo qual, algumas considerações baseadas nas obras de Mead, Blumer e Charon serão emitidas. Dessa maneira, enfatizando os principais conceitos que permeiam tal teoria. Dentre esses conceitos, destacam-se o símbolo, o self, a mente e a sociedade.

Segundo Dupas, Oliveira e Costa (1997), dentre os vários conceitos que compõem o IS, o símbolo recebe destaque, tendo em vista que com sua ausência não se pode interagir uns com os outros. São utilizados para pensar, comunicar e representar. Logo, “é através da interação simbólica que se atribui os significados e se desenvolve a realidade na qual se age” (LOPES; JORGE, 2005, p. 105).

Os símbolos podem ser caracterizados por objetos, ações ou palavras, estas, por sua vez, estão relacionadas com a linguagem que é um tipo peculiar de símbolo e representa a base simbólica do ser humano, já que modela o comportamento (LOPES; JORGE, 2005; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Em vista disso, Mead afirma que o homem também pode se tornar objeto de suas próprias ações, caracterizando assim a existência do self. Logo, além de o indivíduo ter a capacidade de interagir socialmente com outras pessoas, ele pode interagir socialmente consigo mesmo. Nesse contexto, a sociedade representa o meio pelo qual o self surge e se desenvolve (HAGUETTE, 2007).

O self, bem como os demais objetos é desenvolvido através dos significados feitos por outros, os quais servirão de referencial para que o indivíduo possa ver a si mesmo. Sendo assim, o self é um objeto social por meio do qual o indivíduo age (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2007; HAGUETTE, 2007).

Ainda baseado nas concepções de Mead, pode-se dizer que o self abrange duas fases analíticas distintas: o “eu” e o “mim”. No primeiro momento, tem-se na figura do Eu, a tendência impulsiva e espontânea do indivíduo, a reação incerta para as atitudes do outro, estimulando assim o ato provocado pelo Mim. Por sua vez, o Mim representa a organização

das atitudes, compreendendo o outro generalizado, ou seja, o outro incorporado ao indivíduo. É o self social que surge a partir de uma interação, é o que dá forma ao Eu (HAGUETTE, 2007; LOPES; JORGE, 2005; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Nessa perspectiva, toda vez que o indivíduo interage consigo mesmo, fazendo uso de símbolos significantes, tem-se a concepção da mente, a qual surge do processo social de comunicação. Dessa maneira, a mente, além de ser formada pelo aparato fisiológico humano é, também, desenvolvida por meio da sociedade e da interação social (HAGUETTE, 2007; CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2007; MENDONÇA, 2002).

O processo mental é caracterizado pela interação simbólica, tendo em vista que se utilizam símbolos dirigidos ao self na tentativa de que a pessoa atue em seu mundo. Essa ação se dá pela resposta da mente não a objetos, mas sim a simbolização e definições que o indivíduo faz a si mesmo e aos outros em uma determinada situação (CHARON, 2007; HAGUETTE, 2007).

De acordo com Charon (2007) a atividade mental possibilita o desenvolvimento do self, já que através dela, pode-se compreender os motivos pelos quais as pessoas agem. Essa compreensão se concretiza no momento em que se assume o papel do outro. Além disso, o ser humano é capaz de construir seus próprios objetos, implicando assim em uma percepção seletiva das situações (HAGUETTE, 2007; MENDONÇA, 2002).

Outro conceito utilizado na abordagem interacionista é o de sociedade, a qual é vista como um processo dinâmico, onde o foco está voltado para as relações interpessoais, baseadas no comportamento cooperativo. O conceito de sociedade comporta todos os outros conceitos do IS, e auxilia a entender a natureza do ser humano (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; MENDONÇA, 2002).

Para que exista cooperação entre as pessoas é preciso que as mesmas compreendam as linhas de ação dos outros e possam direcionar seu próprio comportamento, moldando-os às linhas de ação percebidas. Isso se dá a partir do surgimento da associação humana, na qual cada indivíduo percebe a intenção dos outros e a partir daí constrói sua própria resposta e reação (HAGUETTE, 2007).

Na concepção do IS, os indivíduos agem e assim formam uma sociedade. Indivíduo e sociedade interagem constantemente, sendo o aspecto subjetivo do comportamento humano necessário para a formação e manutenção da dinâmica do self social, bem como do grupo social (DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997; MENDONÇA, 2002).

Logo, “a ação humana é construída através da interpretação da situação, consistindo a vida grupal de unidades de ação desenvolvendo ações para enfrentar situações nas quais elas estão inseridas” (BLUMER, 1969, p.85).

Corroborando esses conceitos, segundo a proposta elaborada por Charon (2007), existem cinco ideias centrais que podem proporcionar uma noção de como o interacionismo simbólico visualiza o ser humano. Inicialmente, ela traz que o ser humano deve ser entendido como um ser social. É a constante interação social, ao longo da vida, que leva o indivíduo a agir da maneira que age. Assim, pode-se observar que essa ideia reflete a concepção de sociedade discutida anteriormente.

Para a autora, em vez de focalizar unicamente o indivíduo e as características de sua personalidade, ou como a sociedade ou a situação social age sobre o comportamento humano, o IS enfoca as atividades que acontecem entre dois indivíduos, ou seja, a interação é a unidade básica do estudo.

Os indivíduos são criados através da interação e a sociedade também é construída por meio dela, socialmente. O que se faz na vida, depende antes, da ação recíproca; e ocorre também a partir da interação de cada pessoa no momento presente. A interação social é central para o que se faz (CHARON, 2007).

Outra ideia apontada por Charon (2007) é de que o ser humano deve ser entendido como um ser pensante. Dessa forma, a ação humana não é apenas causada pela interação entre os indivíduos, mas também pela interação do indivíduo com ele mesmo. Segundo a autora, o homem não é simplesmente condicionado e influenciado por aquilo e aqueles que o rodeia. Portanto, o indivíduo não é meramente um produto da sociedade. Diante disso, percebe-se a relação abordada nos parágrafos anteriores, entre os conceitos de self e mente.

Os seres humanos não sentem o ambiente diretamente, e essa seria a terceira ideia proposta por Charon (2007) para definir o IS. Em sua concepção os homens definem a situação em que estão inseridos. Um ambiente pode efetivamente existir, mas o que importa é o significado atribuído a ele. Além disso, a definição simplesmente não ocorre aleatoriamente, é o resultado da interação social existente e do pensar. Nessa perspectiva, pode-se exibir como relação, o conceito de símbolo trazido pelos autores citados anteriormente.

Em seguida, a quarta concepção da autora propõe que a causa da ação humana é o resultado do que está ocorrendo no presente, através da interação social, do pensamento e da definição elaborada pelo indivíduo. O passado participa da ação humana no momento em que se reflete sobre ele e se aplica as definições e significados na situação vivida na atualidade (CHARON, 2007).

Concluindo seu ponto de vista, Charon (2007), traz que os seres humanos são descritos como seres ativos em relação ao seu ambiente. Segundo a autora, palavras como condicionamento e controle não são utilizadas para descrever o ser humano no IS.

Em contraste com outras perspectivas humanísticas, na abordagem interacionista, o homem não é considerado como sendo passivo em relação ao seu meio, mas sim ativamente envolvido no que faz. Logo, os indivíduos formam as ações ao invés de, unicamente, responderem ao ambiente físico (CHARON, 2007).

É nesse contexto que o IS tem sido empregado pela enfermagem para a leitura das repostas humanas, no sentido de desvendar os significados que a pessoa confere a sua própria experiência. Além disso, através dele pode-se construir um corpo de conhecimentos baseado na realidade prática da enfermagem, permitindo assim que a riqueza e variedade das experiências humanas sejam estudadas e entendidas (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2007; MENDONÇA, 2002).

Diante disso, acredita-se que a utilização do Interacionismo Simbólico como referencial teórico-metodológico auxilia na compreensão e análise das relações de trabalho da equipe de enfermagem, a partir das atividades realizadas por seus membros, tendo em vista que diante de tal perspectiva o indivíduo age de acordo com a simbolização que ele faz de algo. Nesse caso, ele agiria baseado no significado que suas atribuições têm tanto para ele como para os outros profissionais da referida equipe.

Seguindo o mesmo raciocínio, ao se compreender o significado atribuído pelos profissionais da equipe acima citada acerca da enfermagem, bem como de suas atividades e atribuições quando realizam e vivenciam o seu processo de trabalho, pode-se analisar de que modo se estabelecem as suas relações de trabalho. Destarte, tem-se a possibilidade de se detectar algumas estratégias para melhorar a assistência de enfermagem prestada ao paciente a partir da identificação de possíveis pontos conflituosos existentes no processo de trabalho da equipe.

CAPÍTULO 4

CAMINHO METODOLÓGICO

“Não basta dar os passos que nos devem levar um dia ao objetivo, cada passo deve ser ele próprio um objetivo em si mesmo, ao mesmo tempo em que nos leva para diante”
(Johann Goethe)

4 CAMINHO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo descritivo e analítico com abordagem qualitativa, o qual busca identificar e analisar relações, interpretações e intencionalidades dos agentes pesquisados (MINAYO, 2008). Desta forma segundo Minayo (2008, p. 21), a pesquisa qualitativa “trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes”.

De acordo com a autora citada, esse tipo de abordagem não tem como preocupação a quantificação e sim almeja explicar, por meio dos significados e intencionalidades, as especificidades das relações sociais. Essas podem ser apreendidas por meio do cotidiano, vivências, bem como explicações do senso comum.

Neste tipo de estudo, a realidade e opiniões dos indivíduos são inicialmente desconhecidas. Logo, o delineamento de um estudo qualitativo é considerado emergente, tendo em vista, que o desenho da pesquisa surge à medida que o estudo acontece, a partir do que os agentes pesquisados deixam desvelar. Além disso, o caráter analítico traz consigo a tentativa de demonstrar relações existentes entre o fenômeno estudado e outros fatores (MINAYO, 2008; POPE; MAYS, 2005).

4.2 CONTEXTO DA PESQUISA

O cenário do estudo caracterizou-se pelo ambiente natural, no qual ocorre o fenômeno do estudo, ou seja, o local de trabalho dos participantes, profissionais que trabalham na instituição e compõem a equipe de enfermagem.

Considera-se que o trabalho em enfermagem se desenvolve em diferentes espaços (instituições hospitalares, unidades básicas de saúde, escolas, dentre outros), no caso específico desse estudo, a busca pelas informações ocorreu em uma instituição hospitalar pública. A escolha do hospital levou em consideração o fato de que, segundo Melo (1986), foi nesse espaço que se ampliou e evoluiu a divisão social do trabalho na enfermagem, estando,

portanto, nesses estabelecimentos, a melhor caracterização do processo de trabalho da equipe de enfermagem em se tratando dos objetivos desse estudo.

Dessa forma, o contexto do estudo é o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL) da Universidade Federal do Rio grande do Norte (UFRN), o qual foi selecionado por conveniência, tendo em vista ser uma instituição de ensino universitário, a qual tem atrelado em suas funções, a formação profissional e o incentivo ao desenvolvimento de pesquisas.

O HUOL situa-se no Campus biomédico, descentralizado da administração central da UFRN, precisamente no bairro de Petrópolis, Distrito Sanitário da Região Administrativa Leste do município de Natal/RN. Caracteriza-se por ser um hospital geral de médio porte, apresentando 189 leitos. O fluxo da clientela ocorre por demanda espontânea e por referência. O tipo de atendimento prestado pode ser ambulatorial, hospitalar (internação) ou através do Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT), com realização de atividades de média e alta complexidade.

Integrou-se ao SUS, através da Lei Orgânica nº 8.080, como instituição de referência, terciária. Com isso, além das funções inerentes de um Hospital Escola, passa a assumir um compromisso com o SUS, através de convênio específico. Atualmente, a área de ensino, pesquisa e assistência se destaca nos campos de cirurgia experimental, citando como exemplos os transplantes, neurocirurgias, plásticas, oncologia e outros; medicina nuclear; medicina familiar e comunitária; clínica médica e cirúrgica e psicofarmacologia.

No organograma da instituição, a Direção de Enfermagem se encontra submetida diretamente à Direção Geral, apresentando uma autonomia relativa no que se refere à equipe de enfermagem, sendo responsável direta pelas decisões que envolvem todos os profissionais de enfermagem e ainda, cada setor, tais como UTI, CC, enfermarias, dentre outros, estão vinculados administrativamente pelos respectivos coordenadores destes setores nas respectivas especialidades, seja ela médica, de farmácia, de enfermagem e outras.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Consideram-se participantes, em potencial, da pesquisa todos os membros da equipe de enfermagem, ou seja, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem do hospital. De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2010), atualmente o quadro profissional referente a equipe de enfermagem do HUOL corresponde a 68

enfermeiros, 54 técnicos de enfermagem e 130 auxiliares de enfermagem, perfazendo assim um total de 252 profissionais de enfermagem.

Os participantes foram selecionados por conveniência, tendo como critérios de inclusão no estudo, aqueles que estavam presentes na instituição hospitalar no momento da coleta das informações e aceitaram participar da pesquisa por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Para a constituição do grupo de participantes, da população de 252 profissionais de enfermagem, obteve-se uma amostra de 19 profissionais. Esta foi determinada pelo princípio da saturação dos dados. Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 57), a saturação “ocorre quando os temas e as categorias dos dados tornam-se representativos e redundantes, de forma que nenhuma informação nova possa ser trazida com a coleta de mais dados”. Desses 19 profissionais de enfermagem entrevistados, 07 eram enfermeiros e 12 eram técnicos de enfermagem, sendo que destes técnicos 08 ainda se encontravam na categoria de bolsistas, os quais estavam concluindo o curso técnico.

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA

Para a coleta das informações, utilizou-se a técnica de entrevista aberta ou semi-estruturada, a qual foi fundamentada com um roteiro de questões de acordo com os objetivos do nosso estudo (APÊNDICE B). Segundo Britten (2005), com este tipo de técnica a entrevista pode ser conduzida de maneira mais solta, possuindo questões que delimitam a área a ser explorada, tendo o entrevistador maior liberdade para direcionar a entrevista.

Ao caracterizar este tipo de entrevista, Minayo (2004), descreve que na entrevista aberta o entrevistado pode expor o tema proposto, sem ter que seguir respostas ou condições predefinidas. Além disso, Richardson (2008, p. 208) acrescenta que a entrevista em profundidade (não-estruturada) “visa obter do entrevistado o que ele considera os aspectos mais relevantes de determinado problema: as suas descrições de uma situação em estudo”.

Sendo assim, para a realização da entrevista, elaborou-se um roteiro contendo algumas questões, com o intuito de captar motivos, sentimentos e condutas dos entrevistados. O roteiro de entrevista se dividiu em duas partes: Identificação sócio-demográfica e profissional e Informações sobre o trabalho da equipe de enfermagem.

A “Identificação sócio-demográfica e profissional” possibilitou a coleta de informações referentes à caracterização pessoal de cada profissional, como: sexo, idade, cargo ou função dentro da instituição, local e setor de trabalho, além do tempo de serviço.

Com relação ao item de “Informações sobre o trabalho da equipe de enfermagem”, o mesmo abrangeu aspectos relacionados à compreensão dos profissionais acerca da enfermagem, bem como das atribuições do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Além disso, buscou-se identificar como se estabelecem as relações de trabalho da equipe de enfermagem, baseadas nas atribuições de seus membros e nas respostas dos profissionais entrevistados.

Todas as entrevistas foram realizadas em abril de 2010, através da utilização de um gravador portátil, em um local reservado no próprio local de trabalho dos participantes, como forma de facilitar a participação de todos os selecionados.

4.5 PROCEDIMENTOS ÉTICOS E LEGAIS

Como primeiro passo, para realização da pesquisa, solicitou-se ao Diretor Geral do HUOL, através de uma Carta de Anuência (APÊNDICE C), a autorização oficial para a realização da coleta das informações, como também o uso e a identificação da instituição no presente relatório final.

Posteriormente, o projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) com vista a sua aprovação para o início da coleta de dados.

Após recebimento da carta de aprovação do Comitê de Ética (ANEXO C), procedeu-se à coleta das informações do estudo. Realizou-se o pré-teste do instrumento de coleta das informações em um grupo de 12 profissionais de enfermagem, sendo 04 enfermeiros, 07 técnicos de enfermagem e 01 auxiliar de enfermagem. Tal procedimento objetivou testar a viabilidade do instrumento de coleta das informações e verificar a necessidade de correções e reajustes do instrumento.

O pré-teste ocorreu em um Hospital Pediátrico Público Estadual, localizado no município de Natal/RN, após devida autorização concedida pela diretoria geral (APÊNDICE D). A coleta das informações, do pré-teste, também seguiu o princípio da saturação dos dados e através dela foi observado que as questões elaboradas estavam claras e compreensíveis.

4.6 PROCEDIMENTO DE COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta das informações ocorreram em abril de 2010, de segunda a sexta, nos turnos da manhã e da tarde. Diversos setores do hospital foram visitados, com o intuito de abranger profissionais que trabalham nos mais diversos setores. Todos profissionais que estavam presentes no setor, durante a passagem da pesquisadora, foram solicitados a responderem a entrevista, sendo antes, a eles apresentados os objetivos do estudo.

Durante esse percurso algumas dificuldades foram observadas e sentidas pelo pesquisador, como o receio expresso pelos profissionais, ao conhecerem os objetivos do trabalho, em colocarem as suas ideias sobre o trabalho de enfermagem que realizam, provavelmente, devido ao fato de temerem repreensão por parte de seus superiores, tendo em vista as questões abordarem relações de trabalho. Além disso, percebeu-se também uma menor adesão em colaborar com a pesquisa, por parte dos enfermeiros, os mesmos justificavam dizendo que não tinham tempo e que os procurassem em outro momento.

Outra dificuldade foi o fato de as entrevistas terem inserção em setores limitados do hospital, devido a pouca aderência e disponibilidade dos profissionais para participarem. Outrossim, evidencia-se que não foi possível realizar entrevistas com auxiliares de enfermagem, tendo em vista, os mesmos não estarem em seu turno de trabalho no momento de sua aplicação, seja por remanejamentos, escalas e outros motivos. Além desses entraves, percebeu-se que os profissionais não se sentiam seguros para responder todas as questões e, várias vezes os pensamentos e ideias eram interrompidos, por pausas, risos, olhares distantes e reflexivos e conseqüentemente, em alguns casos, os pensamentos e pontos de vistas não foram totalmente completos. Esses fatores influenciaram diretamente para uma curta duração das entrevistas.

Dessa forma, foram realizadas 19 entrevistas, sendo 07 com enfermeiros e 12 com técnicos de enfermagem, com duração média de 10 minutos, todas as entrevistas foram gravadas, com a utilização de um aparelho MP4 de som e voz. Posteriormente, transcreveu-se as entrevistas na íntegra, após atentas e repetidas escutas do material coletado, para que nenhuma informação se perdesse, mantendo, com isso, a máxima fidedignidade.

É importante ressaltar que foram observados todos os aspectos éticos que envolvem a pesquisa com seres humanos, preconizados na Resolução nº 196/96, do Ministério da Saúde (1996), a qual determina que toda a pesquisa realizada com seres humanos deve atender as

exigências que fundamentam a ética na pesquisa, garantindo o respeito à proteção dos direitos, assim como o bem-estar dos envolvidos no estudo.

Sendo assim, para garantir o respaldo da lei e atender as exigências da resolução citada, sobre garantia de anonimato e privacidade dos dados obtidos, solicitou-se aos profissionais que concordaram em participar do estudo, a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual continha informações que explica a natureza da pesquisa, bem como seus objetivos e a necessidade da obtenção das respostas por meio dos informantes.

4.7 TRATAMENTO E ANÁLISE TEMÁTICA DAS INFORMAÇÕES

O tratamento e análise das informações obtidas das entrevistas foi realizado mediante o método de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2009, p.49), é definido como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”; trata-se de um método de análise empírico, o qual depende do tipo de fala estudado, bem como, do modo de interpretação que se objetiva realizar.

Para Severino (2007), através da análise de conteúdo, pode-se compreender criticamente o sentido expresso ou desconhecido das comunicações. Essa compreensão é obtida, por meio do exame do conteúdo das mensagens, as quais podem ser verbais (orais e escritas), gestuais, figurativas e documentais.

Dessa forma, o interesse reside no que os conteúdos podem oferecer depois de serem trabalhados e não na simples descrição dos mesmos, com isso, o pesquisador, se beneficia do tratamento das mensagens para deduzir experiências, práticas e conhecimentos do sujeito, bem como do seu ambiente. Complementando, Bardin (2009, p. 43) afirma que nesta proposta o trabalho do investigador é duplo pois, ele precisa

compreender o sentido da comunicação (como se fosse o receptor normal), mas também e principalmente desviar o olhar para uma outra significação, uma outra mensagem entrevista através ou ao lado da mensagem primeira. A leitura efectuada pelo analista, do conteúdo das comunicações, não é, ou não é unicamente, uma leitura <<à letra>>, mas antes o realçar de um sentido que se encontra em segundo plano.

Para obtenção de tais resultados é preciso que a análise seja devidamente organizada, e para isso, Bardin (2009), sistematiza o processo em três etapas: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na pré-análise tem-se a organização das ideias em si, através da leitura flutuante, da escolha dos documentos, da formulação das hipóteses e objetivos, da referenciação dos índices e elaboração dos indicadores, além da preparação do material (BARDIN, 2009).

A exploração do material consiste na etapa mais demorada e cansativa, requer do pesquisador o trabalho de codificação, decomposição ou enumeração. Assim, trata-se da aplicação sistemática das decisões tomadas, baseadas na devida conclusão das subetapas referentes à pré-análise (BARDIN, 2009).

No que se refere a interpretação e tratamento dos resultados obtidos, estes servem para tornar significativo e válido, os resultados brutos. Logo, ao final do estudo, pode surgir orientações para a realização de uma nova análise ou então, os resultados de análise podem ser utilizados com finalidades teóricas ou pragmáticas (BARDIN, 2009).

Após a organização da análise, segue-se a etapa da categorização, que se constitui pela divisão dos elementos que formaram as mensagens analisadas em categorias ou marcas. Dessa maneira, tem-se inicialmente, a diferenciação dos componentes constitutivos de um conjunto, com conseqüente reagrupamento segundo o gênero (analogia), a partir de critérios previamente estabelecidos (BARDIN, 2009).

A categorização pode advir de dois processos: procedimento por caixas ou por acervo. No primeiro caso, o sistema de categorias é previamente estabelecido, sendo os elementos distribuídos da melhor forma possível entre as categorias. Já no segundo caso, opção de escolha do referido estudo, o sistema de categorias resultará da classificação analógica e progressiva dos elementos. Assim o título referente a cada categoria só será definido no término da operação (BARDIN, 2009; RICHARDSON, 2008).

O referido processo de análise, acompanhado do suporte teórico do interacionismo simbólico e da literatura pertinente auxiliaram o pesquisador, a compreender e interpretar as mensagens contidas nas informações coletadas e, dessa maneira, possibilitaram algumas deduções sobre as experiências, práticas e os conhecimentos dos participantes, bem como do seu ambiente. A partir daí foi possível construir as categorias referentes a cada eixo temático, o qual correspondeu aos temas de cada questão das entrevistas.

Sendo assim, ao fazer uso da análise temática proposta por Bardin (2009), a fase de pré-análise do presente estudo, consistiu na retomada dos objetivos frente a organização do material coletado, o qual foi transcrito e posteriormente lido exaustivamente, no intuito de se

buscar os significados emergentes no conteúdo das falas. Por meio desse processo foram determinadas as unidades de registro e de contexto. As primeiras se configuraram em palavras-chaves que compuseram cada eixo-temático, já a unidade de contexto consistiu em todo referencial que permeou e destacou o surgimento das palavras-chaves.

De acordo com Bardin (2009) a unidade de registro corresponde ao significado que deve ser codificado, ou seja, é o fragmento do conteúdo que servirá como base para posterior categorização. Essa unidade pode ser representada de várias maneiras, como a partir de temas, palavras ou frases, os quais possibilitam o estudo de motivações de opiniões, atitudes, valores, crenças, dentre outros. Em relação a unidade de contexto, esta servirá como alicerce para compreensão da unidade de registro, sendo, por exemplo, a frase inserida no contexto da palavra ou o parágrafo que constitui e delimita o tema.

A segunda etapa que compôs o tratamento das informações se deu através da exploração do material. Nela ocorreu, especificamente, o processo de codificação, em que os dados brutos são transformados para que se alcance o núcleo de compreensão do texto (BARDIN, 2009; MINAYO, 2004). Nesse sentido, através da elaboração de uma grelha de categorias agregamos e classificamos as informações provenientes das entrevistas, com isso, as categorias emergiram, após a realização de um exercício de aproximação, de acordo com a regularidade em que os termos eram mencionados.

Por fim, as principais categorias foram analisadas e discutidas sob a perspectiva dos referenciais teóricos referentes a cada tema, bem como sob a luz da teoria interacionista e estão expostas por meio de figuras e quadros, facilitando assim, a identificação das mesmas. Essa etapa é descrita por Minayo (2004, p. 210) como o momento em que “o analista propõe inferências e realiza interpretações previstas no seu quadro teórico ou abre outras pistas em torno de dimensões teóricas sugeridas pela leitura do material”.

CAPÍTULO 5

RESULTADOS E DISCUSSÃO

*“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”
(Antoine de Saint-Exupéry)*

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta os resultados obtidos e analisados conforme descrição no capítulo anterior. Inicialmente será apresentada a caracterização sócio-demográfica e profissional dos participantes deste estudo.

Em seguida, as categorias que emergiram a partir da análise temática de conteúdo, são apresentadas, interpretadas e analisadas sob a luz do referencial teórico-metodológico do Interacionismo Simbólico e complementada pela literatura pertinente. Os depoimentos dos entrevistados estão digitados em itálico, sendo aos mesmos atribuídos nomes de teóricas da enfermagem para as mulheres e de personalidades da saúde para os homens, garantindo assim o anonimato dos participantes.

As categorias surgiram a partir dos eixos temáticos, referentes às questões norteadoras na seguinte sequência: o primeiro eixo temático está relacionado ao significado que os profissionais conferem a enfermagem; o segundo, refere-se às atribuições do enfermeiro na visão dos profissionais; no terceiro são apresentadas as categorias relativas às atribuições dos técnicos de enfermagem na opinião dos entrevistados; o quarto expõe as atribuições dos auxiliares de enfermagem na perspectiva dos participantes e por fim, no quinto eixo temático, abordamos a categorização das relações de trabalho dentro da equipe de enfermagem sob o ponto de vista dos profissionais entrevistados.

5.1 DESCRIÇÃO DOS PROFISSIONAIS

O Quadro 2 apresenta a caracterização dos 19 participantes desse estudo, compreendendo entre eles: 7 enfermeiros e 12 técnicos de enfermagem, sendo que destes, 8 encontravam-se ainda na qualidade de bolsistas. Em geral, os bolsistas, estão concluindo o curso técnico em enfermagem, porém já possuem habilitação para exercerem o cargo de auxiliar de enfermagem. O candidato a bolsista é efetivado como tal, após concorrer a uma prova interna, caso seja aprovado, cumpre uma carga horária de 40 horas semanais e desenvolve as atividades e responsabilidades de um funcionário, sem, contudo, possuir um vínculo empregatício com a instituição.

Acredita-se que a grande quantidade de profissionais de nível médio em relação aos de nível superior pode ser reflexo do que Silva (1986) chamou de heterogeneidade da formação profissional dos trabalhadores que compõem a equipe de enfermagem, haja vista, essa profissão ser composta por diferentes categorias profissionais, tais como: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras.

Segundo dados do Conselho Regional de Enfermagem (COREN/RN, 2010), atualmente, no Rio Grande do Norte, a quantidade de profissionais de enfermagem, perfazem um total de 19.308 profissionais inscritos (Figura 1), sendo que destes, 83% são técnicos e auxiliares de enfermagem e 17% representam a categoria dos enfermeiros. Assim, percebemos que tal fato reflete diretamente no quantitativo desses profissionais nos ambientes institucionalizados.

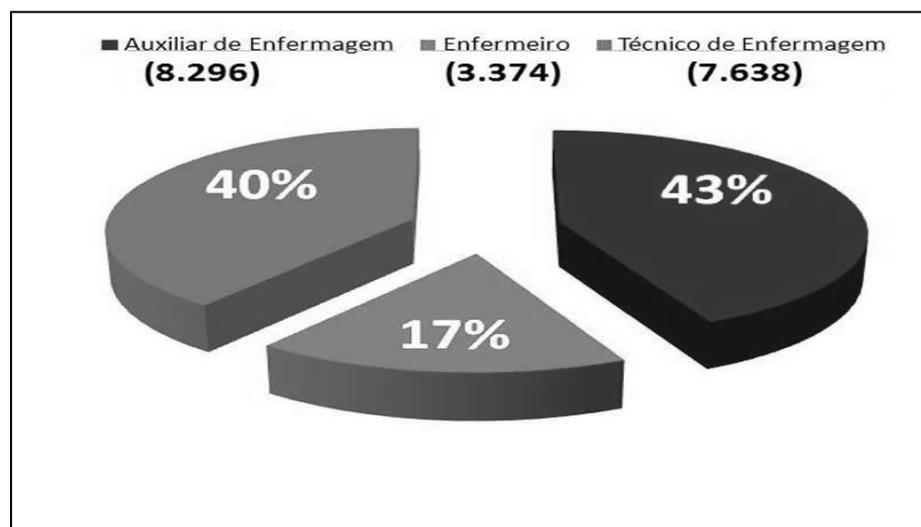


Figura 1 - Distribuição do total de profissionais de enfermagem inscritos no COREN/RN. Fonte: quadro de inscritos em 01/09/10 (COREN/RN, 2010).

Com relação as informações, sobre o sexo dos participantes, apresentadas no Quadro 2, observa-se que há predominância de profissionais do sexo feminino, sendo apenas 5 do sexo masculino. Este fato reflete nitidamente que a enfermagem, nos dias atuais, ainda é uma profissão composta predominantemente por mulheres, característica essa que veio sendo construída desde os tempos remotos.

Entende-se que a feminização da profissão de enfermagem implica em caracteres que lhes são peculiares, como é o caso da sua relação com o ato de cuidar, atividade central e presente desde os seus primórdios quando se sabe que a mãe na família, sempre retirou para si essas responsabilidades.

No caso específico da profissão de enfermagem, essas considerações estão intimamente entrelaçadas a divisão sexual das funções, tendo em vista que, historicamente foi designado ao homem a caça e a participação em guerras, já que o mesmo era dotado de uma maior força física, devido a diferenças biológicas. Ao mesmo tempo em que as mulheres ficavam encarregadas da colheita, cozinha e prestação de cuidados aos familiares. Assim, desde sua origem, o trabalho de enfermagem esteve associado ao trabalho feminino, seja este, representado por mulheres leigas, religiosas, com formação específica ou não (DAHER, 2000; MELO, 1986; SILVA, 1986).

Com o surgimento dos hospitais, no início, o cuidado ainda se refletia em ações de caráter doméstico, designado, portanto, ao sexo feminino e mesmo, posteriormente, com a consolidação da enfermagem profissional essa marcada presença do sexo feminino foi estimulada, tendo em vista que ser mulher era pré-requisito para frequentar escolas de enfermagem (MELO, 1986; SILVA, 1986).

Sobre a idade dos entrevistados, 13 deles encontram-se na faixa etária de 19 a 39 anos, constituindo assim um grupo de profissionais adulto-jovens. Tal faixa etária corresponde ao período do auge da fase reprodutiva do ser humano. Ainda sobre a faixa etária, ressalta-se que os enfermeiros foram os que tiveram a maior representatividade na faixa de mais idade. Os técnicos constituíram a faixa mais nova, de 19 a 29 anos.

Observa-se então, que este é um grupo com idade relativamente média de vida, significando dizer que muitos deles podem ser casados e ter família constituída. Por serem, na maioria, mulheres, estas podem estar participando de uma dupla jornada de trabalho, quando se considera, que além do trabalho fora, a mulher também assume o trabalho doméstico. Tal situação indica uma grande carga horária de trabalho diária, o que pode provocar cansaço, indisposição e instalação precoce de fatores predisponentes para as doenças crônicas, sendo em algumas ocasiões percebidas pelo absenteísmo ou licenças médicas.

No que se refere ao tempo de serviço na instituição, o maior tempo citado foi de mais de 10 anos, referido por dois enfermeiros e seguidos por outros quatro que estão na instituição há quase 10 anos. Percebe-se também que a maioria dos entrevistados prestam seus serviços há pelo menos 5 anos. Além disso, merece destaque a quantidade de técnicos de enfermagem (8) presentes há menos de um ano no hospital. Tal fato pode ser atribuído à presença de um grande número de bolsistas, que pode ser explicado como uma forma da instituição resolver temporariamente a reposição dos seus quadros de forma efetiva, tendo em vista a pouca existência de concursos públicos no momento atual.

Diante desse fato, Oliveira (2009, p. 73) analisa a situação atual destes estagiários remunerados e a sua contribuição para a força de trabalho em enfermagem na instituição do presente estudo. Segundo o autor, no referido hospital as atividades realizadas pelos bolsistas “extrapolam as atribuições dos técnicos de enfermagem”, tendo em vista que foram registrados relatos nos quais os bolsistas afirmam assumirem as enfermarias sozinhos durante o estágio, “se responsabilizando pelos cuidados de enfermagem ocorridos nos momentos de jornada de estágio”. De acordo com quadro de pessoal citado pelo autor, em 2009, havia no HUOL, 388 profissionais de nível médio, sendo que destes, 180 eram concursados da UFRN; 65 possuíam contratos temporários, cujo processo seletivo é realizado pela Fundação Norte RioGrandense de Pesquisa e Cultura (FUNPEC) da UFRN; e 143 eram bolsistas, perfazendo um total de 208 técnicos de enfermagem (dentre terceirizados e bolsistas) que apresentam contratos precarizados na instituição. Nesse sentido, o trabalho precarizado é aquele que não garante ao trabalhador os direitos trabalhistas e previdenciários, além de possuir característica temporária e de caráter informal (OLIVEIRA, 2009).

A precarização do trabalho tem suas raízes nas novas formas de organização do trabalho com a introdução de novas tecnologias, as quais surgem como reflexo do processo de globalização. Nesse cenário, ocorre o aumento do desemprego nos setores produtivos, tendo em vista a não adequação do trabalhador a essas novas formas de estruturação do trabalho. Assim, emprega-se regularmente uma força de trabalho, a qual pode ser demitida sem muitos custos (OLIVEIRA, 2009; MEDEIROS, 2000).

Com relação ao setor de trabalho, percebe-se que parte dos participantes trabalham em unidades clínicas de internação, denominadas de enfermarias. Esse fato justifica-se por ser um setor grande que absorve parte dos profissionais de enfermagem. Além disso, setores caracterizados como fechados, tais como UTI, CC, dentre outros, tem apresentado, em nossa realidade, maior resistência na contribuição com pesquisas.

Características	Enfermeiros (as) (07)	Técnicos (as) de Enfermagem (12)	Total (19)
Sexo			
Masculino	2	3	5
Feminino	5	9	14
Faixa Etária			
19-29 anos	-	5	5
30-39 anos	3	5	8
40-49 anos	2	1	3
50-59 anos	2	1	3
Tempo de Serviço no Hospital			
< 1 ano	-	8	8
01-05 anos	1	4	5
06-10 anos	4	-	4
> 10 anos	2	-	2
Setor de Trabalho			
Enfermaria	5	12	17
Centro Cirúrgico	1	-	1
UTI	1	-	1

Quadro 1 – Caracterização sócio-demográfica e profissional dos sujeitos da pesquisa.

5.2 AO ENCONTRO DAS CATEGORIAS TEMÁTICAS

5.2.1 Eixo Temático: a enfermagem e seu significado para os profissionais

O eixo temático sobre o significado atribuído pelos profissionais acerca da Enfermagem possibilitou que estes profissionais, inicialmente, refletissem sobre o que significa a Enfermagem para eles.

Entre as colocações a respeito, as concepções apresentadas sobre o significado da Enfermagem foram que a mesma *é uma profissão, é cuidar, é ensino, é gerência, é ciência em construção* (pesquisa), *é caridade* e *é arte*. Esta última, denominada como tal devido ao fato de ainda hoje se verificar entre os profissionais de enfermagem a visualização de uma profissão abnegada, humana, com raízes religiosas o que confere, portanto, uma imagem romântica e idealizada da profissão.

De acordo com a teoria interacionista, o significado que as pessoas atribuem à determinada coisa pode influenciar a maneira como elas agem. Nessa perspectiva, o modo

como a enfermagem é vista pelos seus profissionais pode influenciar as suas atitudes e relações dentro do processo de trabalho em enfermagem e conseqüentemente no cuidado à saúde.

➤ Enfermagem é profissão

Uma das categorias resultantes das falas de alguns entrevistados foi a de que a enfermagem é **profissão**, essa categoria, vista sob a ótica da maioria dos enfermeiros participantes, pôde ser observada nas seguintes falas:

[...] enfermagem pra mim é uma profissão que é voltada totalmente no cuidar. (Betty Neuman)

[...] é uma profissão que engloba, principalmente no hospital universitário, o assistir, uma parte de pesquisa e de ensino. (Imogene King)

[...] eu acho a enfermagem só uma das profissões mais belas, mais dignas, mais maravilhosas. (Hildegard Peplau)

Esse resultado pode indicar que os enfermeiros entrevistados compreendem a enfermagem enquanto uma profissão organizada, assalariada, com imagem definida por características próprias, as quais podem refletir no seu reconhecimento e consolidação perante o meio social.

A enfermagem como profissão e as suas bases científicas nasceram sob as influências do modo de produção capitalista e de interesses políticos específicos, tendo em vista que as guerras e os aglomerados urbanos poderiam refletir no decréscimo de mão-de-obra necessária para manutenção do aparato produtivo (GOMES et al., 2007; MELO, 1986).

Nesse contexto, sob a liderança de Florence Nightingale, a enfermagem surgiu como profissão e como um campo de saber,

organizada dentro dos preceitos capitalistas, isto é, basicamente dentro do espaço institucional hospitalar já organizado dentro dos princípios empresariais, onde a divisão parcelar do trabalho garante ao proprietário, diretamente ou mediado pela figura do gerente, o controle do processo de trabalho. (PIRES, 1989, p. 121).

Mais recentemente McEwen e Wills (2009, p. 28) afirmam que “profissão é uma vocação ou ocupação aprendida que tem status de superioridade e precedência dentro da divisão do trabalho”.

Atualmente, a enfermagem possui um estatuto socialmente reconhecido e formalmente legalizado, apresentando características, tais como: compromisso social, base de conhecimentos, autoridade sobre ensino e treinamento, serviço altruísta, código de ética e exigência de registro profissional para desempenho da prática (ALMEIDA; ROCHA, 1997; MCEWEN; WILLS, 2009).

Diante disso, pode-se perceber que apesar de a Enfermagem ser uma profissão legalmente reconhecida, sua essência, por muitos, ainda é um pouco desconhecida. Geralmente as pessoas demonstram dificuldades em, sinteticamente, descrever qual o foco principal dessa profissão, e quando fazem, comumente relacionam a aspectos subjetivos ou idealizados, em que percebem o enfermeiro como aquele profissional que irá atuar chefiando algo ou alguém.

Além disso, percebe-se também que a Enfermagem é por vezes considerada a profissão do enfermeiro e não das outras categorias que compõem a referida profissão. Diante disso, verifica-se que frente às transformações que a profissão vem sofrendo, como a aquisição do *status* de ciência, cada vez mais os outros profissionais ficam à margem dessa evolução. Tal fato leva a acreditar que futuramente, de fato, a enfermagem será uma profissão que abrangerá apenas uma categoria profissional, ou seja, o enfermeiro.

➤ Enfermagem é ciência em construção

Outra categoria que emergiu a partir do significado acerca da profissão, e também referida pelos enfermeiros é a de que a enfermagem é uma **ciência em construção** ou pesquisa. Diante do caráter inovador e do pouco conhecimento acerca das teorias de enfermagem por parte dos profissionais, a cientificidade da profissão acaba por ser um aspecto duvidoso entre eles, como pode se observar nos relatos que seguem:

[...] apesar da enfermagem não ser uma ciência, mas assim, eu me sinto um cientista de certa forma por fazer pesquisa [...] (Ignaz Semmelweis)

A enfermagem é uma ciência em construção. É uma profissão baseada na ciência só que ela ainda tá em construção. (Joyce Travelbee)

Assim, pode-se dizer, que essa categoria emerge de um discurso atual e teórico sobre a profissão de enfermagem presente na academia e que vem ganhando força a partir dos programas de pós-graduação de enfermagem strictu-senso.

O corpo de conhecimento da Enfermagem teve as suas primeiras bases teóricas a partir de Florence Nightingale, em que esta implanta o caráter científico da profissão, tendo em vista que a mesma procurou distinguir os saberes da Medicina dos da Enfermagem, sendo, portanto, considerada a primeira teórica de enfermagem (GOMES et al., 2007).

Antes desse período, a enfermagem era vista como não-científica, pois, possuía ações baseadas na intuição e experiência, as quais poderiam impossibilitar a análise crítica e científica dos cuidados dispensados aos enfermos. Nesse contexto, viu-se a necessidade de se organizar os princípios científicos, os quais iriam nortear a prática de enfermagem (GOMES et al., 2007; ALMEIDA; ROCHA, 1986).

De acordo com a literatura, foi a partir do século XX, que a prática de enfermagem começou a ser questionada e, a partir de então, cada procedimento de enfermagem é relacionado a princípios científicos, introduzindo-se um caráter, ainda primário, de cientificidade ao trabalho da enfermagem (GOMES et al., 2007).

Nessa mesma direção, na década de 50, estudiosas de enfermagem começam o processo de construção de suas teorias, com o intuito de elaborarem um corpo de conhecimento próprio para profissão (GOMES et al., 2007).

De acordo com Barret apud McEwen e Wills (2009, p. 36), “a ciência da enfermagem é como o conhecimento substantivo, específico à disciplina, que enfoca o processo humano-universo-saúde articulado nas estruturas e teorias de enfermagem”.

Nesse sentido, conforme novos conhecimentos técnicos e teóricos emergem, no intuito de contribuir para o conhecimento específico do cuidar, o debate e discussão sobre a enfermagem enquanto ciência continua. Assim, os enfermeiros deste estudo demonstraram certa aproximação com esse debate e pareceram assumir essa atitude de progresso.

➤ Enfermagem é caridade

Outra categoria originária das falas dos profissionais de enfermagem e que vai de encontro ao seu caráter científico, foi o significado concedido à enfermagem de que a mesma é *caridade*, assim visualiza-se a seguir:

Enfermagem? Pra mim eu acho assim que transcende uma profissão porque eu gosto muito...assim de fazer pelo próximo e é uma coisa que me dá satisfação, assim, é...saber que eu tô fazendo alguma coisa pelo próximo, entendeu? É isso aí. (Ida Jean Orlando)

Enfermagem é minha realização como pessoa, é onde eu posso, é...onde eu me sinto humano, ajudando o outro, é...é isso [...] (Alexander Fleming)

Pra mim a enfermagem significa vida porque você vai tirar um pouco da sua vida pra justamente se dedicar aos outros. Então é algo que a gente dispõe do eu pessoal para o eu da outra pessoa. Dedicção e a caridade também. (Sérgio Arouca)

Essa relação entre enfermagem e caridade começou a ser construída desde a época do cristianismo, sendo que, nesse período, o cuidado de enfermagem era voltado não para o corpo da pessoa ou sua doença, mas sim para salvação da alma do enfermo e dos agentes de enfermagem, sem, portanto, necessitar do embasamento de uma teoria do cuidado de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

A influência cristã propagou os ideais de fraternidade, serviço, caridade e auto-sacrifício, tendo em vista que tais atributos seriam instrumentos imprescindíveis para remissão dos pecados e conseqüente salvação para a eternidade. O atendimento ao pobre e ao doente era prestado pelos diáconos e diaconisas nas residências ou em hospitais, os quais na época não eram utilizados para o cuidar e sim para abrigar e excluir os doentes da sociedade (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Em nosso país, esse tipo de trabalho voluntário e caritativo pode ser exemplificado pelo trabalho de Ana Justina Ferreira Neri, considerada “Mãe dos Brasileiros”, tendo em vista que a mesma solicitou ao presidente da província a oportunidade de prestar assistência voluntária aos soldados da guerra do Paraguai. A referida brasileira não passou por nenhum tipo de treinamento profissional, porém o cuidado que realizava para com os feridos era baseado no espírito cristão de caridade e sentimento cívico, levando-a a se tornar imortalizada e oficialmente reconhecida através de homenagens do governo imperial (DAHER, 2000; PIRES, 1986). Sob essas influências, percebe-se que até hoje esse tipo de visão influencia as falas e o conceito que os profissionais de enfermagem têm acerca da profissão.

➤ Enfermagem é arte

Aliado a esse discurso caritativo observa-se uma visão idealizada e romântica que os profissionais têm acerca da enfermagem. Decidiu-se atribuir a esse tipo de visão à categoria de enfermagem enquanto *arte*, tendo em vista o teor dos relatos que seguem:

Pra mim significa uma profissão maravilhosa, é extremamente gratificante pelas ações que a gente faz no dia-a-dia. É uma profissão que é completa porque você vê todas as dimensões do paciente. (Ignaz Semmelweis)

Essa palavra aí ela tem um significado muito forte, é amor mesmo, porque pra você ser da enfermagem você tem que ter amor. (Dorothea Johnson)

Diante dessas falas, vê-se que os significados atribuídos à profissão encontram suas raízes em épocas remotas, em que a imagem que se tinha era a de um profissional que cuidava do enfermo na perspectiva da ternura e do carinho e não através de uma lei profissional ou mesmo de um corpo de conhecimentos científicos que direcionasse as suas atitudes.

Analisando a enfermagem moderna ou científica dos dias atuais, considera-se também que Florence Nightingale contribuiu para este significado da enfermagem. Assim, destaca-se seu combate ao movimento que se iniciou, em 1887, através de enfermeiras, as quais almejavam criar um Registro Oficial para se exercer a profissão. Para Florence, a enfermagem significava vocação e submissão, dispensando, portanto, a obtenção de um registro (MELO, 1986). Com isso, para Nightingale,

a enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais belas das artes!

Nesse sentido, por arte entende-se uma manifestação relacionada a expressividade humana, utilizando-se um conjunto de princípios para que a realização de algo possa ocorrer da melhor maneira possível. Dessa forma, a arte define-se por ser um objeto estético (belo), o qual é visualizado e admirado pelo valor de sua essência (WALDOW, 2008; SILVA et al., 2005; CACCAVO, 1997).

Logo, a arte pode se relacionar ao conceito de Enfermagem, tendo em vista estar atrelada ao seu significado a realização de um fazer belo e manual. Ressaltando que, em relação a Enfermagem, é no momento da inter-relação entre enfermeiro e paciente que a profissão se mostra em sua plenitude (WALDOW, 2008; CACCAVO, 1997).

Com isso, pode-se dizer que é no momento do cuidado que a arte, em Enfermagem, pode emergir. Tal arte abrange a capacidade de absorver as diversas formas de sentimentos dos outros seres humanos e a partir daí tê-los como nossos. Assim, a obra de arte se concretiza quando o enfermeiro e o paciente estabelecem relações afetivas e intuitivas, as quais se reforçam na medida em que o cuidado se estabelece (WALDOW, 2008; CACCAVO, 1997).

As técnicas de enfermagem sempre estiveram muito relacionadas a arte da profissão, haja vista terem sido as primeiras condutas sistematizadas do saber da Enfermagem, através do estabelecimento de tarefas, procedimentos, normas e rotinas. Contudo, com o passar do tempo, outros aspectos foram atribuídos ao cuidado de enfermagem, os quais, influenciam diretamente a prestação de uma assistência integral ao paciente. Nesse sentido, pode-se citar a espiritualidade, sensibilidade, compaixão, consideração, empatia, dentre outros (WALDOW, 2008).

Dessa forma, profissionais imbuídos com essa nova concepção de arte são capazes de romper paradigmas, normas e rotinas em benefício de sua clientela. Isso ocorre, pois para esses profissionais a Enfermagem não é apenas uma técnica e sim um processo que congrega elementos da alma, da mente e da imaginação (CACCAVO, 1997).

Em vista disso, de acordo com Silva et al. (2005), a compreensão acerca da arte da enfermagem, envolve uma tentativa ousada de ir além de realizar o cuidado em um corpo que padece, respaldado por leis ou normas. Nessa nova concepção, busca-se compreender o sujeito que é cuidado a partir de uma perspectiva mais abrangente, a qual envolve a ética da pessoa humana, o que acaba por englobar a sociedade como forma de expressão da arte.

➤ Enfermagem é ensino-aprendizagem

As considerações sobre a categoria anterior também influenciaram esta, definida como enfermagem é *ensino-aprendizagem*. Observou-se que Florence traz consigo a ideia de “preparo rigoroso”, o qual se configura através do ensino, tendo em vista que ela foi a

principal responsável pela criação de uma escola voltada para o ensino da enfermagem moldado aos novos tempos (SILVA, 1986).

Sendo assim, a categoria em questão, emergiu a partir das opiniões abaixo:

O que significa? Significa uma busca constante de conhecimento e de...aprendizado com o ser humano. Eu acho que significa isso. (Myra Levine)

Enfermagem pra mim, ela não só, presta a assistência mas ela também tem a parte educativa, de ensino [...] (Imogene King)

Nesse sentido, é válido ressaltar que a arte de enfermagem, refletida nas técnicas exercidas foram os primeiros e principais componentes do ensino da enfermagem. Através do ensino, tais técnicas, passaram a ser organizadas e sistematizadas, refletindo assim, nas primeiras expressões do saber de enfermagem (ALMEIDA; ROCHA, 1986).

Ainda segundo Almeida e Rocha (1986, p. 35),

pode-se dizer que, na metade do final do século XIX e primeiras décadas do século XX, o saber da enfermagem é compreendido como a capacidade de desempenhar tarefas e procedimentos (...). Pode-se concluir, então, que o objeto da enfermagem não estava centrado no cuidado do paciente mas na maneira de ser executada a tarefa.

Neste período, já se encontravam presentes a dicotomia entre a concepção e a execução do trabalho, tendo em vista que os trabalhadores de enfermagem sem instrução não necessitariam saber o porquê dos procedimentos executados. Nesse contexto, a Escola Nightingale (primeira escola de treinamento de enfermeiras), preparava profissionais, na categoria de *nurses*, para exercerem as tarefas mais usuais e diretas ao paciente e também formava as *ladies-nurses*, as quais desenvolveriam atividades de supervisão, administração e ensino (ALMEIDA; ROCHA, 1986; SILVA, 1986).

No Brasil, a maioria das escolas de enfermagem também adotou o sistema de ensino Nightingale, o qual foi trazido em 1923 por meio de enfermeiras americanas. O ensino se baseava no aprendizado técnico-científico, no treinamento prático, bem como na educação moral do enfermeiro. Cabe destacar que em nossa realidade a formação em enfermagem visou atender a área de saúde pública e não à clínica hospitalar, visto que os profissionais eram treinados para atuarem no saneamento dos portos e epidemias que existiam na época. Dessa maneira, aos poucos, a profissão foi se tornando conhecida no país (GERMANO, 2007; DAHER, 2000; ALMEIDA; ROCHA, 1986).

➤ Enfermagem é cuidar

Finalmente, merece destaque a categoria mais citada entre os profissionais entrevistados, a enfermagem sob a óptica do cuidar. O cuidar através dos tempos e sob influências histórico-sociais foi se modificando, porém toda forma de cuidado sempre esteve atrelada às práticas de enfermagem. Contudo, durante muito tempo, o cuidado não foi considerado como um ofício ou profissão, e sim fazia parte da conduta de qualquer indivíduo, o qual se dispunha a ajudar alguém que por algum motivo não poderia satisfazer suas próprias necessidades, gerando com isso uma limitação para continuidade adequada da vida (COLLIÉRE, 1989).

O cuidado, expressão do trabalho da enfermagem, foi concebido como uma prática complementar à cura, sendo esta exercida, primeiramente, por feiticeiros e aquele praticado por mulheres da família dos doentes, reproduzindo assim, as atividades executadas no ambiente doméstico, as quais eram destinadas às crianças e idosos. Posteriormente, em diferentes períodos, o cuidado passou a ser efetuado também pelos escravos e religiosos, estando sempre associado ao sexo feminino, tendo em vista a semelhança do cuidado às atividades domésticas (SILVA, 1986).

Para que se compreenda a prática do cuidado, torna-se necessário conhecer a essência de sua finalidade, que envolve a continuidade e reprodução da vida, por meio da realização de diversas atividades. Nesse sentido, o cuidar sempre esteve presente na história humana, seja em termos existenciais de vida, tendo em vista que faz parte do homem, conferindo-lhe condição de humanidade; seja através de relações com outro ser; ou por meio do caráter contextual, o qual dependendo do meio e época vivida irá assumir variações, intensidades e maneiras de se fazer expressar (WALDOW, 2008; WALDOW, 2007; COLLIÉRE, 1989).

Com o desenvolvimento da Medicina, essa prática foi sendo absorvida e adquirindo características científicas. Assim, desde a transformação do hospital como local de cura, o foco do cuidar adquiriu objetivos pautados no curar. Dessa época, data também o surgimento da Enfermagem como profissão, deixando de ser uma prática leiga. Nesse sentido, o olhar sobre o cuidado também foi modificado. O mesmo deixou de ser visto como um simples ato de caridade e passou a ser relacionado aos problemas sociais, os quais deveriam ser vistos através de um olhar reflexivo e crítico (WALDOW, 2007; COLLIÉRE, 1989).

Diante disso, viu-se a necessidade, na Enfermagem, de construir um corpo de conhecimento, princípios e domínios que fundamentassem os cuidados de enfermagem, haja

vista o cuidado ter se tornado uma característica marcante da profissão, dada a forte inter-relação dos profissionais de enfermagem com o indivíduo que receberá os cuidados. Contudo, isso não significa que tal atividade seja exclusiva dessa profissão (WALDOW, 2007; COLLIÉRE, 1989).

No Brasil, o cuidado é muitas vezes associado ao termo assistir, ou seja, cuidar estaria no mesmo nível de significado de prestar assistência, como se constatará adiante em algumas falas. Todavia, independente do termo utilizado, em nossa prática, o cuidado é ensinado e desenvolvido com ênfase na técnica, no desenvolvimento de intervenções e procedimentos, os quais, muitas vezes, objetivam apenas o tratamento da enfermidade (WALDOW, 2007).

Considerando esse contexto, observa-se que o cuidado é visto sob uma perspectiva reducionista, de cura, em detrimento de sua outra vertente, que seria o cuidar na perspectiva da prevenção ou da possibilidade de oferecer condições para que o indivíduo se recupere de uma forma melhor. Assim, percebe-se que atualmente, principalmente nas instituições de saúde, ainda encontra-se muito forte a influência paradigmática curativista. Tal fato reflete diretamente na conduta dos profissionais, que reproduzem tal ideologia.

Na enfermagem, verifica-se que o cuidado propriamente, é realizado, na maioria das vezes, pelos profissionais de nível médio, tendo em vista que o enfermeiro prioriza funções administrativas, as quais frequentemente buscam atender mais as carências institucionais do que as necessidades da clientela (WALDOW, 2007; COLLIÉRE, 1989).

Assim, percebe-se que o cuidado sempre permeou as ações de enfermagem, mesmo que de forma elementar. Isso reflete diretamente nas impressões dos profissionais, como mostrado a seguir:

Pra mim, enfermagem é cuidar, cuidar de quem precisa. Ser cuidado. (Betty Neuman)

Enfermagem é [...], é isso, é o cuidar. (Alexander Fleming)

Cuidar das pessoas. (Virginia Henderson)

Enfermagem pra mim significa o cuidar. O cuidar daquelas pessoas que procuram os hospitais, é...em busca de uma melhora, seja ela qual a patologia, aí procura o serviço de enfermagem de acordo com o que...a prescrição do médico, o enfermeiro e o técnico trabalham em conjunto pra que o paciente tenha uma melhor qualidade de vida, seja bem aceito, seja bem tratado, com muita dignidade dentro do hospital. A enfermagem é isso, é o cuidar. (Faye Abdellah)

Pra mim enfermagem é assistência, cuidado, né? Pra mim enfermagem é isso, cuidar do ser humano, cuidar do outro. (Margaret Newman)

Em vista das falas descritas, vê-se que o cuidado tem suas raízes na história da Enfermagem, tendo em vista que o cuidado sempre foi a dimensão que caracterizou essa profissão, desde o seu período pré-profissional. Atualmente, o conceito de cuidado vem sendo reconfigurado, devido a necessidade de se prestar uma assistência global, envolvendo vários tipos de profissionais de saúde. Essa reconfiguração, objetiva ampliar o alcance dos cuidados prestados, desviando sua ênfase da realização de procedimentos e habilidades técnicas e manuais (GERMANO, 2010).

Assim, concorda-se com Germano (2010) e Waldow (2008), quando as mesmas afirmam que o cuidado humano deve ser resgatado em suas características interativas, emocionais e intuitivas, as quais aliadas às habilidades técnicas e à postura crítica-reflexiva do profissional irão respaldar o ato de cuidar em sua totalidade, numa perspectiva de trabalho, em que o cuidado não será uma propriedade da Enfermagem, mas sim uma prioridade no processo de trabalho da mesma.

Isso posto, observa-se na análise das categorias, que os significados acerca da enfermagem foram fortemente construídos com base no passado. Dessa forma, de acordo com o IS, o passado participa da ação humana no momento em que o indivíduo reflete sobre ele e aplica as definições e significados na situação vivida em um determinado momento (CHARON, 2007).

Vê-se que os significados atribuídos à enfermagem estiveram sempre muito ligados às realizações e influências de Florence Nightingale, daí o fato de a terem denominado, um símbolo da enfermagem, sendo também conhecida como a “Dama da Lâmpada”. Esse atributo lhe foi concedido devido ao fato de a mesma visitar os doentes portando em suas mãos uma lâmpada. Com isso até os dias atuais temos a lâmpada simbolizando a profissão de enfermagem (DAHER, 2000).

Nessa perspectiva, corrobora-se com os preceitos interacionistas, visto que, conforme essa teoria é a partir do símbolo que somos capazes de pensar, comunicar-nos e representar algo, atribuindo assim significados e estabelecendo a realidade em que agimos (LOPES; JORGE, 2005; DUPAS; OLIVEIRA; COSTA, 1997).

Neste estudo, percebe-se que os profissionais visualizaram a enfermagem sob vários aspectos, o que demonstra que a enfermagem não tem um significado único, sendo muitas vezes percebida de forma contraditória. Esse fato pode influenciar negativamente na conduta

dos profissionais, pois os mesmos se vêem em várias faces de uma mesma profissão, o que pode dificultar na compreensão de sua identidade e atribuições dentro do processo de trabalho em enfermagem. A seguir encontra-se uma ilustração expondo a relação da enfermagem com os diversos significados conferidos a ela.

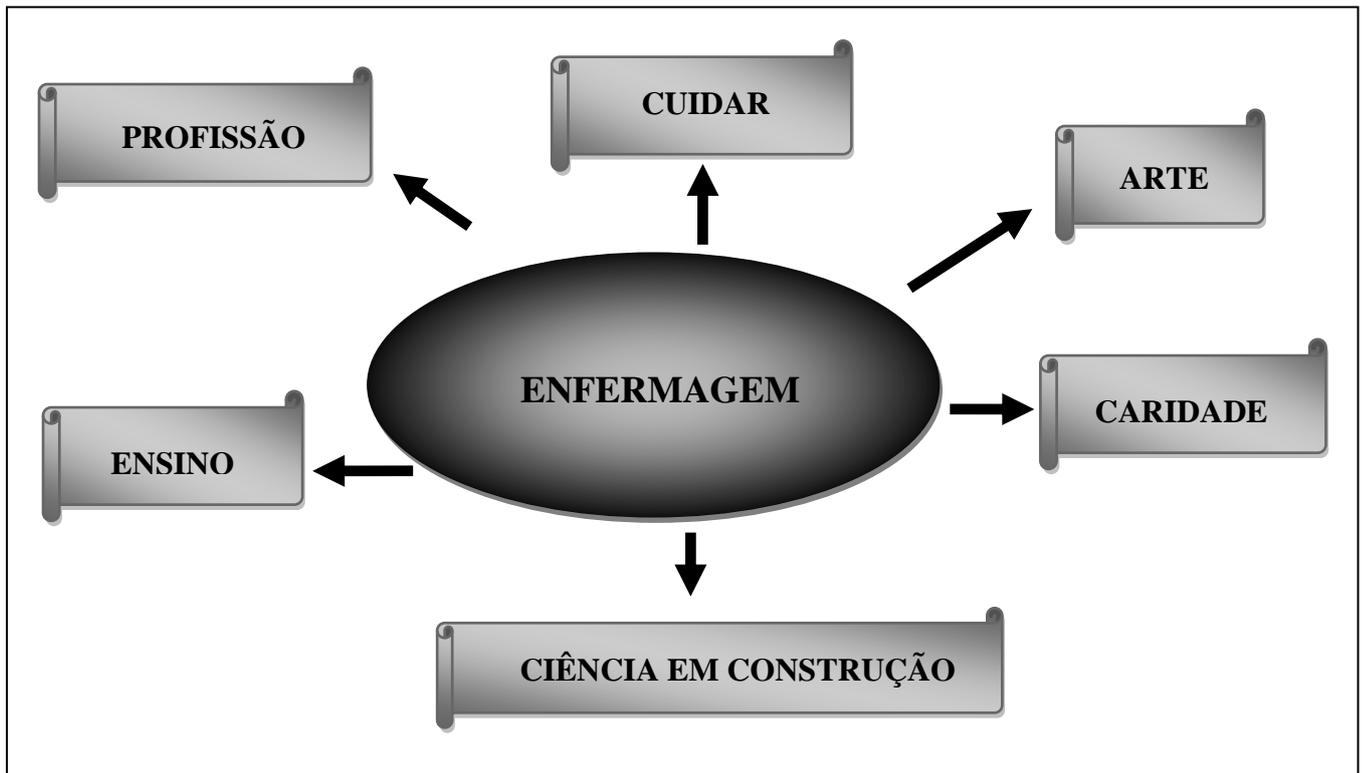


Figura 2 – Categorias dos significados de enfermagem atribuídos pelos profissionais.

5.2.2 Eixo Temático: atribuições do enfermeiro na perspectiva dos profissionais de enfermagem

Continuando a busca pelas categorias temáticas, seguem nessa sessão as descrições das categorias, de acordo com o segundo eixo temático, acerca das atribuições do profissional enfermeiro, sob o ponto de vista de enfermeiros e técnicos de enfermagem. Inicia-se então, a análise de como as suas competências e atribuições influenciam as relações entre os profissionais. Acredita-se que tais relações encontram-se desgastadas devido a desvios de

função e sobrecarga de trabalho, as quais são reflexos das ambiguidades geradas pelos profissionais, no que diz respeito a suas funções no processo de trabalho em enfermagem.

Após análise e categorização das falas resultantes constatou-se que as atribuições do enfermeiro estão mais relacionadas e centradas a *prestação de assistência*, com um nível de ações e procedimentos complexos. Além disso, outras falas citam as *atividades gerenciais* e *educativas*, entretanto, uma categoria que merece destaque e que surgiu dos depoimentos dos técnicos de enfermagem, foi a de que o enfermeiro é “*auxiliar do técnico*”.

Diante disso, buscou-se respaldo na teoria interacionista, a qual destaca em uma de suas premissas, que os indivíduos agem baseados no significado que as coisas tem para eles. Dessa maneira, ao se compreender como os profissionais de enfermagem visualizam as suas ações e a de seus colegas, espera-se encontrar respostas que justifiquem suas atitudes profissionais dentro do processo de trabalho em enfermagem e a partir daí pensar em algumas propostas de mudanças para as práticas assistenciais, caso necessite.

É notório perceber que as categorias *prestação da assistência* em casos de procedimentos complexos, além da *gerência* e da *ação educativa* estão intimamente relacionadas às atividades privativas do enfermeiro, as quais se encontram descritas na Lei nº 7.498/86 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, na qual estão definidas as funções que cabem ao enfermeiro, quais sejam:

Planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de enfermagem;

Cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

Cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

Educação visando à melhoria de saúde da população.

Desse modo, conclui-se que tanto os técnicos de enfermagem, como os enfermeiros relacionam e restringem as atividades destes últimos a algumas funções privativas. Tal fato talvez seja, outras das conseqüências advindas da institucionalização da profissão, a qual surgiu embasada em uma educação formal, nos moldes nightingalianos, em que eram capacitadas dois tipos de profissionais, as *nurses*, encarregadas do cuidado direto ao paciente, realizavam o trabalho pesado como banho no leito, trocar roupa de cama e administrar medicação. Em contrapartida, tinha-se também, as *ladies-nurses*, as quais eram preparadas

para realizarem tarefas nobres, tais como o ensino, administração e supervisão, assim, eram encorajadas a se tornarem professoras e responsáveis pela organização hospitalar e de enfermagem, difundindo, portanto, o Sistema Nightingale pelo mundo (FORMIGA; GERMANO, 2005; ALMEIDA; ROCHA, 1986; SILVA, 1986).

➤ Gerência

Nesse sentido, observa-se que a categoria *gerência* esteve fortemente presente no discurso dos profissionais, como pode se visualizar a seguir, na perspectiva dos enfermeiros,

É...bem...administrativa são várias, né? A própria supervisão da assistência, provisão de material, isso o enfermeiro, né? Provisão de material, é...atribuição de pessoal. (Ignaz Semmelweis)

Além do papel principal de supervisão, de coordenação, né, tem a questão da do conhecimento técnico pra que você possa cobrar dos seus subordinados, digamos assim, pra que o serviço flua de maneira correta, de maneira eficaz. (Hildegard Peplau)

O enfermeiro ele...não existe enfermeiro sem administração, acima de tudo o enfermeiro é um gerenciador. (Joyce Travelbee)

E na perspectiva dos técnicos de enfermagem,

Ele coordena mesmo, ele tem a coisa de coordenar mesmo a equipe mesmo. (Dorothy Johnson)

Coordenador, auxiliar, orientador, né? E gerente da equipe. (Margaret Newman)

As atribuições do enfermeiro, assim, como diz na literatura ele tem o papel de designar as funções pra gente [...] (Sérgio Arouca)

Além disso, vê-se que os profissionais englobaram em suas falas diversas outras atividades relacionadas com a administração em enfermagem, tais como: delegar ações, organizar o setor e supervisionar. Dessa maneira, verifica-se que os mesmos apresentam noções do que envolve o gerenciar em enfermagem, fazendo muitas vezes questão de destacar que essas atividades são consideradas como de maior importância para serem desenvolvidas

pela referida categoria profissional, reflexo esse do desenvolvimento da própria profissão, onde segundo Almeida e Rocha (1997) era transmitido às enfermeiras, durante sua formação, que as atividades de caráter gerencial deveriam ser priorizadas em detrimento de ações de caráter assistencial.

Diante disso, torna-se válido fazer um resgate da gerência/administração em enfermagem. Sabe-se que tal prática e saber administrativo, sempre estiveram presentes nessa profissão, desde sua institucionalização. Dessa forma, a dimensão prática das técnicas de enfermagem, efetivou-se através de dois pólos, o da direção e o da execução, os quais representam os aspectos administrativos e assistenciais do cuidado, consolidando assim a divisão técnica do trabalho em enfermagem (FORMIGA; GERMANO, 2005; ALMEIDA E ROCHA, 1997; ALMEIDA E ROCHA, 1986).

O processo de trabalho gerencial tem como objetos os recursos empregados na assistência e os recursos humanos de enfermagem, que por meio da utilização de vários instrumentos específicos (planejamento, dimensionamento do pessoal, supervisão, saberes administrativos, dentre outros) objetiva a organização do trabalho (finalidade imediata) e o estabelecimento de condições para o favorecimento do cuidar (finalidade mediata), seja ele individual ou coletivo (FELLI; PEDUZZI, 2010; SANNA, 2007; ALMEIDA E ROCHA, 1997).

➤ Ensino

Outra atribuição referida ao enfermeiro, na opinião dos profissionais entrevistados, foi a categoria de *ensino*, constatadas nas falas a seguir:

É um educador nato, tem que ser um educador [...] (Alexander Fleming)

[...] coordena e também presta a assistência e acompanha aluno [...] (Imogene King)

Ah, pra mim a atribuição dele é...ensinar as coisas que a gente não sabe. (Virginia Henderson)

Diante disso, percebe-se que a função de educador designada ao enfermeiro não foi esquecida pelos entrevistados. Cabe lembrar que a Escola Ana Neri, fundada em 1923, foi a primeira no Brasil a ministrar o ensino sistematizado de enfermagem sob os moldes nightingaleano. Contudo, foi apenas em 1961 que a formação do enfermeiro obteve espaço no ensino universitário (NAUDERER; LIMA, 2005).

Atualmente, existe a preocupação de que os enfermeiros docentes consigam, além de transmitir conhecimentos técnico-científicos, estimular no aluno a capacidade de refletir, de pensar criticamente, para que com isso possam através de um agir analítico, resolver os problemas existentes no trabalho. Dessa forma, o foco da educação em enfermagem se voltaria para uma forma de aprendizagem problematizadora, a qual se preocupa com a construção de uma postura crítica e criativa do estudante (GERMANO, 2007; NAUDERER; LIMA, 2005)

➤ Prestação de Assistência

Ao se refletir sobre as ações relativas ao educar na Enfermagem, não se pode deixar de abordar a divisão existente entre o saber e o fazer pois, para os profissionais entrevistados, a assistência quando relacionada aos procedimentos complexos e invasivos em paciente graves e urgências, é definida como competência do enfermeiro e, reforça o sentido de que as ações que exigem um maior conhecimento ou qualificação profissional lhes são atribuídas. Essa categoria emergiu das falas seguintes,

O enfermeiro...ele faz os procedimentos mais complexos, fica sempre com o enfermeiro.(Betty Newman)

Processos mais invasivos é do enfermeiro. (Oswaldo Cruz)

É...procedimentos mais complexos, eles fazem também. (Callista Roy)

[...] a gente presta assistência aos pacientes mais graves [...](Imogene King)

De fato não há dúvida que esses tipos de procedimentos são privativos do enfermeiro, porém, através dos relatos, fica claro que o enfermeiro não se envolve, na maioria das vezes,

com atividades de caráter assistencial, pois dão prioridade as ações gerenciais. Os depoimentos a seguir confirmam estas afirmações:

Coordenar, supervisionar e até mesmo assistir. (Ida Jean Orlando)

[...] principalmente a parte de supervisão, coordenação, pelo menos no meu setor é isso [...]. (Hildegard Peplau)

É...ele pode ser assistencial ou não, dependendo do caso, mas ele é um líder. (Joyce Travelbee)

[...] tem uns que fazem tudo, né? Ele mete a mão na massa mesmo junto com a gente, tem uns que já não fazem, mas o que cabe a ele é o que? Coordenar nós. (Callista Roy)

Contudo essa questão possibilita algumas discussões e questionamentos, os quais podem ser a base para o tipo de relação que se estabelece entre os profissionais de enfermagem. Almeida e Rocha (1986) ao citarem Nutting e Dock trazem que na hierarquia existente entre os profissionais de saúde, o grau mais alto deve conhecer as atividades realizadas pelo grau mais baixo, devendo aquele realizá-las de forma melhor. Mas, os autores destacam que se assim não for, como se tornarão capazes de treinar, tendo em vista que a influência moral, por si só, não garante um bom treinamento.

Tal fato leva à seguinte reflexão: se a habilidade é conquistada através da prática, como, os enfermeiros (detentores do saber) alcançam essas habilidades se na maioria das vezes só exercem atividades assistenciais em casos específicos e às vezes de forma descontínua. Percebe-se que na prática institucional quem mais detém tal habilidade são os profissionais de nível médio, tendo em vista que realizam rotineiramente essas ações em pacientes considerados menos graves.

Diante disso, evidencia-se a dicotomia entre o saber e o fazer, tendo em vista que quem detém o maior conhecimento teórico, realiza ações assistenciais com menos frequência do que quem detém um menor conhecimento. A solução seria aliar essas duas dimensões, ou seja, o saber e o fazer, já que, de acordo com Almeida e Rocha (1986, p. 36), “o saber não é uma instância abstrata, neutra, desvinculada da prática”. Com isso, todos os pacientes, sem privilégios apenas para os mais graves, receberiam uma assistência integral e consequentemente de melhor qualidade.

O problema é que essa solução esbarra na divisão de classes reflexo das relações de poder, haja vista, que o conhecimento (fonte do poder) teria que ser igualmente compartilhado

entre os profissionais da equipe de enfermagem, o que iria de encontro aos preceitos do modo de produção vigente, onde nele, o detentor do saber é quem possui o poder e consequentemente concebe e delega o trabalho que deve ser executado (DAHER, 2000).

Logo, essa situação pode ser analisada através do estudo que segue:

todas as categorias que trabalham na enfermagem, no Brasil, são assalariadas, vendem sua força de trabalho ao empresário hospitalar, ou ao Estado, através do administrador hospitalar, ou do administrador de unidades de saúde. A enfermeira, apesar de ser assalariada e não participar dos lucros da empresa, toma a posição de gerente da assistência de enfermagem e, até certo ponto, da organização institucional. É isso que a instituição espera dela, porque precisa de alguém que conheça a essência do trabalho de enfermagem e não para executá-lo, pois dessa forma haveria a necessidade de muitas enfermeiras, o que não convém, pois torna-se oneroso, ameaçando o lucro. Portanto, o atendente, que cuida do paciente, desconhece, na maioria das vezes, o plano assistencial de enfermagem que aquele paciente requer – que é domínio da enfermeira – e a qualidade da assistência nem sempre pode ser garantida. O atendente fica alienado de todo o processo de trabalho.” (ALMEIDA; ROCHA, 1986, p. 72).

A reflexão acima descrita corrobora com as atribuições determinadas para o enfermeiro, a qual demonstra a possível sobrecarga de atividades administrativas centralizadas nesse profissional, e, como consequência, até mesmo as ações assistenciais complexas e invasivas, que pela força da lei são privativas do enfermeiro, por vezes são delegadas aos profissionais de nível médio, fato comum e que pode ser observado nas falas seguintes:

Procedimentos mais complexos são...eles fazem também, mas quando a gente também tem a capacidade de fazer eles permitem que a gente faça, é isso. (Callista Roy)

A atribuição do enfermeiro, por exemplo, é o que o técnico não pode fazer, mas que o técnico souber e o enfermeiro confiar nele, por exemplo, tirar um dreno, tirar uma sonda, se o técnico não se sentir seguro, né? Se o enfermeiro achar que ele tem condições e segurança de tirar e fazer um serviço, é essas. (Jean Watson)

Nessa perspectiva, nota-se que as categorias de nível médio acabam assumindo funções que não lhes competem, o que pode gerar contradições no processo de trabalho em enfermagem, no que se refere, principalmente, às atribuições dos profissionais. Os depoimentos a seguir refletem a inversão de papéis que acaba ocorrendo no ambiente de trabalho da equipe de enfermagem, pois, por estarem comprometidos com vários aspectos da assistência, os técnicos de enfermagem acabam por considerar os enfermeiros como seus auxiliares, conforme os depoimentos que seguem:

Ah, pra mim a atribuição dele é prestar é assim, serviço a gente, a orientar a gente [...] (Virginia Henderson)

Ele tá aqui pra auxiliar a gente, e, é, em alguma coisa que a gente não sabe, tá aqui também pra nos acompanhar, né? Até porque somos técnicos e a gente não tem o conhecimento como o enfermeiro tem..., muita coisa que o enfermeiro faz que a gente não faz, como passar uma sonda, é...algumas coisas mais complexas. E ele com certeza fica nos direcionando pra continuar nos ajudando em outras coisas. (Dorothea Orem)

Ele nos ajuda...facilita o nosso trabalho, nos ajuda, assim, nos procedimentos que nós...se nós tivermos alguma dificuldade ele vem e nos ajuda, nos orienta. (Martha Rogers)

Em vista disso, novamente, destaca-se a dissociação entre o saber e o fazer, existente quando se analisa o contexto de trabalho da equipe de enfermagem, ao desenvolverem procedimentos de enfermagem (ações assistenciais) para com o cliente.

Corroboramos com Daher (2000) quando esta afirma que ainda hoje o enfermeiro é preparado, na academia, para prestar assistência direta ao paciente, porém, na prática, desenvolve, principalmente, atividades administrativas (“saber/poder”), ficando o cuidado direto sob responsabilidade daqueles que possuem o menor preparo, ou seja, os profissionais de enfermagem de nível médio (“fazer/submissão”).

Nesse sentido, também se concorda com Almeida e Rocha (1986), quando as mesmas trazem que o trabalho em equipe na enfermagem apresenta-se, apenas, no nível do discurso, pois o que se observa cotidianamente é o trabalho sendo realizado por tarefas fragmentadas, já que os princípios de trabalho em equipe, o qual abrange a totalidade do trabalho, bem como democratização funcional, não são postos em prática.

Dessa maneira, pode-se dizer que se estabelece uma crise na Enfermagem, a qual é reflexo da cisão entre concepção e execução do trabalho, em que poucos trabalhadores dominam o saber e a maioria executam as tarefas, sem, no entanto, refletirem acerca das razões dos cuidados e procedimentos de enfermagem. Sobre o fato, não só na enfermagem, mas no trabalho em saúde em geral, não se compartilha os saberes dos diferentes sujeitos e conseqüentemente o processo de atendimento a saúde não é trabalhado como um todo.

Isso posto, quando se analisa as atribuições realizadas pelo enfermeiro, sente-se algumas dificuldades, tendo em vista ser um problema a delimitação das várias funções atribuídas aos diversos profissionais da enfermagem. Contudo, através de estudos e observações, verifica-se que o enfermeiro executa atividades voltadas mais para a

administração, ou seja, diante de uma multiplicidade de papéis, o enfermeiro exerce com mais intensidade o gerenciamento (ALMEIDA, 1987).

Logo, ao utilizar-se a teoria interacionista, constata-se que essa multiplicidade de atividades atribuídas aos diversos profissionais de enfermagem, acaba por dificultar a compreensão concreta do trabalho e do seu processo na enfermagem.

De acordo com a referida teoria, cada pessoa possui um self, o qual se desenvolve através dos significados elaborados por outros. Com isso, ele servirá de referencial para que o indivíduo possa ver a si mesmo, sendo assim, o self, um objeto social por meio do qual o indivíduo age (CARVALHO; SILVA; OLIVEIRA; CAMARGO, 2007; HAGUETTE, 2007).

Nesse contexto, compreende-se que os enfermeiros, atualmente, estão agindo de acordo com o que foi construído socialmente, o que acaba por refletir na maneira como os profissionais o percebem. Com isso eles se limitam a realizar, principalmente, as atividades gerenciais, já que são estas que marcam, desde o início da institucionalização da profissão, a função do enfermeiro.

5.2.3 Eixo Temático: atribuições do técnico e auxiliar de enfermagem na perspectiva dos profissionais de enfermagem

Por motivos de aproximação do sentido que se encerra entre estes dois eixos temáticos e para uma melhor compreensão da análise resolveu-se discuti-los de forma conjunta. Essa decisão se baseou na opinião dos entrevistados, os quais, em sua maioria, consideraram as atribuições dos auxiliares de enfermagem como sendo as mesmas dos técnicos de enfermagem.

Isso posto, passar-se-á para a análise das categorias que emergiram quando os profissionais, do presente estudo, foram indagados a respeito das atribuições que competem ao técnico de enfermagem e, posteriormente, as que competem ao auxiliar de enfermagem.

➤ Assistência direta ao paciente

Diante da visão dos profissionais entrevistados, no que se refere às atribuições dos técnicos de enfermagem, percebeu-se que foi atribuído como funções da referida categoria, ações intimamente relacionadas com a assistência direta ao paciente, ou seja, com o cuidado de enfermagem.

Contudo, esse cuidar, esteve bastante atrelado a uma menor exigência de conhecimentos técnico-científicos, como se pode constatar a seguir:

Na perspectiva dos enfermeiros,

Então as atividades mais complexas que não exige tanto, num é total conhecimento, mas tanto conhecimento quanto o que o enfermeiro tem, né? As punções, banho no leito, sinais vitais, é...nebulizações, medicações em geral, preparação, administração de medicações. Eu acho que é isso. (Betty Newman)

A atribuição é...justamente é prestar assistência, daquelas ações mais simples (Imogene King)

Aí acho que já é atividade de média e baixa complexidade. A parte de higiene do paciente, transporte de paciente, mas também administração de medicação, porque na nossa realidade se faz isso. Entre tantas outras, manuseio de equipamentos, curativos. (Ignaz Semmelweis)

A parte mais operacional. Do técnico de enfermagem a parte mais de práticas, de cuidados [...] (Hildegard Peplau)

A atribuição dele é realizar, executar ações delegadas pelo enfermeiro que compete a categoria dele. (Joyce Travelbee)

E dos técnicos de enfermagem,

As atividades básicas do paciente é prestada pelo técnico supervisionada justamente pelo enfermeiro e assim não o aquela coisa do da prática em si ser do técnico também o enfermeiro em si auxilia a gente também na hora das famosas técnicas básicas. Então as atribuições do técnico pra mim é a prestação do serviço em geral como um todo desde a admissão do paciente até o preparo dele pós-morte. (Sérgio Arouca)

O técnico, a especialidade do técnico mesmo é o cuidar...é o cuidar. (Faye Abdellah)

Poderia dizer que é tudo, basicamente tudo, né? É banho no leito, é estar sempre lá do lado do paciente, conhecendo o paciente. (Callista Roy)

É...muitas, né? Porque é...cuidar...somente o cuidado...cuidado e só. Ter bastante cuidado com o paciente em tudo o que você vai fazer, né, na medicação...cuidados, tudo, fazer curativo. (Carlos Chagas)

Assistência, nas atribuições que são competências do técnico. Cuidar. (Margaret Newman)

Frente às descrições, tanto dos técnicos como dos enfermeiros, percebe-se que os profissionais apresentam uma visão limitada quanto às atribuições dos técnicos de enfermagem, já que, na visão deles o trabalho do técnico volta-se, exclusivamente, para assistência de enfermagem. Apenas dois profissionais de nível médio, abrangeram as ações dessa categoria, quando relataram que uma de suas atribuições seria participar do planejamento da assistência, como se pode ver a seguir:

A atribuição do enfermeiro é estar com o técnico de enfermagem, fazendo toda a programação de um plantão. A função seria essa, né? Que num é feita mas a função é essa, eu acho. (Myra Levine)

Tirando a responsabilidade do enfermeiro o técnico ele tem assim o papel de ajudar o enfermeiro na elaboração das atividades. (Sérgio Arouca)

Outro aspecto que chamou atenção foi que alguns dos profissionais entrevistados, de nível médio, enfatizaram o fato de cumprirem à risca o que estava prescrito. Dessa forma, nota-se um distanciamento entre o saber e o fazer, no sentido em que, os procedimentos que foram prescritos, são apenas realizados, sem passarem por uma avaliação crítica, ou seja, essa conduta é preocupante, tendo em vista que a prescrição equivocada de uma medicação seria realizada, o que poderia implicar na segurança do paciente, comprometendo assim a assistência prestada.

Ao consultarmos a Lei 7.498/86 que dispõe sobre o Exercício Profissional da Enfermagem, observa-se que as atividades que competem aos técnicos de enfermagem, dispostas no artigo 12, são especialmente:

- a) participar da programação da assistência de enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Diante disso, fica claro que algumas competências profissionais referentes ao técnico de enfermagem, tais como as relacionadas no item “c”, sobre a participação na orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em nível auxiliar, não foram sequer, citadas, sendo esse fato, provavelmente reflexo, dessas ações não serem incorporadas pelos profissionais em seu ambiente institucional. Na realidade desse estudo atribuiu-se ao técnico de enfermagem, basicamente, a realização de procedimentos assistenciais, o que acaba refletindo no distanciamento deste trabalhador da equipe de saúde, dificultando assim a promoção do trabalho em equipe.

Outro aspecto observado nas falas é que as atividades relacionadas ao técnico de enfermagem são sempre colocadas em uma esfera abrangente, ou seja, são referidas como: realizar ações simples, de média e baixa complexidade, cuidados, dentre outros. Esse fato pode ser reflexo da própria disposição da lei do exercício profissional, tendo em vista que nela não existem os desdobramentos de tais atividades, estando os mesmos, também, em uma esfera ampla, como apresentado no item “b”, quando indica que o técnico desenvolve ações assistenciais, exceto as privativas do enfermeiro.

Contudo, quando existe uma tentativa de detalhar essas atividades, percebe-se que as mesmas referem-se a: higienização, verificação de sinais vitais, realização de curativos, punções, administração de medicamentos, entre outros.

Dessa maneira, percebe-se que já se começa a adentrar nas atribuições dos auxiliares de enfermagem, as quais podem também ser desenvolvidas pelos técnicos de enfermagem. Logo, essa falta de delimitação mais precisa das funções dos diversos profissionais de enfermagem acaba por confundir os próprios trabalhadores, levando os mesmos a considerarem que auxiliares e técnicos de enfermagem podem desempenhar as mesmas funções, como indicam a seguir, as atribuições referidas aos auxiliares de enfermagem, de acordo com as falas dos entrevistados:

Na verdade eu não vejo tanta diferença da atribuição do auxiliar pra o técnico de enfermagem. Pra mim, na minha visão, é praticamente a mesma. (Betty Newman)

Pois é, aqui dentro do hospital, como a gente trabalha ainda com auxiliar e com técnico, apesar de ter poucos, mas eu num vejo nenhuma diferença. A nível assim de hierarquia, na verdade ele passa a fazer...o que o auxiliar faz o técnico faz também. (Imogene King)

É muito parecida a assistência deles dois, num tem muita distinção não, aqui não. (Ida Jean Orlando)

Hoje em dia essa palavra auxiliar de enfermagem tá um pouco, vamos dizer assim, é ultrapassada porque hoje o que diferencia o técnico do auxiliar? Nada, só o nome, então, pra mim, as técnicas e as atribuições do técnico e do auxiliar são as mesmas. (Sérgio Arouca)

Eu não sei lhe responder essa pergunta porque eu acho que a gente faz a mesma coisa, tanto o auxiliar como o técnico, quando você tá aqui eles num diferencia sua categoria. É um funcionário só, você tem que fazer tudo a mesma coisa. (Virginia Henderson)

É a mesma coisa do técnico, só muda o nome...auxiliar pra técnico...é mesma coisa, é o cuidar. (Faye Abdellah)

É a mesma, não muda em nada, em nada, o que o técnico faz o auxiliar faz, sem tirar nada. Medicação, higienização, é tudo, tudo, tudo, tudo. (Dorothy Johnson)

Diante disso, percebe-se que os entrevistados comungam da mesma opinião, ou seja, auxiliar e técnico de enfermagem possuem, em nossa realidade prática, as mesmas atribuições. Nos termos da Lei 7.498/86, ao auxiliar de enfermagem, compete, principalmente:

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

Em vista disso, nota-se que até mesmo na referida Lei as atribuições entre auxiliares e técnicos de enfermagem são muito similares. Na realidade, a maior característica que difere essas duas categorias é o tempo de formação profissional, segundo Bagnato et al. (2007), para que o auxiliar obtenha seu diploma, faz-se necessário cursar o primeiro módulo do ensino profissionalizante em enfermagem, contudo, se optar em cursar o segundo módulo receberá o diploma de técnico de enfermagem, sendo que para isso deverá ter concluído o ensino médio. Nessa perspectiva, percebe-se que alguns dos entrevistados relacionaram que a diferença de atribuições dessas categorias reside no nível de formação, como se vê a seguir:

O técnico ele tem uma qualificação melhor, né? Agora o auxiliar ele também teria a atribuição de auxiliar o enfermeiro, mas, é...cientificamente ele tem um conhecimento técnico menor. Então seria uma escala primeiro auxiliar de enfermagem que teriam as ações mais básicas, o técnico umas de média complexidade, seria eu acho, seria essa a palavra e as de alta complexidade seriam realizadas pelo enfermeiro. (Joyce Travelbee)

Olha, auxiliar de enfermagem, pra mim é quase a mesma coisa do técnico, a diferença é um curso. Porque o curso do técnico de enfermagem é mais, é...você

estuda mais a questão técnica mesmo, mas a questão de palavras, de anotações, só isso. (Dorothea Orem)

Considero praticamente as mesmas. Só por causa...muda só o grau, né? Eu considero as mesmas. (Osvaldo Cruz)

Dessa maneira, concordamos com Sznelwar e Uchida (2004, p. 96), quando os mesmos referem que “a sensação que se tem é a de que a (o) auxiliar é um não ser. Um ser vazio de identidade dada a falta de reconhecimento daquilo que o constitui como auxiliar”. Compreende-se que atualmente a categoria de auxiliar com suas respectivas atribuições encontram-se diluídas no processo de trabalho em enfermagem, o que acaba tornando esses profissionais sem identidade própria e tendo que assumir responsabilidades que não lhes competem, evidenciando, mais ainda, a separação que existe na prática da Enfermagem entre o saber/concepção e o fazer/submissão.

Em vista dessas contradições, observa-se que hoje há uma preocupação geral sobre esse processo de trabalho da enfermagem e, por iniciativa do próprio Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), há um movimento de mudanças para que, na prática, o papel da enfermagem se torne mais claro, tanto no processo de trabalho de enfermagem como em saúde. Assim, a preocupação com a prática de enfermagem tem refletido em atitudes como a criação da Resolução COFEN nº 358/2009, a qual dispõe sobre a necessidade da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Além disso, pode-se citar também a regulamentação do ensino profissionalizante, que foi instituída pela Resolução COFEN nº 276/2003, a qual concede aos novos auxiliares de enfermagem, apenas a inscrição profissional provisória, estipulando o prazo de cinco anos para que tais profissionais se habilitem como técnico de enfermagem ou deem continuidade em seus estudos, cursando a graduação (BAGNATO et al.; 2007).

Tais mudanças, contudo, ainda demandarão um bom tempo, haja vista que a expansão dos profissionais de enfermagem ainda permanece desordenada e na prática, observa-se que fica a cargo das categorias de nível médio a assistência direta ao paciente, mesmo sem um preparo suficiente.

A isso, soma-se a indefinição de funções que permeia essas categorias, pois mesmo tendo seu objeto de trabalho definido, o cuidado direto, este engloba uma diversidade de atividades que deveriam ser executadas por diferentes profissionais, a depender da formação e qualificação. Acrescentando, observa-se que, na prática, todos os profissionais de formação

técnica acabam executando tudo, o que se torna complicado solucionar, haja vista esse processo de trabalho se enquadrar nos interesses da instituição, a qual se beneficia ao contratar mão de obra menos qualificada para executar atividades técnicas de enfermagem (LIMA, 1986; SILVA, 1986).

Isso posto, ao se relacionar essa situação com os preceitos interacionistas de Blumer (1969), percebe-se que a causa da ação humana é o resultado do que está ocorrendo no presente, através da interação social, do pensamento e da definição elaborada pelo indivíduo.

Nessa perspectiva, se os auxiliares e técnicos de enfermagem percebem que são tratados apenas como executores de ordens e prescrições, se compreendem que estão no ambiente de trabalho dissociados e alienados da concepção e do sentido que envolve o realizar de tais ações, conseqüentemente, agem como meros cumpridores do que foi estabelecido, sem se preocuparem em realizar uma prática crítica e que venha a contribuir para a melhoria da assistência prestada.

Além disso, se a interação com os outros profissionais, tidos como detentores do saber, como o enfermeiro, não for pautada numa integração de equipe, onde a globalidade da assistência seja priorizada, naturalmente haverá o prejuízo das finalidades atreladas ao processo de trabalho em enfermagem.

5.2.4 Eixo Temático: relações de trabalho da enfermagem

Esta sessão contempla o último eixo temático do estudo, no qual se buscou identificar como ocorrem as relações de trabalho na equipe de enfermagem sob o ponto de vista dos enfermeiros e técnicos de enfermagem. Através dessa análise tentou-se identificar possíveis entraves existentes a partir dessas relações, para que a partir daí fosse possível detectar estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente.

Na leitura das falas e na análise das categorias temáticas que emergiram das opiniões, observou-se que os entrevistados consideraram as relações existentes na equipe de enfermagem tanto sob aspectos negativos como positivos.

➤ Relações Positivas de Trabalho

Percebeu-se que os aspectos positivos referidos pelos entrevistados, em geral, relacionavam-se às suas experiências no trabalho. O que se fez pensar que estes profissionais ou não quiseram se comprometer ou, talvez, não tinham compreensão suficiente do tema em questão, para que pudessem respondê-la mais adequadamente, assim verifica-se nas falas que seguem:

Na minha realidade maravilhosamente bem, eu não...eu entendo que a diferença entre mim e...entre o profissional enfermeiro e o técnico é salário e atribuições, mas como...enquanto profissionais todos somos colegas, me relaciono muito bem com todos eles, muito bom. (Ignaz Semmelweis)

Como qualquer equipe com suas diferenças, com suas rugas, mas eu vejo tanto aqui como na uti...eu vejo um relacionamento bom, assim...uma interação favorável não vejo muitas dificuldades não. (Hildegard Peplau)

Pelo o que eu vejo, na minha equipe, a relação, assim, profissionais e paciente e até mesmo profissionais... é boa, né? Graças a Deus aqui na instituição, pelo menos eu, particularmente nunca tive assim é...conflito nenhum com nenhum dos meus colegas, muito menos com os meus chefes. (Sérgio Arouca)

A minha equipe aqui é muito boa, no meu setor, graças a Deus a gente se dá super bem, tem os atritos normais mas todo mundo se dá super bem mas como lidamos com muitas pessoas e muitas cabeças pensam diferente, lógico que existe todos os atritos normais de ser humano mas no meu ponto de vista a minha equipe é maravilhosa. (Myra Levine)

Diante disso, observou-se que apesar de alguns profissionais considerarem as relações de trabalho na equipe de enfermagem favoráveis, percebeu-se que discretamente, em seus discursos, eles também reconhecem que os aspectos negativos podem permear tais relações. Nesse sentido, Ciampone e Kurcgant (2010) mostram que esse comportamento pode se caracterizar como um tipo de gerenciamento de conflito, em que nessa situação, os indivíduos tendem a diminuir a seriedade dos problemas, através da negação ou tratando-os de maneira superficial. Trata-se, portanto, de uma acomodação, onde se busca não abordar diretamente o conflito, deixando-o implícito, na tentativa de garantir uma aparente sociabilidade das relações, evitando aborrecimentos ou problemas emocionais. Tais atitudes têm como tendência o reaparecimento do conflito, o qual, em um momento posterior, estará mais complexo para ser compreendido e trabalhado.

➤ Relações Negativas de Trabalho

A maioria dos profissionais considerou que as relações entre os integrantes da equipe de enfermagem apresentam caráter negativo, avaliando-as como sendo relações conturbadas, conflituosas, competitivas, sem integração entre os profissionais. Consideraram também que a Enfermagem é composta por subcategorias profissionais desunidas, em que pode ocorrer desvios de função dentro do seu processo de trabalho, além da realização de uma assistência sem continuidade. Assim, constata-se nas falas que seguem:

Olha, pra mim, no meu ponto de vista, assim, no geral, é uma relação um pouco conturbada, né? Como todo mundo sabe, acho que todo mundo passa por isso, a enfermagem em si é um pouco desunida, né? Sempre tem um pouco de competitividade entre um horário e outro, que não deveria ser assim, deveria ser uma relação, assim, muito boa pra que o trabalho fluisse melhor e caminhasse melhor, uma interação que tivesse continuidade e eu acho que é isso que falta um pouco. (Betty Newman)

Relações de trabalho...é, eu acho que a...essa relação ela era pra ser mais integrada, né? Junto com os outros profissionais mas na verdade o que a gente sente apesar daqui ser um hospital de ensino, a gente vê muito aquela individualidade, a gente num vê essa força de trabalho realmente junto com os outros profissionais, limita-se a uma coisa isolada. (Imogene King)

Bem, aqui a gente procura dividir, mas há sempre uma mistura, o técnico quer fazer alguma coisa e às vezes até o enfermeiro aceita [...] Eu acho que às vezes determinados enfermeiros aceita que o técnico faça o serviço dele mas é pouco, só alguns enfermeiros a maioria assume seu papel [...] mas tem algumas vezes que tem algumas, tanto colegas que aceita e tanto eles que gostam de fazer. (Ida Jean Orlando)

É um pouco difícil aí, assim num tem aquela coisa de...que enfermagem é continuidade não, as vezes eu num vejo isso não, é...num vejo a enfermagem...é pra ser continuidade mas muitas vezes não é não. (Dorothy Johnson)

[...] a gente vê, hoje em dia, que é uma classe muito desunida, infelizmente. (Carlos Chagas)

Essas dificuldades e conflitos no processo de trabalho em enfermagem começaram no final do século XVIII e continuaram nos séculos XIX e XX, tendo como tendência atual o aumento desses conflitos, haja vista a crise de identidade da enfermagem e dos seus agentes. A base dessa crise se assenta na forma como se organiza o trabalho de enfermagem, o qual se desenvolve por meio de ações fragmentadas e rotineiras, apresentando como pano de fundo a

hierarquia, a disciplina e o autoritarismo (FELLI; PEDUZZI, 2010; ALMEIDA; ROCHA, 1986).

A subdivisão de categorias existentes na enfermagem, caracterizando-a como heterogênea, reflete diretamente no problema da “indefinição de funções”, o que contribui para agravar a divisão entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Como consequência, tem-se a fragmentação do objeto de trabalho, ou seja, do cuidado direto ao paciente, fato esse que vem a contribuir com a “marginalização da enfermeira”, a qual se distancia do paciente para realizar atividades gerenciais (ALMEIDA; ROCHA, 1986; SILVA, 1986).

Assim, corrobora-se com Felli e Peduzzi (2010, p. 3) quando as mesmas expõem que “as diferenças técnicas entre as atividades realizadas pela enfermeira ou pelo pessoal de nível médio configuram-se, em desigualdades concretamente vivenciadas pelos agentes no cotidiano do trabalho”. Entende-se também que a separação e a origem de classes existentes no trabalho em Enfermagem, somadas à diferenciação de salários e à postura desempenhada pelos enfermeiros, se colocando como líderes da equipe, os quais, por vezes, atendem mais às necessidades da instituição e não da assistência, explicam, na visão de Melo (1986) a constante disputa e conflitos entre os trabalhadores da equipe de enfermagem.

Ademais, outro fator que nos chamou atenção foi a preocupação que se apresentou a respeito da “tecnificação do enfermeiro”, termo esse utilizado por um dos entrevistados, quando discorreu sobre os conflitos gerados com a chegada, no mercado de trabalho, de enfermeiros que antes atuavam como técnicos de enfermagem. Sobre a questão, observa-se, a seguir, a fala do entrevistado:

Conturbada. As relações de trabalho conturbada [...] E agora mais ainda, é...eu diria entre aspas com a tecnificação do profissional enfermeiro. Por que eu tô dizendo isso? Porque a maioria dos técnicos estão fazendo faculdade e se tornando enfermeiros, certo? Então aí a relação fica mais conturbada...ele é técnico na instituição ele é subordinado ao enfermeiro, mas, ele terminou a faculdade então ele não aceita certas atribuições e se acha no direito de, naquela situação, executar tarefas de alta complexidade que não é da competência dele, então isso tá gerando um conflito maior [...]. (Joyce Travelbee)

Em vista disso, de acordo com Zanei apud Medina e Takahashi (2003), dentre os principais motivos que contribuem para que os trabalhadores de enfermagem de nível médio busquem a graduação, destacam-se: trata-se de um curso menos seletivo, consente a ascensão profissional, possibilidade de aperfeiçoar o conhecimento técnico-científico e modificar o status dentro da equipe. Considerando tais motivos, percebe-se que muitos deles estão associados com as relações de poder e subordinação existentes entre enfermeiros e

profissionais de nível médio, sendo, portanto, as principais fontes de conflitos entre essas categorias.

Nessa perspectiva, por conflito, entende-se dificuldades, discórdias, competição, desarmonia, em que se nota intensa relação com aspectos emocionais. Geralmente situações conflituosas estão relacionadas com a quebra da ordem, devido a erros ou falhas. As organizações constituem-se em espaços propícios para ocorrência de conflitos, haja vista a diversidade de profissionais, interesses, dentre outros aspectos (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Ainda de acordo com as mesmas autoras, destaca-se que:

as relações no ambiente de trabalho são intermediadas pelo jogo de poder, bem como pela diferenciação de interesses e de intencionalidades entre os agentes. As diferentes leituras e interpretações da realidade, segundo os diferentes agentes, também devem ser fatores considerados quando se busca o entendimento do conflito (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Tal citação vai ao encontro dos preceitos interacionistas, os quais através de seus pressupostos respaldam a ideia de que o meio de trabalho em que os profissionais estão inseridos e as relações que lá se estabelecem acabam influenciando a conduta do indivíduo, bem como a forma que ele se vê e conseqüentemente age.

Torna-se fundamental, contudo, que os trabalhadores saibam gerenciar os conflitos e negociar, o que implica na necessidade de voltar a si próprio, para que através do reconhecimento e reflexão se consiga o crescimento individual e grupal, o qual irá fortalecer o trabalho em equipe e o aperfeiçoamento do processo de trabalho (CIAMPONE; KURCGANT, 2010).

Assim como Pires (1989, p. 146), acredita-se que “o entendimento da causalidade do conflito entre os profissionais de saúde forneça subsídios para o salto qualitativo de busca de novas alternativas de relações de trabalho e de uma nova sociedade, sem a alienação do trabalhador da enorme energia que é a sua capacidade produtiva e criativa.”

Ao se compreender que a base das relações conflituosas residem na alienação do trabalhador acerca do controle do seu processo de trabalho, percebe-se que é preciso resgatar a satisfação no trabalho, bem como recuperar a capacidade criativa do trabalhador. Para isso, faz-se necessário que os interesses corporativos e capitalistas sejam superados, voltando-se o foco para as reais necessidades dos usuários (PIRES, 1989).

Dessa maneira, qualquer intenção de mudança de uma realidade terá que partir dos vários agentes que se encontram no ambiente hospitalar, pois através disso, segundo os

conceitos interacionistas, será conferida uma nova interpretação ao contexto e as condutas terão a possibilidade de se transformarem, refletindo assim no remodelamento das relações existentes no processo de trabalho em saúde e conseqüentemente no de enfermagem.

CAPÍTULO 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*“Seja a mudança que você quer ver no mundo”
(Gandhi)*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este trabalho que teve como propósito estudar as relações de trabalho da equipe de enfermagem no contexto hospitalar, evidenciaram-se alguns resultados importantes e, pode-se dizer, determinantes para o processo de trabalho da enfermagem, principalmente no nível de atenção de média e alta complexidade em saúde, local de práticas profissionais cada vez mais permeadas por técnicas e saberes complexos.

Considerando então os resultados obtidos, quando se avalia o significado apresentado sobre a profissão, as visões são diversificadas e, embora seja dada bastante ênfase, pela maioria deles, a enfermagem como se constituindo em cuidar, não se pode esquecer de ressaltar a presença das influências históricas e religiosas marcantes na origem da profissão de enfermagem, presentes nas falas dos participantes desse estudo e que ainda norteiam e/ou direcionam algumas condutas e atitudes desses profissionais no processo de trabalho em enfermagem.

Associado ao significado do cuidar, considerado como uma das principais ações inerentes ao trabalho de enfermagem, alguns dos entrevistados também destacaram a enfermagem como ciência em construção. Percebe-se, contudo, ser ainda fortemente visível nestes significados uma visão romântica da profissão, na qual se observa que seus trabalhadores consideram desenvolver ações humanas, muitas vezes arraigadas ao sentido de caridade e de servidão, distanciando-se de uma prática realizada de forma crítico-reflexiva e com embasamento teórico-científico.

Nesse sentido, o olhar que se tem acerca da profissão se restringe basicamente a aspectos elementares, o que acaba por refletir na maneira em como a profissão é vista pela sociedade, onde em muitos casos é visualizada sem prestígio, ficando relegada e subordinada a outras profissões da área da saúde. Além disso, esses vários sentidos, atribuídos à Enfermagem, dificultam a compreensão de um processo de trabalho de enfermagem, tal como ele está organizado

No que se refere às atribuições desenvolvidas pelos enfermeiros, percebe-se que em relação às funções por eles exercidas, no processo de trabalho da enfermagem, há um forte destaque para as ações de gerenciar/administrar como sendo as mais presentes, assim, as ações de gerenciamento de equipe, supervisão, delegação de ações, organização do setor foram consideradas como atividades em que habitualmente os enfermeiros estão envolvidos.

Além dessas atribuições, as funções com o ensino tidas como de praxe e a realização de procedimentos complexos em pacientes graves também foram considerados como atribuições do enfermeiro, o que evidencia que os profissionais têm consciência de que o enfermeiro está mais voltado ao cuidado indireto ao paciente.

Diante disso, percebeu-se que muitas vezes essas atividades gerenciais realizadas pelo enfermeiro não estão relacionadas à gerência da assistência ou do cuidado, mas sim, de vários outros aspectos administrativos da instituição. Essa conduta tende a distanciar cada vez mais o enfermeiro do paciente, além de sobrecarregá-lo com atividades gerenciais que não lhes compete, o que acaba por gerar ambiguidades de funções e dificuldades em implementar ações que melhorem a qualidade da assistência, como, por exemplo, a sistematização da assistência de enfermagem.

Com relação às funções exercidas por auxiliares e técnicos de enfermagem, segundo os profissionais entrevistados, nota-se que atualmente não há mais distinção de atribuições entre essas categorias. E sobre as atribuições referentes ao cuidado direto, esses profissionais foram unânimes em relatar que, na prática, esta atribuição tem sido realizada pelos técnicos de enfermagem através da realização de intervenções de menor complexidade, como as ações e cuidados com feridas, eliminações, higiene, administração de medicamentos, punções venosas, dentre outros.

Diante disso, vê-se que, na prática, o conhecimento é colocado em segundo plano, tendo em vista que profissionais de diferentes formações possuem liberdade para exercerem as mesmas atividades, muitas das quais, englobam a prestação do cuidado, o qual deveria ser realizado, tendo como respaldo o conhecimento, ou seja, a união do saber com o fazer. Assim, o profissional seria capaz de agir e avaliar suas ações de maneira crítico-reflexiva.

Com relação a como ocorrem as relações de trabalho entre os membros da equipe de enfermagem, a maioria dos entrevistados indicaram que tais relações são conflituosas, desarmônicas e que, no geral, não existe união entre as categorias que compõem o processo de trabalho em enfermagem.

Esses achados nos levam a refletir que a essência dessas relações conflituosas, encontram-se no fato de a profissão ser constituída por profissionais com atribuições diversas e na multiplicidade de significados atribuídos tanto a Enfermagem quanto para as competências dos diversos profissionais que fazem parte desse processo de trabalho. De acordo com a teoria interacionista, o indivíduo age baseado em como ele percebe o meio, e em como ele acredita que é percebido pelos outros, assim, no momento em que essas impressões são divergentes e abrangentes, a identidade e conduta profissional também se

torna difícil de ser construída, o que reflete em dúvidas acerca da profissão e das competências que cabem a cada profissional.

Porém, algumas contradições apresentadas pelos entrevistados, evidenciam que alguns enfermeiros entendem a profissão de enfermagem como sendo uma *profissão maravilhosa* por possibilitar a sensação de *humanidade no profissional que a realiza*, proporcionado pela prestação do cuidado direto e pela relação interpessoal com o paciente. Contudo, verificou-se que esses mesmos enfermeiros, geralmente não se envolvem com esse cuidar direto, demonstrando que há uma desarticulação entre o que se pensa da profissão e o que se faz na realidade.

Outro fator observado foi a falta de coerência entre os aspectos saber (ter conhecimento) e fazer (ter habilidade). A realidade mostrou que os enfermeiros assumem procedimentos de assistência direta ao paciente em casos de procedimentos complexos, urgências, ou quando o paciente é grave, entretanto questiona-se se os mesmos teriam habilidade para tal, tendo em vista que cotidianamente quem assume as funções assistenciais são os profissionais de nível médio.

Aproveitando o ensejo, destaca-se aqui outro fator questionável, que é o fato de existirem duas categorias distintas (auxiliares e técnicos de enfermagem) com atribuições específicas, conferidas pela própria Lei 7.498/86, a qual regulamenta o exercício da profissão, contudo, observou-se que na realidade esses profissionais exercem as mesmas funções. Nesse sentido, verifica-se a dicotomia entre o saber e o fazer, além de se perceber que, na prática, parece não importar o conhecimento esperado para se prestar uma assistência qualificada e sim, apenas possuir habilidade técnica. Essa situação é preocupante, haja vista que o paciente poderá não receber uma assistência de qualidade.

Acredita-se que esses conflitos sejam consequência das várias atribuições dos profissionais da equipe de enfermagem, como também podem estar atrelados à própria Lei do Exercício Profissional, tendo em vista que algumas definições sobre essas atribuições se apresentam bem abrangentes e gerais, o que pode gerar dúvidas de compreensão, principalmente, com relação aos limites de atuação de cada profissional no processo de trabalho em enfermagem. Outro fator que se agrega ao anterior, diz respeito às atividades consideradas como complexas e simples, pois estas não estão devidamente definidas, o que pode gerar interpretações dúbias para o mesmo tipo de procedimento.

Nesse sentido, parece ser importante uma reformulação da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, assim como, uma reavaliação da subcategorização da profissão no sentido da composição da sua força de trabalho. Dessa forma, concorda-se que, após 24

anos de vigência de uma Lei, associada a dinâmica dos novos contextos em saúde, parece ter chegado o momento de uma atualização e revisão, de maneira que, possa atender às novas exigências de seus profissionais.

E sobre a formação dos profissionais de enfermagem, a reformulação no ensino dos trabalhadores de nível médio, seria imprescindível, haja vista que são essas categorias que realizam a maior parte dos procedimentos junto ao paciente. Sendo assim, uma melhoria na educação técnico-científica desses profissionais poderia refletir na diminuição da distância que existe entre o saber e o fazer em nossa realidade assistencial. Como consequência dessas medidas, poderia-se constatar, à longo prazo, menos alienação profissional e menos conflitos entre os profissionais, contribuindo assim para formação de equipes de trabalho mais organizadas e integradas em um mesmo objetivo de atender a satisfação do usuário.

Nessa mesma perspectiva, outra medida a ser pensada, seria a integração dos trabalhadores de enfermagem durante o período de formação, como estudantes, através da articulação dessas categorias em práticas de ensino, ainda no período que se encontram como estudantes. Desde cedo esses futuros profissionais já poderiam, através de oficinas e práticas em grupo, conhecer como ocorre o trabalho dentro de um processo de trabalho coletivo, e, certamente, entrar no mercado de trabalho com uma postura menos individualista e competitiva.

E concluindo esta consideração, fazendo uso das sábias palavras de Almeida (1987, p.24) às nossas, ressalta-se: “poucos são os momentos de ensino que estabelecem uma relação enfermeiro x paciente intermediada pelo pessoal auxiliar de enfermagem, que é o que ocorrerá no processo de trabalho”.

Tais inquietações e reflexões, advindas desse estudo ora apresentado, permeiam há alguns anos as discussões em Enfermagem no Brasil, o que leva a crer, que todo processo de mudança demanda tempo, dedicação e luta por parte daqueles que assim desejam modificar uma realidade. Para tanto, é importante que não haja acomodação centralizando-se estas mudanças, apenas em nível teórico, com as boas ideias e palavras sem aplicação prática, tendo em vista que, além de se identificar os erros, faz-se necessário tentar superá-los. Isto é, as palavras proferidas, somadas às atitudes, contagiam o outro mais do que a simples palavra proferida. É importante haver disposição para o agir. O melhor exemplo é aquele disponibilizado através de atitudes concretas e não de simples palavras.

Desse modo, o presente trabalho pode vir a contribuir no sentido em que retoma e abre uma discussão para que os trabalhadores de enfermagem, em contexto hospitalar, reflitam sobre suas práticas. A importância do conhecimento e significado atribuído à enfermagem,

bem como, as suas competências pode servir de base para a identificação dos problemas, que pelo que vimos, tem sua origem nas relações de poder, desvios de funções, distanciamento entre concepção (saber) e execução (fazer) do trabalho, além da perda da globalidade das atividades realizadas no processo de trabalho em enfermagem.

Isso posto, entende-se que para tais mudanças acontecerem de maneira concreta, modificando a realidade do processo de trabalho de enfermagem e de saúde, é necessária a união de forças dos diversos seguimentos relacionados a esse contexto, tais como: as instituições formadoras dos profissionais de enfermagem, sejam elas públicas ou privadas, de formação superior ou técnica; das entidades representativas da Enfermagem (ABEn e COREn), dentre outros atores. A partir dessa consciência crítica abrangente, a melhoria da qualidade da assistência, não deixando de incorporar os princípios do SUS, viria a ser uma realidade mais vivenciada.

REFERÊNCIAS

- ABREU, L. O et al. O trabalho de equipe em enfermagem: revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 2, p. 203-7, 2005.
- ALMEIDA, M. C. P. Processo e divisão do trabalho na enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 39., 1987, Salvador. **Anais...**Salvador: ABEn, 1987.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, J. S. Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão prática**. São Paulo: Cortez, 1986. 128 p.
- ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. **O trabalho de enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1997. 296 p.
- AMARU, A. C. **Gerência de trabalho de equipe**. 4 ed. São Paulo: Pioneira, 1993. 110 p.
- ANDRADE, A. C. A enfermagem não é mais uma profissão submissa. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 60, n. 1, p. 96-8, 2007.
- ARAÚJO, M. B. S.; ROCHA, P. M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 455-464, 2007.
- BAGNATO, M. H. S. et al. Ensino médio e educação profissionalizante em enfermagem: algumas reflexões. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Pulo, v. 41, n. 2, p. 279-86, 2007.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 4 ed. Lisboa: Edições 70, 2009. 281 p.
- BARREIRA, I. A. A reconfiguração da prática da enfermagem brasileira em meados do século 20. **Texto e contexto em enfermagem**. Florianópolis, v. 14, n. 4, p. 480-7, 2005.
- BELLATO, R; PASTI, M.J; TAKEDA, E. Algumas reflexões sobre o método funcional no trabalho da enfermagem. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n. 1, p. 75-81, 1997.

BERSUSA, A.A.S.; RICCIO, G.M.G. Trabalho em equipe: instrumento básico de enfermagem. In: CIANCIARULLO, T.I. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência**. São Paulo: Atheneu, 2005. cap. 7, p. 75-97.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. California: Prenticehall, 1969.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos: resolução 196/96**. Brasília, 1996.

_____, Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. **Guia curricular para formação de auxiliares de enfermagem para atuar na rede básica do SUS. Área curricular IV: “organizando e desenvolvendo seu processo de trabalho**. Brasília, 1994.

_____, **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm>. Acesso em 30 nov. 2009.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Sistema Único de Saúde (SUS): princípios e conquistas**. Brasília, 2000.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3 ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987. 379 p.

BRITTEN, N. Entrevistas qualitativas na pesquisa em atenção à saúde. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. Cap 2, p. 21-29.

CACCAVO, PV. A arte da enfermagem: efêmera, graciosa e perene. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v. 6, n.3, p. 9-28, 1997.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital: uma sociologia dos serviços hospitalares**. 2 ed. Porto: Edições Afrontamento, 1993. 295 p.

CHARON, J. M. **Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration**. 9 ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall, 2007. 241 p.

CHAUÍ, M. As ciências da natureza. In: _____. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1994. Unidade 7. p. 252-87.

COLLIÈRE, M. F. **Promover a vida**: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989. 383 p.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM/RN. **Quadro de inscritos em 01/09/2010**. Disponível em: <http://www.coren.rn.gov.br/>. Acesso em: 23 de setembro de 2010.

DAHER, D. V. **Por detrás da chama da lâmpada**: a identidade social do enfermeiro. Niterói: EdUFF, 2000. 141 p.

DUPAS, G.; OLIVEIRA, I.; COSTA, T. N. A. A importância do interacionismo simbólico na prática de enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 31, n. 2, p. 219-226, 1997.

FELLI, V. E. A.; PEDUZZI, M. O trabalho gerencial em enfermagem. In: KURCGANT, P (coord.). **Gerenciamento em enfermagem**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. cap 1, p. 1-11.

FORMIGA, J. M. M.; GERMANO, R. M. Por dentro da história: o ensino de administração em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 2, p. 222-6, 2005.

FORTUNA, C. M et al. O trabalho de equipe no programa de saúde da família: reflexões a partir de conceitos do processo grupal e de grupos operativos. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 13, n. 2, p. 262-8, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. 24 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2007. 295 p.

GEOVANINI, T et al. **História da enfermagem**: versões e interpretações. 2 ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2002. 338 p.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil (1955-1980)**. 4 ed. São Paulo: Yendis Editora, 2007. 128 p.

_____. A enfermagem do passado e do futuro: perspectivas e desafios do cuidar. In: MALAGUTTI, W.; MIRANDA, S.M.R.C. **Os caminhos da enfermagem: de Florence à globalização**. São Paulo: Phorte, 2010. Cap 4, p. 85-103.

GINDRY, L et al. A percepção dos profissionais da equipe de enfermagem sobre o trabalho dos enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**. Paraná, v. 10, n. 1, p. 34-41, 2005.

GOMES, V. L et al. Evolução do conhecimento científico na enfermagem: do cuidado popular à construção de teorias. **Investigación en Enfermería**. Medellín, v. 25, n.2, p. 108-15, 2007.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde:** características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: Hucitec, 1994, 278 p.

GÖTTEMS, L. B. D.; ALVES, E. D.; SENA, R. R. A enfermagem brasileira e a profissionalização de nível técnico: análise em retrospectiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 15, n. 5, 2007.

HARNECKER, M. **Conceitos elementares do materialismo histórico**. 2 ed. São Paulo: Global, 1983.

KANTORSKI, L. P. As transformações no mundo do trabalho e a questão da saúde: algumas reflexões preliminares. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 5, n.2, p. 5-15, 1997.

LIMA, M. J. O que é enfermagem?. **Cogitare Enfermagem**. Curitiba, v. 10, n. 1, p. 71-4, 2005.

LOMBARDI, J. C. **Pesquisa em educação:** história, filosofia e temas transversais. 2ª ed. Campinas, SP: Autores Associados: HISTEDBR; Caçador, SC: UnC, 2000.

LOPES, C. H. A. F.; JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da escola de Enfermagem da USP**. São Paulo. v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

LUNARDI FILHO, W. D; LEOPARDI, M. T. **O trabalho da enfermagem:** sua inserção na estrutura do trabalho geral. Rio Grande, 1999. 84 p.

LUNARDI FILHO, W. D; LUNARDI, V. L; SPRICIGO J. O trabalho da enfermagem e a produção da subjetividade de seus trabalhadores. **Rev. Latino-am. Enfermagem**. Santa Catarina, v. 9, n. 2, p. 91-6, 2001.

MARTINS, S. P. **Direito do trabalho**. 24 ed. São Paulo: Atlas, 2008.

MARX, K. O capital: o processo de produção do capital. 11 ed. São Paulo: Editora bertrand Brasil, 1987. 579 p. (Volume 1).

MATOS, E; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influência no setor saúde e na enfermagem. **Texto e contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 508-14, 2006.

MCEWEN, M.; WILLIS, E. M. **Bases teóricas para enfermagem**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. 576 p.

MEDEIROS, S. M de. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde**: estudo em Natal/RN. 2000. 215 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

MEDINA, N. V. J.; TAKAHASHI, R. T. A busca da graduação em enfermagem como opção dos técnicos e auxiliares de enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Ribeirão Preto, v.37, n. 4, p. 101-8, 2003.

MENDONÇA, J. R. C. Interacionismo simbólico: uma sugestão metodológica para a pesquisa em administração. **Revista de administração**. Recife, v. 8, n. 2, 2002.

MELO, C. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986. 94 p.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8 ed. São Paulo: Haucitec, 2004. 269 p.

MINAYO, M. C. S (org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 27 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. 108 p.

MOREIRA, A.; OGUISSO, T. **Profissionalização da enfermagem brasileira**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005. p. 152 p.

MORIN, E. Os seres-méquinas. In:_____ **O método 1**: a natureza da natureza. 2 ed. Porto Alegre: Sulina, 2005. 480 p.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília, v. 58, n. 1, p. 74-7, 2005.

NICOLAU, M. C. C. **O aprender do fazer: serviço social, trabalho profissional e representações sociais.** Natal: Editora da UFRN, 2005. 286 p.

NOGUEIRA, R. P. **O trabalho em serviços de saúde.** Rio de Janeiro, 1991.

OGUISSO, T (org.). **Trajatória histórica e legal da enfermagem.** 2 ed. São Paulo: Manole, 2007. 277 p.

OGUISSO, T.; SCHMIDT, M. J.; FREITAS, G. F. Fundamentos teóricos e jurídicos da profissão de enfermagem. **Enfermagem em Foco.** Brasília, v. 1, n. 1, p. 09-13, 2010.

OLIVEIRA, J. S. A. **Análise da contribuição de estagiários remunerados na força de trabalho em enfermagem.** 2009. 195 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

ORNELLAS, T. C. F. de.; MONTEIRO, M. I. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Revista brasileira de enfermagem.** Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, 2006.

PADILHA, M. I. C. de S.; MANCIA, J. R. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 58, n. 6, p. 723-726, 2005.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação.** 1998. 270 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1998.

_____. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública.** São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001.

PEDUZZI, M.; CIAMPONE, M. H. T. Trabalho em equipe e processo grupal. In: KURCGANT, P (Coord.). **Gerenciamento em enfermagem.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010. Cap 9, p. 105-120.

PIRES, D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1989. 156p.

_____. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil.** São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização.** 5 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa: na atenção à saúde.** 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. 118 p.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008. 334p.

SANNA, M. C. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília, v. 60, n. 2, p. 221-4, 2007.

SEVERINO, A. J. **Metodologia do trabalho científico.** 2 ed. São Paulo: Cortez, 2007. 304p.

SHIMIZU, H. E.; CIAMPONE, M. H. T. As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. **Rev. Latino-am. Enfermagem.** Ribeirão Preto, v. 12, n. 4, p. 623-30, 2004.

SILVA, G. B. **Enfermagem profissional: análise crítica.** São Paulo: Cortez, 1986. 143 p.

SILVA, LWS et. al. Arte na enfermagem: iniciando um diálogo reflexivo. **Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 120-3, 2005.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica.** 9 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. 509 p. (Volume 1).

SZNELWAR, L.; UCHIDA, S. Ser auxiliar de enfermagem: um olhar da psicodinâmica do trabalho. **Revista Produção.** São Paulo, v. 14, n.3, p. 87-98, 2004.

WALDOW, V. R. Atualização do cuidar. **Aquichan.** Colombia, v. 8, n.1, p. 85-96, 2008.

_____. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem.** Petrópolis: Vozes, 2008. 93 p.

_____. **Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem.** 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2007. 190 p.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

VOLUNTÁRIO Nº _____.

INICIAIS DO VOLUNTÁRIO: _____

Ilmo(a). Senhor(a),

Através deste documento, solicitamos a participação de Vossa Senhoria em uma pesquisa intitulada: “**Relações de Trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN**”. Esta tem por finalidade analisar as relações de trabalho da equipe de enfermagem, a partir das competências profissionais de seus membros.

Os objetivos do estudo são:

- Identificar as competências dos membros da equipe de enfermagem através da visão de enfermeiros e técnicos ou auxiliares de enfermagem;
- Detectar estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente a partir das relações de trabalho da equipe de enfermagem.

Para tanto, será realizada um entrevista com os profissionais da equipe de enfermagem. Durante a entrevista (realizada através do uso de um gravador portátil), você será solicitado a responder algumas indagações acerca de sua identificação pessoal, profissional, além de informações sobre sua atuação dentro da equipe de enfermagem, visando conhecer qual o reflexo desse trabalho na assistência prestada ao paciente.

Salientamos que sua participação é voluntária e que poderá desistir da pesquisa em qualquer momento ou não responder as questões que lhe causem constrangimento mesmo que tenha assinado este termo.

RISCOS POSSÍVEIS E BENEFÍCIOS ESPERADOS

Considerando que o estudo visa coletar, por meio de uma entrevista as opiniões dos profissionais que compõem a equipe de enfermagem, não se espera que você tenha problemas em consequência de sua participação porque as questões a responder oferecem riscos mínimos à saúde ou desconforto.

IDENIZAÇÃO DE DANOS

Embora não haja previsão de ocorrência de danos ou desconfortos, os pesquisadores e a UFRN se responsabilizam pela procura da melhoria do estado do participante caso isto venha a ocorrer, bem como pela indenização de eventuais danos.

RESSARCIMENTO

Não há previsão de gasto financeiro por parte do voluntário. Dessa forma, apesar da necessidade de ressarcimento ser mínima, os participantes da pesquisa serão devidamente compensados, caso ocorra alguma intercorrência que não foi prevista.

ACESSO ÀS INFORMAÇÕES

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com propósito científico, sem divulgar o nome do participante. Os pesquisadores, os membros envolvidos neste estudo e o comitê de ética, terão acesso aos arquivos dos participantes, para verificação de dados, sem, contudo, violar a confidencialidade.

A assinatura deste termo de consentimento formaliza sua autorização para o desenvolvimento de todos os passos anteriormente apresentados.

TERMO DE CONSENTIMENTO

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar deste estudo.

Através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a Mestranda do Programa de Pós-Graduação em enfermagem da UFRN/Natal, a utilizar as informações obtidas, através da realização de uma entrevista, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área de saúde.

Autorizo, também, a publicação do referido trabalho (**Relações de Trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN**), de forma escrita. Concedo, também, o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade. Estou ciente de que, em caso de dano decorrente da pesquisa, o pesquisador e a UFRN se responsabilizarão pela devida indenização.

Natal, ____ de _____ de 2010.

DE ACORDO,

Endereço da pesquisadora: Mestranda Angélica Teresa N. de Medeiros, Rua Antártica, Cond. Bairro Latino, Bl. 29, Aptº 304. Bairrr: Candelária. Fone: 84 -91166035

APÊNDICE B – Entrevista



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ficha N° _____

Data ____/____/____

A- IDENTIFICAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA E PROFISSIONAL

A1- Idade: _____

A2- Sexo: () Feminino () Masculino

A3- Cargo/Função: (...) Enfermeiro (...) Técnico de enfermagem (...) Auxiliar de enfermagem

A4- Tempo de Serviço na Instituição: _____

A5- Setor de Trabalho: _____

B- INFORMAÇÕES SOBRE O TRABALHO EM EQUIPE

B1- O que significa enfermagem pra você?

B2- Pra você quais as atribuições do enfermeiro na equipe de enfermagem?

B3- Pra você quais as atribuições do técnico de enfermagem na equipe de enfermagem?

B4- Pra você quais as atribuições do auxiliar de enfermagem na equipe de enfermagem?

B5- Em seu ponto de vista como ocorrem as relações de trabalho dentro da equipe de enfermagem ?

APÊNDICE C – Carta de Anuência (Hospital Universitário Onofre Lopes)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
Campus Universitário, s/n, BR 101 – Lagoa Nova – Natal/RN - CEP: 59072-970
Fone/fax: (84) 3215-3196

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo(a). Senhor(a) Diretor(a) do Hospital Universitário Onofre Lopes

Eu, Angélica Teresa Nascimento de Medeiros, enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, matrícula nº 2009103414, orientanda da Profª Drª Rejane Millions Viana Meneses, venho solicitar a sua permissão para a realização da pesquisa intitulada: “Relações de Trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes”.

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicito ao Ilmo(a). Senhor(a) aquiescência em permitir meu acesso para a realização da coleta de dados desta investigação junto aos profissionais que compõem as equipes de enfermagem. Ao mesmo tempo, peço-lhe autorização para que o nome desta unidade possa constar no relatório final.

Outrossim, saliento que os dados serão mantidos em sigilo, de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa em Seres Humanos, e acrescento ainda que serão utilizados tão somente para a realização desta pesquisa.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta direção, agradeço antecipadamente e fico à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Natal/RN, 16/12/2009

Mestranda Angélica Teresa N. de Medeiros

Profª. Drª Rejane Millions Vianna Meneses

Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

Autorizamos a coleta de dados na instituição.

Não autorizamos a coleta dados na instituição.

Quanto à divulgação:

Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Quanto ao relatório técnico-científico:

Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Diretor(a) do Hospital Universitário Onofre Lopes

PROF. JOSÉ RICARDO LAGRECA DE S. CABRAL
DIRETOR GERAL
Hospital Universitário Onofre Lopes
Mat. SIAPE: 0347202

APÊNDICE D – Carta de Anuência (Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes)



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

Campus Universitário, s/n, BR 101 – Lagoa Nova – Natal/RN - CEP: 59072-970
Fone/fax: (84) 3215-3196

CARTA DE ANUÊNCIA

Ilmo(a). Senhor(a) Diretor(a) do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes

Eu, Angélica Teresa Nascimento de Medeiros, enfermeira e mestranda do curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, matrícula nº 2009103414, orientanda da Profª Drª Rejane Millions Viana Meneses, venho solicitar a sua permissão para a realização do pré-teste do instrumento da pesquisa intitulada: “**Relações de Trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes em Natal/RN**”.

Reconhecendo a importância do trabalho a ser desenvolvido, solicito ao Ilmo(a). Senhor(a) aquiescência em permitir meu acesso para a realização do pré-teste que precede a coleta de dados desta investigação junto aos profissionais que compõem as equipes de enfermagem. Ao mesmo tempo, peço-lhe autorização para que o nome desta unidade possa constar no relatório final.

Outrossim, saliento que os dados serão mantidos em sigilo, de acordo com a Resolução do Ministério da Saúde 196/96 que trata da Pesquisa em Seres Humanos, e acrescento ainda que serão utilizados tão somente para a realização desta pesquisa.

Na certeza de contar com a colaboração e empenho desta direção, agradeço antecipadamente e fico à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Natal/RN, 11 / 03 / 2010

Angélica Teresa Nascimento de Medeiros
Mestranda Angélica Teresa N. de Medeiros

Rejane Millions Viana Meneses
Profª. Drª Rejane Millions Vianna Meneses

Conhecendo o propósito desta pesquisa, seus objetivos e metodologia, declaramos que:

- Autorizamos a realização do pré-teste do instrumento da pesquisa na instituição.
 Não autorizamos a realização do pré-teste do instrumento da pesquisa na instituição.

Quanto à divulgação:

- Autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.
 Não autorizamos menção do nome da instituição no relatório técnico-científico.

Quanto ao relatório técnico-científico:

- Requeremos a apresentação dos resultados na instituição.
 Não requeremos a apresentação dos resultados na instituição.

Paula Brasil
Diretor(a) do Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes
Hospital Pediátrico Maria Alice Fernandes
Lana do Monte Paula Brasil
DIRETORA GERAL
Mat. 159.002-2

ANEXOS

ANEXO A



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 7.498, DE 25 DE JUNHO DE 1986.

Mensagem de veto

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências.

Regulamentação

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

Art. 1º É livre o exercício da enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei.

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

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

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

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

Art. 5º (VETADO).

§ 1º (VETADO).

§ 2º (VETADO).

Art. 6º São enfermeiros:

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

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

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

IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea *d* do art. 3º do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º São Técnicos de Enfermagem:

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

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

Art. 8º São Auxiliares de Enfermagem:

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

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

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

IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

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

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

Art. 9º São Parteiras:

I - a titular do certificado previsto no art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;

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

Art. 10. (VETADO).

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

I - privativamente:

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

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

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

d) (VETADO);

e) (VETADO);

f) (VETADO);

g) (VETADO);

h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de enfermagem;

i) consulta de enfermagem;

j) prescrição da assistência de enfermagem;

l) cuidados diretos de enfermagem a pacientes graves com risco de vida;

m) cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;

b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;

c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;

d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;

e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;

f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de enfermagem;

g) assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;

h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;

i) execução do parto sem distocia;

j) educação visando à melhoria de saúde da população.

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

a) assistência à parturiente e ao parto normal;

b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;

c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

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

a) participar da programação da assistência de enfermagem;

b) executar ações assistenciais de enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta lei;

c) participar da orientação e supervisão do trabalho de enfermagem em grau auxiliar;

d) participar da equipe de saúde.

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

a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;

b) executar ações de tratamento simples;

c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;

d) participar da equipe de saúde.

Art. 14. (VETADO).

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

Art. 16. (VETADO).

Art. 17. (VETADO).

Art. 18. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

Art. 19. (VETADO).

Art. 20. Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta lei.

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

Art. 21. (VETADO).

Art. 22. (VETADO).

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

Parágrafo único. É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto em seu artigo 15. (Redação dada pela Lei nº 8.967, de 1986)

Art. 24. (VETADO).

Parágrafo único. (VETADO).

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

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

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

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

JOSÉ SARNEY
Almir Pazzianotto Pinto

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 26.6.1986

PROJETO DE LEI DO SENADO Nº 005, DE 2002

Altera os arts. 2º e 23 da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências, para estabelecer prazo a partir do qual não serão concedidos novos registros de atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras, assegurar aos profissionais existentes acesso diferenciado aos cursos de graduação de nível superior em enfermagem e dar outras providências.

O Congresso Nacional decreta:

Art. 1º - O art. 2º da Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

""Art. 2º
§ 1º A enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem e pela Parteira, respeitados os respectivos graus de habilitação.
§ 2º Os auxiliares e técnicos de enfermagem e as parteiras em exercício na data de entrada em vigor desta lei terão acesso diferenciado aos cursos de graduação e enfermagem.
§ 3º A partir de 31 de dezembro de 2012, não mais será admitida a inscrição de auxiliares e técnicos de enfermagem e de parteiras, assegurando-se àqueles inscritos nos conselhos regionais de enfermagem até essa data o exercício das atividades de que tratam os artigos 12 e 13.""

Art. 2º - O art. 23 da Lei nº7.498, de 25 de junho de 1986, passa a vigorar com a seguinte redação:

""Art.23
§ 1º É assegurado aos atendentes de enfermagem, admitidos antes da vigência desta lei, o exercício das atividades elementares da enfermagem, observado o disposto no art. 15. (NR)
§ 2º A partir de 31 de dezembro de 2012, não mais será concedida a autorização de que trata o caput deste artigo.""

Art. 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

JUSTIFICAÇÃO

É inquestionável que se quisermos ver empreendida uma profunda mudança na estrutura do atendimento público de saúde no Brasil nosso foco de atenção deve centrar-se na qualificação dos profissionais de enfermagem, pois eles formam a base de todo sistema.

Ademais há que se reconhecer que não basta que nos preocupemos com a formação dos futuros profissionais. Nossa realidade demonstra ser impossível ignorarmos a importância de assegurar a qualificação do trabalhador já atuante e que carece da devida escolarização.

Segundo estimativas do Ministério da Saúde, temos hoje no mercado de trabalho, sem qualificação técnica adequada às funções que desempenham, um contingente de 225 mil trabalhadores em todo o território nacional.

Depreende-se dos dados disponíveis no site do referido Ministério que um expressivo número de profissionais seriam beneficiados com a entrada em vigor da lei ora proposta. Temos em torno de 12 mil enfermeiros que ministram cursos de Qualificação Profissional de nível técnico de Auxiliar de Enfermagem e ainda não dispõem da titulação em nível superior.

A experiência positiva de várias unidades da Federação- seguindo o disposto no Art. 87 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - com os programas de capacitação para todos seus professores primários, me encoraja a propor tratamento similar para os profissionais do setor de enfermagem.

Reitero que auxiliares e técnicos de enfermagem constituem, em nosso meio, o esteio dos serviços de saúde e de sua qualificação depende, em grande parte, a melhoria desses serviços.

Esta proposição visa garantir uma melhor qualidade de assistência a nossos pacientes e, ao mesmo tempo, dar a esses profissionais possibilidade de crescimento e acesso a salários dignos.

Sala das Sessões, 20 de fevereiro de 2002.

Senador TIÃO VIANA

ANEXO C – Carta de Aprovação do Comitê de Ética



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE – UFRN
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP

PARECER Nº 021/2010

Prot. nº	197/09 CEP/UFRN	
CAAE	0214.0.051.000-09	
Projeto de Pesquisa	Relações de Trabalho na Enfermagem do Hospital Universitário Onofre Lopes	
Área de Conhecimento	4 - CIÊNCIAS DA SAÚDE 4.04 - Enfermagem	Grupo III
Pesquisador Responsável	REJANE MILLIONS VIANA MENESES	
Instituição Onde Será Realizado	Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN	
Instituição Sediadora	Hospital Universitário Onofre Lopes - RN	
Nível de abrangência do Projeto	Dissertação de Mestrado	
Período de realização	Cronograma: Arrolamento: Início - mar/2010 - Término - abr/2010	
Revisão ética em	05/03/2010	

RELATO

1. RESUMO

Trata-se de estudo do tipo descritivo qualitativo, com o objetivo de analisar as relações de trabalho da equipe de enfermagem a partir das competências profissionais de seus membros, identificar as competências dos membros da equipe e detectar estratégias para melhorar a assistência prestada ao paciente. Será usado um questionário não estruturado.

2. ENTENDIMENTOS E PARECER

Considerando que as pendências expostas por este Comitê, foram adequadamente cumpridas, o Protocolo de Pesquisa em pauta enquadra-se na categoria de APROVADO.

3. ORIENTAÇÕES AO PESQUISADOR

Em conformidade com a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) através do Manual Operacional para Comitês de Ética em pesquisa (Brasília, 2002) e Res. 196/96 – CNS o pesquisador deve:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 CNS – item IV.2d);
2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após a análise das razões da descontinuidade pelo CEP/UFRN (Res. 196/96 – CNS item III.3z);
3. Apresentar ao CEP/UFRN eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa (Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p. 41);

4. Apresentar ao CEP/UFRN relatório final após conclusão da pesquisa (Manual Operacional para Comitês de ética em Pesquisa – CONEP – Brasília – 2002 – p.65).

Os formulários para os Relatórios Parciais e Final estão disponíveis na página do CEP/UFRN (www.etica.ufrn.br).

Natal, 8 de março de 2010.

Dulce Almeida

Coordenadora do CEP-UFRN