



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

VALDICELE REIS DE MORAIS

**A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA
ATENÇÃO HOSPITALAR**

Salvador
2011

VALDICELE REIS DE MORAIS

**A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA
ATENÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Orientadora: Professora Doutora Norma Carapiá Fagundes

Salvador
2011

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca da Escola de Enfermagem e
Nutrição, SIBI - UFBA.

M386 Morais, Valdicle Re de
 A especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar /
Valdicle Re de Morais. – Salvador, 2011.
 121 f.

 Orientadora: Profa. Doutora Norma Carapiá Fagundes.
 Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal da
Bahia, Escola de Enfermagem, 2011.

 1. Hospitais. 2. Doentes hospitalizados - Cuidados em enfermagem.
3. Enfermagem - Prática. I. Fagundes, Norma Carapiá. II. Universidade
Federal da Bahia. Escola de Enfermagem. III. Título.

CDU: 616-083

VALDICELE REIS DE MORAIS

**A ESPECIFICIDADE DO TRABALHO DA ENFERMEIRA NA
ATENÇÃO HOSPITALAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de Mestra em Enfermagem, na área de concentração: Gênero, Cuidado e Administração em Saúde. Linha de pesquisa Organização e Avaliação dos Sistemas de Cuidados à Saúde.

Aprovada em 16 de fevereiro de 2011

BANCA EXAMINADORA

Norma Carapiá Fagundes – Orientadora *Norma Carapiá Fagundes*
Doutora em Educação e Professora da Universidade Federal da Bahia

Heloniza Oliveira Gonçalves Costa *Heloniza O. G. Costa*
Doutora em Administração Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Cristina Maria Meira de Melo *Cristina M. Meira de Melo*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

Maria Enoy Neves Gusmão *Maria Enoy Neves Gusmão*
Doutora em Saúde Pública e Professora da Universidade Federal da Bahia

*Dedico aos meus pais, Walter e Vanda,
incansáveis incentivadores, que proporcionaram
os ensinamentos mais valiosos da minha trajetória de vida, com simplicidade e compreensão.*

*Ao meu marido, Luiz Carlos, pelo apoio incondicional,
sempre com muita paciência e compreensão.*

*À minha amada filha, Juliana,
pelo estímulo, dedicação e carinho. Exemplo de força e determinação. Inspiradora
fundamental para que eu fizesse a escolha por trilhar o caminho do mestrado.*

*À minha orientadora, Professora Doutora Norma Fagundes,
pela paciência e apoio dedicados à minha construção nesta trajetória sempre com muita
competência e sensibilidade e à Professora Doutora Cristina Melo que pela dedicação ao
estudo sobre a temática do Trabalho em Enfermagem consegue traduzir para os estudantes e
profissionais, com singularidade e competência, a importância de se construir uma
compreensão, acerca desta prática, orientada pela contextualização dos fundamentos que
alicerçam o Mundo do Trabalho em Enfermagem.*

AGRADECIMENTOS

A Deus, meu melhor amigo, pela iluminação e conforto nas horas mais precisas.

Às participantes dos Grupos de Discussão, colegas muito generosas, que nos brindaram com a contribuição que tornou possível a realização desta pesquisa: a valiosa experiência de cada uma.

À Professora Doutora Norma Fagundes pelo respeito, competência e compromisso dedicados a nós, alunos, e ao seu trabalho, sempre de forma muito especial e carinhosa.

À Professora Doutora Cristina Melo por todo auxílio que me ofertou buscando ampliar a minha compreensão e capacidade de enxergar e de contextualizar os fatos. Meu agradecimento muito especial.

Às professoras da EEUFBA, especialmente, Mirian Paiva, Heloniza Costa, Stella Barros, Enoy Gusmão e Tânia Bulcão, pelo exemplo de comprometimento com a produção do conhecimento em enfermagem e respeito ao ensino público.

À Professora Marina Peduzzi pela presteza, solidariedade e exemplo de compromisso com a construção do conhecimento em enfermagem.

A todos os colegas, da graduação, do mestrado do doutorado e do GERIR, pela solidariedade e carinho que sempre recebi e também pelos momentos de alegria e trocas muito enriquecedoras.

Aos meus irmãos e às colegas do HEOM pelo estímulo, compreensão, solidariedade, carinho e apoio de todas as horas.

Às amigas, sempre presentes, incentivadoras leais, solidárias todos os dias e parceiras muito fiéis: Carolina Pedroza, Lídia Burity, Maria Inez Farias, Maria Esther Abreu, Glenda Cotrim, Maria da Luz, Dyone Sampaio, Eleuze Matos, Silvana Vieira, Gisele, Aline Lima, Maria do Espírito Santo e aos queridos Tadeu e Rudval.

*“[...] educar não consiste apenas em transmissão de conhecimentos,
mas, principalmente, conscientização e testemunho de vida,
o que exige a superação da domesticação
pela possibilidade do exercício da autonomia, da dignidade,
acreditando sempre que a mudança é possível”.*
(FREIRE, 1999, p.11)

RESUMO

MORAIS, Valdicle Reis de. **A especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar**, 2011. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Orientadora: Professora Doutora Norma Carapiá Fagundes.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória cujo objetivo foi evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar, a partir da caracterização do trabalho e da identificação dos elementos que conferem especificidade ao trabalho desta profissional no hospital. Para a análise tomamos como base os elementos evidenciados por enfermeiras de serviços hospitalares e por enfermeiras especialistas dedicadas ao estudo do tema, além das informações advindas da revisão bibliográfica. Foram realizados dois tipos de grupos de discussão (GD), ao GD1 coube a tarefa de discutir o conceito de especificidade; como esse termo poderia ser utilizado operacionalmente em uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira no hospital e qual a compreensão das participantes acerca do que é específico do trabalho da enfermeira no hospital. O GD2 foi composto por enfermeiras de hospitais públicos, mantendo-se o equilíbrio entre a quantidade de profissionais atuantes na assistência direta e aquelas que estão em funções gerenciais. As questões formuladas para o GD2 objetivaram nortear a discussão acerca do trabalho da enfermeira no hospital considerando as atividades desenvolvidas no dia a dia; a definição das atividades que melhor caracterizam o trabalho desta profissional e o que é específico neste trabalho no hospital. A partir dos resultados produzidos foram construídas três categorias de análise: a coordenação do processo de trabalho no campo da saúde; a assistência direta aos pacientes críticos e a reconfiguração do processo de trabalho em saúde. As discussões revelaram que a percepção das participantes é de que o que confere especificidade ao trabalho da enfermeira no hospital são a articulação dos processos de trabalho em saúde e o gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem, evidenciando que há uma dificuldade em se definir características específicas para o processo de trabalho da enfermeira, que as atribuições que conformam a prática desta profissional passaram a ser compreendidas como específicas em função da forma peculiar com que ela as realiza, que as atividades que compreendem o processo de trabalho da enfermeira no hospital vão do apoio à administração da organização ao gerenciamento e prestação da assistência direta ao paciente, com predominância das atividades gerenciais. Foi consenso a compreensão de que a prestação de cuidado direto pela enfermeira a pacientes críticos e com necessidades de cuidados especializados é assumida como uma peculiaridade do trabalho da enfermeira nas unidades especializadas do hospital, em menor proporção, dentro das unidades abertas, mas, sempre justificadas por situações especiais ou críticas. A coordenação da equipe de enfermagem foi pontuada como atribuição específica da enfermeira, decorrente da responsabilidade Legal, neste contexto o termo específico traz a conotação de exclusivo. Discutiu-se o apoio da enfermeira ao trabalho do médico e que embora as profissionais afirmem que são contrárias a esta prática, este é um comportamento naturalizado por algumas profissionais. Pontuou-se a reconfiguração do processo de trabalho em saúde a partir da redelimitação da divisão técnica neste campo, decorrente da ampliação do número de profissões e especialidades, acarretando mais responsabilidades e atribuições para a enfermeira na coordenação do processo de trabalho em saúde. O estudo reforçou a compreensão de que a discussão sobre o trabalho da enfermeira é relevante e que o reconhecimento da categoria está atrelado à manutenção deste debate, em todos os espaços de atuação profissional e de decisão política.

Palavras - Chave: Enfermeira. Trabalho. Especificidade. Hospital.

MORAIS, Valdicele Reis de. **The nurse's work in a hospital**, 2011. Master Thesis in Nursing. Federal University of Bahia. Advisor: Prof. Dr. Norma Carapiá Fagundes.

ABSTRACT

It is an exploratory qualitative research aimed to identify the specific work of the nurse in hospital care, studying the characterization of this work and the disclosure of the elements that confer specificity to the professional work of the hospital. For the analysis we took the elements highlighted by nurses of hospital care and by specialized nurses dedicated to the study of the subject, in addition to information from the literature review. There were two types of discussion group (GD), to GD1 was given the task of discussing the concept of specificity, how that term could be used operationally in a search about the nurse's work in the hospital and what kind of understanding the participants have about what is specific to the nurse's work in the hospital. The GD2 was composed of nurses from public hospitals, in order to maintain the balance between the number of professionals involved in direct assistance and those who manage the services. The questions made to the GD2 aimed to guide the discussion about the nurse's work in the hospital considering the daily activities, the definition of activities that best characterize the work of this professional and what is specific to this work at the hospital. With the results produced, it was built three categories of analysis: the coordination of the work process in health; the direct assistance to critical patients and the reconfiguration of work process in health. The discussions revealed that the participant's perception is that the articulation of work processes in health and the management of the nursing work process confer specificity to the nurse's work in the hospital, showing that there is a difficulty in defining specific characteristics for the working process of the nurse, that the daily tasks of this professional are now understood as an specific function because of the special way in which this professional performs them, the activities that comprise the working process of the nurse in the hospital begins at giving support to the organization's management and finishes at the management and caring the patients directly, although the most are management activities. It was consensus that the provision of direct care by the nurse for critically ill patients with specialized needs is taken as a peculiarity of the nurse's work in specialized units within the hospital, in a smaller proportion, within the open units, however always justified by special or critical situations. The coordination of the nursing team was affirmed to be an specific attribution of nursing care, result of nurse's legal responsibility, in this context the term specific connotes exclusive. It was argued the nurse's support to the doctor's work and, even though the nurses claim to be against this practice, this behavior is already naturalized by some professionals. It was reassured that the reconfiguration of the health work process has to start with the analysis of the technical division, which is due to the increase in the number of professions and specialties, resulting in more responsibilities and tasks for the nurse in coordinating the work process in health. The study reassured the understanding that the discussion about the nurse's work is relevant and that the recognition of the category is related to the maintenance of this debate, in all fields of professional activities and policy decisions.

Word keys: Nurse. Work. Specificity. Hospital.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEN – Associação Brasileira de Enfermagem
CAPES – Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CC – Centro Cirúrgico
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CEPSESAB – Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia
CNPq – Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico
COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
COREN-Ba – Conselho Regional de Enfermagem da Bahia
DNSP – Departamento Nacional de Saúde Pública
EEUFBA – Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia
FGV – Fundação Getúlio Vargas
FSESP – Fundação Serviço de Saúde Pública
GERIR – Núcleo de pesquisa em política, gestão, trabalho, e recursos humanos em enfermagem e saúde coletiva
MEC – Ministério da Educação
SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem
SESP – Serviço Especial de Saúde Pública
SOBECC – Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Pós Anestésica e Centro de Material e Esterilização
SUCAM – Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UFBA – Universidade Federal da Bahia
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	15
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
2.1 O TRABALHO EM SAÚDE	16
2.1.1 Evolução Histórica do Trabalho em Enfermagem no Brasil	20
2.2 O TRABALHO DA ENFERMEIRA	25
2.2.1 O Trabalho da Enfermeira: considerando as unidades de produção de serviços do hospital com maior especificidade	32
3 METODOLOGIA	35
3.1 TIPO DO ESTUDO	35
3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA	36
3.3 PROCEDIMENTOS	36
3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA	40
3.5 PLANO DE ANÁLISE	40
4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
4.1 DISCUSSÕES DAS CATEGORIAS	47
4.1.1 Coordenação do Processo de Trabalho no Campo da Saúde	47
4.1.2 Assistência Direta aos Pacientes	73
4.1.3 Reconfiguração do Processo de Trabalho em Saúde	85
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICE A – CATEGORIAS ANALÍTICAS	104
APÊNDICE B – ATRIBUIÇÕES PECULIARMENTE DESEMPENHADAS PELA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO HOSPITALAR, EVIDENCIADAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO	108
APÊNDICE C – CONSEQUÊNCIAS DA DIVISÃO TÉCNICA E SOCIAL PARA O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM EVIDENCIADO PELAS PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO	111
APÊNDICE D – CONTRADIÇÕES DO DISCURSO DAS ENFERMEIRAS, PONTUADAS E DISCUTIDAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO	112
APÊNDICE E – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS GRUPOS DE DISCUSSÃO GD1 e GD2	114

APÊNDICE F – TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO 1 - GD1	115
APÊNDICE G – TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO 2 - GD2	118
ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	121

1 INTRODUÇÃO

Entre os estudos pesquisados acerca do trabalho e do campo profissional da enfermeira¹ no âmbito hospitalar muitos têm centralizado sua discussão no processo de trabalho desta profissional, questionando ou buscando definir qual seria o seu papel e a essência do seu trabalho. Outras pesquisas focalizam a construção da identidade desta profissional, entretanto, constata-se poucos estudos direcionando seu foco para a identificação do que seja a especificidade² do trabalho da enfermeira neste âmbito de atenção.

Como autora desse estudo e enfermeira com uma trajetória de mais de vinte anos trabalhando em uma organização pública estadual e também em diversos serviços privados, sempre no âmbito hospitalar, tive a oportunidade de trabalhar como enfermeira de assistência, em unidades abertas e setores especializados, e ainda em cargos de supervisão de unidades de internação e coordenação geral do serviço de enfermagem.

Esta experiência possibilitou a observação de que a participação da enfermeira nas atividades assistenciais diretas é algo requerido por parte da equipe multiprofissional, sobretudo dos médicos, das auxiliares e técnicas de enfermagem e da própria clientela (paciente e família), em situações diferenciadas.

Ressalte-se que a assistência direta insere-se na prática da enfermeira sempre justificada pela necessidade do cuidado mais complexo e especializado, a própria Lei do exercício Profissional da Enfermagem afirma isto. Desta forma, a prestação da assistência direta pela enfermeira ocorre de maneira rotineira dentro dos setores fechados, onde se prestam cuidados aos pacientes críticos, e focalmente nas unidades abertas onde esta participação decorre de ocorrências graves com risco de morte para o paciente ou da necessidade de cuidados especializados como curativos e procedimentos invasivos em geral.

A prestação do cuidado direto pela enfermeira é uma peculiaridade que se evidencia, então, de forma rotineira, dentro dos espaços reservados ao cuidado especializado e/ou crítico como: unidade de terapia intensiva (UTI), centro cirúrgico, centro obstétrico, clínica obstétrica e alojamento conjunto, onde atividades como administração de medicações, curativos especializados e orientações sobre banho e amamentação compõem a rotina de atribuições da enfermeira. Saliente-se que mesmo nessas unidades o trabalho assistencial

¹ O termo enfermeira será adotado neste estudo em função desta categoria profissional se constituir majoritariamente por mulheres.

² Com base na definição de Houaiss, Villar e Franco (2001) o termo especificidade foi assumido na pesquisa como qualidade daquilo que é específico, particularidade, qualidade própria, peculiar.

direto realizado pela enfermeira sempre representa uma fração menor, quando comparada às atividades de gerenciamento do cuidado.

Dessa forma é possível dizer que o dia a dia da enfermeira nas unidades menos especializadas não se caracteriza, peculiarmente, pela realização de atividades assistenciais diretas. Em geral a prestação da assistência de forma direta, pela enfermeira, decorre de situações que, ainda que previstas para o âmbito da atenção hospitalar, podem ser consideradas como diferenciadas dentro da dinâmica do processo de trabalho em saúde, a exemplo do atendimento à reanimação cardiorrespiratória e outras atividades de maior complexidade técnica e científica.

No percurso de minha experiência foram incontáveis os momentos, desde a academia até os dias atuais, em que tive a oportunidade de vivenciar discussões sobre a temática do trabalho da enfermeira. Durante esse tempo de escuta, ouvi enfermeiras externarem insatisfações e justificá-las pela crença de que muitas das atividades que desempenham não lhes são próprias. Entretanto, a maioria das profissionais não demonstra possuir uma compreensão bem elaborada, embasada em fundamentos históricos, acerca do que é de fato esta prática e qual a razão de existir desta profissão neste lugar chamado hospital.

Este tipo de compreensão sempre me inquietou e trouxe o entendimento de que existe pouca clareza, inclusive por parte da própria enfermeira, acerca da finalidade do seu trabalho, da abrangência do campo de atuação e principalmente da expectativa que as organizações de saúde vêm, historicamente, construindo em torno do trabalho desta profissional.

Destaque-se, nesse contexto, que compreender o processo de reestruturação dos hospitais é particularmente importante, para as enfermeiras, considerando-se que este é um espaço onde historicamente se ampliou e evoluiu a prática dessas profissionais e onde se reafirma, conforme ressalta Melo (1986), a divisão do trabalho em enfermagem até os dias atuais.

Efetivamente, a pesquisa em enfermagem busca demonstrar a importância que tem esta profissão, sobretudo, pela diversidade de atividades fundamentais que compõem sua rotina de trabalho, dentro do processo de trabalho em saúde, nos âmbitos de atenção à saúde de um modo geral, salientando-se nesta pesquisa o hospital. Enfatize-se, portanto, que o trabalho da enfermeira é reconhecido pela multiplicidade de atribuições que incorpora em sua prática.

Considerando as observações e experiências vivenciadas ao longo de minha trajetória de construção profissional penso que esta prática compõe-se de um conjunto de atribuições

fundamentais, mas, que contraditoriamente conformam um trabalho de pouca visibilidade social.

Isto reforça a importância da discussão acerca do trabalho da enfermeira porque, dentre outras coisas importantes, contribui para o sentimento de baixa auto-estima entre as profissionais. Isso se evidencia em um ciclo onde as profissionais, não reconhecendo a legitimidade de suas atribuições e o valor social do seu trabalho, não buscam aperfeiçoar-se para aquilo que efetivamente é o que está posto para a profissão como exigência de mercado e também não se sentem seguras para impor-se com autoridade pelo domínio sobre aquilo que fazem.

Vale salientar que outros estudiosos ratificam a importância dessa discussão. Saar (2005) afirma, com base nos resultados de sua tese de doutorado, a existência de um dilema sobre o que seja a especificidade do trabalho da enfermeira, que a existência desse dilema é clara para estas profissionais e que essa questão se constitui em importante espaço para pesquisas uma vez que interfere conflitivamente na identidade desta profissional e conseqüentemente na sua atuação, evidenciando-se a necessidade do aprofundamento da discussão sobre o tema.

Nossa compreensão, portanto, é de que a pesquisa sobre o trabalho da enfermeira ainda apresenta lacunas, no que se refere à compreensão da especificidade do trabalho desta profissional no contexto hospitalar. Nesse sentido, o estudo pretende contribuir com a discussão sobre o tema salientando que o mesmo é relevante e original, dado que os estudos identificados sobre o trabalho da enfermeira ainda são poucos e centralizam-se em aspectos mais gerais das condições de trabalho ou em elementos da prática no âmbito hospitalar de atenção à saúde.

A necessidade de se explorar o tema da especificidade do trabalho da enfermeira, principalmente na organização hospitalar, se justifica pela complexidade dessa organização. Acrescente-se, em concordância com Melo (1986), que o hospital como campo de trabalho, historicamente, vem contribuindo para o crescimento das profissões da enfermagem no Brasil e que neste espaço o trabalho da enfermeira é predominantemente voltado para ações ditas administrativas, quando comparadas às atividades de cunho assistencial direto, dado a persistência da profunda divisão técnica do trabalho em enfermagem no País.

Tomando em consideração o referencial teórico identificado e a minha própria experiência profissional, compreendo que as peculiaridades do trabalho da enfermeira ainda são pouco discutidas e, conseqüentemente, pouco compreendidas neste âmbito de atenção à

saúde. Este estudo poderá contribuir no sentido de evidenciar elementos da prática profissional cujas peculiaridades conferem especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, e também ensejar novas questões de pesquisas que servirão ao desenvolvimento de outros estudos permitindo o aprofundamento da discussão neste campo profissional.

Para as enfermeiras que trabalham nos hospitais esta pesquisa poderá representar uma oportunidade de refletir, com maior profundidade, as finalidades e a importância da sua prática. E assim, descortinando as peculiaridades a partir de uma compreensão mais elaborada, poderá contribuir para evidenciar a essencialidade do trabalho da categoria no contexto do processo de trabalho em saúde e em enfermagem no dia a dia dos hospitais.

Ressalte-se que sobre o termo especificidade Houaiss, Villar e Franco (2001) dizem: “especificidade é a qualidade daquilo que é específico, particularidade, qualidade própria, peculiar”. Também Saar (2005, p. 87) identificou em seu estudo, a partir da compreensão dos informantes que participaram da pesquisa, três significados: “a) especificidade como algo específico de alguma coisa ou de alguém, conferindo-lhe uma peculiaridade, uma distinção; b) especificidade sendo relacionada às áreas de atuação profissional com sentido de especialidade, especialização; c) especificidade como conduta profissional ou técnica apropriada para determinada situação, e que confere resolutividade a uma ação”.

Assinale-se que foi preliminarmente adotada para a pesquisa a definição para o termo especificidade assumida por Houaiss, Villar e Franco (2001), ou seja, “qualidade daquilo que é específico, particularidade, qualidade própria, peculiar”. Associado ao sentido assinalado por Saar (2005, p. 87) que enfatiza a especificidade como algo “específico de alguma coisa ou de alguém, conferindo-lhe uma peculiaridade, uma distinção”.

Assim esta decisão foi assumida como uma escolha inicial, pois, dado a pouca precisão do conceito, na metodologia do estudo foi previsto um grupo de discussão (GD1) objetivando, dentre outras coisas, a construção de um conceito operacional para o termo especificidade a ser utilizado na pesquisa.

Vale salientar que a discussão realizada no grupo de discussão (GD1) foi bastante elucidativa e, dentre outras contribuições importantes, trouxe a clareza de que para o objetivo proposto não se fazia necessário definir operacionalmente o termo especificidade. O consenso geral foi de que a discussão deveria centrar-se na proposta de caracterizar o trabalho da enfermeira identificando elementos peculiares de sua prática e assim evidenciar a

especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar ancorando-se na definição do termo especificidade preliminarmente adotada para a pesquisa.

A pesquisa partiu do referencial adotado, alicerce para sua construção, e tomou em consideração a concepção das enfermeiras sobre as peculiaridades do seu próprio trabalho. Para tanto, definiu-se como questão norteadora da pesquisa:

- Qual a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

1.1 OBJETIVOS

Refletindo sobre a questão norteadora do estudo delineou-se como objetivo geral:

- Evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

Para o alcance do objetivo geral, foram definidos como específicos os seguintes objetivos:

- Caracterizar o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.
- Identificar os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira, neste âmbito de atenção.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo faz-se uma revisão da literatura a respeito do trabalho em saúde, em enfermagem e ainda sobre o trabalho da enfermeira, dando maior ênfase ao trabalho da enfermeira no âmbito da atenção hospitalar.

2.1 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho, tal como aceito nesta pesquisa, é uma atividade humana que envolve gasto de energia e objetiva o alcance de um determinado fim. Ferrari (1998, p.15) cita o Dicionário de Ciências Sociais, editado pela Fundação Getúlio Vargas (FGV) e pelo Ministério de Educação (MEC) que distinguem alguns elementos para o termo trabalho:

[...]a) uma ação, ou antes, uma obra; b) desempenhada por seres humanos; c) que supõe determinado dispêndio de energia; d) dirigida para um fim determinado e conscientemente desejado; e) executada sempre mediante uma participação de energia física e de inteligência; f) acompanhada geralmente de um auxílio instrumental; g) que de algum modo produz efeitos sobre a condição do agente.

Com essa compreensão é possível afirmar que todo trabalho parte de uma insatisfação, uma privação, de onde se deduz que a finalidade do trabalho é criar, produzir algo que beneficie, também, o sujeito da ação. Portanto, essa acepção se prende ao trabalho produtivo que é, pois, uma atividade resultante da utilização da energia a fim de se obter melhor qualidade e/ou maior quantidade de bens e serviços.

Sociologicamente, afirma Ferrari (1998), o trabalho humano esteve ligado a atividades penosas, e até aos castigos, exercidas pelos escravos e servos para fazer jus ao seu sustento. Em uma acepção contemporânea, entretanto, o trabalho passa a ser compreendido como uma atividade que se realiza no âmbito público, cuja utilidade está para além das pessoas que a realiza, por isto mesmo remunerada e por meio da qual se adquire uma identidade social, uma profissão (GORZ, 2007).

Em verdade, qualquer que seja a conotação que se dê ao vocábulo trabalho (enobrecedora ou degradante), não há dúvida de que o ato de dedicar-se ao labor é uma atividade em torno da qual os homens organizam as suas vidas. Para Goyatá (1993) a palavra trabalho suscitou, ao longo dos anos, discussões, estudos e reflexões, recebendo, pelo menos, duas vertentes.

Na primeira acepção trabalho é considerado como uma fonte de libertação, visto que é um fator de realização pessoal. Uma forma para o homem progredir, uma ferramenta de paz,

de bem-estar social, de dominação da natureza, de enobrecimento da pessoa humana. Por outro lado, trabalho recebe também a conotação de penalidade, castigo e punição.

A partir do pensamento de Marx (1994), Frigotto (2008 p. 399) apresenta três distinções em relação ao trabalho humano: “[...] por ele, diferenciamo-nos do reino animal; é uma condição necessária ao ser humano, em qualquer tempo histórico; e o trabalho assume formas históricas específicas nos diferentes modos de produção da existência humana”.

Ainda na compreensão de Frigotto (2008, p. 399), estas distinções possibilitam a superação do senso comum e da ideologia que reduzem o trabalho humano à forma histórica que assume sob as relações sociais de produção capitalistas (compra e venda de força de trabalho, trabalho assalariado, trabalho alienado) favorecendo, ainda, a percepção de que as teses que postulam o fim do trabalho são improcedentes.

Partindo-se da noção de trabalho aqui tomado, ou seja, em sentido amplo, a sua evolução e o seu produto possuem relacionamento com o contexto econômico e histórico do período em que eles se inserem. Ianni (1997) caracteriza o mundo do trabalho como mundo de proporções globais. Assim como se pode dizer que o capitalismo se encontra globalizado, pode-se afirmar também que o universo do trabalho se enquadra na mesma situação.

Pires (2001, p. 13) discute as mudanças sofridas pelos trabalhadores da saúde no Brasil e pontua como relevantes as relações de trabalho, no âmbito das políticas desenvolvidas pelo governo para a saúde a partir de 1990. Para esta autora o Estado brasileiro tem aberto caminho para a precarização do trabalho pela desregulamentação dos direitos trabalhistas constitucionais com a diminuição dos investimentos na saúde e na educação.

Esta última autora salienta algumas ações que refletem significativamente no setor público, a exemplo da desvalorização do salário, agravando a exclusão social; a redução da jornada de trabalho com a perda de salário; os planos de demissões voluntárias; a redução do acesso ao seguro desemprego; a contratação de pessoal não qualificado e a relação precária de trabalho.

Referindo-se, particularmente, à organização do trabalho em saúde, Pires (2001, p.14) aponta a predominância do modelo taylorista/fordista em que os princípios da organização científica do trabalho estão presentes, em virtude de uma rígida hierarquia e da permanência da divisão social e técnica do trabalho, com forte dicotomia entre o pensar e o fazer. Mesmo os modelos de organização mais recentes são alvos de críticas pela autora quando afirma que:

[...] os novos modelos de organização, mesmo com um discurso de valorização do ser humano, não permitem visualizá-lo em sua integralidade, pois a valorização do

trabalhador é um meio de manter a produtividade, e não um valor em si mesmo. Esta mudança de concepção, garantido ao trabalhador ser sujeito e ator social, só é possível desde que se garanta que ele possa, no trabalho, exprimir sua subjetividade e sua criatividade [...] Os novos modelos de gestão introduzidos não permitem suplantarem o taylorismo/fordismo. Normas, regras e rotinas ainda determinam o que fazer como fazer e inclusive o que sentir, desconsiderando a dimensão humana e subjetiva do trabalho.

Essa autora afirma que a modernidade trouxe como marca o paradigma positivista e instituiu valores que apontam para a utilidade e a finalidade das ações. Ela salienta a necessidade de se promover análises que expliquem, controlem e transformem a imagem do profissional de saúde, buscando valorizá-lo pela construção e afirmação de sua identidade.

Em linhas gerais, Donnangelo (1979) orienta que no trabalho em saúde converge o agente produtor por meio de suas ferramentas, a exemplo de conhecimentos, equipamentos e tecnologias e o agente consumidor que, em parte, torna-se objeto da ação do que produz, mas sem que deixe de ser um agente em ato uma vez que coloca suas intencionalidades e representações no seu modo de sentir.

Marx (1994) decompôs o processo de trabalho em três elementos: o objeto do trabalho; os meios e instrumentos do trabalho e a atividade adequada a um fim. A partir da teoria marxista Mendes-Gonçalves (1994) assimila o trabalho na área de saúde como um processo produtivo e afirma que o objeto de trabalho sobre o qual opera a transformação para se obter um resultado ou finalidade é o próprio homem. Este deve ser considerado em sua objetividade, a qual inclui naturalmente sua subjetividade, historicamente construída e apreendida enquanto relações mediadas por desejos, ódios, normatividade e trabalho.

Também discutindo o trabalho em saúde Bartolomei (2003) evidencia que este apresenta como peculiaridade o fato do seu produto atender às necessidades não-materiais, assim como qualquer outra produção no ramo de serviços. Azzolim (2007) contribui afirmando como outra peculiaridade, o fato de que no trabalho em saúde a produção de serviços se concretiza junto ao usuário que nada mais é que seu produto final.

Com essa compreensão orienta Azzolim (2007) que, ao contrário do trabalho na indústria, o trabalho em saúde é um processo menos estruturado do ponto de vista da relação produção/consumo no qual a tecnologia leve adquire grande importância. Entretanto, não é fácil perceber e distinguir o componente do trabalho vivo que realiza o produto final.

Pires (2001) esclarece que esta peculiaridade decorre da impossibilidade de se separar o processo do produto, uma vez que o produto é a atividade em si. Merhy (1997) explicita esta característica do trabalho em saúde de outra forma, ao afirmar que no trabalho em saúde o consumo e a produção da ação ocorrem simultaneamente.

Nessa discussão vale refletir um pouco acerca do ‘trabalho vivo em ato’ na concepção de Merhy e Franco (2003, p. 430):

O ‘trabalho vivo em ato’: a produção na saúde realiza-se, sobretudo, por meio do ‘trabalho vivo em ato’, isto é, o trabalho humano no exato momento em que é executado e que determina a produção do cuidado. Mas o trabalho vivo interage todo o tempo com instrumentos, normas, máquinas, formando assim um processo de trabalho, no qual interagem diversos tipos de tecnologias. Estas formas de interações configuram um certo sentido no modo de produzir o cuidado.

Merhy e Franco (2003, p. 431) esclarecem, ainda, a idéia do ‘trabalhador coletivo’ que realiza o trabalho em saúde afirmando que:

‘O trabalhador de saúde é sempre coletivo’: o ‘trabalho em saúde’ é sempre realizado por um trabalhador coletivo. Não há trabalhador de saúde que dê conta sozinho do mundo das necessidades de saúde, o objeto real do trabalho em saúde. Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro, na direção da verdadeira finalidade do trabalho em saúde que é cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde. Deste modo, o trabalho de um depende do trabalho do outro.

Merhy e Franco (2003) esclarecem, também, que os produtos na saúde trazem como característica certa materialidade simbólica. Eles acreditam que falar em tecnologia remete à temática do trabalho, especificamente do trabalho cuja operacionalização intencional se projeta no sentido da produção de ‘coisas’ (bens/produtos).

Para os autores, acima citados, os bens/produtos não precisam, necessariamente, ser objetos constituídos de materiais duros podendo ser bens/produtos simbólicos (que também portam valores de uso) e satisfazem necessidades. Medeiros (2000) corrobora afirmando que o produto deste trabalho é a geração e a satisfação das necessidades humanas ou carecimentos sociais. Erdmann et al (2005, p. 38) contribuem oferecendo maior clareza à discussão ao explicitarem que:

O ato de produzir implica em transformar. O conceito de transformar tem conotação ampla, de mudança de alguma coisa em outra. O estado inicial daquilo que será transformado se constitui nos insumos que associados aos demais recursos, geram o resultado, o produto. Daí a assertiva de que produção é a geração de produtos, que podem variar desde ferramentas e maquinaria até a recreação ou informação, ou seja, desde bens até serviços.

Desta forma, a produção resulta em produtos que podem ser entendidos como o resultado prático, material ou imaterial, de um conjunto de ações que se concretizam a partir

de uma intenção, por meio de um conjunto sistematizado de fatores, e cujo objetivo principal é corresponder à satisfação de necessidades e expectativas, ou seja, ter utilidade.

2.1.1 Evolução Histórica do Trabalho em Enfermagem no Brasil

A cura sempre esteve associada à função do médico enquanto o cuidar, termo de significância mais abrangente, que envolve sentimento e emoção, ao papel da mulher. De acordo com Melo (1986, p. 33), o ato de cuidar foi uma prática sempre presente na história da humanidade, que vem se perpetuando por diferentes épocas, através de distintas categorias, antes mesmo da institucionalização da enfermagem.

Melo (1986, p. 34) esclarece que, como o cuidado ao doente era realizado no âmbito doméstico e quase sempre por mulheres, o trabalho da enfermagem esteve na sua origem associado ao trabalho feminino pouco valorizado socialmente, de acordo com o papel que a sociedade de classe designava para a mulher.

Parece-nos que a representação construída em torno do curar, do afastar a doença, ambos considerados, nos tempos modernos, como atividades médicas, é de permanência simbólica muito mais significativa do que aquela construída em torno do cuidar do corpo doente ou sadio, atividade mais identificada à mulher e à enfermeira. A cura é um ato impregnado de mitos e simbologias, enquanto que o cuidado é entendido como um ato banal e repetitivo do cotidiano feminino (PEREIRA; SILVA; 1997 p. 31).

Contribuindo com essa discussão, em uma reflexão que se aproxima bastante da atualidade, Collière (1999, p. 123-146) traz à tona a importância da compreensão pela enfermeira da sua responsabilidade e papel mostrando o quão necessário se faz, sobretudo, com esse sentido, o resgate da construção histórica da profissão através da busca de seu passado e, mais em particular, da história das mulheres que prestam cuidados.

Essa autora ressalta que só através da compreensão desta edificação, que é histórica e que vem se sedimentando ao longo dos anos, será possível apreender a significação original, primordial do cuidado de enfermagem, da especificidade do trabalho das categorias, sobretudo, das enfermeiras e da busca do estabelecimento de um lugar, efetivamente próprio, para a enfermagem e seus profissionais.

Tem grande importância, ainda, na discussão sobre a temática, o papel coadjuvante atribuído ao processo de trabalho em enfermagem em relação às práticas médicas curativas e técnicas, no contexto dos hospitais à época de sua reorganização, no final do século XIX. Evidencie-se, no tocante ao papel da enfermeira, que a ênfase para o trabalho dessa

profissional já se centrava na administração do ambiente e dos recursos humanos em enfermagem.

Com o objetivo de favorecer a compreensão acerca da construção histórica do trabalho em enfermagem partiu-se, aqui, de uma breve reflexão que tem início no período crítico da enfermagem, ou seja, o início do séc. XVI, quando em virtude da reforma religiosa resultante da diminuição do espírito cristão:

Martinho Lutero lançou o grito de protesto que valeu a ele e a seus adeptos o nome genérico de protestantes. Lutero, na Alemanha, Henrique VIII, na Inglaterra, Calvino, na Suíça, foram os principais chefes que precipitaram diversas nações européias numa reforma cujo maior ponto de contato era sua separação da Igreja de Roma. Mas, os reformadores foram mais longe do que pretendiam. Assim, renunciando ao Catolicismo, a Alemanha e a Inglaterra principalmente esta última, onde a reforma foi promovida pelo próprio rei, tornando-se religião – oficial (anglicanismo) – expulsaram dos hospitais as religiosas que se dedicavam aos doentes. Não dispoñdo logo de nenhuma organização, religiosa ou leiga, para substituí-las, foram obrigados a fechar grande número de hospitais. Só na Inglaterra, foram mais de mil. Entre os restantes, foi preciso recrutar pessoal remunerado para o serviço dos doentes. O serviço era pesado, a remuneração escassa, absoluta a falta de organização. O pessoal que se apresentava era o mais baixo na escala social, de duvidosa moralidade (PAIXÃO, 1979, p.58).

Foi este o início da laicização da enfermagem exercida, então, por mulheres de moral duvidosa (imorais, bêbadas, analfabetas) submetidas às exaustivas jornadas e péssimas condições de trabalho (PAIXÃO, 1979).

Nestas condições os doentes, se tivessem alguém para cuidá-los em suas casas, mesmo mal alimentados e desprovidos de conforto, recusavam-se a ir para um hospital. A enfermagem, então existente, era praticada por pessoas tecnicamente despreparadas, predominava a prática negligente e desumana que relegava os doentes ao abandono, à morte e à predominante falta de higiene. Submetendo, mesmo aos indigentes, à extorsão de gorjetas.

A enfermagem assumiu o cunho científico a partir do trabalho de Florence Nightingale, em aproximadamente 1859, quando se passou também a entender a observação como um instrumento básico para a profissional de enfermagem (MATHEUS; FUGITA; SÁ, 1996).

As técnicas em enfermagem passam a ser desenvolvidas na segunda metade do século XIX, em 1860, na Inglaterra vitoriana, por meio de Florence Nightingale. As técnicas possibilitaram a instrumentalização do cuidado de enfermagem surgindo a preocupação com o meio ambiente do paciente, a necessidade de luz, ar fresco, silêncio e principalmente higiene. Segundo Florence (*apud* SILVA; LIMA; MISHIMA, 1999, p. 307). "[...] a doença encontra-

se fora do corpo do doente, cabe à enfermeira retirar os obstáculos para que a natureza possa agir".

Melo (1986, p. 48) esclarece que a enfermagem moderna emergiu como um campo profissional desde o início do século XX e já nasceu reproduzindo a divisão social do trabalho entre duas categorias distintas: lady nurse e a nurse onde as primeiras, oriundas de uma classe social mais elevada, eram preparadas para o ensino e supervisão de pessoal e as nurses eram assalariadas e destinadas ao cuidado direto aos pacientes dentro dos hospitais sob a supervisão da lady nurse.

Ainda de acordo com Melo (1986 p. 49) o surgimento da própria enfermagem moderna se dá como uma divisão do trabalho médico, quando as tarefas ditas manuais passam a ser atribuição da enfermagem revestida agora de um aparato técnico, ainda que sob a hegemonia da prática médica. Essa autora enfatiza que a divisão social do trabalho na enfermagem não surgiu por acaso, mas, trata-se de uma adaptação da estrutura ocupacional ao modo de produção dominante.

A divisão do trabalho na enfermagem desenvolveu-se no século XX, quando o avanço tecnológico, ao lado das políticas de saúde, sob o capitalismo, amplia a divisão social do trabalho e criam novas categorias encarregadas do cuidado direto ao doente. Entretanto o enfermeiro, com curso superior, se apropria do trabalho de supervisão e controle, solidificando o seu papel de trabalhador intelectual de enfermagem, dono de um saber que inicialmente é sobre as técnicas profissionais e, mais tarde, com a institucionalização do ensino, reveste-se de uma complexidade, que se resume em saber administrar, supervisionar e ensinar, garantindo uma posição privilegiada deste elemento na divisão social do trabalho (MELO, 1986 p. 54).

Até o século XX o espaço hospitalar destinava-se às pessoas doentes, isoladas em função de portarem doenças contagiosas, ou àquelas socialmente excluídas. O hospital foi o espaço demarcado por aqueles que realizavam a prática médica com o forte objetivo de instituir e confirmar sua ação, sobretudo, após a sua reformulação, seguindo os conceitos de Florence Nightingale que foi quem instituiu a enfermagem científica também conhecida como enfermagem moderna.

De acordo com Santos e Figueiredo (2004, p. 95), a reformulação do hospital aconteceu com o apoio de forças e desenvolvimento externos característicos de países economicamente desenvolvidos, tornando-se conseqüentemente no produto de revoluções industriais e científicas. "[...] É nesse moderno hospital que o cuidado médico transcorre norteado por normas científico-tecnológicas e cuja implementação exige requisitos de racionalidade e economia organizacional".

Trevizan (1988) orienta que a aplicação e os avanços da medicina científica passaram a demandar o surgimento de estabelecimentos de saúde que comportassem uma tecnologia sofisticada e complexa que, por conseguinte, determinou uma significativa elevação dos custos para a manutenção dos serviços nestas organizações hospitalares, passando conseqüentemente, a exigir um controle organizacional mais efetivo e que só foi possível através da aplicação dos conhecimentos da administração científica.

Assinale-se, então, o pioneirismo de Florence Nightingale na aplicação dos conhecimentos da administração nas organizações hospitalares. É possível observar que a utilização desses princípios foi um importante instrumento para o desenvolvimento da enfermagem moderna desde a sua implantação. Essa constatação nos leva a questionar as razões dos conflitos ainda hoje vivenciados pela enfermeira, no que tange a assunção das funções administrativas, e que demonstram um desconhecimento acerca da importância desse trabalho para a dinâmica do processo de trabalho em saúde.

Saliente-se, também, nesta discussão, que foi neste contexto que o trabalho em enfermagem se organizou sob a influência dos trabalhos de Taylor – Administração Científica, e de Fayol – Teoria Clássica da Administração, sendo possível observar que ao planejar as ações de enfermagem a enfermeira segue os princípios gerenciais propostos por Fayol e no cotidiano do trabalho em enfermagem observa-se uma maior influência da administração científica de Taylor (RIZZOTO, 2006).

Também Rizzotto (2006, p. 02) discute aquilo que chama de papel coadjuvante da enfermeira a serviço da instituição do modelo biomédico e reforça a idéia de que os registros históricos mostram que os primeiros programas da Escola de Enfermeira do Departamento Nacional de Saúde Pública – (DNSP), hoje denominada de Escola de Enfermagem Anna Nery, já confirmavam a formação da enfermeira centrada no espaço hospitalar e no estudo sistemático de doenças. Portanto, de acordo com essa autora, as enfermeiras desde o início de sua formação foram preparadas para serem apoiadoras da prática médica hospitalar privilegiando a ação curativa.

É importante salientar nessa discussão que esse papel coadjuvante que a enfermeira tem desempenhado no modelo biomédico de atenção à saúde tem raízes justificadas pelo fato desse modelo ser alicerçado em bases tayloristas que, objetivando um maior controle da produção, se fundamenta em hierarquias rígidas centralizando o poder de decisão em apenas um profissional, no caso, o médico.

Este modelo de atenção à saúde tem se caracterizado pela desumanização do atendimento, pela fragmentação das ações, centralização na recuperação biológica individual e na rígida divisão do trabalho e desigual valorização social dos diversos trabalhos na equipe de saúde. Nesse sentido, parece clara a contribuição do modelo biomédico para a desvalorização social da prática das enfermeiras. (ALMEIDA; MISHIMA, 2001).

De acordo com Trevizan (1988, p.39),

[...] quando muitas enfermeiras foram impelidas para o desenvolvimento de suas atividades profissionais nas instituições hospitalares. Isto propiciou uma mudança radical do seu processo de trabalho: a substituição da autonomia pela sua inserção numa estrutura bastante centralizada, com nítida hierarquia de autoridade, ficando a enfermeira limitada em termos de poder decisório.

Saliente-se que os hospitais públicos foram os primeiros a demandar o trabalho das enfermeiras, e, em seguida, os particulares. Segundo Alcântara (1963 *apud* ALVES, 1987, p. 25), de 334 enfermeiras que se formaram pela Escola Ana Nery, em 1945 66% exercia suas atividades em saúde pública, 9,5% em hospitais e em 1950, 49,4% das enfermeiras atuavam em hospitais (modelo curativo) e 17,2% em saúde pública. Após 1964, quando a demanda pelos bens de consumo duráveis já é atendida pela produção nacional, caracterizando a internacionalização do mercado interno, as políticas de saúde se voltam para a medicina curativa e hospitalar.

Desta forma a reorganização dos hospitais, como um instrumento da medicina desenvolvida, respondeu aos anseios do modo de produção dominante e isso reforça a compreensão de que o processo de redefinição do papel e das finalidades do espaço hospitalar tem grande importância para o entendimento de como se fundamenta a prática profissional das enfermeiras no âmbito da atenção hospitalar ainda hoje.

Enfatize-se que é no hospital moderno, sob a égide do modo de produção capitalista e a serviço do modelo biomédico, que passa a ocorrer a maior demanda pelo trabalho da enfermeira. O trabalho de administração e organização do ambiente e articulação do processo de trabalho em saúde, como gerente do cuidado. Esta foi a imagem histórica profissional que se cristalizou, ao longo de toda a construção profissional desta categoria, no imaginário social, por ser esse o trabalho mais amplamente exercido pela enfermeira em todo o Brasil.

2.2 O TRABALHO DA ENFERMEIRA

Destaque-se que iniciar esta discussão trazendo, ainda que de forma breve, alguns aspectos conceituais sobre o trabalho teve como finalidade oportunizar um momento de reflexão por assumir a compreensão de que há uma tendência entre as enfermeiras de negar sua condição de trabalhadoras. Este é um comportamento histórico que decorre da forma equivocada com que as profissionais concebem a própria prática profissional e que vem produzindo resultados negativos para a categoria.

Desta forma a constatação de que as enfermeiras não compreendem bem sua própria prática e não se reconhecem como trabalhadoras tem significado relevante para a categoria e reforça a importância desta reflexão, considerando que isso influencia o comportamento destas profissionais estimulando a passividade e a resistência à decisão de organizarem-se politicamente. Isso inviabiliza o debate mais amplo sobre a prática profissional das enfermeiras e fragiliza o processo de discussão acerca dos interesses coletivos assim como a definição de estratégias eficientes que promovam a valorização e condução dos rumos da categoria.

A dificuldade das enfermeiras de identificarem-se como trabalhadoras se evidenciou ao longo da trajetória de construção da enfermagem científica e denuncia-se até mesmo pela freqüente substituição do vocábulo trabalho pela palavra fazer nos textos produzidos por enfermeiras, em geral, inclusive de algumas pesquisadoras dentro das academias brasileiras.

Este posicionamento ingênuo das enfermeiras, ao discutirem sua própria prática e a inserção da profissão no cenário do modo de organização e de produção capitalista, denota a incompreensão por parte das profissionais de que a prática profissional da enfermeira alicerça-se no conceito mais tradicional de trabalho.

Enfatize-se, como uma particularidade, que a enfermeira, historicamente, convive com suas insatisfações de forma silenciosa, demonstrando uma capacidade de mobilização política extremamente frágil. Apesar do imenso potencial da categoria, considerando-se tanto a expressiva representação numérica como o papel importante que desempenha frente aos serviços. Confirmam esse pensamento Gomes e Santos (2005 p. 491) quando assinalam que “[...] historicamente existe, entre as enfermeiras, a tendência a negar a ação política e um apelo à neutralidade em sua prática enquanto categoria profissional”.

A história da construção da profissão da enfermeira no Brasil confirma os posicionamentos acima e esta constatação remete à importância da mobilização da categoria

com a finalidade de “[...] politizar os espaços de atuação do enfermeiro (assistência, gestão e gerência, educação em saúde, ensino e pesquisa, consultorias), partilhando poderes na tentativa de acumular forças de reação aos processos de dominações” (PIRES, 2007, p. 722).

Sobre o trabalho da enfermeira Lima e Almeida (1999) afirmam que a posição de gerente da assistência de enfermagem e da organização institucional atribuída à enfermeira vem sendo investigada no Brasil desde o ano 1980. As autoras fazem referência tanto às pesquisas recentes que confirmam a ênfase no trabalho gerencial da enfermeira, na condição de articuladora do processo de trabalho em saúde, como aos estudos que se baseiam na concepção de gerenciamento do cuidado em enfermagem e que demonstram a predominância de atividades gerenciais com destaque para o gerenciamento dos serviços.

Observa-se que a partir do desenvolvimento das técnicas de enfermagem e do trabalho caracterizado por funções a enfermeira passou a gozar de autoridade sobre a ala ou enfermaria distribuindo, entre os profissionais da equipe de enfermagem, atividades controladas por normas e rotinas rigidamente estabelecidas e baseadas no status e competência individual de cada um, conforme explicitado por (MELO, 1986, p. 57). Confirmam esse pensamento, Santos e Figueiredo (2004 p. 96) afirmando que:

para ser instituída, a medicina precisou estabelecer relações de dominação, de poder, de recalçamento, inclusive dos saberes e da posição social dos demais profissionais, sobretudo da enfermeira, de cuja aliança dependia, para a aplicação dos conhecimentos de administração necessários a previsão, provisão, controle e avaliação dos recursos indispensáveis ao funcionamento da organização hospitalar. Esta utilização do saber administrativo da enfermeira para uso próprio permitiu-lhe a posição de mandatária suprema do hospital.

Entretanto a autonomia da enfermeira diz respeito à organização do espaço hospitalar, ao gerenciamento dos recursos necessários à articulação do processo de trabalho em saúde e ao gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem. Trata-se de uma autonomia relativa, conferida à enfermeira em função dos conhecimentos administrativos que caracteristicamente evidencia no transcorrer de seu trabalho no espaço hospitalar. Enfatize-se, então, que a direção geral das unidades de saúde é, geralmente, conferida ao médico e que hospitais dirigidos por enfermeiras configuram-se, ainda, como exceções.

Assinale-se, portanto, que, no que concerne à dinâmica de funcionamento das organizações hospitalares, a atuação da enfermeira organizando as unidades de produção de serviços, gerenciando os recursos e articulando o processo de trabalho em saúde mantém-se com o objetivo de confirmar e reproduzir o poder médico. Pois não é elaborando

regulamentos, normas, rotinas, manuais e procedimentos institucionais e nem transcrevendo prescrições médicas que a enfermeira conquistará efetiva autonomia e poder administrativo dentro do espaço hospitalar.

Na compreensão de Santos e Figueiredo (2004, p. 97), estes instrumentos e atividades apenas formalizam a submissão da enfermeira e do cliente ao poder médico contribuindo para a reprodução deste. Backes, Backes e Schwartz (2005) ratificam essa compreensão ao afirmarem que ao longo dos anos a atuação da enfermeira esteve associada ao modelo de gestão tradicional e baseou-se em contradições geradas por uma estrutura rígida, excessivamente especializada, com funções rotineiras e centradas no fazer, sem uma reflexão crítica da sua prática propriamente dita.

Com o objetivo de promover uma rápida reflexão acerca da prática da enfermeira, em um contexto mais amplo, citamos um estudo intitulado: *Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil* (grifo nosso) que, embora desenvolvido no âmbito da atenção básica, retrata situações do cotidiano do trabalho da enfermeira na atenção básica, mas, que, guardam estreita relação com o trabalho destas profissionais também no âmbito hospitalar de atenção à saúde. Desta forma consideramos pertinente citar o que afirmam Lima e Nauderer (2008, p. 6) com base no estudo em destaque:

os numerosos relatos sobre o papel articulador dos enfermeiros na resolução de diversos problemas permitem considerar a hipótese de que aos enfermeiros cabe justamente esse trabalho, obviamente sem desconsiderar outras atividades já descritas. Arrumar ou corrigir o que se tornou um problema, atendendo a solicitações e demandas de diversas ordens, consiste em um trabalho sofisticado de articulação. Assim, essa característica poderia ser interpretada não como uma dificuldade na definição dos papéis do enfermeiro, mas justamente como uma especificidade de seu trabalho, de muito valor para o desenvolvimento do trabalho em equipe e, especialmente, para a atenção às necessidades dos usuários.

Ratificam essa compreensão, acerca da complexidade que permeia o trabalho da enfermeira, Backes et al (2008) e Peduzzi (1999) ao afirmarem que no sistema de cuidados o papel da enfermeira pauta-se em concepções da administração, da psicologia e em referenciais da sociologia e outros a partir dos quais se reafirma sua prática social, que se concretiza a partir de um processo dinâmico que envolve uma rede de relações, interações, associações e significados.

Ainda de acordo com estas autoras, para dar conta do objetivo de inserir e integrar permanentemente as atividades da equipe multiprofissional a enfermeira precisa inserir-se no

processo de trabalho em saúde, permeando os mais variados espaços relacionais e interacionais, seja no que se refere ao paciente ou no tocante à equipe de saúde.

Entretanto, esse entendimento ainda não se configura como um consenso entre todas as pesquisadoras em enfermagem e alguns posicionamentos ainda não demonstram um entendimento de que a essência do trabalho da enfermeira se define mais pelo cuidado indireto do que pelo cuidado pautado na realização direta de procedimentos.

Azzolim (2007), por exemplo, posiciona-se afirmando que as enfermeiras enfrentam inúmeros desafios na construção de sua identidade profissional, na obtenção e valorização do seu fazer e na apropriação daquilo que representa o objeto de trabalho nuclear dessas profissionais que, em sua compreensão, é o cuidado direto em enfermagem.

Trevizan (1988) discute essa característica de trabalho multifacetado da enfermeira e afirma que a multiplicidade de atividades que compõem o processo de trabalho desta profissional faz com que ela termine por descuidar da sua função prioritária que, em seu entendimento, é o cuidado ao paciente. Essa autora parece não reconhecer que o papel de coordenação e articulação do processo de trabalho em saúde, realizado pela enfermeira, é inerente ao trabalho da categoria estando historicamente instituído.

[...] visa muito mais facilitar o serviço de outros profissionais na realização de suas tarefas na unidade de internação do que concretizar os objetivos de seu próprio serviço. Nesse sentido ela limita-se a solucionar problemas para médicos, funcionários de laboratórios, nutricionistas, etc. (TREVIZAN, 1988, p. 7).

Saliente-se, então, que Peduzzi (1999) e Backes et al (2008), ao afirmarem a dupla dimensão do trabalho da enfermeira ratificam a visão acerca do trabalho multifacetado desta profissional, reforçando que elas não gerenciam apenas as ações de enfermagem, pois, além das tarefas que envolvem coordenação, planejamento, implantação, implementação e avaliação de atividades assistenciais e gerenciais do processo de trabalho de enfermagem a enfermeira também gerencia, implementa e articula ações que possibilitam a operacionalização do processo de trabalho em saúde, como um todo.

Reforçando a idéia de que o cuidado se configura como a função prioritária da enfermeira e refutando a afirmação de que a multiplicidade de atividades leva essa profissional a descuidar do cuidado ao paciente, propõe-se uma reflexão no sentido de ampliar a compreensão de que o processo de trabalho da enfermeira é multifacetado e múltiplo porque se compõe tanto das atividades técnicas relacionadas à realização de procedimentos mais complexos, que se referem ao cuidado direto, como daquelas atribuições que se relacionam ao

gerenciamento da equipe de enfermagem e à coordenação e articulação do processo de trabalho em saúde.

Enfatize-se que estas atividades favorecem a prestação da assistência ao paciente por toda a equipe de saúde e que é também, ainda que de forma indireta, cuidado prestado pela enfermeira. Isso nos possibilita afirmar que se ater às atividades administrativas, conforme proposto nessa discussão, não pode ser entendido como se descuidar da assistência ao paciente. Saliente-se também que este posicionamento da enfermeira decorre de uma imposição da organização do processo de trabalho em saúde.

Peduzzi (1999) evidencia em seu estudo o processo de trabalho em enfermagem e a participação da enfermeira neste. Afirmando a existência da dupla dimensão que permeia o campo de atuação dessa profissional, assistencial e gerencial, explica que a primeira tem como objeto o cuidado de enfermagem, caracterizado pelo trabalho assistencial, compreendido como cuidado direto, e a segunda dimensão, intrínseca a primeira, tem como objetos a organização da assistência de enfermagem e os recursos humanos de enfermagem e caracteriza-se pelo gerenciamento do cuidado.

Saar (2005), em sua tese de doutorado, discute particularmente a especificidade do trabalho da enfermeira tomando em consideração a visão da equipe multiprofissional. Apoiada em outras autoras como Ferraz (2000), Brito (1998) e Spagnol (2000), ela afirma que muitos trabalhos realizados, e que utilizaram hospitais como campos de estudos, apontam para a compreensão de que a gerência do cuidado é a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

Também Backes et al (2008) discutem o papel da enfermeira no contexto hospitalar e, a exemplo de Saar (2005), tomam em consideração a visão multidisciplinar. Estas autoras ressaltam, com base no estudo, que a enfermeira desempenha papel importante nas relações da equipe de saúde sendo apontada na organização hospitalar como articuladora e gerente de serviços, desempenhando importante papel nas relações da equipe de saúde, portanto, como elo de comunicação na equipe.

As mesmas autoras salientam que a função da enfermeira está centrada na administração do serviço, por exemplo, nos aspectos que dizem respeito aos recursos humanos, físicos e materiais e afirmam que o envolvimento da enfermeira é considerado complexo pelo fato de relacionar-se à assistência direta, à gerência e às questões burocráticas ao mesmo tempo.

A enfermeira reconhecidamente apresenta particularidades, em relação às demais profissões da saúde, assumindo o gerenciamento dos serviços e articulando a continuidade da atenção, no âmbito hospitalar, de forma bastante peculiar, dedicando-se ao preparo do ambiente para o desenvolvimento das ações de toda a equipe multiprofissional.

Waldow (1995) enfatiza que a essência da enfermagem se evidencia pelo exercício prático do que ela denomina como cuidar / cuidado. Entretanto, embora se caracterize como especificidade das demais categorias da enfermagem, o cuidado direto não se apresenta como a principal peculiaridade observada no trabalho da enfermeira. Especificamente no processo de trabalho no campo profissional a enfermeira responde pelo controle dos recursos humanos, planejamento da assistência direta e supervisão da prestação da assistência aos pacientes que é realizada pelas auxiliares e técnicas de enfermagem.

Neste sentido ressalte-se que salvo em situações particulares, caracterizadas por um grau de complexidade assistencial mais elevado, que impõe a intervenção direta da enfermeira no cuidado ao paciente, historicamente, o que se evidencia, com maior frequência, é a enfermeira assumindo as atividades relacionadas ao gerenciamento geral das ações que, de forma direta ou indireta, se articulam com o objetivo de atender aos processos de trabalho em saúde.

É pertinente lembrar que as atribuições relacionadas ao cuidado direto dos pacientes considerados de maior complexidade assistencial e à supervisão do trabalho desempenhado pelas categorias da enfermagem, ou seja, pelo processo de trabalho da equipe formada pela grande maioria das trabalhadoras de saúde das unidades hospitalares, decorre de responsabilidade legalmente instituída pela Lei nº 7.498 (BRASIL, 1986).

A Lei do Exercício Profissional de Enfermagem, nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, em seu artigo 11, dispõe sobre as atividades privativas da enfermeira e estabelece que cabe a esta profissional o cuidado direto em enfermagem a pacientes graves com risco de vida; cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica, que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas.

O processo de trabalho da enfermeira tem sido sempre definido, em linhas gerais, como: cuidar, gerenciar e educar. Algumas produções têm evidenciado o papel da enfermeira como pesquisadora e nessa direção Marques, Tyrrel e Oliveira (2006 p. 2) assinalam que:

[...] a evolução da pesquisa em enfermagem vem encontrando apoio não só nos programas de pós-graduação, mas também dos órgãos de classe da profissão, especialmente da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e também dos órgãos de fomento da atividade de pesquisa, como a Coordenação de

Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

Em um artigo intitulado: O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? Binsfeld e Lima (2003) discutem a posição ocupada pela enfermeira no interior da instituição hospitalar, numa perspectiva organizacional. Estes autores buscam compreender se a enfermeira no interior do hospital faz parte do núcleo operacional autônomo ou constitui-se em assessoria de apoio aos médicos.

Binsfeld e Lima (2003), partindo do trabalho de Mintzberg (1995), afirmam que independente do tipo de configuração adotado por qualquer organização esta se compõe por cinco partes, a saber: a cúpula operacional; a cúpula estratégica; a linha intermediária; a tecnoestrutura; a assessoria de apoio.

Ainda tomando por base a concepção de Mintzberg (1995), acerca da estrutura das organizações, Binsfeld e Lima (2003, p 99) assumem as seguintes definições: [...] No núcleo operacional, localizam-se aqueles responsáveis pela produção ou prestação direta de bens e serviços, é o coração da organização. [...] A assessoria de apoio, responsável por prover serviços indiretos para a própria organização, ou seja, assessorar e garantir o processo de produção por parte dos operadores [...]. Dessa forma afirmam que:

[...] O enfermeiro, por suas características de trabalho, no interior do hospital (conhecimento especializado, complexidade das atividades, habilidades padronizadas fora da instituição, atendimento direto aos usuários) estaria, a princípio, como parte integrante do núcleo operacional, na base da organização [...] (BINSFELD; LIMA, 2003, P. 101).

Binsfeld e Lima assumem também que (2003, p 99) [...] No entanto, uma revisão das características do processo de trabalho no hospital moderno, considerando-o como uma instituição médica, sugere que essa profissional também atua como parte da assessoria de apoio aos médicos. Estes autores afirmam, ainda, que [...] A colocação do trabalho do enfermeiro como parte da base operacional decorre de uma visão de um hospital neutro, desconsiderando a distribuição desigual do poder dividida entre a administração e os médicos.

Com esse entendimento saliente-se que compreender de que forma se concretiza o funcionamento da estrutura organizacional hospitalar, bem como as relações de poder e objetivos, em seu interior podem ajudar as enfermeiras a entender melhor o seu trabalho.

Binsfeld e Lima (2003, p. 101 - 102), baseando seus estudos nos trabalhos de Foucault (1990); Foucault (1995); Cecílio (1997); Cecílio (1999) explicitam que “[...] a enfermagem tem características de processo de trabalho no interior do hospital tanto de núcleo operacional quanto de assessoria de apoio”.

Saliente-se que nesta discussão autonomia tem sentido de poder de decisão e possibilidade de influenciar a organização. Desta forma Binsfeld e Lima (2005, p. 101) lembram que “[...] a expectativa que a administração e os médicos do hospital possuem é que os enfermeiros desempenhem bem suas funções de assessoria de apoio, dando menor importância para a função de núcleo operacional” (BINSFELD; LIMA, 2005, P. 101).

Esta compreensão reforça o entendimento de que o que justifica a existência de enfermeiras nas organizações de saúde é a necessidade de manter o gerenciamento das unidades de produção de serviços de saúde, com ênfase nos papéis de assessoria da administração da organização e de apoio ao trabalho do médico, sem que lhe seja conferido poder de decisão dentro das organizações.

2.2.1 O trabalho da enfermeira: considerando as unidades de produção de serviços do hospital com maior especificidade.

O hospital é uma organização que se caracteriza pela sua complexidade, dentre outras razões por reunir diversas unidades de produção de serviços. Muitos destes serviços destacam-se por apresentar características peculiares no que tange ao elevado grau de especialização, destinada à prestação da assistência a pacientes críticos, com elevado potencial para a desestabilização clínica.

A unidade de terapia intensiva (UTI) é um dos setores mais especializados dentro de uma organização hospitalar e destina-se à prestação de assistência de alta complexidade. Dotada de recursos tecnológicos variados tem por objetivo proporcionar, em maior escala, condições de sobrevivência aos clientes/pacientes que por alguma razão exijam vigilância mais apurada ou apresentem-se em estado crítico, ou seja, com risco de morte.

O trabalho da enfermeira se insere nesta unidade, com o objetivo de atender às demandas específicas do setor e que não se relacionam apenas aos processos de gerenciamento da unidade. Uma peculiaridade da UTI, por tratar-se de um setor altamente especializado, é a exigência da participação direta da enfermeira nos procedimentos assistenciais mais complexos.

Além de exercer com maior frequência as atividades de supervisão e capacitação dos profissionais da equipe de enfermagem, a enfermeira precisa estar capacitada para o manuseio dos inúmeros equipamentos, assim como para a interpretação dos dados produzidos por estes equipamentos, considerando-se que este é o espaço hospitalar que mais demanda a utilização da tecnologia dura.

Dessa forma ressalte-se o que diz Barreto (2009, p. 30):

[...] o enfermeiro intensivista plantonista tem como objetivo central, o cuidado direto ao cliente crítico, necessitando, para tanto, de um suporte administrativo. Entendendo que deve haver uma estrutura para que o profissional consiga exercer as atividades-fim, relacionadas ao cuidado direto. É necessário, portanto, um enfermeiro diarista, que tenha como objetivo as atividades-meio, relacionadas ao cuidado indireto, referente à organização, estrutura da unidade, previsão e provisão de materiais permanentes e de consumo. Assim, o enfermeiro plantonista poderá distribuir em suas 12 horas de trabalho, a avaliação das necessidades para prestar um cuidado de qualidade.

Outro serviço altamente especializado é a Central de Material e Esterilização (CME), vale ressaltar que se trata de uma unidade de elevado grau de complexidade, no que concerne à necessidade de domínio dos complexos e inalteráveis fluxos que orientam o seu funcionamento. Também se destacam as especificidades relativas aos equipamentos, materiais, substâncias químicas e diferenciadas técnicas utilizadas com o objetivo de dar conta das diversas etapas que, em cadeia, vão compondo os processos inerentes ao setor e que exigem uma gama significativa de conhecimentos e saberes especializados.

Saliente-se que a CME e as unidades produtoras de serviços estabelecem uma relação de interdependência, conforme Aguiar e Silva (2008, p. 378), e que a qualidade da assistência prestada nesses setores tem relação direta com os produtos fornecidos pela CME, sem os quais não seria possível garantir os cuidados adequados à clientela.

Com este objetivo o trabalho desempenhado pela enfermeira dentro da CME compõe-se de atividades que se relacionam ao planejamento da unidade e que abrangem a seleção dos recursos materiais e profissionais e, ainda, as atividades de educação em serviço. Estas atribuições têm como finalidades, respectivamente, qualificar o produto do trabalho e as trabalhadoras de saúde envolvidas nas atividades inerentes ao setor.

A enfermeira articula e se responsabiliza pelas ações de coordenação, orientação e supervisão, em todas as etapas do reprocessamento dos produtos, e pelas atividades de interface. Dessa forma ela se relaciona tanto com as unidades consumidoras, como com os fornecedores internos e externos dos materiais necessários à produção, participando dos

processos de avaliação, escolha e aquisição de produtos e insumos, e com os prestadores de serviços que realizam a manutenção e aferição dos equipamentos do setor.

Para Bartolomei e Lacerda (2006, p. 416) a prática tradicional e dominante da enfermeira volta-se tanto para o cuidado do ambiente, ou seja, cuidado indireto, quanto do paciente, compreendido como cuidado direto. Nesse sentido o trabalho na CME se situaria na primeira situação sendo, portanto, caracteristicamente, cuidado indireto, pois, não ocorre no espaço intercessor trabalhador/usuário, o espaço da tecnologia leve e de característica transformadora.

No tocante ao trabalho da enfermeira no centro cirúrgico a Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico (SOBECC), enfatiza que “[...] o enfermeiro é o profissional habilitado para gerenciar as necessidades que envolvem o ato anestésico-cirúrgico em todas as suas etapas” (SOBECC, 2009, p. 123).

Destaque-se que o posicionamento da SOBECC ao reconhecer que deve existir distinção entre a enfermeira assistencial e a enfermeira coordenadora do setor é absolutamente pertinente. Gomes (2009) reafirma esta compreensão reforçando que a composição do trabalho de cada uma destas profissionais no exercício cotidiano de suas funções no centro cirúrgico deverá ser feita a partir desta diferenciação.

[...] a enfermeira assistencial seja especialista na área de conhecimento dada suas múltiplas responsabilidades. Realizar plano de cuidados de enfermagem, supervisionar a assistência cirúrgica e as ações da equipe de enfermagem, conferir os materiais necessários ao procedimento cirúrgico, orientar na montagem e desmontagem da sala cirúrgica, recepcionar e acompanhar o paciente até a sala, realizar sua inspeção física, posicionar o paciente, colaborar com o ato anestésico, certificar-se do correto posicionamento dos equipamentos médicos, checar resultados de exames transoperatórios, registrar evoluções e cuidados de enfermagem em impresso próprio, realizar curativos, encaminhar o paciente à sala de recuperação pós-anestésica, compõem em sua maioria, as atividades sob a responsabilidade do enfermeiro assistencial (SOBECC, 2009, p.125-126).

Desta forma para atuar na assistência direta no centro cirúrgico a enfermeira deverá especializar-se em sua área de conhecimento e a enfermeira coordenadora nas “atividades técnico-administrativas, atividades assistenciais e atividades de administração de pessoal” (SOBECC, 2009, p.123) objetivando o gerenciamento da unidade.

Esta recomendação reforça a idéia de que atividades assistenciais diretas e atividades gerenciais devem ser realizadas por profissionais distintas e salienta a necessidade da especialização como forma de qualificar a prática profissional.

3 METODOLOGIA

Este capítulo apresentará o tipo do estudo, suas participantes, procedimentos da pesquisa, planos de análise e princípios éticos da pesquisa.

3.1 TIPO DO ESTUDO

A proposta do estudo foi evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, através de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, assim caracterizada em virtude de sua questão norteadora e de seus objetivos. Para a análise, tomaram-se como base os elementos identificados por enfermeiras que trabalham em serviços hospitalares e por enfermeiras especialistas dedicadas ao estudo do tema, bem como as informações advindas da revisão bibliográfica, com o objetivo de caracterizar o trabalho e identificar elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

Nesse sentido, vale citar a compreensão de Minayo (2008, p. 10) que afirma ser a pesquisa qualitativa capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento, quanto na sua transformação, como construções humanas significativas. Reforça esse pensamento Poupert et al (2008, p. 130) ao afirmar que uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória possibilita familiarizar-se com as pessoas e suas preocupações. [...] O objetivo de uma pesquisa qualitativa pode ser o de dar conta das preocupações dos atores sociais, tais quais elas são vividas no cotidiano (POUPART et al, 2008, p. 130).

Depreende-se, portanto, que a pesquisa qualitativa possibilita que o fenômeno estudado seja interpretado sob a ótica de quem os vivencia e foi com essa intenção que a coleta de informações para a pesquisa se deu através da realização de grupos de discussão, reunindo enfermeiras com experiência de trabalho no âmbito hospitalar. Já para a construção de um conceito operacional sobre especificidade do trabalho de enfermeiras foi reunido um grupo de especialistas, todas elas enfermeiras, dedicadas ao estudo da temática para a realização da discussão.

A partir do amadurecimento alcançado no debate produzido pelo grupo de discussão (GD1) evidenciou-se que para o objetivo proposto não se fazia necessário definir operacionalmente o termo especificidade. Tendo prevalecido a compreensão de que foco do

estudo era buscar caracterizar o trabalho da enfermeira identificando elementos peculiares de sua prática e assim evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar.

3.2 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Conforme explicitado o GD1 foi constituído por oito participantes, sendo seis enfermeiras com larga experiência de atuação no âmbito da educação/formação (graduação e pós-graduação) e uma diretora de unidade hospitalar pública de grande porte, enfermeira com ampla experiência assistencial e de gestão. Vale destacar que foram convidadas a participar, como ouvintes, duas estudantes da graduação em enfermagem uma do 4º e outra do 7º semestre.

Para a composição do GD2 foram convidadas doze enfermeiras que trabalham em unidades públicas, com tempo de trabalho variado, tendo sido definido como critério de inclusão ter no mínimo dois anos de experiência profissional. Não foi estabelecido limite máximo de atuação profissional.

Desta forma o GD2 foi composto por: uma enfermeira em processo de aposentadoria compulsória com grande experiência em coordenação geral de serviços de enfermagem; uma coordenadora de unidade de terapia intensiva (UTI); cinco enfermeiras que atuam como plantonistas de unidades abertas de internação com experiência de assistência em centro cirúrgico e emergência; uma plantonista da UTI de uma unidade hospitalar geral de grande porte; uma coordenadora de central de materiais esterilizados e experiente plantonista de UTI e centro cirúrgico; uma coordenadora de serviço de higienização, lavanderia e serviços gerais; e uma gerente de projetos com ampla experiência de atuação em controle de infecção hospitalar. Além da orientadora do estudo, foi convidada a participar como ouvinte uma estudante do 8º semestre da graduação em enfermagem.

3.3 PROCEDIMENTOS

Foram realizados dois tipos de grupos de discussão sendo que ao primeiro grupo (GD1), coube a tarefa de discutir o conceito de especificidade e qual a compreensão das participantes acerca do que é específico do trabalho da enfermeira na atenção hospitalar e

como esse termo poderia ser utilizado operacionalmente em uma pesquisa sobre o trabalho destas profissionais neste âmbito de atenção.

Este procedimento inicial foi pensado em decorrência do número limitado de estudos sobre a temática, o que confere o caráter exploratório da pesquisa. O outro grupo de discussão (GD2) teve como finalidade explorar elementos que caracterizam o trabalho e que conferem especificidade ao trabalho dessas profissionais, neste âmbito de atuação.

Enfatize-se que por entender que a construção destes elementos representava um importante passo em busca do alcance dos objetivos propostos por esta pesquisa, todos os detalhes relativos à concretização dos grupos (GD1 e GD2), desde a elaboração dos roteiros de questões até a escolha das participantes, foram pensados com o intuito de favorecer a realização de discussões enriquecedoras que proporcionassem informações sólidas e reveladoras, alicerçadas na vivência de dois grupos cujos critérios principais de inclusão foram, respectivamente, dedicação ao estudo e à pesquisa sobre a temática e experiência profissional no âmbito da atenção hospitalar.

Saliente-se que a proposta inicial do estudo previu a realização de grupos focais (GF), entretanto, face à riqueza apresentada na diversidade de compreensões explicitadas nas falas das participantes optou-se por considerá-las de forma individualizada, conforme propõe uma das orientações que diferenciam a técnica de grupo focal da técnica de grupo de discussão (GD). Ressalte-se que, para as demais etapas de análise, o grupo de discussão segue as mesmas orientações que o grupo focal, de acordo com Weller (2006, p. 6).

Acrescente-se ainda que Gomes e Barbosa (1999) compreendem que: “o grupo focal é um grupo de discussão informal e de tamanho reduzido, com o propósito de obter informações de caráter qualitativo em profundidade”. Considerando, então, as semelhanças entre as técnicas e a compreensão dos últimos autores, o número de participantes em cada grupo de discussão seguiu a mesma orientação de estudos acerca do grupo focal, que referem de seis a dez membros, e mais 20% para cobertura de possíveis ausências. (TANAKA; MELO 2001).

Desta forma, em consonância com a metodologia e com vistas ao atendimento do objetivo proposto, foram realizados dois tipos de grupos de discussão, em conformidade com o que já foi explicitado, sendo que o primeiro foi composto por enfermeiras especialistas.

O segundo grupo misto e composto por enfermeiras de diversos hospitais públicos, atuantes em diferentes unidades de produção de cuidados hospitalares, onde se respeitou o critério de equilíbrio entre a quantidade de profissionais que se encontram atuando na

assistência direta ao paciente e daquelas que estão atuando em funções gerenciais. Ressalte-se que foram realizadas duas sessões, uma sessão com cada grupo.

As técnicas de discussão realizadas em grupos possibilitam que o processo de interação se desenvolva favorecendo trocas, descobertas e participações comprometidas, proporcionando descontração para os participantes responderem as questões em grupo, em vez de individualmente e facilitam a formação de idéias novas e originais gerando possibilidades contextualizadas pelo próprio grupo envolvido no estudo.

No que concerne à técnica de grupo de discussão, explicita-se a orientação de Mangold *apud* Weller:

[...] a opinião do grupo não é a soma de opiniões individuais, mas o produto de interações coletivas. A participação de cada membro dá-se de forma distinta, mas as falas individuais são produto da interação mútua” [...]. Dessa forma as opiniões de grupo cristalizam-se como totalidade das posições verbais e não-verbais (MANGOLD, 1960, p. 49 *apud* WELLER, 2006, p. 3).

Cabe enfatizar que as técnicas que envolvem o processo de discussão grupal permitem ao pesquisador não só examinar as diferentes análises das pessoas em relação a um tema, mas, proporciona, também, a exploração de como fatos são articulados, censurados, confrontados e alterados por meio da interação grupal, podendo ainda ser associado a outras técnicas de coleta de dados, concomitantemente. O traço de distinção destas técnicas, “[...] é o uso explícito da interação grupal para produzir dados e insights que seriam menos acessíveis fora do contexto de interação que se encontra no grupo” (BANCHS, 2005, p. 410).

Como o estudo envolve a identificação das características que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar espera-se que os dados revelados, durante o processo de coleta de dados, possibilitem a emergência de diferentes pontos de vista sobre o tema, viabilizando a apreensão das singularidades das visões das participantes favorecendo a análise, em maior profundidade, acerca do tema proposto, o que justifica a utilização da técnica de Grupo de Discussão (GD).

Acerca de grupo de discussão Mannheim (*apud* Weller, 2006, p. 378-79) evidencia que as visões de mundo resultam de “[...] uma série de vivências ou de experiências ligadas a uma mesma estrutura que, por sua vez, constitui-se como uma base comum das experiências que perpassam a vida de múltiplos indivíduos”. (WELLER, 2006, p. 6).

A construção e o uso do guia de temas (APÊNDICE A), trazendo as questões e finalidades de cada um dos grupos, adequadamente sistematizados, serviram como um

esquema norteador. Esta medida favoreceu a observação atenta e a manutenção do foco no momento da discussão.

A discussão do GD1 focalizou três perspectivas e norteou-se a partir de questões formuladas com a intenção de explicitar: o entendimento das participantes acerca do termo especificidade; uma definição operacional para o termo especificidade; e por fim, os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar.

As questões que compuseram o roteiro destinado ao primeiro Grupo de discussão – GD1 são as seguintes:

1. O que você entende como especificidade?
2. Como esse termo pode ser utilizado operacionalmente em uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?
3. Para você o que confere especificidade a esse trabalho?

Já em relação ao GD2 as questões formuladas tiveram a intenção de explicitar: como as participantes descrevem as atividades por elas desenvolvidas no dia a dia de trabalho no hospital; dentre as atividades desenvolvidas quais seriam aquelas que elas consideram que melhor caracterizam o trabalho da enfermeira no hospital; e o que é específico do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar, segundo a compreensão destas participantes.

O roteiro destinado a este Grupo de discussão – GD2 foi composto das seguintes questões:

1. Descreva as atividades que você desenvolve no dia a dia de trabalho no hospital;
2. Entre as atividades que você desenvolve, quais são aquelas que você considera que melhor caracterizam o trabalho da enfermeira no hospital?
3. Na sua compreensão o que é específico do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

O roteiro de questões (APÊNDICE A) foi enviado, previamente, via e-mail, para que as participantes dos grupos (GD1 e GD2) pudessem ter um contato prévio com a temática. Este procedimento teve a intenção de favorecer a maturação em torno dos questionamentos a serem debatidos pelos grupos.

Em um segundo momento, com o objetivo de facilitar o processo de discussão grupal do GD1, acerca da definição do termo *especificidade* (grifo nosso) foi apresentada a definição do termo segundo Houaiss, Villar e Franco (2001), onde se explicita que: “[...] especificidade é a qualidade daquilo que é específico. Peculiaridade. Qualidade própria ou peculiar [...]”.

3.4 PRINCÍPIOS ÉTICOS DA PESQUISA

Antes da realização da coleta de dados o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - CEPSESAB, com o compromisso de observar os padrões e normas da ética na pesquisa com seres humanos, segundo a orientação da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Ainda com base na resolução supracitada, foi garantido o sigilo das informações e demais direitos previstos através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, (APÊNDICES B e C), que foi detalhadamente apresentado pela pesquisadora responsável a cada uma das participantes, antes do início das atividades.

Para participar da pesquisa as participantes foram orientadas a expressar o seu consentimento através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICES B e C). Por meio desta manifestação de concordância as participantes formalizaram a decisão de participar voluntariamente da pesquisa e também firmaram um compromisso com a manutenção do sigilo em relação às demais participantes, o que tem também por finalidade facilitar o processo interacional.

Como resultado, o que se espera é que o estudo contribua para a caracterização do processo de trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar e para a identificação de possíveis especificidades do trabalho da enfermeira neste âmbito de atenção.

3.5 PLANOS DE ANÁLISE

Como o propósito do estudo era ampliar a análise teórica aplicada visando evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar; definiu-se que para a análise dos dados seria utilizada a Análise de Conteúdo. Para tanto, foi utilizada Análise Categorical ou Temática, que se constitui, segundo Quivy e Campenhoudt (2003), em análises que tentam principalmente revelar as representações sociais ou os juízos dos locutores a partir de um exame de certos elementos constitutivos do discurso.

Para esta pesquisa foram realizadas, conforme a sugestão Bardin (1977), três etapas: pré-análise; exploração do material; e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Na pré-análise, foi realizada atenciosa escuta das gravações e leitura flutuante dos discursos e observações integralmente transcritos para uma primeira aproximação do seu conteúdo, e

iniciados os processos de classificação, codificação, definição das unidades de registro (palavras-chave, idéias-chave, etc.) e a respectiva categorização.

Com vistas ao alcance dos objetivos propostos, o plano de análise desse projeto previu a organização dos materiais obtidos a partir dos materiais transcritos, que foram codificados e categorizados, possibilitando a identificação de subcategorias e categorias correspondentes seguindo algumas regras básicas orientadas por Barros e Lehfeld (1990, p. 64) para esse processo, ou seja, a) o conjunto de categorias deve ser derivado em um único princípio de classificação; b) o conjunto de categorias deve abranger toda e qualquer resposta obtida, devendo ser exaustivo; c) as categorias devem ser mutuamente exclusivas, isto é, não deve ser possível colocar determinada resposta em mais de uma categoria do conjunto.

Com base no aprofundamento decorrente das etapas iniciais, procedeu-se às etapas de tratamento, inferência e interpretação dos materiais, quando os resultados já se apresentavam significativos, “falantes” e válidos, o que permitiu as análises horizontais e verticais. Por meio das análises horizontais, foi possível identificar os significados que os diversos atores atribuíram a uma mesma categoria e as análises verticais, possibilitaram conhecer a coerência interna dos conteúdos (BARDIN, 1977).

A interpretação dos resultados do estudo ocorreu, naturalmente, à luz do referencial teórico sobre o tema, buscando sempre a aproximação entre a teoria e os dados coletados, com base na problematização e na reflexão crítica sobre o objeto de estudo.

Quadro I – Matriz de Análise

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO	OBSEVAÇÕES
Coordenação do processo de trabalho no campo da saúde	Articulação das ações relacionadas ao processo de trabalho no campo da saúde	<p><i>“[...] eu tinha a convicção de que não, não existe nada que seja específico no trabalho da enfermeira. Na medida em que você foi realizando a leitura do roteiro de discussão pude ver, com clareza, que tem algo de específico e que não é exatamente o cuidado. É algo inerente, diretamente, ao cuidado, mas, que não é o cuidado direto e sim a coordenação do processo de trabalho e isso é a única coisa que eu enxergo como específico no trabalho da enfermeira”</i>(P7. FONTE: GD1).</p> <p><i>“[...] as enfermeiras são as únicas que coordenam o processo de trabalho no âmbito hospitalar, no sentido do processo de trabalho que é</i></p>	De uma forma geral, as participantes trazem a compreensão de que a especificidade da prática da enfermeira é a coordenação do processo de trabalho direcionado para o cuidado e não o cuidar diretamente.

		<p><i>direcionado para o cuidado” (P7. FONTE: GD1).</i></p> <p><i>“[...] Quando eu vim para esse grupo também tinha a clareza de que a especificidade é a coordenação e a condução do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. Para mim está super claro. E isso não é apenas no hospital, mas, em todas as unidades de saúde” (P3. FONTE: GD1).</i></p>	
--	--	--	--

Com base na análise dos grupos de discussão foram construídas três categorias de análise: a primeira refere-se à coordenação do processo de trabalho no campo da saúde, a segunda diz respeito à assistência direta a pacientes críticos e a terceira corresponde à reconfiguração do processo de trabalho em saúde.

4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Esta seção tem por finalidade apresentar os resultados das discussões realizadas pelos grupos de discussão (GD1 e GD2), acerca dos temas propostos, ou seja: a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito da atenção hospitalar; as características do trabalho desta profissional e os elementos que conferem especificidade ao seu trabalho neste âmbito de atenção. Saliente-se que para Houaiss, Villar e Franco (2001): “especificidade é a qualidade daquilo que é específico, particularidade, qualidade própria, peculiar”.

Em relação à participação do GD1 percebe-se que inicialmente algumas participantes afirmam com veemência que o que confere especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar é a articulação dos processos de trabalho em saúde e o gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem.

Destaque-se que as discussões realizadas em cada GD tomaram por base as questões previamente elaboradas e apresentadas por meio de um roteiro. Ressalte-se que a discussão em torno do que as participantes entendem como especificidade ratificou a idéia de que, no que se refere ao trabalho da enfermeira, a especificidade não poderá ser compreendida como exclusividade.

As participantes iniciaram a discussão ressaltando a necessidade de se compreender o tema da pesquisa para então definir especificidade e opinar sobre sua utilização operacional neste estudo. No decorrer da reflexão foi evidenciada pelo grupo a compreensão de que há uma dificuldade em se definir características específicas entendidas como exclusivas para o processo de trabalho da enfermeira.

Para estas participantes isto pode ser justificado pelo fato de que o processo laboral destas profissionais se conforma a partir de um conjunto de atribuições de cunho administrativo ou assistencial indireto e também de atividades que se voltam para o cuidado direto, traduzido pela concretização de procedimentos realizados junto ao paciente no processo de trabalho coletivo em saúde.

O termo autonomia foi citado no processo de discussão no sentido de refletir sua associação às características do trabalho da enfermeira e suas especificidades: “É uma especificidade do trabalho da enfermeira deter maior autonomia, em relação aos demais membros da equipe multiprofissional, no sentido da organização da unidade de produção de serviço” (P4. FONTE: GD1). O fato de a enfermeira desenvolver uma atividade multifacetada

foi também problematizado como algo que gera dificuldade no que tange à definição da especificidade deste trabalho.

Ainda em relação à definição de especificidade uma das participantes afirma que a dificuldade decorre da imprecisão do próprio termo e reforça que foram observados, por ela, vários trabalhos disponíveis na *internet* (grifo nosso) onde se verifica uma utilização genérica e imprecisa do vocábulo.

Saliente-se que a aplicação do conceito de um vocábulo depende, em muitos casos, do contexto onde se pretende inseri-lo e no caso do trabalho da enfermeira a dubiedade do substantivo especificidade, que pode ser compreendido como exclusivo ou como peculiar, poderá suscitar equívocos de compreensão acerca deste trabalho. “Pode ser compreendido como exclusivo ou como peculiar e isso representa um problema para a definição de um conceito operacional para o trabalho da enfermeira” (P8. FONTE: GD1).

Enfatize-se, então, que muitas das atribuições que conformam a prática desta profissional passaram a ser compreendidas como específicas da enfermeira em função da forma peculiar com que ela as realiza. Não sendo, portanto, oficialmente reconhecidas como atribuições específicas no sentido de exclusivas ou que só poderão ser desempenhadas por esta profissional.

Essa constatação surgiu na discussão e decorreu de uma ponderação preliminar de que no trabalho desempenhado pela enfermeira não há nada que lhe seja atribuído e que possa ser considerado exclusivo, considerando-se sua participação no processo de trabalho em saúde.

Entretanto, a observação do dia a dia do trabalho da enfermeira pode demonstrar que ainda que muitas de suas atribuições não possam ser definidas como exclusivas estas são historicamente desempenhadas por esta profissional e já estão, portanto, instituídas no espaço hospitalar como próprias do trabalho da enfermeira “Se buscarmos a definição do que é específico do trabalho da enfermeira pelo que é exclusivo, não encontraremos nada. Precisaremos definir pelo que é próprio e peculiar historicamente assumido por estas profissionais, em seu processo de trabalho, neste âmbito de atenção” (P1. FONTE: GD1).

Ainda sobre o conceito de especificidade, uma integrante pontua sua percepção de que os questionamentos em torno da especificidade da enfermeira revelam outra coisa, ou seja, uma extrema insatisfação com o trabalho e traz à tona a questão que considera central para a categoria, no âmbito hospitalar, que é definir: “eu estou aqui para fazer o que mesmo? Por que, que eu estou aqui?” (P1. FONTE: GD1).

Buscando delimitar a discussão as participantes assinalam que o essencial é definir que faz, propriamente, a enfermeira. Partindo deste entendimento uma das participantes discute explicitando os motivos históricos que justificaram a entrada e a permanência da enfermeira no ambiente hospitalar e lança alguns questionamentos pertinentes como forma de estimular o aprofundamento por esta linha de reflexão:

“[...] Vamos discutir o específico compreendido como próprio, mesmo, e não como exclusivo. O que é a coordenação do trabalho? Porque é que essa pessoa existe como profissional? Para quê ela vem ao mundo? Necessariamente, para articular e dar maior eficiência e eficácia àquela organização chamada hospital. Então, ela é eficiente porque ela tem um padrão social diferenciado das outras da equipe de enfermagem. Ela deverá se tornar, dentre outras coisas, uma boa máquina de produção de serviços na organização hospitalar” (P7. FONTE: GD1).

Desta forma é possível inferir que houve dificuldade em estabelecer uma definição para a especificidade do seu trabalho, pelas participantes do GD1 e que há uma necessidade explícita, entre as enfermeiras, de definir a especificidade do seu trabalho como algo que revele respostas: “[...] para uma extrema insatisfação no mundo do trabalho, como: eu estou aqui para fazer o que mesmo? Por que é que eu estou aqui?”

Também uma definição mais precisa “[...] de forma que eu, enfermeira, possa me agarrar para dizer: eu estou aqui para fazer isso” e que dê solução a esta indefinição tão propalada, entre estas profissionais, que: “[...] causa uma enorme confusão na cabeça dos alunos e é fonte de sofrimento intenso no trabalho. Outrossim, seja um balizador “[...] para que eu possa saber o que não devo fazer e o que não posso fazer, ou, que estou aqui para fazer isso” (P1. FONTE: GD1).

Podemos perceber ainda a dificuldade acima explicitada, durante a discussão, na fala de outras componentes do grupo, nas seguintes passagens:

“Eu não vi, tão claramente, qual seria a especificidade do trabalho da enfermeira no hospital” (P4. FONTE: GD1).

“Eu também não vi porque o trabalho desempenhado pela enfermeira é bem genérico. [...] você, também, não pode negar que a especificidade da enfermeira, que é o tema dessa discussão, tem alguma coisa a ver com a especificidade da enfermagem. Tenho observado, inclusive, nos trabalhos que recentemente tenho lido, que o pessoal esquece os outros profissionais, da equipe de enfermagem e a análise com foco só na enfermeira, sem uma compreensão da divisão técnica do trabalho, cria um viés. Então, a afirmação de que o enfermeiro tem que voltar para o cuidado precisa ser contextualizada porque, quem faz cuidado não é enfermeira. [...] Isso é importante e deve ser discutido entre as enfermeiras, porque nem o técnico e nem o auxiliar de enfermagem tem essa questão, da dupla dimensão do trabalho, mas a enfermeira tem” (P2. FONTE: GD1).

Problematizando a diferenciação entre o trabalho realizado pela enfermeira e pelos auxiliares e técnicos de enfermagem, a participante ressalta a importância dos estudos que discutem sobre a prática profissional da enfermeira e afirma que estes estudos, também, poderão contribuir positivamente no sentido de favorecer a relação entre estes profissionais:

“Mas eu acho que estas discussões representam um caminho para reduzir um pouquinho os conflitos internos da própria equipe de enfermagem. Por mais que isso já tenha sido trabalhado, eu acho que é sempre necessário” (P2. FONTE: GD1).

Ainda acerca da proposta de definir um conceito operacional para o termo especificidade, com o objetivo de utilizá-lo nesta pesquisa, uma das integrantes ratifica a decisão do grupo explicitando que:

“Para essa demanda do estudo, fazer uma definição operacional do termo especificidade, eu não vejo necessidade. Porque o cerne não é discutir a especificidade, o cerne é discutir o que faz a enfermeira, ou seja, a essência do que faz a enfermeira ou o que justifica a existência de enfermeiras nos hospitais” (P7. FONTE: GD1).

Foi consenso entre as participantes que a definição operacional do termo especificidade não se configura como algo essencial ao estudo. Esta conclusão representou, então, o ponto de partida para que as pesquisadoras, efetivamente, assumisse o conceito proposto por Houaiss, Villar e Franco(2001) concentrando todos os esforços do exercício no sentido de definir a especificidade do trabalho da enfermeira não pela exclusividade, mas, pelo que é próprio e peculiar.

Dessa forma evidenciaram-se na discussão os pontos considerados mais importantes e que, na compreensão do grupo, deverão ser discutidos pela pesquisa:

“Então o que é mesmo que eu tenho que fazer neste lugar chamado hospital, como enfermeira? “[...] não é o que é específico, nem o que é exclusivo e nem o que é próprio. É próprio no sentido de: o que é mesmo que o modo de produção capitalista espera de nós no Brasil? Para que é que se formam pessoas nesta profissão no mundo? Sabe-se que em cada lugar é uma coisa, mas, sempre para responder aos interesses do modo de produção daquele lugar, considerando suas peculiaridades”. [...] Estou falando que está relacionado à necessidade de responder aos interesses econômicos” (P7. FONTE: GD1).

É possível verificar que em relação ao que confere especificidade ao trabalho da enfermeira houve significativa participação na discussão e que, de modo geral, as

participantes do GD1 trazem a compreensão de que a especificidade da prática da enfermeira é a coordenação do processo de trabalho em saúde direcionado para o cuidado e não o ato de cuidar diretamente.

Em relação ao GD2 verifica-se que as enfermeiras convidadas trouxeram significativas contribuições no que tange às definições das atividades que melhor caracterizam o trabalho destas profissionais. Analisando as falas separadamente e de acordo com as categorias e subcategorias estabelecidas para este estudo, é possível observar uma efetiva contribuição do grupo ao discutir as atividades que desenvolvem em seu trabalho cotidiano no âmbito hospitalar, bem como os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira.

4.1 DISCUSSÕES DAS CATEGORIAS

4.1.1 Coordenação do Processo de Trabalho no Campo da Saúde

No que tange à coordenação do processo de trabalho no campo da saúde evidenciou-se uma significativa participação das enfermeiras, no exercício de buscar elencar as atividades que compreendem esse processo de coordenação no âmbito hospitalar. Segundo as participantes, tais atividades vão da administração à assistência prestada diretamente ao paciente. Podendo-se constatar pelas falas das partícipes que as atividades desenvolvidas pelas enfermeiras são predominantemente gerenciais:

“[...] a palavra chave é o gerenciamento. Aqui tem as vertentes da liderança: coordenar, gerenciar e liderar a equipe de enfermagem” (P4. FONTE GD2).

“[...] gerenciar auxiliando a administração do hospital” (P9. FONTE GD2).

“[...] realizar a coordenação das atividades burocráticas relativas à articulação do processo de trabalho em saúde é da responsabilidade da enfermeira” (P6. FONTE: GD2).

“O papel administrativo da enfermeira é, também, assistencial [...]” (P3. FONTE: GD2).

“[...] em minha opinião é liderar, planejar e promover a assistência continuada” (P3. FONTE: GD2).

“[...] em meu entendimento é: planejar, organizar, coordenar, executar e avaliar” (P9. FONTE: GD2).

“[...] as atividades administrativas, e de gerenciamento, são específicas da enfermeira. Quanto a ser exclusivo, eu não sei. Mas, acho que a especificidade da enfermeira é organizar e controlar os processos de trabalho em saúde para favorecer as práticas do cuidar” (P6. FONTE: GD2).

A seguir serão apresentadas e discutidas algumas falas das participantes de acordo as subcategorias analíticas compreendidas na coordenação do processo de trabalho no campo da saúde.

- Articulação das ações relacionadas ao processo de trabalho no campo da saúde (I);
- Gerenciamento da equipe e do processo de trabalho em enfermagem (II);
- Apoio ao trabalho do médico (III).

I - Articulação das ações relacionadas ao processo de trabalho no campo da saúde

Nessa discussão verifica-se a clara percepção do GD1 de que, em determinadas unidades como a de internação, a enfermeira articula o processo de trabalho que envolve todos os profissionais ligados, direta ou indiretamente, à pessoa internada.

“Se pensarmos na unidade de internação já não é só a coordenação do processo de trabalho de pessoas da enfermagem. A enfermeira faz, necessariamente, uma coordenação do processo de trabalho que envolve todos aqueles que estão, direta ou indiretamente, relacionados com aquela prestação de serviço, que é o cuidado da pessoa internada. [...] Nós coordenamos a equipe de enfermagem e também articulamos os processos de cuidados que existem atrelados. Nós fazemos essa articulação” (P6. FONTE: GD1).

“[...] eu tinha a convicção de que não, não existe nada que seja específico no trabalho da enfermeira. À medida que você foi realizando a leitura do roteiro de discussão pude ver, com clareza, que tem algo de específico e que não é exatamente o cuidado. É algo inerente, diretamente, ao cuidado, mas, que não é o cuidado direto e sim a coordenação do processo de trabalho e isso é a única coisa que eu enxergo como específico no trabalho da enfermeira”. “[...] não é só a coordenação do processo de trabalho do pessoal de enfermagem, mas, também de outros trabalhadores da saúde” (P7. FONTE: GD1).

“Eu acho que a especificidade tem uma relação com o que eu acabei chamando de relação de interdependência com outros profissionais de saúde, que requer da enfermeira a capacidade de articular e gerenciar os processos de trabalho e a unidade de produção de serviço, como um todo” (P4. FONTE: GD1).

“Quando eu vim para esse grupo também tinha a clareza de que a especificidade é a coordenação e a condução do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. Para mim está super claro. E isso não é apenas no hospital, mas, em todas as unidades de saúde” (P3. FONTE: GD1).

A percepção da P3 do GD1 reforça a compreensão de que a coordenação do processo de trabalho em saúde facilitando e articulando as ações da equipe multidisciplinar, no sentido de promover a resolução dos problemas com vistas ao atendimento das necessidades dos usuários, é competência da enfermeira e evidencia-se como uma peculiaridade desta profissional em sua participação no processo de trabalho em saúde.

A relação quantitativa entre enfermeiras e outras trabalhadoras da enfermagem é problematizada na discussão e traz mais sustentação para a idéia de que enfermeiras existem nas

organizações hospitalares com a finalidade de organizar a estrutura hospitalar e manter articulados os processos de trabalho em saúde operando como gerentes intermediárias.

Uma das participantes do GD1 reforça a importância da contextualização da construção histórica, para que se possa compreender que a finalidade do trabalho da enfermeira dentro dos hospitais é a coordenação dos processos de trabalho em saúde, particularmente do processo de trabalho em enfermagem.

“Eu acho que nós pecamos, por ficarmos com esse misticismo de que a enfermeira está longe do cuidado. A divisão técnica e social do trabalho explícita e fundamenta isso em bases históricas. Nós representamos, apenas, 15% e queremos ser bons cuidadores? Não podemos, nós temos uma equipe de auxiliares e técnicos de enfermagem que são os cuidadores. Nós coordenamos os processos de trabalho em saúde e gerenciamos a equipe de enfermagem” (P2. FONTE: GD1).

Uma das participantes salienta sua preocupação com o fato das pessoas, em geral, não saberem distinguir quem é a enfermeira dentro da equipe de enfermagem “Todo mundo é enfermeira. Não há uma distinção” (P2. FONTE: GD1).

Entretanto, uma das integrantes enfatiza que sua compreensão é de que ainda que o paciente chame a todas as profissionais das categorias da enfermagem de enfermeira, ele sabe quem é a enfermeira e reconhece sua competência para integrar os recursos necessários ao encaminhamento e resolução dos seus problemas:

“[...] Então, a minha análise foi a seguinte: o que a enfermeira faz e que as pessoas relacionam ao trabalho dela? Mas eu tive que pensar na seguinte linha: se ela não estiver, outra pessoa vai fazer? Vai fazer falta se ela não estiver ali presente? Claro que também temos que colocar nessa análise a nossa vivência, como profissionais. Quem pode definir muito bem? Qualquer usuário do hospital, qualquer doente, qualquer indivíduo internado ali, quando ele procura uma enfermeira, que ele pode até chamar de enfermeira chefe. E é por isso que eu digo que o doente, o paciente, ele sabe muito bem o que é enfermeira, o que é auxiliar, o que é técnica de enfermagem. O paciente pode até chamar todo mundo de enfermeira, mas ele sabe que você é a enfermeira chefe e que é você quem vai ouvir as queixas e os problemas que ele não está conseguindo resolver; ele sabe que ela é realmente a articuladora. Ela é quem consegue, digamos, providenciar meios para suprir aquela necessidade, naquele momento, em que ele não pode resolver. “[...] o cuidado que, naquele momento, ele está impossibilitado de fazer”. “[...] ele faz queixa para a enfermeira, aquela que ele considera a enfermeira chefe, a respeito: do médico, da auxiliar, do técnico, da outra enfermeira, entendeu?” “[...] porque ele tem problemas e necessidades que não estão sendo satisfeitas e que naquele momento ele está impossibilitado de atender”. “[...] ele ou, no caso da UTI, há momentos em que a família dele também. Porque muitas vezes eles nem vão para a ouvidoria, porque ele sabe que aquela figura pode suprir todas as condições, de um modo geral. Ele reconhece isso. De tudo ele vai fazer queixa para a enfermeira: da cama suja, de alguma coisa que faltou e da alimentação ruim. Por quê? Porque é a própria enfermeira quem vai entrar em contato com a nutrição, com a fisioterapia, com a higienização, sobre o lençol manchado. Mesmo no hospital público o paciente se queixa do mingau, da roupa não trocada e ele sabe que aquela figura é

a gerente. É isso que eu reconheço como sendo a especificidade da enfermeira. Não é que alguém não possa fazer, mas, as enfermeiras assumiram isso: estão ali para coordenar. Claro que fazendo mais em alguns lugares, menos em outros, do hospital”. “[...] em qualquer hospital, na UTI, no centro cirúrgico, na enfermaria, são as enfermeiras que articulam e proporcionam o elo entre as necessidades e o atendimento, que naquele momento, aquele indivíduo não pode suprir ou fazer. Então, eu acho que é a enfermeira quem articula tudo isso” (P6. FONTE: GD1).

Os posicionamentos das enfermeiras do GD2 reforçam essa idéia:

“Pelo fato de eu ser uma líder, eu diagnostico problemas, encaminho e oriento. Estas ações é que caracterizam o papel da enfermeira. É essa capacidade que a enfermeira tem de gerenciar, orientar e unir esse grupo todo. [...] Esse é o nosso papel mais importante” (P3. FONTE: GD2).

“Nós somos o elo entre todos os profissionais. Todos eles estão sempre nos procurando, por estarmos vinte e quatro horas no hospital [...] fazemos um levantamento das necessidades do paciente e de todos os problemas. [...] tem profissional que não vê os problemas, nós vemos e temos que sinalizar”(P5. FONTE: GD2).

As afirmações acima reforçam que o papel de articuladora do processo de trabalho em saúde desempenhado pela enfermeira está instituído no ambiente hospitalar. Os posicionamentos confirmam a idéia de que a enfermeira realiza intermediações e articula-se com os demais profissionais da equipe de saúde com a finalidade de dar encaminhamento e resolver os problemas do paciente.

É possível inferir que por deter uma relativa autonomia, como coordenadora do processo de trabalho em saúde, ela toma algumas iniciativas que extrapolam a dimensão gerencial e que têm por objetivo qualificar a assistência e favorecer o paciente.

A discussão do GD2 reforça a idéia de que a enfermeira é o elo entre o paciente e os outros profissionais nas unidades hospitalares:

“[...] nós somos o elo entre o paciente e o médico, entre o paciente e os outros profissionais da equipe; o elo entre o médico, o paciente e a família”(P5. FONTE: GD2).

“[...] é preciso alguém para fazer a integração e só o enfermeiro faz isso” (P12. FONTE GD2).

O envolvimento e a participação da enfermeira no processo de articulação dos diferentes trabalhos realizados pelas diversas categorias profissionais também é enfatizado na discussão das participantes do GD2.

“[...] a gente chama de gerenciamento do processo de trabalho e também é a enfermeira quem faz. A equipe é muito fragmentada: o médico faz uma coisa, o fisioterapeuta faz outra, a nutrição faz outra. Se alguém não coordenar esse trabalho, ele não vai se concretizar da melhor forma” (P12. FONTE GD2).

“[...] eu acho muito importante essa capacidade que uma boa enfermeira tem de gerir, de administrar, de ser referência e líder dentro da unidade, mesmo na terapia intensiva, que é a unidade fechada em que nós temos todo um suporte de nutrição, psicologia, fisioterapia e médico, todo mundo vinte e quatro horas presente” (P3. FONTE: GD2).

Peduzzi e Anselmi (2002, p. 396) reforçam esta discussão ao explicitarem, com base em seus estudos, que o gerenciamento do cuidado é reconhecido como o trabalho nuclear da enfermeira afirmando que a execução das atividades de gerenciamento da unidade como encaminhamento de exames, pedidos de medicação, dietas e materiais também aparecem com destaque nas pesquisas. Estas autoras salientam, ainda, que as atividades de gerenciamento do cuidado e da unidade estão mescladas no cotidiano do trabalho da enfermeira.

Saliente-se, então, que tanto a discussão do GD1 como do GD2 reforçam essas afirmações ao constatarem que “[...] as enfermeiras são as únicas que coordenam o processo de trabalho no âmbito hospitalar, no sentido do processo de trabalho que é direcionado para o cuidado”. (P1. FONTE: GD1). “[...] Planejar a assistência é uma ação diferenciada. Porque não é o planejamento de qualquer coisa. Não é qualquer administração. O planejamento realizado pela enfermeira é voltado para o cuidado” (P12. FONTE: GD2).

Na discussão sobre a especificidade do trabalho da enfermeira, observa-se que de acordo com a unidade de produção existe um trabalho específico, distinto, mas que também é de coordenação do processo de trabalho, que ora se volta para o gerenciamento do cuidado, ora se volta para o gerenciamento da unidade, conforme explicitam as participantes.

“O hospital é uma grande subdivisão de unidades produtoras de distintos trabalhos e distintos serviços. A depender do tipo de unidade de produção, há um tipo de processo de trabalho específico. [...] Por exemplo, o trabalho na UTI é absolutamente diferente do trabalho num centro cirúrgico, ou num centro de material. [...] eu não sei bem o que as enfermeiras fazem na UTI, mas acho que elas também fazem coordenação do processo de trabalho. No centro de materiais e no centro cirúrgico, é a enfermeira quem coordena, sem dúvida, todo o processo de trabalho” (P7. FONTE: GD1).

“No hospital, o que é que se identifica em uma enfermeira? Como se reconhece essa profissional? O que é que se espera de uma enfermeira? Que ela tenha uma competência técnica. Técnica como procedimento mesmo, a execução do procedimento. Foi a primeira coisa que eu pensei sobre a enfermeira no hospital. [...] pensando sobre a técnica percebi que só a execução de procedimentos é muito pouco. [...] concluí diferente: a técnica e a capacidade de coordenação, além da habilidade de executar os procedimentos. [...] além da construção do conhecimento para a execução desse procedimento e a capacidade de conduzir esses processos de trabalho” (P4. FONTE: GD1).

Peduzzi e Anselmi (2002, p. 396) apresentam uma caracterização que diferencia operacionalmente o gerenciamento do cuidado do gerenciamento da unidade onde a evolução

de enfermagem, o exame físico diário do paciente, a prescrição de enfermagem e a supervisão dos auxiliares e técnicos de enfermagem conformam a esfera do gerenciamento do cuidado.

Entretanto os encaminhamentos de exames, aprazamento das medicações prescritas pelo médico, a solicitação de medicações à farmácia, o pedido de ambulância para transporte de pacientes e o contato com a nutricionista e outros, são atribuições que compõem a esfera do gerenciamento da unidade. A cerca da dupla dimensão cuidar e gerenciar vale refletir que este entendimento ainda não é assimilado pela enfermeira com a clareza necessária não se configurando, portanto, como um desenho de contornos nítidos bem evidenciados na definição do seu trabalho.

Na fala seguinte a participante infere que mesmo no campo da gerência as ações e formas de desempenhar essa função não ocorrem de uma forma definida, previamente delineada, ficando muito a critério do perfil de cada enfermeira. Desta forma ela afirma que o conjunto de atribuições assumidas e desempenhadas por uma enfermeira, como específico do trabalho da enfermeira em uma enfermaria não é assumido, da mesma maneira, na outra enfermaria por outra profissional.

“Comecei a me questionar no hospital o que é específico da enfermeira. Realmente, confunde-se muito. Se você entra numa clínica cirúrgica e aquela cirurgia está sendo organizada por uma determinada enfermeira, então você vê uma especificidade. [...] se você vai a uma enfermaria que o perfil da profissional é outro, aí você observa que é completamente diferente. Dessa forma, embora o trabalho de cada enfermeira resulte na administração da unidade, o perfil da enfermeira, suas decisões, posicionamentos e escolhas influenciam na especificidade desse trabalho” (P5. FONTE: GD1).

A fala vem reforçar o fato de que o papel da enfermeira ainda se encontra indefinido e desta forma o conjunto de atribuições desta profissional parece moldar-se a partir da compreensão de cada uma e, acrescentando-se, de cada organização hospitalar. Vale salientar que o conjunto de atribuições e a amplitude de responsabilidades da enfermeira podem variar de acordo com a filosofia de cada hospital. Pires (2009) reafirma este entendimento ao dizer que “As normas institucionais estabelecem os papéis de cada grupo profissional”.

“[...] médicos, por exemplo, não coordenam o processo de trabalho. Médicos até ordenam e mandam no processo de trabalho. Mas não são eles que coordenam” (P7. FONTE: GD1).

“[...] você começa a observar, então, através das enfermeiras e da equipe multiprofissional, que há certa delegação de atividades administrativas para a enfermeira” (P5. FONTE: GD1).

“Hoje em dia, todos dizem que você pode contratar um médico para fazer um procedimento; pode contratar um fisioterapeuta para fazer um procedimento; mas com o enfermeiro isso nunca vai acontecer, porque é o único profissional que hoje é dito como profissional de referência do hospital. [...] outros profissionais você pode contratar só para prestar um serviço, que é a tendência. Mas com a enfermeira você não pode fazer isso, porque somos nós que fazemos com que o hospital exista” (P12. FONTE: GD2)

Reforçam esta compreensão Binsfeld e Lima:

[...] Uma breve observação sobre o dia-a-dia do trabalho do enfermeiro no hospital é suficiente para se afirmar que o seu trabalho é prevalentemente administrativo, embora isso não se dê por opção, mas por certa imposição da administração hospitalar, que espera que o enfermeiro se responsabilize pelo bom funcionamento das unidades, por manter a casa em ordem (BINSFELD e LIMA, 2003, p. 101).

As atribuições relacionadas ao controle gerencial de custos da unidade surgem na discussão quando as participantes acrescentam que para atender às exigências organizacionais (hospitais e operadoras de planos de saúde) as profissionais dispensam grande parte de seu tempo e energia com as atividades relacionadas aos registros do enorme arsenal de materiais utilizados para a facilitação e realização dos cuidados, transmitindo a impressão de maior preocupação com a prestação de contas do que com a evolução do estado de saúde e recuperação do paciente. “[...] não fazer isso pode acarretar demissão e ressarcimento, pelos profissionais, à instituição” (P8. FONTE: GD1).

“Em minha experiência com auditoria, por exemplo, o que a gente vê é que a preocupação é registrar o procedimento, não a evolução do paciente. Eu não sei agora, mas, há alguns anos, havia uma preocupação maior em registrar o que se usou, os produtos, do que com a própria evolução do paciente. A auditoria que existe no Brasil, em saúde, é uma auditoria contábil. [...] dois rolos de esparadrapo, três ampolas... [...] porque a organização tem que lucrar e é isso que vai contar. Não é uma escolha das enfermeiras” (P5. FONTE: GD1).

“Porque o hospital vai cobrar da gente se a auditoria disser ou se o hospital disser, se o plano disser: “isso aqui eu não pago”. [...] Então, para assegurar o meu emprego, eu tenho que ficar detalhando, imaginando aquilo que é preciso registrar. E até dizer ao paciente o que é esse processo. Eu não estou anulando o papel desse sujeito. Eu estou querendo dizer que a respeito da enfermeira, qualquer coisa que a gente tenha que aprofundar sobre enfermeira, não se pode começar pelo ato individual. Temos que compreender o que é esse trabalho, dentro do hospital, para a sociedade, para uma organização do processo de trabalho, para uma divisão técnica do trabalho no hospital. Depois disso, fazer um estudo sobre como se comporta esse sujeito” (P7. FONTE: GD1).

A enfermeira precisa definir com clareza o que é gerenciar algo relativo ao cuidado e o que é o gerenciamento que se volta para o lucro da organização. As falas denotam que a profissional tem a compreensão de que o gerenciamento realizado por ela, dentro das unidades de produção de serviços, não se relaciona apenas às atividades administrativas voltadas para o cuidado.

No entanto, apesar de demonstrar que percebe a existência de limites que diferenciam o gerenciamento das ações que se voltam para o cuidado daquelas que objetivam o lucro ela se vê pressionada pela organização. Em função disto extrapola as atribuições de gerenciamento do cuidado passando a assumir, dentre outras funções, um rigoroso controle sobre a produção dos profissionais de enfermagem e sobre os materiais e insumos utilizados na prestação da assistência.

Assim a enfermeira desempenha um papel fundamental para as organizações salvaguardando interesses econômicos e que são inerentes ao modelo biomédico e ao modo de produção capitalista. [...] o tempo todo é um ir e vir no seu planejamento e controle em cima desses insumos, materiais, pessoas [...] (P1. FONTE: GD2).

As próximas falas reforçam a constatação de que o gerenciamento realizado pela enfermeira não se volta apenas para as ações relacionadas ao processo assistencial. Os conhecimentos técnicos e gerenciais da enfermeira associados à cultura de rígido controle e, sobretudo a passividade com que estas trabalhadoras aceitam a imposição de múltiplas funções sem a equivalente remuneração faz com que a enfermeira seja a profissional de eleição, dentro das organizações, para assumir o gerenciamento dos diferentes setores e serviços do hospital.

“[...] a gente desenvolve desde as atividades de confecção de escala, distribuição de serviço, supervisão do serviço até a distribuição de todo o enxoval e o acompanhamento do processamento da roupa” (P9. FONTE: GD2).

“[...] se você chegar numa enfermaria, não como enfermeira, mas como cliente, você não nota a presença da enfermeira. Entretanto, você sabe que ela está em algum lugar porque tudo está acontecendo. Você sabe que ela está, ou no planejamento, ou na gestão, mas você não a vê em nenhum procedimento. [...] na prática, o que é que você vê? Chega a um ponto que eu, particularmente, como diretora, digo que eu queria uma enfermeira no ambulatório, uma no almoxarifado, uma na farmácia e assim o hospital funcionaria todo. Por quê? Quando você coloca uma enfermeira num serviço, ele acontece. [...] então, eu acho que, na prática, a especificidade do trabalho da enfermeira é o gerenciamento, é a administração” (P5. FONTE: GD1).

“Eu vejo a enfermeira, dentre os outros profissionais da área de saúde, como o mais capaz de gerenciar o serviço de saúde. O gerenciamento é a característica da enfermeira mais forte; é específico dela. E acho que a enfermeira é quem é realmente capaz de fazer isso da melhor forma. Ela é hoje no setor, no serviço, na

unidade hospitalar, a que melhor faz e mostra isso administrando a equipe dela” (P3. FONTE: GD2).

A fala seguinte discute que para realizar a coordenação do processo de trabalho em saúde a enfermeira não necessita estar fisicamente presente no local onde os cuidados diretos serão operacionalizados e que isso é uma qualidade do processo trabalho. Saliente-se que, de modo geral, no que concerne ao trabalho gerencial, quanto maior for a eficiência da gerente em propiciar condições para que estas ações possam ser desenvolvidas, menor será a necessidade de sua presença física.

Esta avaliação é importante considerando-se que o processo de trabalho em saúde, salientando-se aqui o hospital, envolve o funcionamento de múltiplos setores e serviços. Assim, em linhas gerais, é possível afirmar que o gerenciamento competente do processo de trabalho em saúde realizado pela enfermeira consiste em articular diferentes recursos no sentido de viabilizar e facilitar a prestação do cuidado por diferentes atores em diferentes espaços, de forma simultânea e contínua dentro do hospital.

“[...] o fato da enfermeira não ser vista, não estar fisicamente presente, significa que ela está fazendo o trabalho gerencial. Ela está em algum lugar. Porque ela não pode estar ao mesmo tempo na clínica médica e na clínica pediátrica. Ela só poderá estar em algum lugar. Mas, o gerente é onipresente. Isso é uma qualidade do trabalho de coordenar o processo de trabalho” (P7. FONTE: GD1).

“[...] esse trabalho múltiplo é o principal da enfermeira. Todas as informações passam pela enfermeira. [...] a orientação e a continuidade dos serviços se concretizam, mas, a partir do trabalho de articulação realizado pela enfermeira” (P5. FONTE: GD2).

“[...] vocês serão gerentes de serviço, para gerenciar o cuidado. Se vocês não fizerem isso, esse hospital não existe, não anda. É a enfermeira quem faz com que o hospital exista” (P12. FONTE: GD2).

“[...] na central de materiais, eu tenho que planejar o quantitativo de curativos que vão ser dispensados, o quantitativo de gaze, etc. Tem que existir normas e rotinas no setor” (P8. FONTE: GD2).

“[...] dentro do setor, ainda, você trabalha na coordenação, na distribuição, no controle de medicamentos, no controle de material. O pedido, a previsão de material para o uso diário ou para o final de semana. Tudo isso. A gente também faz a avaliação da equipe de enfermagem” (P6. FONTE: GD2).

Na próxima fala uma das participantes reforça a compreensão de que a inserção do trabalho da enfermeira no modo de organização do trabalho em saúde no Brasil pauta-se na divisão técnica do trabalho. Partindo desta concepção, que é histórica, faz-se necessário ter a clareza de que a expectativa que as organizações desenvolveram em relação à participação da enfermeira no processo de trabalho em saúde é pelo trabalho gerencial.

“[...] Se você considera o número de enfermeiras do seu hospital insuficiente para dar conta da prestação do cuidado direto e da manutenção do gerenciamento do processo de trabalho você, como diretora de um hospital, não como enfermeira, você vai negociar o quê com a secretaria de Estado? Você vai negociar que as enfermeiras estão negligenciando, ou que é preciso mais enfermeiras para gerenciar o processo de trabalho? Você irá dizer que precisa de mais enfermeiras. Mas, qualquer pessoa que esteja sentada no posto de secretaria de Estado irá dizer: "Não, você está equivocada". [...] Porque na divisão de trabalho em saúde no Brasil, o número de enfermeiras que você tem no hospital sobra. Está certo? Porque enfermeira é só para coordenar o processo de trabalho. Então, está sobrando. Para isso, está sobrando” (P7. FONTE: GD1).

Saliente-se, então, que compreender qual a expectativa que as organizações têm em relação ao papel da enfermeira é um ponto fundamental para que a categoria possa estabelecer parâmetros que norteiem a discussão acerca do trabalho e das especificidades desta profissional. Para o alcance deste objetivo faz-se necessário revisitar o passado reconstituindo a histórica da enfermagem, da prática profissional da enfermeira e, sobretudo do processo de reorganização e redefinição do papel e das finalidades do espaço hospitalar de atenção.

II - Gerenciamento da equipe e do processo de trabalho em enfermagem

No exercício de definir o que é específico do trabalho da enfermeira emergem divergências em torno da idéia de que o cuidado é o objeto central da prática desta profissional. Nesta discussão foi exaustivamente pontuado que o cuidado direto não se configura como atividade principal no bojo do trabalho desta profissional e muito menos como atividade exclusiva dela.

Evidenciou-se, também, que a coordenação dos auxiliares e técnicos de enfermagem deve ser compreendida como atribuição específica da enfermeira. Ressalte-se que neste contexto, face à responsabilidade técnica legalmente instituída, o termo específico assume a conotação de exclusivo.

Já a coordenação do processo de trabalho em saúde pode ser assimilada como uma atribuição que, de forma muito peculiar, vem sendo historicamente realizada pela enfermeira, como integrante do processo de trabalho em saúde, e isso se evidencia dentro das unidades de saúde, de modo geral, se salientado aqui o âmbito da atenção hospitalar.

“Eu acho que está muito claro que a enfermeira, pela disposição histórica, é uma coordenadora do processo de trabalho de enfermagem. Já os auxiliares e técnicos de enfermagem fazem o cuidado direto ao paciente” (P2. FONTE: GD1)
“Eu vejo que a discussão realizada até agora reforça algo que eu já sentia e defendia, mesmo, e talvez até sossegue essa angústia por saber qual é o pedacinho que ninguém toma da enfermeira, porque é só dela, que é coordenar o processo do cuidado de enfermagem. Isso só pode ser dela e ninguém mais poderá assumir. [...]

Ninguém consegue tirar o pedacinho que é coordenar e gerenciar o processo de cuidado de enfermagem. É o que eu acho, então, que é a grande especificidade do trabalho da enfermeira” (P3. FONTE: GD1).

“Nós coordenamos um grupo de enfermagem formado pelos cuidadores que são os técnicos e auxiliares de enfermagem; também articulamos e gerenciamos os processos de cuidados que existem atrelados. Nós fazemos a integração dos processos de trabalho” (P7. FONTE: GD1)

Pires (2009, p. 134) reforça a compreensão de que às enfermeiras compete o gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem, explicitando que “aos enfermeiros e enfermeiras cabe o gerenciamento da assistência de enfermagem, com maior aproximação e controle sobre a concepção e o processo de cuidar; e aos demais trabalhadores que compõem a equipe cabe a execução de tarefas [...]”.

Assinale-se que o caráter prescritivo marcado pelo controle rígido dos processos de trabalho e das ações dos profissionais da equipe de enfermagem aparece nas falas seguintes: “A confecção de manuais de Procedimentos Operacionais Padronizados nas unidades é essencial para o bom andamento dos serviços” (P8. FONTE: GD2). “[...] planejar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem realizando o controle da assistência prestada pela equipe de enfermagem é prerrogativa da enfermeira” (P6. FONTE: GD2). Essas falas revelam uma concepção, acerca desse processo de trabalho, fortemente influenciada pelos princípios de padronização e simplificação de base fordista.

Neste contexto o grupo problematizou, também, a relação enfermeira-cuidadores no sentido da necessidade de se promover modificações no campo profissional a partir de um repensar que contemple um processo de coordenação colegiado e participativo, ou seja, menos verticalizado, que favoreça a relação com os auxiliares e técnicos de enfermagem, aproveitando o potencial criativo da equipe e fortalecendo o processo de gerenciamento. “Nós precisamos repensar o processo de coordenação e gerência da enfermagem e de seus trabalhadores. Pensar na possibilidade de gerenciar de forma colegiada, incluindo a participação dos demais membros da equipe de enfermagem” (P2. FONTE: GD1).

Pires (2009, p.133) discutindo a divisão técnica do trabalho e a influência de base taylorista demonstra sua preocupação com a alienação que esta forma de organização do trabalho vem impondo aos trabalhadores e pondera que: “Majoritariamente a organização do trabalho reproduz a fragmentação taylorista, mas é possível encontrar diferenciações, com maior ou menor aproximação com um trabalho cooperativo, mais criativo e menos alienado”.

Esta é uma crítica pertinente considerando-se que a manutenção dos princípios de bases taylorista na organização do processo de trabalho cria uma atmosfera favorável para os

posicionamentos discriminatórios e equivocados que desconsiderando a individualidade do potencial criativo de cada trabalhador atribui aos profissionais não graduados a condição de inferioridade intelectual.

Esta é uma reflexão importante e nos remete ao fato de que no processo de trabalho em enfermagem, de forma particular, a execução de procedimentos configura-se como atribuição principal dos técnicos e auxiliares de enfermagem e que a operacionalização destas atividades, sobretudo, em condições desfavoráveis como as que se observam nos serviços de saúde no Brasil, exige dos profissionais uma gama de conhecimento técnico-científico considerável além de muita criatividade para o enfrentamento seguro das adversidades.

Desconhecer que a contribuição intelectual destes profissionais para o processo de cuidar é de extrema relevância tem conseqüências negativas ao dificultar o reconhecimento de que o processo de preparação dos profissionais de nível médio em enfermagem deve privilegiar a formação de sujeitos críticos e reflexivos. Isso promove a desqualificação da assistência na medida em que uma formação insuficiente não instrumentaliza os profissionais para o enfrentamento dos desafios impostos de forma tão dinâmica pela modernidade.

Em algumas profissões da saúde, como, por exemplo, enfermagem, fisioterapia, farmácia, nutrição e, também, certas práticas da odontologia, o trabalho é desenvolvido por trabalhadores com graus diferenciados de escolaridade. A coordenação do trabalho, dentro do grupo profissional, é exercida pelos profissionais de nível superior que concebem o trabalho e delegam atividades parcelares aos demais participantes da equipe (PIRES, 2008, p.133).

Com base nesta discussão é possível inferir que a divisão técnica do trabalho ainda não é bem compreendida pelos profissionais da equipe de enfermagem. Isso tem reflexos negativos para a equipe e a fala seguinte reforça essa idéia ao evidenciar que o posicionamento da enfermeira é contraditório por não assumir que não está ali para fazer o cuidado direto e que isto provoca, de maneira geral, um problema relacional com as outras trabalhadoras da equipe de enfermagem (técnicas e auxiliares).

Ressalte-se que para desenvolver esta compreensão as trabalhadoras de enfermagem precisam finalmente refletir e entender que no processo de trabalho em enfermagem cada categoria tem sua parcela de atribuições e responsabilidades e que estas lhes são legalmente instituídas. Saliente-se que as atribuições relativas ao cuidado direto e operacionalizadas com grande domínio pelas auxiliares e técnicas de enfermagem nos diversos serviços de saúde, historicamente vem se configurando como a essência do trabalho destas categorias cabendo à enfermeira a coordenação e supervisão do processo trabalho e da equipe de enfermagem.

Esclareça-se, também nesta oportunidade, que não é correto afirmar que a enfermeira delega a realização de procedimentos aos auxiliares e técnicos de enfermagem, considerando-se que o ato de delegar significa transferir responsabilidade legalmente instituída e só é possível entre pessoas ou profissionais com a mesma possibilidade de fazer frente à responsabilidade que ora lhe é atribuída.

“[...] nessa estruturação, a enfermeira não assume que não está ali para fazer o cuidado direto. Que ela pode dar até alguns cuidados, mas que não é isso o essencial. No momento em que assumir isso poderá desenvolver uma relação melhor, mais fácil, no trabalho com a auxiliar e a técnica. Não é uma relação fácil. A enfermeira é cobrada a fazer, porque ela sabe a técnica, porque ela aprendeu. [...] de um modo geral, o discurso da enfermeira se mantém contraditório e isso leva a um problema relacional terrível com os técnicos e auxiliares de enfermagem que parecem não compreender que enfermeiras, não estão ali para dar cuidado direto” (P2. FONTE: GD1).

A participante do GD2 reforça esclarecendo que:

“É claro que é preciso saber cuidar para gerenciar o cuidado, para administrar. Mas é você quem vai estar lá, junto do paciente, o tempo todo? Não, é o técnico, é o auxiliar. A gente vai estar na supervisão, no planejamento e na administração” (P12. FONTE: GD2).

Neste contexto observa-se que a divisão técnica e social do trabalho possibilita o barateamento do custo com profissionais do cuidado em enfermagem. Esta é uma determinação do modelo econômico que impõe ao processo de trabalho em enfermagem uma formatação que reduz o número de postos de trabalho das enfermeiras ampliando o contingente de técnicos e auxiliares coordenados por estas.

“Na divisão de trabalho em saúde no Brasil, enfermeira é só para coordenar o processo de trabalho. Para o cuidado temos uma equipe formada por técnicos e auxiliares de enfermagem. Isso decorre da necessidade de baratear o custo com a folha de pagamento dos profissionais” (P7. FONTE: GD1).

Fundamentam esta compreensão Gomes e Santos (2005, p. 495) ao esclarecerem que:

[...] com o desenvolvimento do sistema capitalista e com sua incorporação aos serviços de saúde, incrementou-se a demanda do mercado de trabalho por profissionais com maior qualificação para atender às novas tecnologias da indústria farmacêutica e de equipamentos. Mas, isso ocorreu concomitantemente ao aumento da demanda por pessoal menos qualificado, para atender ao barateamento da mão de obra, favorecendo a mais valia. Essas práticas reforçaram a crescente divisão social e técnica do trabalho em saúde e da enfermagem.

Por conseguinte o que se observa, dentro dos hospitais, é um quadro de enfermeiras numericamente insuficiente para dar conta das múltiplas necessidades impostas a estas

profissionais, a exemplo da articulação do processo de trabalho em saúde; do gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem e da realização do cuidado direto. Nesta realidade, contemplar a legislação profissional, sobretudo no que tange à prestação da assistência direta a pacientes críticos, tem representado um desafio quase impossível para as enfermeiras.

Saliente-se, também, que as categorias da enfermagem conformam a maior equipe de profissionais dentro de qualquer unidade hospitalar. Seu gerenciamento representa, naturalmente, um significativo desafio para as enfermeiras no sentido de garantir o atendimento das demandas do processo de trabalho em saúde e em enfermagem, com esta responsabilidade de gerenciar um grupo tão grande de pessoas, em toda a sua diversidade humana, técnica, organizacional e política.

Vale explicitar algumas das dificuldades enfrentadas pela enfermeira, neste contexto: a baixa qualificação técnica das auxiliares e técnicas de enfermagem, a problemática relativa ao subdimensionamento de pessoal e as precárias condições de trabalho.

Observe-se, ainda, que a legislação atribui à enfermeira responsabilidades relacionadas a processos organizacionais sobre os quais, mesmo aquelas em cargos de coordenação, não dispõem de nenhuma autonomia. “A resolução COFEN 168/1993 determina que caiba ao Enfermeiro Responsável Técnico da instituição garantir os recursos humanos necessários à assistência de enfermagem e à segurança do paciente” (BRASIL, 1997).

Esta é uma temática a se contemplar em discussão específica, entretanto, vale à pena pontuar que são frequentes as situações onde se noticiam ocorrências de iatrogenias envolvendo auxiliares e técnicos de enfermagem, sendo possível inferir que muitas destas situações guardam estreita relação com a baixa qualificação, com a ausência de estratégias de educação permanente e condições de trabalho insatisfatórias dentro das organizações.

Abra-se um parêntese, no entanto, para refletir-se que tentar entender esta problemática considerando-se apenas o problema da desqualificação profissional é uma simplificação dado que, para se realizar um julgamento tão complexo faz-se imperativo analisar cada um dos múltiplos fatores envolvidos em ocorrências desta natureza e que este não é o objetivo desta pesquisa.

Faz-se necessário, neste contexto, assumir que, também o insuficiente quadro de enfermeiras vem se refletindo, claramente, na desestrutura organizacional e na baixa qualidade da assistência prestada em função da impossibilidade de bem planejar o gerenciamento da unidade e da assistência, assim como de realizar adequada orientação,

supervisão e avaliação das atividades realizadas pelas auxiliares e técnicas de enfermagem, ainda que legalmente as enfermeiras estejam obrigadas a isto.

Enfatize-se, a título de ilustração, que as enfermeiras reconhecem a importância da sistematização da assistência de enfermagem (SAE) como um importante instrumento para manter a articulação do processo de trabalho em enfermagem, nos três turnos de trabalho. Isso pode ser observado na fala seguinte “O que caracteriza o trabalho de planejamento assistencial realizado pela enfermeira no hospital é a aplicação da SAE. São muitas atribuições e a aplicação da SAE é que norteia nosso trabalho, principalmente, à noite” (P4 FONTE: GD2).

Ressalte-se, também, que a Decisão N°07 do Conselho Regional de Enfermagem da Bahia (2000) e a Resolução N°272 do Conselho Federal de Enfermagem (2002), tornam obrigatória a implementação da SAE em toda instituição de saúde, pública e privada, como hospital, casa de saúde, asilo, casa de repouso, unidade de saúde pública, clínica, ambulatórios, assistência domiciliar (Home-Care).

Entretanto, a implementação da SAE, nas unidades de saúde, tem encontrado inúmeras dificuldades. Entre os principais desafios está o subdimensionamento do próprio quadro de enfermeiras, no tocante à relação entre número de leitos por profissional, associado à baixa qualificação destas profissionais para assumir esta metodologia.

As dificuldades referidas foram evidenciadas nas falas seguintes. “[...] se eu tenho duas unidades, uma com trinta e outra com vinte pacientes, a SAE não vai ser individualizada. Terá que ser um planejamento generalizado, uma SAE aplicada que não irá contemplar cada paciente individualmente” (P1. FONTE GD2). “[...] A SAE não é para ficar só no papel” (P11. FONTE: GD2).

“[...] num turno de seis horas, eu não conseguia dar conta [...] A SAE ficava de lado. Além disso, na unidade que trabalhei a SAE não estava implantada. Fazíamos a evolução e avaliávamos, mas, não com o compromisso de estar ali, registrando e anotando adequadamente” (P12. FONTE: GD2).

“[...] eu, particularmente, acho que falta consciência do profissional sobre a importância da sistematização da assistência de enfermagem, no seu processo de trabalho. Para que eu possa sistematizar e assistir meu paciente, dentro desse processo de trabalho, eu preciso me preparar para essa metodologia. Se você tem consciência, se você está preparada, se você tem firmeza do seu potencial, você consegue aplicar a SAE” (P11 FONTE: GD2).

Observe-se que o trabalho de gerenciamento foi problematizado pelas participantes do GD2 ao apontarem falhas na formação das enfermeiras quanto à competência para gerenciar,

trazendo como consequência uma dificuldade em integrar o que é aprendido com os desafios encontrados no campo de trabalho. “Eu vivi exatamente isso, durante o curso eu aprendi a realizar procedimentos e no último semestre eu precisava administrar uma enfermaria inteira” (P9. FONTE GD2).

“É bem complicado e até frustrante. Depois de aprender e estudar muito sobre cuidado, de repente ser cobrado sobre a parte gerencial e administrativa” (P12. FONTE: GD2).

No que diz respeito ao problema das falhas na formação da enfermeira é importante dar ênfase ao fato de que esta profissional vem recebendo uma formação que não tem atendido satisfatoriamente, no campo do trabalho hospitalar, nem mesmo às necessidades do gerenciamento do processo de cuidado em enfermagem. Os desafios a serem enfrentados pela enfermeira também não serão contemplados por uma formação que privilegie apenas a eficiente aplicação da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE).

A crítica ao processo de formação deve ser focada no conteúdo e nas práticas gerenciais desenvolvidas pelas estudantes durante o curso de graduação. Estas práticas não tem sido suficientes ou podem não estar adequadamente direcionadas ou sendo capazes de proporcionar às estudantes uma visão mais consistente do trabalho gerencial que é desenvolvido/demandado pelas enfermeiras no âmbito do hospital. Ressalte-se, ainda, que a formação da enfermeira deve ser generalista e que é isso que as diretrizes curriculares propõem para todos os profissionais de saúde.

Portanto, para dar conta do gerenciamento e articular os diversos processos de trabalho, esta profissional necessitará de um conhecimento que vai muito além do técnico-científico necessário à realização de procedimentos e ao planejamento da assistência de enfermagem. “Eu cuido da distribuição de pessoal, evitando que um profissional esteja fazendo uma função repetida sem nenhum ganho para a equipe e para a organização” (P3. FONTE: GD2). “Nós fazemos a supervisão direta dos pacientes, técnicos e auxiliares de enfermagem e também do pessoal da higienização” (P4. FONTE: GD2).

Enfatize-se que a enfermeira deverá preparar-se, inclusive, para o gerenciamento de conflitos: “Os problemas que a gente enfrenta de vez em quando entre enfermeiras e técnicos, técnicos e auxiliares, pacientes e pacientes, pacientes e profissionais, enfermeiras, auxiliares e médicos, são enormes e precisa de muita psicologia pra enfrentá-los”. (P7. FONTE: GD2). “Se o funcionário não vem, o outro vai dobrar insatisfeito. E isso vai ter uma repercussão na assistência. A enfermeira é a peça principal na administração destes conflitos”. “Quem

trabalha em setor fechado sabe que o grupo é pequeno, mas, muitas vezes, o ambiente lá dentro é muito tenso, e as atividades têm que ser cumpridas. Então, a enfermeira tem papel fundamental na harmonização do grupo” (P8. FONTE: GD2).

Acrescente-se, ainda, que se exige da enfermeira o domínio de um conhecimento que abranja desde os aspectos mais especializados, como testes e manutenção de equipamentos e produtos químicos, processos físicos e químicos de esterilização, dentre outros, até aqueles administrativos e de controle mais elaborados e de grande complexidade, a exemplo de relatórios estatísticos, manuais, pareceres técnicos, dentre outros. “[...] nos responsabilizamos pela realização de relatórios, treinamentos em serviços [...]”. “[...] tem enfermeira que trabalha, também, na comissão de ética, orientando e fazendo pareceres. Também participamos do grupo de revisão de prontuário, comissão de óbito [...]” (P6. FONTE: GD2).

“[...] das atividades desenvolvidas como enfermeira, dentro da central de material e na broncoscopia, estão: a confecção de escala de distribuição de atividades e passagem de plantão; testes de equipamentos e testes de produtos químicos. A manutenção destes equipamentos está, também, sob a responsabilidade da enfermeira” (P8. FONTE: GD2).

Observa-se, pelo exposto, que o trabalho da enfermeira abrange uma seara extremamente ampla de atuação, é exaustivo e de grande responsabilidade. Enfrentar estes desafios, eficientemente, exige das próprias enfermeiras, das escolas e das organizações empregadoras um esforço muito intenso para que estas profissionais alcancem um nível de qualificação efetivamente adequado, no sentido de estar preparadas para articular os processos de trabalho em saúde, gerenciar o processo de trabalho em enfermagem e realizar as atividades assistências relacionadas aos procedimentos complexos.

III - Apoio ao trabalho do médico

Santos e Figueiredo (2004) discutem que as enfermeiras adentraram o espaço hospitalar, por ocasião da modernização dos hospitais, tendo como objetivo principal assumir as atribuições administrativas necessárias à organização do espaço hospitalar favorecendo a implantação do modelo biomédico. Esta compreensão reforça a idéia de que o trabalho realizado pelas enfermeiras na atenção hospitalar, historicamente, vem se constituindo como alicerce necessário à implantação e manutenção do modelo biomédico no Brasil.

Estas últimas autoras buscam evidenciar o fato de que a enfermeira vem, ao longo da história, assessorando o médico e o administrador do hospital oferecendo-lhes suporte na administração geral sem nunca ter recebido o merecido reconhecimento.

Desta forma, Santos e Figueiredo (2004, p. 96) asseveram que isso lhes parece uma subordinação da enfermeira ao poder médico a partir do recalçamento do seu saber administrativo já secular. Estas autoras enfatizam que ainda assim a postura da enfermeira se mantém perpetuando e reproduzindo o poder médico, através de sua dedicação e apoio, ao longo de toda a trajetória da enfermagem moderna, mesmo sem que a categoria tenha auferido, em algum momento, o reconhecimento e justo prestígio.

Vale, neste contexto, resgatar a compreensão de Melo (1986, p. 86) quando argumenta que:

Interessa-nos questionar também a utilização atual da enfermeira como “gerente intermediário” e a possibilidade de vir a ser substituída pelo próprio técnico de enfermagem, uma vez que no setor saúde o princípio dominante é de que toda tarefa deve ser executada pelo menor pagamento. No entanto, como um chefe intermediário entre as demais categorias e a instituição empregadora, a enfermeira fica limitada a um papel onde é controlada, por sua vez, por uma categoria mais restrita de dirigentes ideologicamente dispostos a defender o sistema, com o qual se identificam pela própria natureza do seu papel social – empresários, empregadores, diretores, médicos.

Santos e Figueiredo (2004) também trazem argumentos que reforçam a compreensão de que o poder médico exerce forte influência sobre as atitudes adotadas pelas enfermeiras demonstrando, inclusive, como são acrílicas determinadas atitudes adotadas por esta profissional dentro do ambiente hospitalar. A citação seguinte ilustra esta afirmação ao evidenciar uma contradição onde a satisfação do médico é colocada acima dos desejos e até mesmo das necessidades de cunho terapêutico apresentadas pelo próprio paciente.

Os que conhecem o funcionamento das organizações hospitalares reconhecem, na atuação da enfermeira, a proteção dispensada ao ato médico e à palavra médica, desde o momento em que se propõe a dar suporte às ações médicas em detrimento de suas próprias ações, na crença (?) de que estas resultarão no bem estar do cliente. Um exemplo característico é quando a enfermeira ordena que sua equipe realize o banho no leito do cliente às sete horas da manhã, a fim de que ele esteja higienizado e preparado para o exame médico, às oito horas, independente do fato de o cliente desejar e até necessitar dormir até mais tarde, devido ao agravamento de seu estado durante a noite. (SANTOS; FIQUEIREDO, 2004, p. 96).

A discussão do GD1 enfoca esta submissão da enfermeira ao médico, discutida na literatura. As participantes assinalam que embora os discursos das enfermeiras, de modo geral, demonstrem que as profissionais se posicionam contra este comportamento subalterno a observação da prática cotidiana confirma que a postura de submissão por parte destas trabalhadoras é frequentemente evidenciada dentro das organizações.

“[...] o que eu vejo é a enfermeira auxiliando diretamente o trabalho do médico. Em relação aos outros profissionais ela assume o papel de articuladora do processo de trabalho. As enfermeiras, em geral, se posicionam contrárias a este posicionamento de submissão, entretanto, é o que eu vejo” (P3. FONTE: GD1).

Ficou patente durante a discussão do GD1 que as enfermeiras afirmam que são contrárias a esta prática ultrapassada de dar suporte ao trabalho do médico, para além da integração do processo de trabalho destes profissionais ao processo de trabalho em saúde, a exemplo do que fazem em relação aos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

No entanto, algumas enfermeiras demonstram ter incorporado à sua rotina atividades de suporte direto ao trabalho do médico e que objetivamente visam facilitar a prática destes profissionais e possibilitar-lhes, dentre outras coisas, permanecerem o menor tempo possível dentro da unidade. Isto denota que este é um comportamento naturalizado entre algumas enfermeiras.

Enfatize-se que, não raro, encontramos enfermeiras que realizam até mesmo o preenchimento de receituários, relatórios médicos de encaminhamentos, formulários de solicitação de exames, dentre outros, deixando para os profissionais médicos a responsabilidade apenas de assinar tais documentos.

“No setor de tomografia do ambulatório de determinado hospital, onde realizei um exame, as enfermeiras orientam o preparo do paciente, fazem a leitura preliminar do exame e escrevem o laudo. Elas coordenam o setor, orientam o preparo e fazem a leitura. O médico apenas confere e assina o laudo” (P2. FONTE GD1).

Embora a enfermeira justifique este comportamento pela necessidade de complementar e corrigir as atividades não finalizadas, alegando que estas trazem conseqüências negativas ao processo de continuidade da assistência com prejuízos para o paciente e para a organização, o que se observa é a enfermeira facilitando o trabalho do médico seja por iniciativa pessoal ou por determinação da organização.

“O que eu observo é que na hora em que a enfermeira está providenciando as coisas para o médico, ela larga tudo para atender a ele. Ela é quem faz a transcrição das ordens médicas; ela faz tudo o que é necessário e possível para facilitar o trabalho do médico. A enfermeira dá suporte ao trabalho do médico” (P5. FONTE GD2).

O exemplo citado pela participante busca caracterizar o comportamento subserviente de algumas profissionais. Reflita-se, no entanto, que o fato de algumas enfermeiras assumirem

a realização das atribuições de outro profissional não significa que tais atividades devam ser absorvidas pela categoria como atribuições específicas da profissão.

As questões relacionadas à submissão da enfermeira ao médico têm bases históricas, alicerçam-se na reorganização do modelo de atenção hospitalar e na divisão técnica do trabalho em saúde e foi tratada pelo GD1, que também discutiu o fato das enfermeiras manterem-se, até a atualidade, submissas aos médicos de forma que chegam a transmitir a impressão de que elas próprias assumem isso como uma especificidade do seu trabalho.

Saliente-se que esta percepção causou um profundo desconforto entre as enfermeiras, durante a discussão do GD1.

“[...] é preciso, então, explicitar que algumas enfermeiras parecem assumir esta submissão à categoria médica e por isso dão suporte ao trabalho do médico além de articular o processo de trabalho em saúde, por exemplo.” (P2. FONTE: GD1).

Observa-se que também as participantes do GD1 evidenciaram que a prática de muitas enfermeiras se fundamenta numa ação de suporte e de complementaridade, em relação à prática médica, salientando que esta relação assume contornos diferenciados quando se compara ao comportamento da enfermeira na interação com profissionais de outras categorias.

“[...] quanto à postura das enfermeiras de hospital o que eu vejo, na realidade, em alguns hospitais, é que em relação ao médico há muitas enfermeiras com esta postura de submissão, dando suporte ao trabalho do médico e deixando de realizar as suas atribuições de coordenação e de articulação das ações, em geral” (P5. FONTE: GD1).

Destaque-se que uma das participantes do GD1 evidenciou, de acordo com sua percepção, que esta característica de “apoiadora do médico” se apresenta de forma mais marcante entre as enfermeiras com mais idade e tempo de serviço:

“Em uma enfermeira mais velha, que já está em processo de aposentadoria, é muito mais forte essa mentalidade de apoiadora do médico. Ela faz exclusivamente esse apoio. Ela larga tudo que está fazendo quando o médico chega, para promover todas as condições necessárias para que ele faça o trabalho dele” (P5. FONTE: GD1).

Abra-se um parêntese para contextualizar, sem nenhuma intenção de justificar as atitudes inadequadas de alguns profissionais da categoria médica, que a precarização do trabalho na saúde vem atingindo também os médicos e que em decorrência das múltiplas e simultâneas jornadas de trabalho, estes profissionais realizam suas atividades de forma cada vez mais apressada. Acrescente-se que a precarização do trabalho na saúde tem aberto portas

para que muitos profissionais, inclusive os médicos, possam assumir diversos vínculos de trabalho até mesmo dentro da mesma instituição.

Em relação aos médicos vale lembrar que estes profissionais, de modo geral, não se vêm obrigados ao cumprimento integral de sua carga horária de trabalho. Isso é histórico, entretanto, vem sendo evidenciando através de denúncias por parte da sociedade e da mídia, sobremaneira, dentro das unidades públicas de saúde onde se pode observar a ausência de mecanismos administrativos eficientes para o controle de assiduidade, pontualidade e permanência dos profissionais dentro dos serviços.

Esta falta de controle por parte das organizações é um agravante no momento em que possibilita aos profissionais, particularmente aos médicos, a sobreposição de escalas de trabalho com prejuízo para a assistência e conseqüentemente para a própria organização.

Em conformidade com as duas próximas citações saliente-se que o médico é o profissional que tem maior autonomia dentro das organizações. Enfatize-se que o status que, historicamente, conquistou junto à sociedade vem conferindo a este profissional a possibilidade de não permanecer à disposição do serviço por tempo superior ao que ele próprio julgue necessário ou conveniente.

Binsfeld e Lima (2003, p.100) citam a compreensão de Mintzberg (1995) que:

[...] identifica no hospital moderno, um duplo sistema de autoridade. Uma primeira linha descenderia da administração até o pessoal hospitalar, obedecendo a um rígido esquema hierárquico, autoritário e centralizado. A segunda linha é decorrente do poder saber dos médicos, que lhes permite confrontar a administração na luta pela defesa de seus interesses profissionais. Esse sistema dual acarreta uma permanente disputa de poder e conseqüente desencadeamento de conflitos.

Binsfeld e Lima (2003, p.101) citam a compreensão de Cecílio (1999, p. 321) que, se baseando na análise de Foucault, aproximou-se do tema poder no hospital e concluiu, dentre outras coisas, que: “[...] os médicos são os únicos profissionais realmente autônomos no hospital”. Ainda com base nas considerações de Cecílio (1999, p. 318), sobre a gestão nos hospitais, Binsfeld e Lima (2003) afirmam que:

[...] o modo de gestão tem tradicionalmente garantido quase que total autonomia aos profissionais médicos, não estando eles submetidos a qualquer tipo de controle. Aqui se entende por autonomia a capacidade que esses profissionais têm de controlar seu próprio trabalho e de se responsabilizarem por ele. Com relação à enfermagem o autor ressalta que as linhas de poder são mais fortes quando vão do enfermeiro ao auxiliar de enfermagem, e geralmente se caracterizam pelo autoritarismo e verticalismo, assentados em esquemas hierárquicos rígidos, mas são mais fracas nas relações entre os enfermeiros e os médicos e entre os enfermeiros e a administração, por isso “o corpo de enfermagem estaria submetido a uma relação assimétrica perante o poder médico”.

Desta forma, como confirma o discurso seguinte, ao realizarem suas atribuições estes profissionais deixam para trás formulários incompletos e prescrições que não contemplam todas as necessidades dos pacientes, entre outras falhas, sobrecarregando ainda mais a enfermeira. Saliente-se que em face da posição de articuladora e coordenadora do processo de trabalho em saúde, a enfermeira se vê obrigada a sanar e corrigir falhas cometidas por outros profissionais em virtude da imperativa necessidade de garantir a continuidade assistencial.

“O médico olha o paciente de uma forma tão rápida que acaba deixando de ver o que ele está necessitando. A gente observa que o paciente tem necessidades para as quais ele não prescreveu. Então, chamamos o médico plantonista para complementar e acabamos sempre por corrigir muitas falhas deixadas por ele. Isso nos sobrecarrega o tempo inteiro” (P5. FONTE: GD2).

Reforce-se que só a partir da contextualização de sua prática a enfermeira poderá construir um entendimento que lhe possibilite assumir um posicionamento seguro em relação ao seu trabalho e que isso precisa ser bem orientado ainda na formação.

“[...] isso não é um ato voluntário de enfermeiras. Isso é da formação do processo de trabalho. [...] Essa é uma atribuição, mais do que o ato submisso, o ato de servir, o ato amigável, o nome que a gente queira dar. Está na regra da organização do processo de trabalho de alguns hospitais. [...] é muito claro que isso decorre da divisão técnica da organização do trabalho nos hospitais e que para assumir isso a enfermeira se vê obrigada a dedicar boa parte do seu tempo. Agora, assumir que isso faz parte de sua especificidade é algo discutível. [...] eu acho que há um problema ligado à formação nas escolas de enfermagem e isso ainda não foi devidamente assumido. [...] minha compreensão é de que o fato da enfermeira dar também suporte ao trabalho do médico não se deve à sua especificidade, e isso deve ser passado para as alunas. [...] o problema é que muitas professoras ainda pensam dessa forma. As professoras ainda pensam que a enfermeira tem que preparar a bandeja para o médico” (P7. FONTE: GD1).

Vale à pena frisar que o comportamento das enfermeiras já não se apresenta de maneira uniforme e que vem ocorrendo mudanças no posicionamento destas profissionais. As afirmações denotam que algumas trabalhadoras estão se posicionando de forma mais independente, assumindo suas responsabilidades no gerenciamento da unidade sem se preocupar em dar apoio ao médico em seus afazeres.

“[...] freqüentemente nos hospitais, as enfermeiras estão se rebelando em relação a isso. No meu entender, elas até cuidam da bandeja, mas não têm certeza se é especificidade de seu trabalho. Entretanto, está na formação e é lá que ela aprende que deve assumir isso. [...] No Brasil, a enfermeira não precisa arrumar a bandeja. A enfermeira coordena o processo de trabalho e, portanto, ela deve articular para que a bandeja seja arrumada” (P7. FONTE: GD1).

Desta forma algumas enfermeiras vêm reafirmando a posição de gerentes, coordenadoras e articuladoras do processo de trabalho em saúde, comportando-se diante dos médicos da mesma forma que se comportam em relação aos demais profissionais da equipe multidisciplinar.

“[...] No entanto, se você chega à outra ala, você já vê uma profissional a quem você pergunta: doutor fulano passou aqui? O médico já passou e ela não viu e responde: “Ah, não vi, não sei.” Ela desvincula totalmente sua atividade da atividade do médico. Ela se posiciona como administradora da unidade e do processo de trabalho da equipe multiprofissional. Ela não está preocupada em dar apoio ao médico. [...] Ela observa se tem prescrição médica, porque a coordenação da assistência está diretamente ligada ao que o médico prescreveu, ao procedimento indicado pelo médico. Mas ela não está muito ligada à pessoa do médico” (P5. FONTE: GD1).

É inegável que a relação entre médicos e enfermeiras é permeada por uma constante tensão e isso foi bem evidenciado na discussão acerca do apoio da enfermeira ao trabalho do médico. A fala seguinte denota que as enfermeiras se sentem desprestigiadas pelos médicos, que as tratam como profissionais inferiores e também pelas organizações empregadoras que as responsabilizam pelas falhas, ainda que estas decorram da falta de priorização, indisponibilidade de tempo ou do pouco envolvimento dos médicos em relação à organização.

“Quando o médico não examina o paciente adequadamente e por isso não vê, por exemplo, que o doente está com monilíase oral. A gente tem que ver que o paciente tem monilíase, que o médico não prescreveu e ainda precisamos providenciar chamar alguém para complementar o trabalho dele. E o que é pior é que muitos plantonistas se sentem insatisfeitos com isso, ficam irritados e nos tratam grosseiramente” (P5. FONTE: GD2).

Associadas ao modo de organização do trabalho em saúde e ao modelo biomédico, a exploração da mão de obra da enfermeira e a relação de tensão entre elas e os médicos são apontadas pelas participantes como fatores de intenso desgaste e insatisfação entre estas trabalhadoras. Foi explicitado que as profissionais se vêm obrigadas a oferecer uma acessoria diferenciada aos médicos e que isso inclui, dentre outras coisas, terem que complementar o trabalho destes profissionais.

As participantes afirmaram que muitas das atividades pertinentes aos médicos terminam, direta ou indiretamente, por serem complementadas ou finalizadas pela enfermeira. Um exemplo disto é quando esta profissional tem que chamar o médico plantonista para completar a prescrição de um paciente porque o médico assistente, responsável pelo paciente, ao visitá-lo de forma apressada deixou de prescrever uma medicação, liberar a dieta ou preencher um receituário.

Acrescente-se que, por receio de serem co-responsabilizadas em situações que envolvem negligência, algumas profissionais terminam por sentirem-se obrigadas a ocuparem-se da finalização do trabalho do médico. Muitas vezes esta atitude é a única saída e visa salvaguardar a imagem da organização, evitando a inviabilização de encaminhamentos importantes com prejuízos para a continuidade da assistência ao paciente e, também, no que tange aos problemas administrativos e financeiros gerados para a organização.

“[...] se você, enquanto enfermeira, não estiver para informar qual é o paciente que vai fazer o procedimento e o médico chega apressado ao setor e vai embora dizendo que não achou o paciente, ou o pedido, ou o prontuário e a responsabilidade irá recair sobre a enfermeira, porque ela não estava ali no momento para orientá-lo e entregar o prontuário. Finalmente, se o procedimento deixou de existir, por que o médico não solicitou ou não fez o pedido corretamente, o paciente vai ser prejudicado, a família vai se queixar e o hospital vai culpar a enfermeira alegando que ela não viu e não providenciou o que faltava” (P8. FONTE: GD2).

Reforce-se que as enfermeiras acabam por assumir a responsabilidade na cobertura das falhas com o objetivo de proteger o paciente e a organização, mas revelam-se insatisfeitas e injustiçadas por sentirem-se obrigadas a continuamente vigiar e corrigir falhas que decorrem muitas vezes da pouca dedicação e da falta de envolvimento dos médicos com as organizações e com o processo de trabalho coletivo em saúde.

“[...] o ideal é que o médico saiba onde é o leito do paciente, que ele conheça as instalações do hospital e a enfermaria para onde deverá se dirigir, porque o centro cirúrgico já deu o aviso do procedimento a ele. No entanto, ele chega aqui na Ala A procurando a Ala B. Já trabalha no hospital há anos e não sabe onde é a enfermaria e o quarto duzentos e um, leito um”. (P8. FONTE: GD2).

Saliente-se que a sobrecarga decorrente dos múltiplos vínculos é uma situação comum entre os profissionais de saúde, sobretudo, entre os médicos, conforme anteriormente discutido. Desta forma a ausência de profissionais nas unidades de saúde, decorrente da sobreposição de vínculos de trabalho, traz prejuízos para a assistência e vem se apresentando de forma recorrente e tem sido evidenciada através de denúncias sobre desassistência aos pacientes dentro das unidades hospitalares públicas de saúde, como urgências e emergências e também dentro das unidades de atenção básica e no Programa Saúde da Família.

A falta de efetivo controle por parte das organizações públicas de saúde, quanto ao cumprimento da carga horária pelos profissionais, estimula esta prática e vem sendo alvo de denúncias e críticas pela mídia e pela sociedade organizada.

Esta é uma discussão importante para as enfermeiras no sentido de que a construção de uma compreensão bem elaborada e a reflexão permanente acerca da relevância do seu trabalho, é um caminho para que estas profissionais possam conquistar a autoconfiança necessária ao enfrentamento dos desafios, nesta busca pelo estabelecimento do espaço profissional, impondo-se contra as distorções e abusos de outras categorias ou das organizações com efetiva autonomia.

Neste sentido compreender as bases dos posicionamentos das enfermeiras é um ponto importante. Faz-se necessário diferenciar os limites que tangenciam a submissão por acomodação ou falta de avaliação crítica, daquela que decorre da aceitação por imposição do modelo organizacional, econômico e político e que põe em risco a manutenção do vínculo da profissional que assume a iniciativa de posicionar-se isoladamente, contrapondo-se às determinações da organização. Neste sentido assinala-se a importância da categoria organizar-se politicamente com a finalidade de conquistar o seu espaço.

Ressalte-se que as enfermeiras, em geral, terminaram por se moldar a um processo de trabalho onde as ações definidas como específicas/próprias ou peculiares da categoria conformam, na verdade, um processo de trabalho articulado e imposto por cada organização com o objetivo de atender aos anseios capitalistas.

Propõe-se, então, que as profissionais iniciem o processo crítico e (re) construtivo à luz da legislação que rege o exercício profissional da categoria. Saliente-se, nesta discussão, que a legislação em vigor apresenta lacunas que objetivamente dificultam a definição segura das atribuições de cada uma das categorias da enfermagem. Entretanto, no que concerne à subordinação técnica, a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 define categoricamente que a direção, organização e supervisão da equipe de enfermagem são atribuições privativas da enfermeira.

Com esta compreensão reafirme-se, em conformidade com a legislação, que enfermeiras não se subordinam tecnicamente a nenhuma outra categoria profissional. Enfatize-se, ainda, que as enfermeiras vêm ocupando secularmente a posição de gerentes do cuidado e coordenadoras do processo de trabalho em saúde, como integrantes do processo de trabalho coletivo em saúde, prestando relevante contribuição à sociedade e às organizações de saúde.

Ressalte-se que no imaginário da maioria das pessoas é a imagem da enfermeira submissa, cujo trabalho transcorre invisível e sem adequada valorização do saber e cientificidade, que conforma a representação social mais presente da identidade da enfermeira

para a sociedade e que desmistificar esta representação social é um desafio a ser enfrentado pelas enfermeiras.

Reforçando as afirmações acima, enfatize-se que o aprofundamento acerca da própria prática é a base necessária para que as enfermeiras fortaleçam sua identidade. Reafirme-se, portanto, a idéia de que a imagem da enfermeira submissa, sempre subordinada ao médico é algo a ser definitivamente superado por toda a sociedade e, sobretudo, pelas próprias enfermeiras.

Partindo desta compreensão, faz-se necessário que as enfermeiras realizem um amplo exercício de autovalorização. Inicie-se pela reflexão dos fundamentos históricos da construção profissional, da participação da categoria na reconfiguração do hospital moderno, das conquistas científicas realizadas, dentre outras coisas, ao longo da trajetória desta categoria profissional e que fazem da enfermagem moderna uma profissão reconhecidamente importante e que deve ser respeitada em todos os meios.

Entrementes se reafirme que o trabalho da enfermeira dentro do espaço hospitalar tem relevância historicamente construída e que isso deve ser difundido entre a própria categoria médica, uma vez que estes profissionais buscaram a parceria proativa das enfermeiras para reorganizar o hospital moderno e instituir o modelo biomédico. A participação da enfermeira neste processo, do início até a atualidade, é inegável e justo se faz o seu reconhecimento e valorização.

É necessário que a categoria se organize com o objetivo de promover a valorização da profissão, a partir do processo de formação que privilegie a construção crítica. É fundamental, também, que as profissionais busquem, cada vez mais, aprofundar o conhecimento sobre sua prática apoiando suas ações em bases científicas sólidas e na compreensão da estrutura econômica, social e política onde se insere sua prática e onde se inserem as organizações de saúde.

Com esta compreensão vale refletir, conforme sugere a participante do GD2, acerca da importância que tem para a categoria o aprofundamento do estudo sobre gerenciamento em enfermagem.

[...] “A gente tem que ter muito cuidado para entender qual é a natureza, a essencialidade do nosso trabalho e ir buscar, por exemplo, melhorar a nossa auto-estima, nos tornando cada vez mais imprescindíveis e, principalmente, buscando desenvolver competências no campo do gerenciamento em enfermagem. Isso é fundamental. Nós ainda não aprofundamos o estudo sobre gerenciamento em enfermagem de forma suficiente, e essa é a essência do nosso trabalho” (P12. FONTE: GD2).

O estímulo à organização política e à participação das enfermeiras nas entidades de classe, a exemplo da ABEN, e também nos sindicatos, representa um caminho importante no sentido da promoção da categoria. Saliente-se que é a partir do envolvimento da categoria que se poderá fortalecer o processo de valorização e minimizar o desconhecimento que alimenta a compreensão equivocada que a sociedade desenvolveu em relação ao trabalho desenvolvido pelas enfermeiras.

4.1.2 Assistência Direta aos Pacientes

A prestação de cuidado direto pela enfermeira a pacientes críticos e com necessidades de cuidados especializados é efetivamente assumida como uma peculiaridade do trabalho da enfermeira dentro das unidades especializadas do hospital a exemplo da unidade de terapia intensiva, centro cirúrgico, centro obstétrico, urgências, emergências, dentre outras. Enfatize-se que o cuidado direto é assumido pela enfermeira também dentro das unidades abertas de internação, mas, em menor proporção e justificadas pelas situações especiais ou críticas.

Desta forma a rotina laboral da enfermeira dentro do hospital pode variar a depender do setor onde estejam lotadas. Nos setores especializados o trabalho desta profissional compõe-se de atividades com maior grau de complexidade e inclui a realização direta de procedimentos e também o apoio à operacionalização de procedimentos especializados por outros profissionais da equipe multidisciplinar. Ressalte-se que dentro dos setores fechados a enfermeira integra a equipe multidisciplinar de saúde participando ativamente do processo coletivo de assistência direta aos pacientes.

I - Dar cuidado direto a pacientes críticos em unidades de produção de cuidados com características peculiares

É consenso entre as participantes que o cuidado direto com o paciente, dentro das Unidades de Terapia Intensiva fica sob a responsabilidade da enfermeira. “O que eu vejo hoje é que é na UTI que nós, enfermeiras, realmente prestamos assistência mais direta ao paciente” (P10. FONTE: GD2). “[...] a enfermeira de UTI realmente presta assistência direta ao paciente” (P5. FONTE: GD1). Desta forma as participantes dos grupos de discussão evidenciaram que a assistência direta é realizada pela enfermeira quando se tem um paciente crítico ou que exige procedimentos técnicos de enfermagem de maior complexidade.

Percebe-se que a atuação da enfermeira tem se desenhado predominantemente na coordenação do processo de trabalho, contudo, ela assume a responsabilidade de dar cuidado direto ao paciente quando este apresenta um quadro que necessita de assistência de maior complexidade. “A atuação da enfermeira na assistência direta está ligada à realização das técnicas de maior complexidade” (P6. Fonte: GD2) “As técnicas de maior complexidade são feitas pela enfermeira” (P5. FONTE: GD2). “[...] Então, ficam esses curativos mais especiais com a gente, enfermeira” (P3. FONTE: GD2).

“[...] a realização de procedimentos técnicos mais apurados como falaram as colegas: sondas nasoenterais, curativos de traqueostomia e ostomia, essas coisas, a gente faz questão de fazer para não perder essa característica” (P6. FONTE: GD2).

Percebe-se que apesar das falas sobre o cuidado direto aparecerem, é patente a existência de dificuldades na realização desta assistência direta em decorrência da inadequação na relação numérica entre número de pacientes por enfermeira. “A questão é que se criou a ideologia de que a enfermeira cuida. E aí, eu acho que nós acabamos por ter que falar, todo tempo, que nós cuidamos” (P11. FONTE: GD2).

Os discursos abaixo reforçam que as dificuldades em implementar o cuidado direto relacionam-se tanto ao dimensionamento inadequado de enfermeiras para essa finalidade, como às dificuldades de infra-estrutura e, ainda, em função da sobrecarga da enfermeira por assumir atribuições que, no entendimento delas, deveriam ser mais bem distribuídas no processo de trabalho em saúde.

Assinale-se que as falas seguintes denotam a existência do paradoxo que permeia a compreensão destas profissionais que ao mesmo tempo em que demonstram reconhecer a coordenação do processo de trabalho em saúde e o gerenciamento da equipe de enfermagem como as especificidades do seu trabalho, reassumem o posicionamento de que o ideal desta profissional é a prestação do cuidado direto.

“Se contássemos como uma estrutura de trabalho melhor, nas vinte e quatro horas, daria para fazer o trabalho com muito mais qualidade, ficando mais próximas do paciente, humanizando mais a assistência [...] Existem realidades melhores, onde as colegas contam com o suporte administrativo. Nós, na ala aberta, no dia a dia, não temos esse suporte administrativo temos que fazer tudo e aí o tempo não dá” (P4. FONTE: GD2).

“Mas não é só a questão do serviço de apoio administrativo. Se a gente tivesse uma equipe que trabalhasse em conjunto, cada um realizasse sua função, seria ótimo. Mas não é assim que funciona, eu tenho que estar corrigindo falhas de outros profissionais e correndo atrás de uma estrutura que não responde às necessidades da unidade e isso interfere no meu trabalho e por isso acabo não dando conta de planejar eficientemente o cuidado e de chegar mais perto do paciente e cumprir o

que está estabelecido inclusive pela lei, como a SAE e os cuidados aos pacientes mais críticos” (P1. FONTE: GD2).

Observe-se que esta preocupação com o cumprimento da legislação do exercício profissional de enfermagem também foi pontuada pelo GD1 e que o termo privativo citado é sinônimo de exclusivo e tem por finalidade atribuir à enfermeira a obrigatoriedade de realizar algumas atividades próprias do processo de trabalho em enfermagem.

“Fui pesquisar a Lei do exercício profissional e encontrei que: a enfermeira presta cuidado direto a pacientes graves e presta cuidados de maior complexidade. Aqui está como privativo da enfermeira. Então, só a enfermeira pode fazer isso” (P5. FONTE: GD1).

Nessa discussão uma das participantes do GD1 oportunamente realizou uma crítica muito pertinente à lei do exercício da enfermagem no Brasil que não oferece subsídios satisfatórios no sentido de favorecer a compreensão acerca da atuação específica da enfermeira e é obscura, também no que tange à definição dos papéis das auxiliares e técnicas de enfermagem.

Uma das participantes abre um parêntese para chamar a atenção acerca da utilização inadequada do termo *delegação* (grifo nosso) e para as implicações da legislação. Com o objetivo de contribuir com a reflexão proposta se buscou conceituar o termo *delegar* que segundo Fernandes (1991) significa: “[...] investir na faculdade de obrar, agir; transmitir (poderes) por delegação; encarregar, incumbir; enviar (alguém) com poderes de julgar, de resolver; transmitir por delegação [...]”.

“[...] as enfermeiras não delegam nada. Porque a delegação seria um ato legal. E a lei do exercício profissional da enfermagem é obscura e não oferece subsídios suficientes para orientar a atuação específica da enfermeira. Entretanto, esta lei não permitiria que enfermeiras dissessem para um técnico ou auxiliar que faça algo que está atribuído à enfermeira, se não está previsto na legislação, essa atividade para auxiliares e técnicos de enfermagem” (P7. FONTE: GD1).

Dessa forma a fala seguinte vem reforçar a existência de uma problemática ao ilustrar um grande desafio enfrentado pela enfermeira em seu dia a dia dentro das unidades de produção de serviço quando, pela impossibilidade de manter-se ao lado do paciente grave, a profissional termina por transferir a prestação do cuidado que, de acordo com a legislação, deveria ser realizado por ela a um auxiliar de enfermagem que ela avalia como melhor

qualificado na equipe. Ainda que a Lei nº 7.498, de 25/junho de 1986 que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem determine que:

[...] Artigo 11 – O enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I – privativamente:

[...]

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. (BRASIL, 1986) [...].

“[...] Na hora em que um auxiliar não tem habilidade pra ficar com aquele doente que é mais grave, eu vou remanejá-lo; vou colocar um que eu avalio ter mais critérios e preparo técnico para cuidar desse doente”(P3. FONTE: GD2).

Assinale-se que as orientações acima, emanadas da lei do exercício profissional da enfermagem, têm por objetivo a normalização do processo de trabalho em enfermagem. O termo privativo tem por finalidade imprimir um caráter de exclusividade e obrigatoriedade para a enfermeira no que tange à realização dos procedimentos mais complexos e à assistência direta aos pacientes críticos e com risco de evoluírem para o agravamento e para a morte.

Saliente-se nessa discussão o caráter coletivo do processo do cuidado em saúde e que a atribuição de assistir aos pacientes críticos, nas vinte e quatro horas não deve ser assumida apenas pela enfermeira, mas sim compartilhada por outros profissionais da equipe multiprofissional. “O cuidado aos pacientes críticos não pode ser considerado algo exclusivo da enfermeira” (P7. FONTE: GD1).

Neste sentido, uma das falas vem assinalar que o cuidado como um trabalho de intervenção deve resultar da ação física e intelectual de diferentes sujeitos, não podendo ser uma responsabilidade atribuída a nenhuma categoria profissional. Evidencie-se que, de modo geral, mesmo em se tratando de pacientes críticos o que se observa é que apenas a equipe de enfermagem mantém-se ao lado do paciente nas vinte e quatro horas.

“São os profissionais de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira, que permanecem vigilantes vinte e quatro horas ao lado do paciente. Esta é uma especificidade da enfermeira, manter a equipe os três turnos no hospital. O médico chega e sai; o fisioterapeuta aparece e vai embora. Quem é que fica ali o tempo todo? A enfermeira com sua equipe” (P2. FONTE GD2).

“O cuidado não pode ser uma atividade assumida como exclusividade por nenhuma categoria. Porque não existe dentro do processo de trabalho coletivo na saúde o exclusivo. Algo que eu faça e que nenhum outro faz. Porque o cuidado resulta da ação coletiva. [...] é da natureza do trabalho em saúde ser coletivo. Isso significa que eu posso não estar muito bem articulada com os meus pares, mas aquilo que é produzido dentro da organização hospitalar deve ser entendido como algo

resultante da intervenção e da ação física e intelectual e da responsabilidade de diferentes sujeitos. Esta é uma disposição histórica da divisão técnica do trabalho” (P7. FONTE: GD1).

“[...] os conflitos entre a equipe surgem também da falta de compreensão de que a assistência à saúde é um trabalho coletivo. Não é um trabalho individual e todos os membros são importantes” (P2. FONTE: GD1).

“[...] o trabalho é de equipe e a função de permanecer e cuidar é de quem tem bom senso, de quem tem sensibilidade e responsabilidade, de quem fez um curso na área de saúde por prazer. O importante é que a equipe compreenda que o problema do doente tem que ser resolvido. Porque quem tem que ficar bem e em segurança é o doente” (P3. FONTE: GD2).

A fala abaixo reforça a idéia de que o cuidado direto, normalmente traduzido pela realização de procedimentos, nunca foi o foco principal da categoria, a não ser em casos peculiares. As participantes salientam que há uma construção mítica que envolve a enfermeira idealizada, prestando cuidados, sempre à cabeceira do doente. [...] Mas há também essa discussão em torno da dimensão técnica que envolve a participação da enfermeira nos cuidados especializados e mais complexos dentro do hospital. Deve haver, então, um reconhecimento pelo desempenho técnico (P4. FONTE: GD1).

“[...] Nunca foi. É tão impressionante isso, porque, apesar da existência do mito, a enfermeira nunca foi do cuidado direto. [...] o que as enfermeiras fazem? Dão cuidados diretamente? Nunca foi. A não ser em circunstâncias particulares e em unidades de produção muito peculiares. [...] o cuidado tornou-se essa mítica, depois” (P7. FONTE: GD1).

Uma das integrantes posicionou-se de forma contrária ao discurso acima afirmando sua crença no fato de que a ênfase no coordenar criou uma lacuna, pois, ao assumirem outras atribuições que não lhes eram específicas, as enfermeiras ficaram distantes do processo do cuidado: “A enfermeira começou a administrar outras coisas que não lhe eram específicas, deixando uma lacuna e hoje as enfermeiras estão muito distantes do cuidado”. “Apesar de ela ter esse papel gerencial, em algum momento ela tem que se aproximar do paciente” (P5. FONTE: GD1).

Dessa forma é relevante esclarecer que não houve unanimidade entre os grupos, no sentido de precisar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar. Acrescenta-se, ainda, que a expressão das participantes revelou, em diversos momentos, que o entendimento do cuidado se traduz, marcadamente, pela realização de procedimentos.

“[...] Mas tem áreas específicas que o enfermeiro está dando o cuidado direto” (P2. FONTE: GD1)

“[...] em outra unidade, onde eu trabalho, eu faço aplicação de medicações. É um programa de alto custo onde esta atribuição está prevista como atividade específica da enfermeira, o auxiliar de enfermagem não pode aplicar” (P8. FONTE: GD2).

“[...] rotineiramente a enfermeira não participa da realização dos procedimentos, mas, você imagina que num procedimento mais complexo, sim, ela terá que estar presente. [...] em determinado momento, ela vai ter que priorizar situações assistenciais e estar em uma PCR, mesmo numa enfermaria com 37 leitos. Em uma parada cardíaca, na minha visão, a enfermeira teria que estar. E ela, muitas vezes, não está. [...] até que ela deixe o lado administrativo sem fazer, mas ela priorize o cuidado direto” (P5 FONTE: GD1).

Uma das participantes se contrapõe a esta afirmação e reforça constatando que as enfermeiras não são contratadas em número suficiente para a prestação do cuidado direto.

“[...] eu quero que essa discussão comece pela análise do quantitativo de enfermeiras dentro dos hospitais. [...] Pegue qualquer um desses hospitais. Eu quero saber em qual deles existe enfermeira, quantitativamente, para dar cuidado direto. Qual? Nenhum. Enfermeira em quantidade suficiente para prestar cuidado direto a pacientes não existe em nenhum hospital. [...] é preciso começar a discussão por esse dado. Aí, isso posto, façamos o cálculo, pelo parâmetro que queiram e eu vou discutir essas questões. Dessa forma, eu estou querendo dizer qual é o ponto de partida para estabelecer a mudança, se a intenção é a prestação do cuidado direto por enfermeira” (P7. FONTE: GD1).

A fala do parágrafo anterior explicita que o dimensionamento de profissionais é um aspecto fundamental para essa discussão e que ratifica a compreensão de que a existência da enfermeira nas unidades hospitalares se justifica, de modo geral, pelas necessidades administrativas da unidade e do gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem. Reforce-se que mesmo considerando que enfermeiras existem, neste espaço, exclusivamente para estas finalidades, o quantitativo que vem sendo observado nas unidades de saúde é insatisfatório.

Ressalte-se a pertinência da ponderação, no parágrafo acima, que alerta para o fato de que qualquer contraposição no sentido de afirmar que as enfermeiras são contratadas para a assistência direta e para a realização de procedimentos junto ao paciente deverá ser discutida em reflexão que se inicie a partir de uma análise da relação quantitativa de enfermeiras dentro das diversas unidades do hospital.

Esta constatação de que as enfermeiras não existem em quantidade suficiente para o cuidado direto nas instituições se revela, muito claramente, como uma preocupação evidenciada na fala de uma das participantes do GD2 ao relatar sua experiência em campo de estágio.

“Enquanto estudante, quando passei pela rede hospitalar, eu vivia um conflito. A enfermeira não parava. Ela estava lá, junto comigo, administrando, supervisionando, em contato com diversos setores do hospital. E eu me interrogava: como seria isso se eu estivesse sozinha? Como eu daria conta de tudo aquilo? De certa forma, a responsabilidade da execução dessas atividades cai sobre os ombros

da enfermeira. Eu cheguei a discutir com a enfermeira que estava comigo e ela dizia: “Na verdade, eu não sei te dizer se o paciente x, paciente y, defecou hoje ou não, como é que está o funcionamento do intestino dele, a não ser que seja um sintoma ligado à patologia dele”. Mas eu sei os exames que devem ser feitos; eu encaminho, eu sei quem deve ser encaminhado, quem não deve; quem vai para hemodiálise, quem não vai; qual prescrição está faltando. Enfim, a minha função é muito mais administrar. Porque eu não consigo cuidar especificamente de cada paciente. Nem no geral eu consigo estar cuidando diretamente. Eu cuido indiretamente. Quando eu planejo, eu estou cuidando. Quando estou administrando, quando estou decidindo qual técnico vai ficar com qual paciente, eu estou cuidando, isso é cuidado. É cuidado indireto” (P12. FONTE: GD2).

Esta fala assinala que o universo de enfermeiras contratadas pelos serviços é insuficiente também para o gerenciamento e isto se revela na baixa qualidade gerencial apresentada pelos serviços.

Uma das participantes do GD1 pondera ainda, que:

“Quem faz cuidado direto não é enfermeira. Isso não é questão de priorização. [...] O cuidado é atividade secundária da enfermeira. [...] Não estou falando do conhecimento técnico dela. Estou falando que a razão dela estar ali, profissionalmente, não é o cuidado direto. [...] O cuidado é secundário e depende também da quantidade. Todo mundo sabe que a técnica e a auxiliar de enfermagem fazem cuidados diretos no hospital e elas são contratadas em maior quantidade porque custam menos. [...] Hoje, 44% do corpo de enfermagem do Brasil é formado por técnicos, 41% são auxiliares e apenas 15% é de enfermeiras. Ainda assim, querem que a enfermeira, de um modo geral, dê cuidado direto? Como? [...] Essa história da enfermeira no cuidado direto é uma mistificação. O quantitativo de enfermeiras nas organizações deve ser a base política para que se inicie essa discussão” (P7. FONTE: GD1).

A reflexão a seguir reforça essa idéia pontuando que, em geral, não se contratam enfermeiras em número suficiente para dar conta das atribuições relacionadas ao gerenciamento e ao cuidado direto. Assinale-se, entretanto, que esta pode não ser a proposta ideal e que a categoria não deverá, necessariamente, acomodar-se abrindo mão de princípios éticos, filosóficos e de interesses coletivos para moldar-se aos interesses capitalistas do modelo biomédico.

Historicamente, entretanto, observe-se que é isto que está posto:

[...] na década de 70, intensifica-se a expansão dos serviços de saúde com a contratação dos serviços hospitalares pela Previdência, ocorrendo a ampliação da rede particular de serviços de saúde. Essa iniciativa facilitou a penetração do capital industrial nos serviços de saúde, com a ampliação do uso de equipamentos sofisticados e de medicamentos, para a assistência hospitalar. Entretanto, poderia causar perplexidade constatar que toda essa modernização não acarretou, como seria de esperar, maior demanda do mercado de trabalho por enfermeiras (GOMES; SANTOS, 2005, p. 495).

É possível observar-se na fala do parágrafo seguinte que, tanto nas instituições públicas como na iniciativa privada, o quantitativo de enfermeiras contratadas, trabalhando intensamente, é insuficiente até para atender as necessidades gerenciais do processo de trabalho em saúde, com qualidade.

“[...] eu não quero dizer que essa situação, é ideal. [...] As enfermeiras não precisam se moldar a isso e ficar só com a parte burocrática. Mas, com esse quantitativo que tem em todos os hospitais que eu conheço inclusive os privados, só é possível fazer isso. Ou será que isso é pouco trabalho? Ela não consegue nem dar conta de tudo. Será que as enfermeiras, no quantitativo que existe nos hospitais, estão conseguindo gerenciar com qualidade? [...] As pessoas que estão nos postos de gestão têm que compreender isso. A maioria dos diretores de hospitais ainda são médicos. Essas pessoas que estão nos postos de gerenciamento não vêm como a enfermeira é importante para o modelo biomédico” (P7. FONTE: GD1).

Assinale-se que deixar de assumir o gerenciamento e passar a assumir a assistência não depende da vontade e nem da escolha das enfermeiras. Esta é uma disposição historicamente construída, está relacionada ao modo de produção vigente e se caracteriza por privilegiar o lucro.

Qualquer possibilidade de dúvida se desfaz, quando lembramos que, da mesma forma como em outras empresas, os capitalistas que investiram nos serviços de saúde estão mais preocupados com os lucros do que com a qualidade da assistência prestada à população. Decorre daí que os chamados setores de recursos humanos são orientados a priorizar o recrutamento e seleção de mão de obra desqualificada, principalmente os atendentes de enfermagem, os quais, evidentemente, têm menor peso na folha de pagamento (GOMES; SANTOS, 2005, p. 495).

Outra situação pontuada é que esta dicotomia, entre o cuidar e o gerenciar, é vista como uma fonte de sofrimento para a enfermeira. Uma das participantes assinala que isto faz com que a profissional, por não ter desenvolvido a compreensão de que gerenciar é um papel essencial no seu trabalho, perca o foco e não busque preparar-se, do ponto de vista técnico e científico, para o enfrentamento das atividades gerenciais “Essa dicotomia impõe às enfermeiras um sofrimento que se prolonga do primeiro emprego à aposentadoria” (P8. FONTE: GD1).

“As enfermeiras afirmam que estão ali para cuidar e que a instituição as impede. Com essa crença ela não busca se aperfeiçoar e melhorar naquilo que é o papel dela. [...] Muitos estudos mostram que a maioria das enfermeiras está em atividades gerenciais e outros afirmam que a enfermeira está se afastando do cuidado. É onde as enfermeiras criam desprezo pelo trabalho gerencial, porque entendem que seu objetivo é o cuidado direto. É como se o gerenciamento fosse algo desprezível e essa compreensão equivocada ajuda a criar essa crise. Os próprios alunos questionam por que nós ensinamos isso para eles. [...] este equívoco é razão de sofrimento e nesse conflito a enfermeira não busca se aperfeiçoar no

gerenciamento, porque disseram a ela que não é isso que é o seu trabalho” (P1. FONTE: GD1).

A fala da participante do GD2 reforça esta constatação ao afirmar que “[...] A impressão que tenho é que na graduação pensamos aos poucos que a enfermeira é aquela que cuida e está sempre perto do doente. Mas não é isso que a instituição hospitalar espera de uma enfermeira” (P9. FONTE: GD2).

Acrescente-se a esta discussão a compreensão de Hausmann e Peduzzi (2009, p. 259) de que:

[...] há enfermeiros com bom desempenho na assistência e frágeis na administração de enfermagem ou o inverso, o que expressa que há uma dificuldade de articulação entre as dimensões gerencial e assistencial. Percebe-se que o enfermeiro que está na administração tende a valorizar esta ação como uma ação que subsidia a viabilização do cuidado, por outro lado, quem está no cuidado tende a menosprezar a atividade do gerenciamento, atribuindo-lhe um cunho burocrático.

Propor uma reflexão que contemple a questão da especialização é importante e vale à pena iniciar perguntando se de fato é possível que um profissional domine duas searas de conhecimentos tão vastas, onde o crescimento tecnológico se apresenta de forma tão dinâmica, a exemplo do trabalho gerencial e da preparação para o cuidado direto em enfermagem ao mesmo tempo. Destaque-se que em ambos os casos para dar conta da realização adequada das atribuições e manter a continuidade da assistência a enfermeira necessitará de preparo e envolvimento permanentes, de forma suficiente.

Acrescente-se ainda que para a realização das técnicas inerentes à prestação do cuidado direto faz-se imperativo o desenvolvimento de habilidades que envolvem destreza manual e que vão, portanto, além da construção científica. A construção científica generalizada é importante, mas o preparo para a atividade específica é uma necessidade da enfermeira assim como de qualquer outro profissional que acabou de concluir sua formação básica.

Desta forma, no caso específico da enfermeira, até mesmo para que esta profissional possa desenvolver a compreensão da importância que a atividade gerencial tem para a consecução do processo de trabalho em saúde, ela precisa desenvolver-se continuamente com este foco. Particularizando-se a enfermeira que trabalha em unidade especializada, desenvolver-se continuamente até que possa sentir-se apta a fazer frente aos desafios impostos pela divisão técnica, pelo avanço tecnológico e pela produção de conhecimentos altamente especializados, peculiares ao espaço hospitalar.

Não se pode perder de vista o fato de que a enfermeira dedica-se a um trabalho multifacetado que tangencia a dupla dimensão da administração e do cuidado direto/realização de procedimentos. Dessa forma esta profissional precisa estar sempre focada na continuidade de seu preparo e contar com toda a atenção da organização no sentido de promovê-la e motivá-la a continuamente desenvolver-se e qualificar-se para fazer frente aos desafios impostos a ela e, por conseguinte, à própria organização.

Assim no tocante à realização de procedimentos e utilização do arsenal tecnológico é possível inferir-se que o fato da enfermeira dedicar grande parte do seu tempo ao desenvolvimento de atribuições gerenciais, em prol do processo de trabalho em saúde, faz com que ela apresente-se sem o devido preparo no momento da realização dos procedimentos técnicos de maior complexidade. Enfatize-se, então, que não é possível assumir duas funções ao mesmo tempo e dar conta de forma satisfatória de ambas.

Essa realidade deve ser bem contextualizada entre os gestores das organizações considerando-se, entre outras coisas, que as organizações são expostas a processos indenizatórios, quando os profissionais de saúde, contratados por ela, se envolvem em iatrogenias.

No que diz respeito às atividades gerenciais saliente-se que a enfermeira permanece exposta e em posição de grande vulnerabilidade tanto em relação às situações de constrangimento, perante outros profissionais e a chefia, como no que se refere aos riscos de envolver-se diretamente ou contribuir para as ocorrências de erros.

Ressalte-se que o gerenciamento assistencial de baixa qualidade vem resultando em erros drásticos com severos prejuízos para o paciente e exposição desastrosa da organização, com repercussões muito negativas para a imagem organizacional decorrentes, também, da exploração midiática dos fatos.

As discussões dos grupos GD1 e GD2 apresentadas até agora, demonstram com clareza que a contratação de enfermeiras para as atividades administrativas dentro das organizações tem como principal finalidade a realização das diversas atribuições ligadas ao gerenciamento das unidades de produção de serviços relacionadas à saúde.

Entretanto, algumas falas apresentadas nas discussões dos GD1 e GD2 apontam também para o fato de que as enfermeiras demonstram um bom potencial para apresentar excelentes resultados em qualquer setor do hospital. Essa diversidade de possibilidades reforça a necessidade de que sejam satisfatoriamente qualificadas para cada cargo/função. “Agora temos enfermeira na coordenação de compras de material, coordenadora da hotelaria

do hospital, e isso muito mais sofisticadamente do que quando era a enfermeira quem fazia tudo isso, sendo apenas enfermeira” (P7. FONTE: GD1).

Nesse contexto o discurso abaixo pondera sobre a necessidade de se delimitar o processo de trabalho das enfermeiras que estão em cargos de chefia. Saliente-se que a exploração abusiva da mão de obra da enfermeira, sob a tendência de atribuir a uma mesma profissional, variadas funções e múltiplas responsabilidades, denota que as organizações desconsideram o fato de que para ser uma coisa ou outra é preciso que a profissional tenha um perfil favorável e domine conhecimentos específicos para o desempenho qualificado da atividade proposta.

“Se você me contratar para o papel de coordenadora no seu hospital eu não vou poder dar cuidado direto. Se eu sou contratada, nomeada, para coordenar a enfermagem dentro do hospital, eu não posso fazer visita com o objetivo de dar cuidado. A visita com foco na assistência poderá ocorrer quando me interessar, para observar como é que está o processo de trabalho. O contato com o usuário vai se dá no sentido da observância da qualidade da assistência prestada com foco nas situações administrativas e não da assistência direta. Mas isso não é visita de enfermeira. É visita de gerente, de coordenadora. É outro conteúdo. As perguntas são direcionadas para outro objetivo” (P7. FONTE: GD1)

No tocante à dimensão do cuidado são também elas que poderão, estando bem preparadas e existindo em quantidade suficiente, fazer frente aos desafios que se impõem às organizações no sentido de qualificar a assistência: articulando bem os processos de trabalho, gerenciando e qualificando a equipe de enfermagem e, até mesmo, realizando cuidados complexos, especializados de forma direta, em situações peculiares.

“[...] se os pacientes daquela organização têm um perfil propenso à Parada Córdio Respiratória, tem que ter mais enfermeiras com educação permanente e treinamento adequado para atender. Se eu estou em cargo de gerência ou coordenação eu não posso responder a isso só porque, sou enfermeira. A tendência das profissionais é fugir. Isso é uma reação humana de quem tem medo por não se sentir preparada. Não sei o que fazer com aquilo e procuro sair. Utilizo-me do artifício humano que for possível para fugir daquela situação” (P7. FONTE: GD1).

Contemple-se, ainda, nessa discussão o fato de que à enfermeira compete legalmente o trabalho técnico especializado e de maior complexidade. Saliente-se que este trabalho lhe é exigido em situações de maior grau de criticidade assistencial e impõe, não apenas o conhecimento teórico, mas, sobretudo, a habilidade técnica e destreza manual que implicam em efetiva construção prática, cotidiana.

“A lei diz que procedimento de alta complexidade não é do técnico, é da enfermeira. Entretanto, é o técnico quem faz procedimentos, de modo geral, o tempo todo, até porque não existem enfermeiras em quantidade suficiente para administrar a unidade e dar cuidados. Mas nas situações críticas a enfermeira tem que ir assistir diretamente o paciente e se ela estiver impossibilitada porque na hora não estava naquela unidade ou porque tem que finalizar as pendências do plantão, fazer o relatório, e ir para casa ou para o outro emprego, dentro do horário dela. O técnico não pode assistir, porque a lei diz que cuidados a pacientes críticos é privativo da enfermeira. [...] e ela tem que estar lá, mesmo que naquele momento o paciente esteja sendo assistido por um médico, um técnico muito experiente, um fisioterapeuta. Nem que seja só para estar lá, para que se possa dizer: “a enfermeira esteve ali”. E a enfermeira possa dizer: “isso aqui é que é minha função, é o que eu tenho que fazer”. Mas ela ainda terá que terminar os relatórios de duas ou três enfermarias e em cada enfermaria tem inúmeras pendências de pacientes que serão cobradas dela, independentemente de qualquer coisa. Ela vai ter que concluir tudo para poder passar o plantão e não vai poder sair na hora que terminaria o seu trabalho. Mas não deve ser assim e a enfermeira, que todo mundo pensa que tem que permanecer ali dentro mais do que o tempo correto, o tempo do seu plantão, não tem que ficar não” (P7. FONTE: GD1).

“[...] mas, mesmo para as enfermeiras, permanece o sentimento de que o fazer administrativo não lhe é próprio. E mesmo que ela seja cobrada por esse fazer, ela vai largar tudo para realizar o cuidado direto para não responder por isso e também para não carregar o conflito de não ter ido realizar os procedimentos. E isso também é terrível. As pessoas não compreenderem o seu próprio trabalho e acham, o tempo todo, que estão fazendo um trabalho que não é importante, que não lhe é próprio” (P1. FONTE: GD1).

“No âmbito hospitalar, em função do déficit de profissionais, alguém chama você para atender a parada ou orientar a alta e você, que é uma gerente, tem mesmo que atender? Não é possível! [...] E a enfermeira sente-se culpada por estar infringindo a lei. Ser uma infratora, porque, ao invés de atender a parada, estava resolvendo outros problemas gerenciais. Atribuições gerenciais que têm por finalidade garantir a continuidade da assistência de todos os pacientes dentro daquela unidade” (P7. FONTE: GD1).

“[...] mas se você priorizar o administrativo irá arcar com a responsabilidade legal. Vai responder tanto a um processo cível, como a um processo ético” (P5. FONTE: GD1).

Esta é uma temática relevante para as categorias profissionais da enfermagem e traz à tona, dentre outras reflexões, a imperativa necessidade de que se promova o debate acerca da readequação da legislação que rege o exercício profissional no campo do trabalho em enfermagem.

Saliente-se que esta discussão, para ser efetiva, deve tomar em ampla análise as transformações decorrentes da dinâmica da vida em sociedade, permeada pelas mudanças ocorridas no mundo do trabalho, da ciência e da tecnologia, observando as necessidades de readequação do processo de trabalho em enfermagem e tendo como foco principal o atendimento das pessoas de forma plena em suas carências assistências no campo da saúde.

“[...] é essa reflexão que nós, da categoria, precisamos fazer para não permanecermos impregnadas por entendimentos equivocados, absurdos conceituais, frágeis, empiricamente contestáveis. É preciso contextualizar em que momento da história desse país a enfermeira estava ao lado da cabeceira cuidando dos doentes.

Iremos perceber que isso nunca ocorreu. Não tem uma instituição, uma organização de saúde que se possa trazer para exemplificar. Salvo em uma determinada rede de hospitais, aqui no Brasil, que todos conhecem e que é, portanto, uma exceção. [...] Nós temos que primeiro compreender isso para depois podermos argumentar frente às autoridades” (P7. FONTE: GD1).

Nesta oportunidade evidencie-se que reavaliar e discutir a postura política das enfermeiras é uma necessidade da categoria a ser apontada, se o que se deseja é uma redefinição da realidade posta. No bojo desta discussão é importante ratificar que a reestruturação do processo de trabalho em enfermagem, com vistas à inserção efetiva da enfermeira no processo de cuidado direto, impõe a ampliação do número destas profissionais nos quadros dos hospitais e isso, sem dúvida, deve ser bandeira de luta a ser levantada pelas enfermeiras e pela sociedade, por ser de grande relevância para a qualificação da assistência.

4.1.3 Reconfiguração do Processo de Trabalho

A discussão sobre a reconfiguração do processo de trabalho em saúde evidenciou a redelimitação da divisão técnica no campo da saúde assinalando que o processo de ampliação do número de profissões e especialidades vem trazendo mais responsabilidades e atribuições para a enfermeira por configurar novos papéis para esta profissional no que diz respeito à coordenação do processo de trabalho em saúde. Destaque-se que este processo além de impor novas atribuições e responsabilidades à enfermeira impõe em cadeia um maior volume de atividades também aos técnicos e auxiliares de enfermagem, sob sua supervisão.

I - Redelimitação da divisão técnica do trabalho na saúde

Considerando-se que à enfermeira compete a articulação de todas as ações que se voltam para a viabilização da assistência direta ao paciente. A discussão do GD1 evidenciou a redelimitação do processo de trabalho em saúde, destacando que as responsabilidades e o volume de trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem, sob sua supervisão, vêm se ampliando na medida em que novos profissionais das diversas categorias e múltiplas especialidades médicas vêm sendo agregados ao processo de trabalho em saúde.

“Antes as enfermeiras eram administradoras do hospital. Elas eram da nutrição, da fisioterapia e agora não. Com a divisão técnica da saúde e do campo de trabalho da saúde, novas profissões, novos papéis estão emergindo. Isso vem delimitando a esfera de ação da enfermeira, entretanto, o aumento do número de profissionais amplia seu volume trabalho administrativo” (P2. FONTE: GD1).

“[...] ao mesmo tempo em que estamos delimitando novamente e restringindo a divisão técnica específica das profissões de enfermagem, nós estamos ampliando a divisão técnica por outras vias e colocando na enfermeira, mais responsabilidades,

mais atribuições e mais papéis na coordenação do processo de trabalho em saúde do que de enfermagem, propriamente dita. Nós não estamos observando isso. [...] mas não é uma delimitação no sentido de restringir. É uma reconfiguração do processo de trabalho” (P7. FONTE: GD1).

A partir da fala da P9 do GD2, a seguir, evidencia-se uma preocupante desvinculação da enfermeira das atividades gerenciais voltadas para o cuidado em função de socorrer a outras necessidades da organização. Saliente-se que esta utilização da mão de obra da enfermeira para fins diversos daqueles que se referem ao gerenciamento do processo de trabalho em saúde ocorre sem que haja, em geral, nenhuma ampliação do quadro de enfermeiras e isto remete a uma preocupação com a desestruturação do gerenciamento do cuidado com conseqüente sobrecarga para as profissionais e riscos de ampliação da desqualificação da assistência prestada.

A multiplicidade de atribuições referida pela P9 do GD2 ilustra a prática do desvio de função da enfermeira e que tem como finalidade socorrer às necessidades do gerenciamento da unidade.

“Atualmente, no serviço de higienização e lavanderia, desenvolvo a confecção de escala, a distribuição e a supervisão do serviço, a distribuição de todo o enxoval, o acompanhamento do processamento da roupa na lavanderia, que hoje é feito aqui mesmo na unidade, mas o serviço ainda é terceirizado. Eu desenvolvo também outras atividades, que não estão apenas ligadas à higienização e lavanderia. No momento também estou na coordenação de um grupo de maqueiros e do serviço de jardinagem do hospital, auxiliando, em algumas outras situações, a administração do hospital. Então, a gente também atua junto a esses profissionais, orientando, fazendo a distribuição desses serviços, participando de reuniões agora também de re-estruturação do hospital, no que diz respeito à estrutura organizacional do hospital” (P9. FONTE: GD2).

Considerando a contribuição da P9 do GD2, que é uma enfermeira de unidade hospitalar, pondere-se que são múltiplas as funções atribuídas à profissional em foco. Saliente-se que esta é uma discussão relevante considerando-se que as unidades hospitalares, de modo geral, trabalham com número insatisfatório de enfermeiras em seus quadros, que se revela insuficiente até mesmo para o gerenciamento do processo de trabalho em saúde e para o gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem.

Resgate-se para esta discussão o pensamento de uma das participantes do GD1 que afirmou: “[...] algumas enfermeiras começam a trazer para si algumas atribuições administrativas, muito mais administrativas do que do cuidado” (P5. FONTE: GD1).

Tomando por base, ainda, a reflexão do parágrafo anterior, sobre a fala da P9 do GD2, é pertinente contra-argumentar esta afirmação lembrando que as enfermeiras respondem às

determinações das organizações. Partindo desta compreensão parece mais correto afirmar que as organizações vêm imputando às enfermeiras atividades muito mais administrativas do que do cuidado.

Reforce-se então que, diferentemente do que afirma a P5 do GD1 no parágrafo anterior, as enfermeiras não se eximem da realização de procedimentos diretos permanecendo, tão somente, nas atividades administrativas relativas, ou não, ao cuidado por uma iniciativa pessoal. As enfermeiras pautam o seu trabalho de acordo com as exigências do mercado de trabalho. Quanto ao comportamento das organizações destaque-se que é histórico e que decorre do modo de organização do processo de trabalho em saúde e do modo de produção vigente no Brasil.

Nesta discussão é importante salientar o quão relevante é para a enfermeira saber diferenciar atribuições administrativas relativas ao cuidado, daquelas atribuições administrativas desvinculadas do processo de trabalho em saúde. A enfermeira deve saber definir com clareza os limites entre estas dimensões, inclusive para que possa posicionar-se por direitos trabalhistas, considerando que a realização de atribuições não previstas na Lei do exercício profissional, assim como a imposição da sobrecarga laboral, os riscos ocupacionais, a remuneração não condizente, dentre outras situações, precisam ser avaliadas sob a ótica da legislação trabalhista.

Nesta discussão é interessante refletir, também, que as auxiliares e técnicas de enfermagem conformam a única equipe de nível médio técnico de suporte e apoio às atividades multidisciplinares em saúde, dentro das unidades hospitalares, sendo de extrema relevância a observação de que o trabalho de articulação realizado pela enfermeira, com o objetivo de viabilizar o processo de trabalho em saúde, é efetivamente operacionalizado com o apoio destes profissionais sob sua gerência.

Ressalte-se, assim, que qualquer parâmetro adotado pelas organizações, que objetivamente proponha a readequação da equipe com a finalidade de promover a qualificação da assistência prestada no processo de trabalho em saúde, deverá contemplar, também, a ampliação do número de profissionais de nível médio em enfermagem considerando que eles auxiliam também a outros profissionais da equipe multiprofissional.

O surgimento de novas profissões que poderão substituir a enfermeira assumindo a coordenação do processo de trabalho em saúde foi pontuado por duas participantes do GD1. Entretanto, na mesma discussão ressaltou-se que a enfermeira é a profissional mais adequada

e melhor preparada para assumir o gerenciamento da unidade e a articulação do processo de trabalho em saúde e que historicamente vem assumindo esta atribuição.

“Saiu agora uma portaria criando uma carreira de gestor do trabalho em saúde. Uma graduação em administração em enfermagem” (P2. FONTE: GD1).

“O que poderá fazer essa pessoa graduada em saúde coletiva? Será preparada para ser coordenadora do trabalho? Eu não tenho nem dúvida” (P1. FONTE: GD1).

“Você pode até colocar um administrador na unidade. Eu vivi uma experiência desta, quando uma secretária administrativa foi colocada para fazer as transcrições, pedir medicamentos, providenciar e verificar se todo mundo chegou, se não chegou. Muita coisa que a enfermeira fazia e faz hoje, era responsabilidade dessa secretária” (P1. FONTE: GD1).

“[...] a enfermeira verifica se o alimento trazido foi o adequado, se a fisioterapeuta chegou. Até porque, tudo isso interfere no trabalho dela. Poderia ser atribuição de outro profissional, mas ela é a mais adequada. Eu diria que ela é a mais segura para coordenar todo esse processo” (P3. FONTE: GD1).

“Eu não consigo ver uma assistente social fazendo esse papel, nem um médico, nem um fisioterapeuta. Eu vejo, com clareza, que é a enfermeira quem consegue articular e trazer todos esses elementos, que compõem essa estrutura biomédica bem pesada, para o consenso e para a concretização do processo de trabalho em saúde. Ela tem uma luta muito árdua que é fomentar e promover a interdisciplinaridade. Isso é uma especificidade ímpar da enfermeira e eu não consigo enxergar em nenhum outro profissional. E não é da enfermagem, porque isso inclui técnico de enfermagem, enfermeira e auxiliar de enfermagem. Eu estou me referido ao trabalho realizado pela enfermeira” (P11. FONTE: GD2).

As falas acima reforçam que historicamente a enfermeira vem assumindo a articulação do processo de trabalho em saúde dentro das organizações e que isto está muito claro. Saar (2005 p. 107) pesquisou a especificidade do trabalho da enfermeira e concluiu com base nos discursos dos informantes, todos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde, que [...] O traço mais marcante do papel do enfermeiro foi o de administrador. [...] Em qualquer um dos desdobramentos do papel do enfermeiro, esse traço se evidencia e chama a atenção para ele, permitindo-nos então afirmar que **a especificidade do enfermeiro** (*grifo da autora*) desvelada nesse estudo **é a administração ou gerência** (*grifo da autora*).

Desta forma, ainda que novas profissões possam se insurgir no mercado de trabalho e que as atribuições desenvolvidas pela enfermeira como gerente e articuladora do processo de trabalho em saúde não estejam oficializadas como exclusivas da categoria o seu papel neste processo de trabalho encontra-se plenamente instituído entre os profissionais no espaço hospitalar de atenção à saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo evidenciar os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar a partir da caracterização do trabalho desta profissional neste âmbito de atenção, por meio da identificação de elementos que conferem especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito da atenção hospitalar.

Inicialmente o estudo adotou como proposta definir um conceito operacional para o termo especificidade a ser utilizado pela pesquisa e esta foi uma das atribuições do GD1, que foi composto por enfermeiras especialistas dedicadas ao estudo do tema. Este grupo nos proporcionou uma discussão de extrema riqueza e o conjunto das opiniões emitidas evidenciou, dentre outras coisas, a idéia de que para a proposta deste estudo conceituar operacionalmente o termo especificidade não se fazia necessário.

Desta forma um dos resultados produzidos pelo GD1 a ser apontado, foi ter proporcionado a clareza necessária para que se pudesse definir pela manutenção da adoção do conceito apresentado por Houaiss, Villar e Franco (2001), onde se explicita que “especificidade é a qualidade daquilo que é específico; peculiaridade; qualidade própria ou peculiar”. Enfatizando que para fins desta pesquisa o termo especificidade não seria obrigatoriamente assumido como sinônimo de exclusividade.

Logo de início tornou-se evidente, através das falas de quase todas as participantes do GD1, que a compreensão predominante do grupo é de que o que confere especificidade ao trabalho da enfermeira no âmbito da atenção hospitalar são a articulação do processo de trabalho em saúde e o gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem.

Entretanto, em ambos os grupos, a problematização em torno do trabalho da enfermeira revelou que é importante estimular a discussão sobre o tema da especificidade do trabalho da enfermeira. Este entendimento pautou-se, dentre outras coisas, na compreensão de que existe uma necessidade de se definir o que há de específico no bojo do processo de trabalho destas profissionais e que isto vem sendo explicitado pela categoria. Isso porque a compreensão geral das participantes, sobretudo do GD1, foi de que a concepção que as próprias enfermeiras desenvolveram em torno do próprio trabalho é repleta de contradições, incoerências e incompreensões.

Destaque-se que foi evidenciado durante as discussões realizadas, por ambos os grupos, que a dificuldade de definir as peculiaridades da prática da enfermeira é multifatorial. Saliente-se que a própria enfermeira tem dificuldades em delimitar o seu processo de trabalho

e que isso decorre, dentre outras coisas, do desconhecimento que a categoria demonstra em torno da sua razão de existir, do contexto social, econômico e político onde se insere e, também, acerca da história da profissão e que isto é crucial para que a enfermeira possa compreender sua prática.

Neste contexto da falta de compreensão acerca da prática profissional, as falas das participantes foram bastante ilustrativas ao citarem o fato de que em cada unidade de produção do hospital é possível verificar a enfermeira gerenciando de uma forma diferente. Torna-se patente então que o trabalho da enfermeira é influenciado pela compreensão individual de cada uma acerca das suas atribuições profissionais. Desta forma, na medida em que cada enfermeira bem compreender a construção da profissão melhor embasará seu discurso e definirá a prática da categoria.

Durante as discussões as participantes revelaram ter a clareza de que o processo de formação vem contribuindo para gerar e alimentar a concepção equivocada que as profissionais apresentam em torno de sua própria prática profissional. As enfermeiras demonstram que o embasamento frágil impõe à categoria dificuldades para compreender o papel gerencial e as razões que motivaram sua inserção no âmbito da assistência hospitalar e isto vem se reproduzindo ao longo de toda a história da formação das enfermeiras no Brasil.

Desta forma as discussões evidenciaram a existência de incongruências que permeiam o processo de formação da enfermeira e que estas vêm se perpetuando ao longo de toda a trajetória profissional da categoria. Isto porque, por não compreender adequadamente o seu trabalho as próprias profissionais acreditam e disseminam a idéia da existência de uma dicotomia entre o cuidar e o gerenciar.

É patente, então, que há uma lacuna entre a preparação profissional e a prática real e que isto decorre, conforme explicitam as participantes, do fato de que durante a formação as estudantes não experimentam o contato com as práticas de gerenciamento de forma suficiente para lhes conferir preparo adequado ao enfrentamento eficiente das situações no campo de trabalho. Ainda que seja esta a exigência das organizações hospitalares a ser assimilada pela enfermeira, em sua dinâmica laboral cotidiana, e que isto seja histórico no contexto da trajetória desta profissão.

Também o posicionamento diferenciado que a enfermeira assume em relação ao trabalho do médico, quando comparado à forma como se porta em relação aos demais profissionais da equipe multidisciplinar, foi pontuado nas discussões. As participantes salientaram que em relação ao médico a enfermeira não apenas articula as ações com o

objetivo de favorecer a prestação do cuidado, a exemplo do que faz no que se refere aos outros profissionais da equipe. Conforme as participantes, ela dá apoio direto ao trabalho do médico chegando até mesmo a realizar e a complementar as atividades não cumpridas ou inadequadamente operacionalizadas por este profissional.

Ainda em relação a esta constatação, de que a enfermeira dá apoio direto ao trabalho do médico, evidenciou-se nas discussões que algumas profissionais, mais jovens e com menor tempo de carreira, já apresentam um comportamento diverso demonstrando compreender que para ser eficiente no seu trabalho ela deverá providenciar e articular os recursos necessários, humanos e materiais, para que este profissional possa realizar a prestação do cuidado direto ao paciente. Sem que, entretanto, esteja obrigada a manter-se de prontidão para auxiliá-lo diretamente deixando de lado todas as outras obrigações pertinentes ao gerenciamento do processo de trabalho em saúde.

Também não deverá a enfermeira responsabilizar-se pela correção das falhas ou complementação do trabalho inadequadamente realizado por nenhum outro profissional, nem mesmo o médico. Saliente-se que esta mentalidade da profissional subserviente precisa ser urgentemente superada e que descumprimentos de exigências e normas organizacionais não poderão mais ser tolerados e absorvidos sob a ponderação de que representa uma prática cultural desta ou daquela categoria.

Enfatize-se que realizar inadequadamente suas funções em decorrência de transitar entre múltiplos vínculos de trabalho com a finalidade de adequar seus proventos às suas necessidades é um comportamento abusivo praticado, sobretudo, por alguns profissionais da categoria médica. Também a postura de superioridade adotada por muitos destes profissionais ao posicionarem-se como se não fossem obrigados a submeterem-se às normas e rotinas organizacionais deve ser amplamente combatida e neste sentido vale reforçar que nada obriga os demais profissionais da equipe, inclusive as enfermeiras, a acatarem este comportamento responsabilizando-se pela finalização de tarefas incompletas ou mal finalizadas por estes profissionais.

Destaque-se que o ato de beneficiar ou resolver insatisfações, de qualquer que seja a categoria, em detrimento da sociedade e das demais profissões é um ato de desrespeito e não poderá, portanto, ser jamais a solução apontada e muito menos praticada em nenhuma hipótese por nenhum profissional.

Assinale-se que a responsabilização e as cobranças sobre os erros, bem como a exigência para que haja uma participação mais comprometida, um envolvimento mais efetivo

e tempo de dedicação, conforme contratado, por parte dos profissionais de todas as categorias, no processo de trabalho coletivo em saúde, devem ser compreendidas como um exercício a ser praticado pelas organizações e que isso deve ser estimulado pelas demais categorias e, de forma mais acentuada, pela sociedade.

No que concerne às enfermeiras, as discussões destacaram que cabe a estas profissionais buscarem efetivamente qualificarem-se para o desempenho das atribuições de gerenciamento do cuidado considerando que inequivocamente é esta a solicitação das organizações para esta profissão.

É possível inferir que ainda que historicamente venham desempenhando as atribuições de gerenciamento do processo de trabalho em saúde, a maioria das enfermeiras ainda resiste à utilização e domínio das ferramentas e tecnologias que alicerçam o processo da gestão profissional. Assim perpetuando antigas metodologias e inúmeros livros de ocorrências e relatórios elas permanecem realizando atribuições gerenciais pautadas muito mais em rotinas e repetição de tarefas, realizando um trabalho que ainda hoje é freqüentemente comparado ao gerenciamento do trabalho doméstico.

Desta forma deixam de lado a informática e a utilização de recursos como dados estatísticos e relatórios informatizados, muito mais profissionais, que favorecem a modernização dos serviços, a comunicação dinâmica, além da quantificação e evidenciação do próprio trabalho realizado. Isso tudo através de uma linguagem mais qualificada e valorizada do ponto de vista organizacional.

Compreender objetivamente que o trabalho da enfermeira historicamente vem viabilizando o modelo biomédico e a operacionalização da atenção hospitalar e que este é um espaço dinâmico, onde a modernização tecnológica avança rapidamente, é fundamental para que estas profissionais passem a assumir que o domínio das teorias gerenciais, cientificamente embasadas, assim como das novas ferramentas e tecnologias, é uma necessidade de toda enfermeira. Com este entendimento as trabalhadoras precisarão também se posicionar diante das organizações e exigir condições para a atualização e educação permanente com este foco.

Outro ponto a ser destacado como produto da discussão do GD1 refere-se à redelimitação do processo de trabalho em saúde que, segundo as participantes, vem ampliando as responsabilidades e o volume de trabalho da enfermeira e da equipe de enfermagem sob sua supervisão. Isso decorre da elevação do número de profissionais das diversas categorias e múltiplas especialidades médicas que vem sendo agregadas ao processo de trabalho em saúde.

Neste contexto pondere-se, ainda, que os auxiliares e técnicos de enfermagem são os profissionais que compõem a única equipe técnica de nível médio para o suporte ao processo de trabalho em saúde, principalmente no que tange à operacionalização de procedimentos e técnicas e que isto vem gerando uma sobrecarga para estes profissionais.

Partindo da reflexão acima destaque-se que é preciso estar atento ao fato de que a dinâmica transformação dos processos de trabalho em saúde ratifica a importância da discussão acerca da necessidade de se repensar os parâmetros que norteiam o redimensionamento do quadro de profissionais da equipe de enfermagem, contemplando todos os níveis de formação.

A autoconscientização da enfermeira acerca de sua prática e da importância do trabalho que desempenha dentro das organizações de saúde, seguramente irá contribuir para a elevação da auto-estima destas profissionais. Isto será também um estímulo para que as trabalhadoras assumam uma postura mais confiante e passem a exigir condições para qualificarem-se melhor para fazer frente aos desafios impostos pelo mundo do trabalho.

Saliente-se que só através do adequado preparo profissional e do discurso consistente e cientificamente embasado, estas trabalhadoras conseguirão fortalecer o seu poder de barganha junto às organizações empregadoras. Não se pode perder de vista que enfermeiras constituem uma categoria potencialmente forte que, entretanto, precisa primeiro amadurecer e organizar-se politicamente para em seguida conquistar o reconhecimento das organizações e, por conseguinte, da sociedade.

Acrescente-se, neste contexto, que as características pontuadas pelas discussões como aquelas mais evidenciadas por esta profissional no desenvolvimento de sua prática no âmbito hospitalar foram: o potencial para conjugar competência técnica e administrativa; a capacidade de gerenciamento, coordenação, articulação e, ainda, de negociação de conflitos; habilidade técnica para executar procedimentos mais complexos; dedicar mais tempo do que os outros profissionais à unidade; monitorar a prestação e a continuidade do cuidado; providenciar quem dê suporte ao trabalho do médico e, finalmente, coordenar ações com o objetivo de suprir as necessidades do paciente.

Os discursos das participantes do GD2 também estimularam a compreensão geral de que as características que melhor definem o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar estão relacionadas às atividades de articulação, gerenciamento, coordenação, planejamento, supervisão e intermediação.

Reforce-se, entretanto, que as participantes do GD2, que são enfermeiras com significativa experiência na prestação da assistência direta em hospitais, foram enfáticas em pontuar a importância da participação destas trabalhadoras na execução dos procedimentos técnicos mais complexos e especializados em situações particulares e, sobretudo, nas unidades de produção de serviços com características peculiares.

Destaque-se, também nesta oportunidade, que a compreensão acima ratifica a necessidade de se impor às organizações a implantação e implementação efetiva e eficiente do serviço de educação permanente com a finalidade de manter a continuidade da qualificação destas e de outros profissionais.

Percebe-se, portanto, que as características listadas pelas participantes contêm elementos que embasam a compreensão de que a especificidade do trabalho da enfermeira se volta para o gerenciamento do processo de trabalho em saúde e em enfermagem. Porém, há também a presença de características ligadas ao cuidado direto e à realização de procedimentos técnicos, demonstrando por isso, que no âmbito da atenção hospitalar o trabalho desta profissional se volta também para a dimensão da assistência direta em situações peculiares.

Pode-se inferir que a dupla dimensão acima citada, é um ponto crucial no que tange à origem dos questionamentos e dúvidas sobre a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito da atenção hospitalar, tornando mais complexa a operacionalização do termo. Entretanto, foi amplamente aceito em ambos os grupos que a especificidade do trabalho da enfermeira embasa-se, em síntese, na coordenação e articulação do processo de trabalho em saúde e no gerenciamento do processo de trabalho em enfermagem.

Outra conclusão a ser destacada, pontuada pelo GD1, evidencia que o grupo percebe os efeitos produzidos em cadeia pela divisão social e técnica do trabalho na saúde e na enfermagem. Foram citados como exemplo: a fragmentação do processo laboral, o barateamento da força de trabalho e a sobrecarga decorrente de novas atribuições, principalmente gerenciais, nas funções desempenhadas por estas profissionais.

Por outro lado, as enfermeiras do GD2, que são enfermeiras atuantes na atenção hospitalar, não denotaram estar atentas à dinâmica reconfiguração do processo de trabalho em saúde que vem ocorrendo a passos muito largos no âmbito da atenção hospitalar. As profissionais não demonstraram uma percepção bem delimitada de que a ampliação do número de profissões e novas especialidades no processo de trabalho em saúde ampliam o

volume de trabalho da enfermeira e, por conseguinte, da equipe de enfermagem gerenciada por ela.

Destaquem-se também neste contexto que nem sempre as participantes do GD2 demonstraram perceber, de forma consciente, que são abusivas muitas destas situações onde as organizações impõem à enfermeira, além das atribuições de gerenciamento do processo de trabalho em saúde, múltiplas atribuições com o objetivo de socorrer a administração da unidade, simultaneamente.

Contraditoriamente, em algumas falas, as enfermeiras denotam sentirem-se valorizadas por serem convocadas a contribuir com a administração da organização, ainda que não sejam adicionalmente remuneradas por este apoio. As enfermeiras demonstram não perceber que não estão sendo adequadamente remuneradas, na maioria das vezes, nem mesmo para realizar apenas as atribuições relativas ao processo de trabalho em saúde.

Outro ponto importante discutido é que o trabalho da enfermeira deve ter como base o planejamento assistencial, metodologicamente orientado. Com essa compreensão as participantes destacaram que a Sistematização da Assistência de Enfermagem é um importante instrumento de trabalho no sentido de viabilizar a continuidade da assistência de enfermagem no âmbito hospitalar, alicerçando as ações da enfermeira por facilitar o planejamento, a avaliação e o controle sobre a prestação do cuidado de enfermagem e a evolução do paciente.

No entanto, apesar de ser uma exigência legal, a SAE ainda não vem sendo devidamente implementada nos hospitais. As participantes do GD2 problematizaram a utilização desta metodologia e salientaram que esta ferramenta ainda precisa ser mais bem compreendida pelas próprias enfermeiras e que para implementá-la efetivamente, se faz necessária a adequação da relação quantitativa entre número de leitos e enfermeiras.

Entretanto se enfatize que a desmobilização da categoria e conseqüente desvalorização da profissão e da mão de obra da enfermeira reforçam a necessidade destas profissionais reconhecerem-se como trabalhadoras. Isto é importante porque este posicionamento poderá estimular a categoria a promover a organização política e conseqüente fortalecimento de debates relevantes para a categoria. Objetivamente isto poderá viabilizar resgates e novas conquistas no âmbito da formação profissional, dos direitos trabalhistas, da participação política e da valorização social.

Desta forma saliente-se que, dentre outras coisas, o estudo reforçou a compreensão de que a discussão sobre a prática da enfermeira é relevante. Entretanto, destaque-se que a

amplitude necessária a este debate está para muito além das possibilidades de uma pesquisa de mestrado e que as enfermeiras não podem perder de vista que a manutenção da discussão em torno do trabalho da categoria deve ser um objetivo a ser valorizado e perseguido por toda a categoria com altivez e dinamismo, em todos os espaços de atuação profissional e de decisão política.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, B. G. C.; SILVA, A. C. da. O enfermeiro na central de material e esterilização: uma visão das unidades consumidoras. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, RJ, v. 16, n. 3, p. 377- 381, jul./set. 2008.

ALMEIDA, M. C. P. de; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. **Interface - comunicação, saúde, educação**. Fundação UNI de Botucatu/UNESP, v. 5, n. 9, p. 150-153, 2001.

ALVES, D. B. **Mercado e condições de trabalho**. Salvador, Bahia: Gráfica Central Ltda. 1987. 108 p.

AZZOLIM, G. M. C. **Processo de trabalho gerencial do enfermeiro e processo de enfermagem**: a articulação na visão de docentes. 2007. 143 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

BACKES, D. S.; BACKES, M. S.; SCHWARTZ, E. Implementação da sistematização da assistência de enfermagem: desafios e conquistas do ponto de vista gerencial. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 4, n. 2, p. 182-185, 2005.

BACKES, D. S. et al. O papel do enfermeiro no contexto hospitalar: a visão de profissionais de saúde. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**, v. 7, n. 3, p. 319-326, jul./ set. 2008.

BAHIA. Conselho Regional de Enfermagem da Bahia. Decisão COREN/Ba Nº 07/00 de 22 de março de 2000. **Normatiza a implementação da sistematização da assistência de enfermagem - SAE - nas Instituições de Saúde, no âmbito do estado da Bahia**. 25 anos Jubileu de Prata. Salvador. 2000. p. 3 - 7.

BANCHS, M. A. **Representaciones sociales en proceso**: su análisis através de grupos focales. In: MOREIRA, A. S. P; CAMARGO, B.V; JESUINO, J.C; NOBREGA, S. M. organizadores. Perspectivas teórico-metodológicas em representações sociais. João Pessoa: UFPB/ Editora. Universitária, 2005. p. 401-23.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução Luis Antero Reto e Augusto Pinheiro. São Paulo: Martins Fontes, 1977. 225 p. Título original: L'analyse de contenu.

BARRETO, V.P. M. **A gerência do cuidado prestado pelo enfermeiro a clientes internados em terapia intensiva.** 2009. 116 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

BARROS, A. J. P.; LEHFELD, N. A.S. Interpretação de dados. In: _____. **Projeto de pesquisa:** propostas metodológicas. Petrópolis, RJ: Vozes, 1990. p.102 p. p. 61 - 74.

BARTOLOMEI, S. R. T. **O processo de trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem.** 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

BARTOLOMEI, S. R. T.; LACERDA, R. A. Trabalho do enfermeiro no centro de material e seu lugar no processo de cuidar pela enfermagem. **Revista da Escola de Enferm da USP,** São Paulo, v. 40, n. 3, p.412-417, 2006.

BINSFELD, L.; LIMA, J. C. O trabalho do enfermeiro na organização hospitalar: núcleo operacional autônomo ou assessoria de apoio ao serviço médico? **Revista de Enfermagem da UERJ,** Rio de Janeiro, RJ, v. 11, p. 98-103. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 196/96, de 10 out. 1996. **Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.** Brasília, DF, jan. 1997. 23 p.

_____. Conselho Federal de Enfermagem. Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986. **Dispõe sobre regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências.** COREN-BA investindo na qualidade. Salvador, BA, [s.d], 51 p. p. 26 – 30.

_____. Resolução 272 de 27 de agosto de 2002. **Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem nas instituições de saúde brasileiras.**

BRITO, M. J. M. **O enfermeiro na função gerencial:** desafios e perspectivas na sociedade contemporânea. 1998. 178 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 1998.

COLLIÉRE, M.F. Corrente ligada à tecnicidade e centrada na doença. IN:_____, **Promover a vida:** da prática de mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa: Lidel; Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999, p. 123 – 146.

DONNANGELO, M. C. F. Medicina na sociedade de classes. In: _____. **Saúde e sociedade.** São Paulo: Livraria Duas Cidades; 1979. p. 29-68.

ERDMANN, A. L. et al. O reconhecimento do produto do sistema organizacional de enfermagem. **Revista Ciência Cuidado e Saúde**. São Paulo, Maringá, v. 4, n.1. p. 37 – 46, jan./abr. 2005.

FERNANDES, F. **Dicionário brasileiro Globo**. In: FERNANDES, Francisco; LUFT, Celso Pedro e GUIMARAES, F. Marques. 20. ed. São Paulo: Globo, 1991.

FERRARI, I. **História do trabalho, do direito do trabalho e da justiça do trabalho**. São Paulo: LTr, 1998.

FERRAZ, C. A. **A transfiguração do enfermeiro nos anos 90**: réplica de um estudo. 2000. 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

FREIRE, Paulo. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 12 ed. São Paulo: Paz e Terra, 1999. 165 p. (Coleção Leitura).

FRIGOTTO, G. Trabalho. **Dicionário da educação profissional em saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

GOMES, M.C. S. M.A. **Organização e gestão do centro cirúrgico de um hospital universitário**. 2009. 122 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte - Minas Gerais. 2009

GOMES, M.E.S. e BARBOSA E.F. **A técnica de grupos focais para a obtenção de dados qualitativos**. Educativa, fev. 1999

GOMES, M. L. B.; SANTOS, T.C.F. Construindo a identidade sindical das enfermeiras no Rio de Janeiro (1978 – 1984). **Revista Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v. 14, n. 4, p. 488 – 497, out./dez. 2005.

GORZ, A. **Metamorfoses do trabalho**: crítica da razão econômica. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2007.

GOYATÁ, A.M.B. (Org.) **Curso de direito do trabalho**. v. 1. São Paulo: LTr, 1993.

HAUSMANN, M. ;PEDUZZI, M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial trabalho do enfermeiro. **Revista Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, SC, v 18, n. 2, p. 258-65, Abr./Jun. 2009.

HOUAISS, A; VILLAR, M. S;FRANCO, F. M. **Dicionário Houaiss de língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001. p. 1226.

IANNI, O. **A era do globalismo**. 3 ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1997.

LIMA, M. A. D. S.; ALMEIDA, M. C. P. de. O trabalho de enfermagem na produção de cuidados de saúde no modelo clínico. **Rev. Gaúcha Enferm.** 1999;20(Esp.):86-101.

LIMA, M. A.D.S.; NAUDERER, T. M. Práticas de enfermeiros em unidades básicas de saúde em município do sul do Brasil. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 16, n. 5, set./out. 2008.

MARQUES, S. C.; TYRREL, M. A. R.; OLIVEIRA, D. C. de. A produção científica da enfermagem na perspectiva da representação social. Brasil, 1975 – 2001. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, São Paulo, SP, v. 14, n. 5, set./out. 2006.

MARX, K. **O Capital**. 14. ed. São Paulo: Difel, 1994. v.1.

MATHEUS, M.C; FUGITÁ R.M. I ;SÁ, A.C. Observação em enfermagem. In: CIANCIARULLO, Tamara I. **Instrumentos básicos para o cuidar**: um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo -SP: Atheneu, 1996. p.05-23.

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

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

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de Saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional in **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, Ano XXVII, v.27, n. 65, Set./Dez. 2003.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOKO, R; organizadores. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: HUCITEC, p. 71 – 112. 1997.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

MINTZBERG, H. **Criando organizações eficazes**. Estruturas em cinco configurações. São Paulo: Atlas; 1995.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis Livraria, 1979. 138 p.

PEDUZZI, M. **Equipe Multiprofissional de Saúde: a interface entre trabalho e interação**. 1998. 254 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas - São Paulo. 1999.

PEDUZZI, M.; ANSEMI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PEREIRA, W. R.; SILVA, G. B. da. A mulher, o trabalho e a enfermagem profissional: algumas reconsiderações sob a ótica do gênero. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 6, n.1, p. 18-32, Jan./Abr. 1997.

PIRES, D. Divisão técnica do trabalho em saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008. 478 p.

_____. **Divisão técnica do trabalho em saúde**. Dicionário da educação profissional em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Júlio César França. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. 478 p.

PIRES, M. R. G. M. **Enfermeiro com qualidade formal e política: em busca de um novo perfil**. 2001.127f. Dissertação (Mestrado em Política Social) Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, Brasília, 2001.

_____. **Pela reconstrução dos mitos da enfermagem a partir da qualidade emancipatória do cuidado**. Rev. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 717-723, 2007.

POUPART, J. et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2008. p. 464.

QUIVY, R.; CAMPENHOUDT, L. V. **Manual de investigação em ciências sociais**. 3ª ed. Lisboa-Portugal: Grávida, 2003.

RIZZOTTO, M. L. F. **A origem da enfermagem profissional no Brasil: determinantes históricos e conjunturais**. 2006. p 19. Disponível em: http://histebr.fae.unicamp.br/navegandoartigos_frames/artigo_077.html. Acesso em: 03 jul 2009.

SAAR, R. C. **Especificidade do enfermeiro: uma visão multiprofissional**. 2005. 136 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

SANTOS, I.; FIGUEIREDO, N. M. A. de. A enfermagem como instituição hospitalar. In: SANTOS, Iraci et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Editora Atheneu, Série Atualização em Enfermagem, v. 2, p. 93 – 104, 2004. 543 p.

SILVA, E.M; LIMA, R.A. G; MISHIMA, S. M. - A arte de curar e a arte de cuidar: a medicalização do hospital e a institucionalização da Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 46, n. 3/4, p. 301-308, jul/dez 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO, RECUPERAÇÃO ANESTÉSICA E CENTRO DE MATERIAL E ESTERILIZAÇÃO. **Práticas recomendadas**. 5. ed. São Paulo: SOBECC, 2009. 304 p.

SPAGNOL, C. A. **Tendências da administração em enfermagem: um estudo na santa casa de Belo Horizonte – Minas Gerais**. 2000. 177 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 2000.

TANAKA, O. Y. ;MELO, C. M. M. de. **Avaliação de Programas de saúde do Adolescente: Um modo de fazer**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2001.

TREVIZAN, M. A. **Enfermagem hospitalar: administração & burocracia**. Brasília, DF: UnB, 1988.

WALDOW, V. R. et al. **Maneiras de cuidar maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto alegre: Artes Médicas, 1995.

WELLER, W. **Grupos de discussão na pesquisa com adolescentes e jovens: aportes teórico-metodológicos e análise de uma experiência com o método.** *Educ. Pesquisa* [online]. 2006, vol.32, n.2, pp. 241-260. ISSN 1517-9702. doi: 10.1590/S1517-97022006000200003. Acesso em 23/12/2010.

APÊNDICE A – CATEGORIAS ANALÍTICAS

Quadro II

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADES DE REGISTRO
<p>Coordenação do processo de trabalho no campo da saúde</p>	<p>Articulação do processo de trabalho das diferentes categorias</p>	<p>[...] se pensarmos na unidade de internação já não é só a coordenação do processo de trabalho de pessoas da enfermagem. A enfermeira faz, necessariamente, uma coordenação do processo de trabalho que envolve todos aqueles que estão, direta ou indiretamente, relacionados com aquela prestação de serviço, que é o cuidado da pessoa internada. [...] Nós coordenamos a equipe de enfermagem e também articulamos os processos de cuidados que existem atrelados. Nós fazemos essa articulação. (P6. FONTE: GD1).</p> <p>[...] a gente chama de gerenciamento do processo de trabalho e também é a enfermeira quem faz. A equipe é muito fragmentada: o médico faz uma coisa, o fisioterapeuta faz outra, a nutrição faz outra. Se alguém não coordenar esse trabalho, ele não vai se concretizar da melhor forma [...]. (P12. FONTE GD2).</p> <p>Comecei a me questionar no hospital o que é específico da enfermeira. Realmente, confunde-se muito. Se você entra numa clínica cirúrgica e aquela cirurgia está sendo organizada por uma determinada enfermeira, então você vê uma especificidade. [...] Se você vai a uma enfermagem que o perfil da profissional é outro, aí você observa que é completamente diferente. Dessa forma, embora o trabalho de cada enfermeira resulte na administração da unidade, o perfil da enfermeira, suas decisões, posicionamentos e escolhas influenciam na especificidade desse trabalho. (P5. FONTE: GD1).</p> <p>Hoje em dia, todos dizem que você pode contratar um médico para fazer um procedimento; pode contratar um fisioterapeuta para fazer um procedimento;</p>

		<p>mas com o enfermeiro isso nunca vai acontecer, porque é o único profissional de referência no hospital. [...] outros profissionais você pode contratar só para prestar um serviço, que é a tendência. Mas com o enfermeiro você não pode fazer isso, porque somos nós que fazemos com que o hospital exista. (P12. FONTE: GD2).</p>
	<p>Gerenciamento da equipe e do processo de trabalho em enfermagem</p>	<p>Nós coordenamos um grupo de enfermagem formado pelos cuidadores que são os técnicos e auxiliares de enfermagem; também articulamos e gerenciamos os processos de cuidados que existem atrelados. Nós fazemos a integração dos processos de trabalho. (P7. FONTE: GD1).</p> <p>[...] planejar, coordenar e avaliar a assistência de enfermagem realizando o controle da assistência prestada pela equipe de enfermagem é prerrogativa da enfermeira. (P6. FONTE: GD2).</p>
<p>Apoio ao trabalho do médico</p>		<p>[...] o que eu vejo é a enfermeira auxiliando diretamente o trabalho do médico. Em relação aos outros profissionais ela assume o papel de articuladora do processo de trabalho. As enfermeiras, em geral, se posicionam contrárias a este posicionamento de submissão, entretanto, é o que eu vejo. (P3. FONTE: GD1).</p> <p>[...] o médico olha o paciente de uma forma tão rápida que acaba deixando de ver o que ele está necessitando. A gente observa que o paciente tem necessidades para as quais ele não prescreveu. Então, chamamos o médico plantonista para complementar e acabamos sempre por corrigir muitas falhas deixadas por ele isso nos sobrecarrega o tempo inteiro. (P5. FONTE: GD2).</p>
<p>Assistência direta a pacientes críticos</p>	<p>Dar cuidado direto a pacientes críticos em unidade de produção de cuidados com características peculiares</p>	<p>[...] fui pesquisar a Lei do exercício profissional e encontrei que: a enfermeira presta cuidado direto a pacientes graves e presta cuidados de maior complexidade. Aqui está como privativo da enfermeira. Então, só a enfermeira pode fazer isso. (P5.</p>

		<p>FONTE: GD1).</p> <p>[...] Nunca foi. É tão impressionante isso, porque, apesar da existência do mito, a enfermeira nunca foi do cuidado direto. [...] O que as enfermeiras fazem? Dão cuidados diretamente? Nunca foi. A não ser em circunstâncias particulares e em unidades de produção muito peculiares. [...] o cuidado tornou-se essa mítica, depois. (P7. FONTE: GD1).</p> <p>Se contássemos com uma estrutura de trabalho melhor, nas vinte e quatro horas, daria para fazer o trabalho com muito mais qualidade, ficando mais próximas do paciente, humanizando mais a assistência [...]</p> <p>Existem realidades melhores, onde as colegas contam com o suporte administrativo. Nós, na ala aberta, no dia a dia, não temos esse suporte administrativo, temos que fazer tudo e o tempo não dá. (P4. FONTE: GD2).</p>
Reconfiguração do processo de trabalho	Redelimitação da divisão técnica do trabalho na saúde	<p>[...] atualmente, no serviço de higienização e lavanderia, desenvolvo a confecção de escala, a distribuição e a supervisão do serviço. A distribuição de todo o enxoval, o acompanhamento do processamento da roupa na lavanderia, que hoje é feito aqui mesmo na unidade, mas o serviço ainda é terceirizado. Desenvolvo outras atividades, que não estão apenas ligadas à higienização e lavanderia. [...] estou na coordenação de um grupo de maqueiros e do serviço de jardinagem do hospital, auxiliando, em algumas outras situações, a administração do hospital. [...] então, a gente também atua junto a esses profissionais, orientando, fazendo a distribuição desses serviços, participando de reuniões agora também de re-estruturação do hospital, no que diz respeito à estrutura organizacional do hospital. (P9. FONTE: GD2).</p> <p>[...] Mas não é uma delimitação no sentido de restringir. É uma reconfiguração do processo</p>

		<p>de trabalho. [...] ao mesmo tempo em que estamos delimitando novamente e restringindo a divisão técnica específica das profissões de enfermagem, nós estamos ampliando a divisão técnica por outras vias e colocando na enfermeira, mais responsabilidades, mais atribuições e mais papéis na coordenação do processo de trabalho em saúde do que de enfermagem, propriamente dita. Nós não estamos observando isso. (P7. FONTE: GD1).</p>
--	--	---

APÊNDICE B – ATRIBUIÇÕES PECULIARMENTE DESEMPENHADAS PELA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO HOSPITALAR, EVIDENCIADAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO GD1 e GD2

Quadro III

ATRIBUIÇÕES	UNIDADES DE REGISTRO
Administra a unidade	<p>[...] se você chegar numa enfermaria, não como enfermeira, mas como cliente, você não nota a presença da enfermeira. Entretanto, você sabe que ela está em algum lugar porque tudo está acontecendo. Você sabe que ela está, ou no planejamento, ou na gestão, mas você não a vê em nenhum procedimento. [...] na prática, o que é que você vê? Chega a um ponto que eu, particularmente, digo que eu queria uma enfermeira no ambulatório, uma no almoxarifado, uma na farmácia e assim o hospital funcionaria todo. Por quê? Quando você coloca uma enfermeira num serviço, ele acontece. [...] então, eu acho que, na prática, a especificidade do trabalho da enfermeira é o gerenciamento, é a administração. (P5. FONTE: GD1).</p>
Articula os processos de trabalho em saúde	<p>Eu vejo a enfermeira, dentre os outros profissionais da área de saúde, como o mais capaz de gerenciar o serviço de saúde. O gerenciamento é a característica da enfermeira mais forte; é específico dela. E acho que a enfermeira é quem é realmente capaz de fazer isso da melhor forma. Ela é hoje no setor, no serviço, na unidade hospitalar, a que melhor faz gerenciamento e mostra isso administrando a equipe dela. (P3. FONTE: GD2).</p>
Atua na dimensão educativa do trabalho e da educação em saúde	<p>[...] fazem parte das atribuições da enfermeira: o ensino, a pesquisa, a educação e a produção do conhecimento científico. (P4. FONTE: GD1).</p> <p>[...] a enfermeira tem que administrar; cuidar e educar. Isso tudo deve fazer parte do processo de trabalho dela, de forma bem</p>

	integrada. Ela também deve investir e pesquisa. (P6. FONTE GD2).
Executa procedimentos técnicos complexos compatíveis com sua Competência técnica	[...] a realização de procedimentos técnicos mais apurados como falaram as colegas: sondas nasoesterais, curativos de traqueostomia e ostomia, essas coisas, a gente faz questão de fazer para não perder essa característica. (P6. FONTE: GD2).
Dá suporte ou providencia quem dê suporte ao trabalho do médico	O médico olha o paciente de uma forma tão rápida que acaba deixando de ver o que ele está necessitando. A gente observa que o paciente tem necessidades para as quais ele não prescreveu. Então, chamamos o médico plantonista para complementar e acabamos sempre por corrigir muitas falhas deixadas por ele isso nos sobrecarrega o tempo inteiro. (P5. FONTE: GD2). [...] No Brasil, a enfermeira não precisa arrumar a bandeja. A enfermeira coordena o processo de trabalho e, portanto, ela deve articular para que a bandeja seja arrumada. (P7. FONTE: GD1).
Dedica mais tempo que os outros profissionais ao hospital	São os profissionais de enfermagem, sob a supervisão da enfermeira, que permanecem vigilantes vinte e quatro horas ao lado do paciente. Esta é uma especificidade da enfermeira, manter a equipe os três turnos no hospital. O médico chega e sai; o fisioterapeuta aparece e vai embora. Quem é que fica ali o tempo todo? A enfermeira com sua equipe. (P2. FONTE GD2).
Envolve-se mais com os profissionais de outras categorias	Eu acho que a especificidade tem uma relação com o que eu acabei chamando de relação de interdependência com outros profissionais de saúde, que requer da enfermeira a capacidade de articular e gerenciar os processos de trabalho e a unidade de produção de serviço, como um todo. (P4. FONTE: GD1).
Monitora; supervisiona e gerencia processos de trabalho em enfermagem assegurando a continuidade do cuidado prestado pelos auxiliares e técnicos de	[...] Nós coordenamos um grupo de enfermagem formado pelos cuidadores que são os técnicos e auxiliares de enfermagem. (P7. FONTE: GD1)

enfermagem	
Intermedia e articula processos de trabalho em saúde assegurando a continuidade da assistência prestada pela equipe de saúde	[...] também articulamos e gerenciamos os processos de cuidados que existem atrelados. Nós fazemos a integração dos processos de trabalho. (P7. FONTE: GD1) [...] e não é só a coordenação do processo de trabalho do pessoal de enfermagem, mas, também de outros trabalhadores da saúde. (P7. FONTE: GD1).
Providencia os meios e recursos para suprir as necessidades do paciente objetivando a integralidade da assistência	[...] o tempo todo é um ir e vir no seu planejamento, em cima desses insumos, materiais, pessoas [...]. (P1. FONTE: GD2).
Responsabiliza-se pelo planejamento e execução da assistência de enfermagem	[...] em minha opinião é liderar, planejar e promover a assistência continuada. (P3. FONTE: GD2). É claro que é preciso saber cuidar para gerenciar o cuidado, para administrar. Mas é você quem vai estar lá, junto do paciente, o tempo todo? Não, é o técnico, é o auxiliar. A gente vai estar na supervisão, no planejamento e na administração. (P12. FONTE: GD2).

**APÊNDICE C – CONSEQUÊNCIAS DA DIVISÃO TÉCNICA E SOCIAL PARA O
PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM EVIDENCIADO PELAS
PARTICIPANTES DOS GRUPOS DE DISCUSSÃO**

Quadro IV

CONSEQUÊNCIAS:	AFIRMAÇÕES:
Fragmentação do processo de trabalho em enfermagem	[...] essa divisão do modo de produção capitalista, não divide apenas as ações, e atribuições. Ela divide o trabalhador ele passa a não ter identidade. (P7. FONTE: GD1).
Barateamento do custo com profissionais do cuidado direto	Na divisão de trabalho em saúde no Brasil, enfermeira é só para coordenar o processo de trabalho. Para o cuidado temos uma equipe formada por técnicos e auxiliares de enfermagem. Isso decorre da necessidade de baratear o custo com a folha de pagamento dos profissionais. (P7. FONTE: GD1).
Aumento das atribuições de coordenação da enfermeira	[...] ao mesmo tempo em que estamos delimitando novamente e restringindo a divisão técnica específica das profissões de enfermagem, nós estamos ampliando a divisão técnica por outras vias e colocando na enfermeira, mais responsabilidades, mais atribuições e mais papéis na coordenação do processo de trabalho em saúde do que de enfermagem, propriamente dita. Nós não estamos observando isso. [...] mas não é uma delimitação no sentido de restringir. É uma reconfiguração do processo de trabalho. (P7. FONTE: GD1).
Preocupação em perder postos de trabalho para novas profissões	[...] saiu agora uma portaria criando uma carreira de gestor do trabalho em saúde. Uma graduação em administração em enfermagem. (P2. FONTE: GD1). [...] o que poderá fazer essa pessoa graduada em saúde coletiva? Coordenadora do trabalho. Não tenha nem dúvida. (P1. FONTE: GD1).
Dificuldade em integrar o que é aprendido com o que é operacionalizado no campo de trabalho	[...] É bem complicado e até frustrante. Depois de aprender e estudar muito sobre cuidado e de repente ser cobrado sobre a parte gerencial e administrativa. (P12. FONTE: GD1). [...] Eu vivi exatamente isso, durante o curso eu aprendi a realizar procedimentos e no último semestre eu precisava administrar uma enfermagem inteira. (P9. FONTE: GD2).

**APÊNDICE D – CONTRADIÇÕES DO DISCURSO DAS ENFERMEIRAS,
PONTUADAS E DISCUTIDAS PELOS GRUPOS DE DISCUSSÃO**

Quadro V

CONTRADIÇÕES:	AFIRMAÇÕES:
<p>Conflito entre prestar o cuidar direto e o gerenciar é uma fonte de sofrimento</p>	<p>[...] eu estou aqui para cuidar. No entanto, a instituição me impede de fazer isso. (P1. FONTE: GD1).</p> <p>[...] A questão é que se criou a ideologia de que a enfermeira cuida. E aí, eu acho que nós acabamos por ter que falar, todo tempo, que nós cuidamos. (P11. FONTE: GD2).</p>
<p>O paciente não distingue a enfermeira da técnica e da auxiliar de enfermagem</p>	<p>[...] todo mundo é enfermeira. Não há uma distinção. (P2. FONTE: GD1).</p> <p>[...] O paciente pode até chamar todo mundo de enfermeira, mas ele sabe que você é a enfermeira chefe e que é você quem vai ouvir as queixas e os problemas que ele não está conseguindo resolver; ele sabe que ela (a enfermeira) é realmente a articuladora. (P6. FONTE: GD1).</p>
<p>A especificidade definida a partir do perfil da profissional</p>	<p>[...] Uma coisa que era específica de uma enfermeira em uma enfermaria, já não era na outra. Mudou de acordo com o perfil da enfermeira. (P5. FONTE: GD1).</p> <p>[...] algumas enfermeiras começam a trazer pra si algumas atribuições administrativas. Muito mais administrativas do que do cuidado. (P5. FONTE: GD1)</p>
<p>Entre a exigência de gerenciar e a deficiente formação para essa finalidade</p>	<p>[...] Não fui preparada nem tive competência para gerenciar, fujo da burocracia, vou ajudar o médico e eu também não sou reconhecida. A meu ver não tive capacidade de desenvolver e gerenciar o cuidado. (P2. FONTE: GD1).</p> <p>[...] Outro problema é a qualidade da formação. Não a expansão. O problema é que nós já somos desqualificados sem a expansão. Mas é óbvio que a expansão vai tornar mais visível essa desqualificação. [...] Vai dar visibilidade, com maior intensidade.</p> <p>[...] O que é que se espera das pessoas que estão vindo aí? [...] uma massa de trabalhadores desqualificados. Oriundos de uma formação precaríssima, que não vai ser boa nem tecnicamente, nem politicamente e nem criticamente. (P7. FONTE: GD1).</p> <p>[...] Na minha vivência como docente vejo que os acadêmicos, hoje, não estão preparados pra entrar num hospital. Acham que vão entrar num hospital para executar tarefas, procedimentos técnicos, o tempo todo. E não é isso que a gente faz. A gente quando sai de uma faculdade se depara muito mais com o gerenciamento de uma unidade, supervisão, planejamento, do que com a execução de técnicas e o cuidado direto ao paciente. (P1. FONTE GD2).</p>

<p>Não assumir que a sua atribuição não é o cuidado direto e sim a coordenação desse cuidado</p>	<p>[...] Mas o discurso da enfermeira é que é contraditório. De um modo geral, esse posicionamento equivocado leva a um problema relacional terrível com a técnica e a auxiliar de enfermagem. O problema é que a enfermeira não assume que ela não está ali para fazer o cuidado direto. (P2. FONTE: GD1).</p>
<p>A compreensão equivocada de que cuidado direto é uma especificidade da enfermeira</p>	<p>[...] essa tese errônea de que a enfermeira se afasta do cuidado, a enfermeira tem que fazer o cuidado, na área de recuperação da saúde com muita competência e com tecnologias avançadas. (P2. FONTE: GD1).</p> <p>[...] na medida em que você foi realizando a leitura do roteiro de discussão pude ver, com clareza, que tem algo de específico e que não é exatamente o cuidado. É algo inerente, diretamente, ao cuidado, mas, que não é o cuidado direto e sim a coordenação do processo de trabalho e isso é a única coisa que eu enxergo como específico no trabalho da enfermeira. (P7. FONTE: GD1).</p>
<p>A compreensão de que as atividades de gerenciamento não lhe são próprias</p>	<p>[...] decorre da divisão do trabalho neste país. Justifica dizer que essa prioridade pelo fazer gerencial ocupa o tempo todo da enfermeira e muito mais. Mas permanece o sentimento, na enfermeira, de que esse fazer não lhe é próprio. Isso é que é terrível. É a pessoa se ocupar o tempo todo achando que está fazendo um trabalho que não lhe é próprio. (P1. FONTE: GD1).</p>
<p>O discurso da assistência que preconiza a humanização</p>	<p>[...] Não é que, eu não goste do trabalho e de ser enfermeira [...] mas eu acho que se cada qual fizer o seu, sem sobrecarregar só a enfermeira. Vai deixar espaço para o que a gente quer mais. O que é que se fala mais? Em assistir. E porque é que se fala tanto e age pouco quando o assunto é humanização.? (P4. FONTE GD2).</p> <p>[...] Se contássemos como uma estrutura de trabalho melhor, nas vinte e quatro horas, daria para fazer o trabalho com muito mais qualidade, ficando mais próximas do paciente, humanizando mais a assistência. (P4. FONTE: GD2).</p>

APÊNDICE E – ROTEIRO DE PERGUNTAS PARA OS GRUPOS DE DISCUSSÃO GD1 e GD2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA

ESCOLA DE ENFERMAGEM

Os temas tratados serão: Características do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar; a especificidade do trabalho da enfermeira e os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira neste âmbito de atenção. Houaiss, Villar e Franco(2001) diz: especificidade é a qualidade daquilo que é específico, particularidade, qualidade própria, peculiar.

Roteiro de questões destinadas ao primeiro grupo de discussão – GD1, composto por especialistas ou estudiosos sobre o tema, podendo ser enfermeiras ou profissionais de outras áreas de conhecimento, com o objetivo de elaborar um conceito operacional de especificidade do trabalho de enfermeiras no âmbito hospitalar:

1. O que você entende como especificidade?
2. Como esse termo pode ser utilizado operacionalmente em uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?
3. Para você o que confere especificidade a esse trabalho?

Roteiro de questões destinadas ao segundo grupo de discussão – GD2, composto por enfermeiras que trabalham em unidades hospitalares públicas, com o objetivo de explorar elementos que caracterizam o trabalho e o que confere especificidade ao trabalho dessas profissionais no âmbito hospitalar.

1. Descreva as atividades que você desenvolve no dia a dia de trabalho no hospital;
2. Entre as atividades que você desenvolve, quais são aquelas que você considera que melhor caracterizam o trabalho da enfermeira no hospital?
3. Na sua compreensão o que é específico do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

APÊNDICE F – TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO 1 - GD1



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

A pesquisa “A especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar”, que tem como objetivo geral: Evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar e como objetivos específicos: caracterizar o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar e identificar os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira, neste âmbito de atenção, está sendo realizada na Universidade Federal da Bahia sob a responsabilidade da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Valdicele Reis de Moraes e sua orientadora a Professora Doutora Norma Carapiá Fagundes.

O Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de um grupo de discussão - GD1, atividade dessa pesquisa. Enfatizamos que sua participação deve ser voluntária e nos comprometemos em garantir que sua identidade e demais informações sejam mantidas em sigilo e que o seu anonimato e privacidade sejam preservados.

Esse grupo de discussão - GD1 é composto por especialistas ou estudiosos sobre o tema, podendo ser enfermeiras ou profissionais de outras áreas do conhecimento e tem como objetivo a elaboração de um conceito operacional de especificidade do trabalho de enfermeiras no âmbito hospitalar, que será utilizado na pesquisa.

Dessa forma, caso concorde em participar, reforçamos que o Senhor (a) fará parte de um grupo focal onde sua fala será gravada, após sua autorização escrita, ressaltando que o (a) Senhor (a) poderá ter acesso à gravação da sua fala, durante a realização do estudo e sempre que desejar.

Esclarecemos que todas as gravações e material transcrito, dessas gravações, serão guardados por nós, pesquisadoras, durante cinco anos e depois deste tempo, o (a) Senhor (a) será consultado (a) sobre o interesse em ficar com o material. Caso contrário, o mesmo será destruído.

Com o objetivo de facilitar a realização desse grupo de discussão - GD1 sistematizamos as questões através do seguinte roteiro:

1. O que você entende como especificidade?
2. Como esse termo pode ser utilizado operacionalmente em uma pesquisa sobre o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

3. Na sua compreensão o que é específico do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

O (A) Senhor (a) tem total liberdade para não responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, e mesmo para desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização ou problema em relação aos seus locais de trabalho, estudo, colegas e quaisquer instituições a que esteja associado, mesmo após ter começado sua participação na mesma.

Dessa forma ressaltamos que os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de um relatório e poderão ser publicados em revistas ou outros meios de divulgação científica. Entretanto, garantimos que serão mantidos o sigilo e o respeito, de forma que, sua identidade seja preservada, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome ou os seus locais de trabalho, estudo, colegas e quaisquer instituições a que esteja associado.

Ademais, esclarecemos que os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição responsável pela mesma.

Esclarecemos, ainda, que não haverá ônus com a pesquisa para os (as) participantes da mesma e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento, decorrentes de sua participação no estudo, prestando-lhe assistência integral e/ou indenização caso seja pertinente.

Diante de todo o exposto nós, pesquisadoras responsáveis por esse estudo, declaramos, ao Senhor (a), o nosso compromisso com o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa garantindo que serão respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, conforme preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996).

Orientamos que, caso persistam dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o Senhor (a) poderá contactar com a pesquisadora, Valdicele Reis de Moraes – RG 1541322, através do telefone: (71) 8852-5817 ou pelo e-mail: Valdicele@hotmail.com, com a orientadora responsável, Professora Doutora Norma Fagundes pelo e-mail: fagundes@ufba.br ou no 3º andar da Escola de Enfermagem da UFBA - EEUFBA, no Campus Universitário do Bairro do Canela, na Avenida Dr. Augusto Viana S/N - Salvador – Bahia ou através da Coordenação do Programa de Pós Graduação no 7º andar da EEUFBA – telefone (71) 3283-7631.

Ressaltamos que esse projeto de pesquisa foi analisado/avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - CEP-SESAB que funciona na Escola Estadual de Saúde Pública, Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho em Salvador – Bahia – Telefone: (71) 3116-5316 Fax: (71) 3116-5319 – E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br e enfatizamos que qualquer insatisfação de natureza ética deverá ser relatada a este comitê.

Dessa forma, diante do compromisso explicitado e assumido pelas responsáveis por essa pesquisa, caso o Senhor (a) considere-se devidamente esclarecido (a) quanto às finalidades do estudo e voluntariamente concorde em participar dessa pesquisa, afirmando seu compromisso ético com a manutenção do sigilo quanto à identidade, informações e opiniões emitidas pelos demais participantes do grupo focal, poderá assinar o presente termo de consentimento livre e esclarecido, que também deverá ser assinado pela mestrandia responsável, em duas vias.

Informamos que a primeira via de cada termo deverá ser devidamente arquivada pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo e a segunda via deverá ser entregue a Vossa Senhoria, antes do início da atividade.

Salvador, _____ de _____ de 2010.

Valdicele Reis de Moraes
Pesquisadora responsável
Tel.: 71 88525817
E-mail: valdicele@hotmail.com

Participante

APÊNDICE G – TERMO DE ESCLARECIMENTO PARA O GRUPO DE DISCUSSÃO 2 - GD2



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA ESCOLA DE ENFERMAGEM

A pesquisa “A especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar”, que tem como objetivo geral: Evidenciar a especificidade do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar e como objetivos específicos: caracterizar o trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar e identificar os elementos que conferem especificidade ao trabalho da enfermeira, neste âmbito de atenção, está sendo realizada na Universidade Federal da Bahia sob a responsabilidade da mestrandia do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Valdicele Reis de Moraes e sua orientadora a Professora Doutora Norma Carapiá Fagundes.

A coleta de dados para essa pesquisa será feita através desse grupo de discussão - GD2, que será composto por enfermeiras que trabalham em unidades hospitalares públicas e que tenham experiência profissional mínima de dois anos, com o objetivo de explorar elementos que caracterizam o trabalho e que conferem especificidade ao trabalho das enfermeiras no âmbito hospitalar.

O (A) Senhor (a) está sendo convidado (a) para participar de um grupo de discussão - GD2, atividade dessa pesquisa. Enfatizamos que sua participação deve ser voluntária e nos comprometemos em garantir que sua identidade e demais informações sejam mantidas em sigilo e que o seu anonimato e privacidade sejam preservados.

Dessa forma, caso concorde em participar, reforçamos que o (a) Senhor (a) fará parte de um grupo focal onde sua fala será gravada, após sua autorização escrita, ressaltando que o (a) Senhor (a) poderá ter acesso à gravação da sua fala, durante a realização do estudo e sempre que desejar.

Esclarecemos que todas as gravações e material transcrito, dessas gravações, serão guardados por nós, pesquisadoras, durante cinco anos e depois deste tempo, o (a) Senhor (a) será consultado (a) sobre o interesse em ficar com o material. Caso contrário, o mesmo será destruído.

Com o objetivo de facilitar a realização desse grupo de discussão - GD2 sistematizamos as questões através do seguinte roteiro:

1. Descreva as atividades que você desenvolve no dia a dia de trabalho no hospital;

2. Entre as atividades que você desenvolve, quais são aquelas que você considera que melhor caracterizam o trabalho da enfermeira no hospital?

3. Na sua compreensão o que é específico do trabalho da enfermeira no âmbito hospitalar?

O (A) Senhor (a) tem total liberdade para não responder as perguntas que lhe causem algum desconforto, e mesmo para desistir de participar da pesquisa em qualquer fase desta, sem penalização ou problema em relação aos seus locais de trabalho, estudo, colegas e quaisquer instituições a que esteja associado, mesmo após ter começado sua participação na mesma.

Dessa forma ressaltamos que os resultados desta pesquisa serão utilizados para elaboração de um relatório e poderão ser publicados em revistas ou outros meios de divulgação científica. Entretanto, garantimos que serão mantidos o sigilo e o respeito, de forma que, sua identidade seja preservada, não havendo qualquer associação entre os dados obtidos e o seu nome ou os seus locais de trabalho, estudo, colegas e quaisquer instituições a que esteja associado.

Ademais, esclarecemos que os resultados deste estudo serão tornados públicos e garantido o acesso aos seus dados tanto aos sujeitos da pesquisa como à instituição responsável pela mesma.

Esclarecemos, ainda, que não haverá ônus com a pesquisa para os (as) participantes da mesma e nos responsabilizamos por qualquer tipo de dano previsto ou não neste termo de consentimento, decorrentes de sua participação no estudo, prestando-lhe assistência integral e/ou indenização caso seja pertinente.

Diante de todo o exposto nós, pesquisadoras responsáveis por esse estudo, declaramos, ao Senhor (a), o nosso compromisso com o cumprimento dos aspectos éticos da pesquisa garantindo que serão respeitados os princípios da autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e equidade, conforme preconizados pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1997).

Orientamos que, caso persistam dúvidas quanto aos aspectos éticos da pesquisa, o Senhor (a) poderá contactar com a pesquisadora - Valdicle Reis de Moraes – RG 1541322, através do telefone: (71) 8852-5817 ou pelo e-mail: Valdicle@hotmail.com ou com a orientadora responsável, Professora Doutora Norma Fagundes pelo e-mail: fagundes@ufba.br ou no 3º andar da Escola de Enfermagem da UFBA - EEUFBA, no Campus Universitário do Bairro do Canela, na Avenida Dr. Augusto Viana S/N - Salvador – Bahia, ou através da

Coordenação do Programa de Pós Graduação no 7º andar da EEUFBA – telefone (71) 3283-7631.

Ressaltamos que esse projeto de pesquisa foi analisado/avaliado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia - CEP-SESAB que funciona na Escola Estadual de Saúde Pública, Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho em Salvador – Bahia – Telefone: (71) 3116-5316 - Fax: (71) 3116-5319 – E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br e enfatizamos que qualquer insatisfação de natureza ética deverá ser relatada a este comitê.

Dessa forma, diante do compromisso explicitado e assumido pelas responsáveis por essa pesquisa, caso o Senhor (a) considere-se devidamente esclarecido (a) quanto às finalidades do estudo e voluntariamente concorde em participar dessa pesquisa, afirmando seu compromisso ético com a manutenção do sigilo quanto à identidade, informações e opiniões emitidas pelos demais participantes do grupo focal, poderá assinar o presente termo de consentimento livre e esclarecido, que também deverá ser assinado pela mestrandia responsável, em duas vias.

Informamos que a primeira via de cada termo deverá ser devidamente arquivada pelas pesquisadoras responsáveis pelo estudo e a segunda via deverá ser entregue a Vossa Senhoria, antes do início da atividade.

Salvador, _____ de _____ de 2010.

Valdicele Reis de Moraes

Pesquisadora responsável

Tel.: 71 88525817

E-mail: valdicele@hotmail.com

Participante

ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Governo do Estado da Bahia
Secretaria da Saúde do Estado da Bahia

Ofício nº 075/2010
Ref.: Devolução de Projeto

Salvador, 31 de agosto de 2010.

Prezada Valdiceli Reis de Moraes

Estamos encaminhando para seu conhecimento e providências, o parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da SESAB.

O projeto "A especificidade do Trabalho da Enfermeira no Âmbito Hospitalar" pode ter continuidade uma vez que atende aos requisitos éticos para a pesquisa envolvendo seres humanos.

Nesse sentido, o Comitê decidiu por sua aprovação, lembrando a pesquisadora a necessidade de encaminhar ao Comitê o relatório parcial e/ ou final no período de seis (seis) meses a 1 (um) ano conforme recomendação da Resolução nº. 196/96.

Situação do Projeto: APROVADO

Atenciosamente,

ELEONORA LIMA PEIXINHO GUIMARÃES

Coordenadora do CEP-SESAB

EESP – Escola Estadual de Saúde Pública.
Rua Conselheiro Pedro Luís, Nº 171 – Rio Vermelho.
Tel: (71) 3116-5316 Fax: (71) 3116- 5319
E-mail: sesab.cep@saude.ba.gov.br